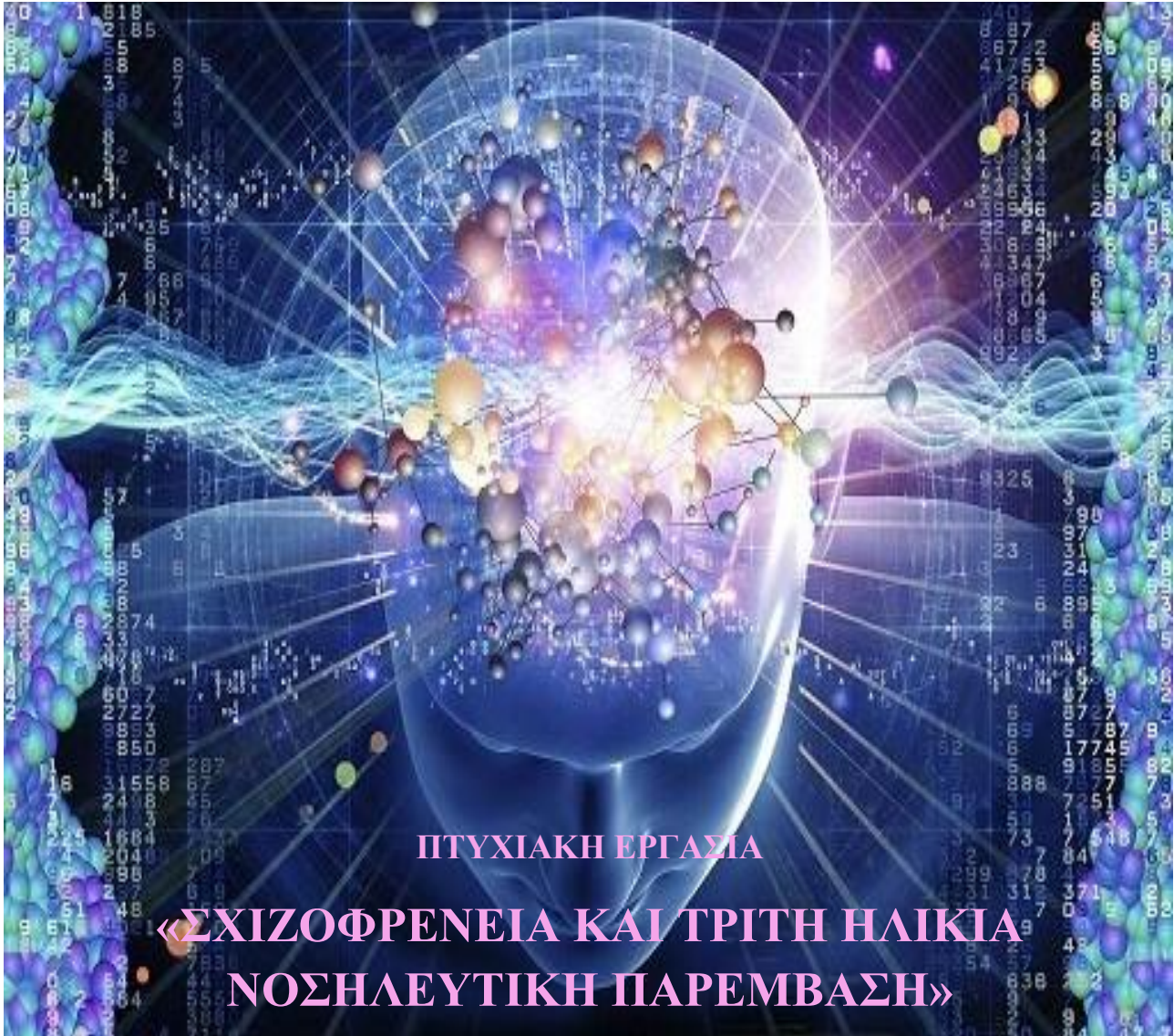


ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ 2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην καθηγήτρια μου κ. Σαμαρτζή Κυριακή, για την άψογη συνεργασία στην εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας.

Επίσης ήρθε η ώρα για ένα μεγάλο ευχαριστώ στον φίλο και συμφοιτητή μου Κωνσταντίνο Γαϊτάνο που στάθηκε δίπλα μου όλον αυτό τον καιρό και μου παρείχε σημαντική βοήθεια ψυχολογική και έμπρακτη καθώς επίσης και τον φίλο μου Κωνσταντίνο Πίτκα για τις χρήσιμες και πολύτιμες γνώσεις του αλλά και για την υποστήριξή του.

Στη συνέχεια οφείλω ιδιαίτερη ευγνωμοσύνη σε όλους όσους συνετέλεσαν στην πραγματοποίηση αυτής της εργασίας και μου πρόσφεραν απλόχερα τις γνώσεις τους αλλά και σπουδαίες πληροφορίες. Επειδή είναι πάρα πολλοί θα τους ζητήσω να με συγχωρήσουν που δεν θα αναφέρω τα ονόματά τους.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω και να αφιερώσω την πτυχιακή μου εργασία στην οικογένειά μου που ήταν συνεχώς πλάι μου όλα αυτά τα χρόνια και με στήριζε με κάθε τρόπο ψυχολογικό και οικονομικό.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σχιζοφρένεια είναι μια λειτουργική ψύχωση η οποία μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία προσβάλλοντας το ίδιο συχνά άνδρες και γυναίκες. Το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο εκδηλώνεται συνήθως σε ηλικία 18-25 ετών για τους άνδρες, ενώ για τις γυναίκες μεταξύ 21-30 ετών. Η εκδήλωση της νόσου σε ηλικία άνω των 45 ετών και κυρίως σε άτομα τρίτης ηλικίας είναι σπάνια (ειδικά όταν πρόκειται για την πρωτοεμφάνιση της σε τόσο μεγάλη ηλικία). Η μόνη περίπτωση να εκδηλωθεί στους ηλικιωμένους είναι αυτή όπου είχαν πρωτοεμφανίσει τη νόσο σε νεαρή ηλικία και πάσχουν χρόνια, εκδηλώνοντας τις περισσότερες φορές ήπια, υπολειμματικά συμπτώματα. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στα συμπτώματα αυτής της ηλικίας, επειδή μπορεί να ταυτίζονται ή να μοιάζουν με αυτά των άλλων ψυχιατρικών διαταραχών και ειδικά της άνοιας.

Η αιτιολογία της νόσου είναι άγνωστη. Αναλόγως με τα συμπτώματα που θα εμφανίσει ο ασθενής θα ακολουθήσει και την κατάλληλη θεραπεία, η οποία είναι συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας. Ο ρόλος του νοσηλευτή απέναντι στον άρρωστο εκτός από τη χορήγηση των φαρμάκων του, είναι να επικοινωνεί μαζί του, να του συμπαραστέκεται και να τον βοηθάει να ξεπεράσει τις παραισθήσεις του κ.α.

Σκοπός της παρούσας εργασίας με θέμα «Σχιζοφρένεια και Τρίτη Ηλικία - Νοσηλευτική Παρέμβαση» είναι αφενός η ολοκληρωμένη και εμπειρισταωμένη ενημέρωση του νοσηλευτή καθώς και η σωστή πληροφόρηση των χρόνιων σχιζοφρενών ασθενών της τρίτης ηλικίας και η αντίληψη της κατάστασης τους και αφετέρου η διασαφήνιση αυτού του θέματος σχετικά με τη σχιζοφρένεια στην τρίτη ηλικία λόγω της σπανιότητάς του.

Η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία συντίθεται από δύο κύρια μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά την βιβλιογραφική ανασκόπηση σύμφωνα με την οποία περιγράφονται με αναλυτικό τρόπο οι ψυχώσεις, ο ορισμός της σχιζοφρένειας, η ιστορική αναδρομή του όρου, η επιδημιολογία της, η κλινική της συμπτωματολογία, τα διαγνωστικά στοιχεία της νόσου σύμφωνα με το DSM-V, η αιτιολογία της πάθησης, καθώς και οι μηχανισμοί της. Επιπλέον, γίνεται λόγος για την δομική νευροαπεικόνιση και νευροπαθολογία, την πορεία και πρόγνωση της νόσου αλλά και για τις θεραπείες της.

Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται η τρίτη ηλικία και γήρανση σ' ένα εισαγωγικό κεφάλαιο με αναφορά στις ψυχιατρικές διαταραχές και την ταξινόμηση τους. Τέλος περιγράφεται με αναλυτικό τρόπο το θέμα της σχιζοφρένειας στην τρίτη ηλικία και η νοσηλευτική της παρέμβαση, χωρίς να παραλείπεται η παρουσίαση δύο νοσηλευτικών περιστατικών σχιζοφρενών ασθενών με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.

ABSTRACT

Schizophrenia is a functional psychosis which may appear at any age, and affects both men and women at the same rate. The first psychotic episode usually occurs at age 18-25 for men and 21-30 years for women. The occurrence of the disease is very rare in individuals over the age of 45 and the elderly (especially when the onset is in such advanced age). The only case for the disease to occur in the elderly, is where the onset was at a young age and the individual suffers chronically and exhibits residual symptoms. Special attention should be given to symptoms of this age because they may be identical or similar to those of other psychiatric disorders, especially dementia.

The etiology of the disease is unknown. Depending on the patient's symptoms, the appropriate treatment will be followed, which is usually a combination of medication and psychosocial therapy. The nurse's role towards the patient, apart from administering drugs, is to communicate with him, to stand by him and help him overcome his illusions.

The scope of this thesis entitled "Schizophrenia and the Elderly - Nursing Intervention" is on the one hand the comprehensive and thorough update of the nurse, and at the same time the correct information of chronic schizophrenic elderly patients and the perception of their situation, and on the other hand the clarification of schizophrenia in later life, due to its rarity. This thesis is composed of two main parts.

The first part concerns the literature review where we analytically describe psychoses, the definition of schizophrenia, historical background of the term, epidemiology, clinical symptoms, diagnostic evidence of the disease according to DSM-V, the etiology of the disease and its mechanisms. Moreover, we refer to the structural neuroimaging and neuropathology, the course and prognosis of the disease and its treatments.

In the second part we present the third age and aging in an introductory chapter with reference to psychiatric disorders and their classification. Finally we analytically describe the issue of schizophrenia in the elderly and the nursing intervention, and we refer to two cases of hospitalized schizophrenic patients with the method of the Nursing Process.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8

ΜΕΡΟΣ 1^ο ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

1.1. Ψυχώσεις.....	11
1.2. Ορισμός της σχιζοφρένειας.....	11
1.3. Ιστορική αναδρομή του όρου σχιζοφρένεια.....	12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

2.1. Επιδημιολογία.....	15
2.1.1. Ηλικία και φύλο.....	16
2.1.2. Αυτοκτονία.....	17
2.1.3. Κοινωνικοοικονομική τάξη.....	18
2.1.4. Γεωγραφική και πληθυσμιακή κατανομή.....	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

3.1. Κλινικές εκδηλώσεις.....	19
3.2. Διάσταση των θετικών συμπτωμάτων.....	20
3.2.1. Παραληρητικές ιδέες.....	21
3.2.2. Ψευδαισθήσεις.....	22
3.3. Διάσταση της αποδιοργάνωσης.....	23
3.4. Διάσταση των αρνητικών συμπτωμάτων.....	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

4.1. Διάγνωση.....	26
4.2. Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-V.....	27
4.3. Κλινικοί τύποι της σχιζοφρένειας.....	29
4.4. Διαφορική διάγνωση.....	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο**ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ**

5.1. Αιτιολογία.....	34
5.1.1. Βιολογικοί παράγοντες.....	35
5.1.1.1. Γενετικοί παράγοντες.....	35
5.1.1.2. Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	37
5.1.2. Βιοχημικοί παράγοντες.....	38
5.1.3. Νέα ανακάλυψη συνδέει την «αυτοφαγία» με τη σχιζοφρένεια.....	40
5.1.4. Παράγοντες επικινδυνότητας.....	40
5.1.5. Παράγοντες που σχετίζονται με τη χρήση και κατάχρηση ουσιών.....	43
5.2. Μηχανισμοί.....	44
5.2.1. Ψυχολογικοί μηχανισμοί.....	44
5.2.2. Νευρολογικοί μηχανισμοί.....	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο**ΝΕΥΡΟΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ**

6.1. Δομική νευροαπεικόνιση και νευροπαθολογία.....	46
6.2. Μεταχμιακό σύστημα.....	48
6.3. Βασικά γάγγλια.....	48
6.4. Λειτουργικά νευρωνικά κυκλώματα και λειτουργική νευροαπεικόνιση.....	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο**ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

7.1. Πορεία και πρόγνωση.....	50
7.2. Θεραπεία.....	54
7.2.1. Σωματικές θεραπείες.....	55
7.2.2. Ψυχοκοινωνικές θεραπείες.....	65
7.2.3. Μετανοσοκομειακή φροντίδα και Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση.....	70

ΜΕΡΟΣ 2^ο ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο****ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΓΗΡΑΝΣΗ**

8.1. Θεωρίες του γήρατος.....	73
8.2. Μεταβολές στις γνωστικές λειτουργίες.....	75
8.3. Ψυχιατρικές διαταραχές την τρίτη ηλικία.....	76
8.4. Ταξινόμηση ψυχιατρικών διαταραχών στην τρίτη ηλικία.....	78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο**ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

9.1. Εισαγωγή.....	82
9.2. Ιστορικά στοιχεία.....	83
9.3. Όψιμης έναρξης σχιζοφρένεια.....	84
9.3.1. Ψυχοπαθολογία.....	84
9.3.2. Επιδημιολογία.....	85
9.3.3. Διάγνωση.....	85
9.3.4. Διαφορική διάγνωση.....	86
9.3.5. Αιτιολογία – Παράγοντες κινδύνου.....	86
9.3.6. Νευροαπεικονιστικά και νευροψυχολογικά ευρήματα.....	88
9.3.7. Θεραπεία.....	89
9.4. Χρόνια ή πρώιμης έναρξης σχιζοφρένεια.....	97
9.5. Πολύ όψιμης έναρξης ψύχωση ομοιάζουσα με σχιζοφρένεια.....	98

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

10.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας.....	99
10.2. Γενικοί σκοποί ψυχολογικής και νοσηλευτικής φροντίδας ατόμων τρίτης ηλικίας με σχιζοφρένεια.....	100
10.3. Νοσηλευτική φροντίδα ψυχικής υγείας σε σχιζοφρενή ασθενή τρίτης ηλικίας.....	101
10.4. Νοσηλευτικές ευθύνες στη φαρμακοθεραπεία ασθενών τρίτης ηλικίας.....	103
10.5. Αρχές φαρμακολογικής θεραπείας στους ασθενείς τρίτης ηλικίας.....	105
10.6. Αξιολόγηση φαρμακευτικής αγωγής σε άτομα τρίτης ηλικίας.....	107

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

11.1. Ορισμός Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	108
11.2. Στάδια της Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	109
11.3. Νοσηλευτική φροντίδα σχιζοφρενών με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	116
11.3.1. Περιστατικό (1 ^ο) σχιζοφρενικού ασθενούς τρίτης ηλικίας.....	116
11.3.2. Περιστατικό (2 ^ο) σχιζοφρενικού ασθενούς τρίτης ηλικίας.....	123
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	130
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	131

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Σύγκριση χρόνιας σχιζοφρένειας (πρώιμης έναρξης), όψιμης έναρξης και πολύ όψιμης έναρξης ψύχωση ομοιάζουσα με σχιζοφρένεια.....98

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1. Αλγόριθμος αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας στις μεγαλύτερες ηλικίες.....96

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένεια είναι μία ευρέως γνωστή ψυχιατρική διαταραχή, που βρίσκεται πάντα στην κορυφή του ενδιαφέροντος των επιστημονικών κλάδων υγείας. Εύκολα θα μπορούσε κανείς να την αποκαλέσει ως «βασίλισσα» των ψυχώσεων. Είναι πιθανώς, η πλέον καταστροφική πάθηση που καλούνται ψυχίατροι και νοσηλευτές να αντιμετωπίσουν και ειδικά στις μέρες μας που οι συνθήκες διαβίωσης αγγίζουν τα όρια της εξαθλίωσης και οι σύγχρονες εξελίξεις της κοινωνίας είναι αρκετά κρίσιμες.

Ορισμένοι θεωρούν ότι πρόκειται για μια σοβαρή νόσο του εγκεφάλου με νευροαναπτυξιακή ή νευροεκφυλιστική βάση, ενώ άλλοι την περιγράφουν σαν κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας και στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν την ζωή του. Στην πραγματικότητα το άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια βασανίζεται από εσφαλμένες αντιλήψεις και ερμηνείες των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος με αποτέλεσμα τα συμπεράσματά του για την εξωτερική πραγματικότητα να είναι μη πραγματικά ακόμη και στην περίπτωση που υπάρχουν αποδείξεις για το αντίθετο. Η σχιζοφρένεια παρουσιάζει συχνά δυσμενείς συνέπειες, τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς, όσο και για τις οικογένειές τους, για τις οποίες και αποτελεί δυσβάσταχτο βάρος.

Υπολογίζεται ότι περίπου το 0,3% - 0,7% του πληθυσμού θα πάθει σχιζοφρένεια κάποια στιγμή στη ζωή του. Η πάθηση αυτή προσβάλλει κατά κανόνα άτομα στην εφηβεία ή στις αρχές της 3^{ης} δεκαετίας, (δηλαδή λίγο μετά τα 20 έτη), καθιστώντας τους περισσότερους από αυτούς πλέον ανίκανους να επιστρέψουν στη φυσιολογική τους ζωή.

Η νόσος αυτή είναι μία χρόνια διαταραχή με ποικιλία στα συμπτώματά της και η έναρξη της μπορεί να συνοδεύεται από σημαντική πτώση στις νοητικές λειτουργίες (όπως διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, της γνωσιακής ικανότητας κ.α.), στη συμπεριφορά, αλλά μπορεί να εκδηλώνεται και με συμπτώματα όπως παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις κ.α. Αν και η κλινική εικόνα ποικίλει από ασθενή σε ασθενή, στην πορεία του χρόνου οι επιπτώσεις είναι πάντοτε σοβαρές και προκαλούν σημαντική έκπτωση στην ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα του ασθενούς. Αξίζει να τονισθεί, ότι τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια έχουν μειωμένο κατά 15 έτη προσδόκιμο επιβίωσης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Έρευνες γύρω από την σχιζοφρένεια δεν έχουν αποσαφηνίσει ακόμα την αιτιολογία και την νευροπαθολογία της νόσου, δεδομένης της μεγάλης πολυπλοκότητας και ετερογένειάς της. Παρόλα αυτά η εκδήλωση της νόσου μπορεί να οφείλετε σε ένα συνδυασμό παραγόντων.

Ωστόσο τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια μπορεί να μην επανέρχονται ποτέ, η μακροχρόνια όμως θεραπεία με την εφαρμογή του κατάλληλου συνδυασμού φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας επιτρέπει στα άτομα να ζήσουν μια καλή ζωή αρκεί τα συμπτώματά τους να ελέγχονται και να διατηρούνται σε ένα σταθερό επίπεδο.

Όσον αφορά την εκδήλωση της νόσου στην τρίτη ηλικία είναι εξαιρετικά σπάνια, συνήθως ο ηλικιωμένος είναι ένας ασθενής που έχει νοσήσει μερικές δεκαετίες νωρίτερα (δηλαδή έχει εμφανίσει σχιζοφρένεια κατά την νεαρή του ηλικία) και πορεύεται όλη του τη ζωή με αυτήν, ακόμα και στην παρούσα φάση. Μόνο που σε αυτήν την ηλικία εμφανίζει περισσότερο μια υπολειμματική μορφή της νόσου, δηλαδή δεν έχει την έντονη έξαρση και συμπτωματολογία που μπορεί να εμφάνιζε κατά το παρελθόν (τα συμπτώματα σε αυτή την ηλικία είναι πιο ήπια). Τέλος, δεν πρέπει να παραληφθεί ο σπουδαίος ρόλος του νοσηλευτή και της νοσηλευτικής του φροντίδας στην αντιμετώπιση περιστατικών σχιζοφρενών ασθενών της τρίτης ηλικίας.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελείται από έντεκα κεφάλαια στα οποία παρουσιάζονται οι ψυχώσεις, ο ορισμός της σχιζοφρένειας, η ιστορική αναδρομή του όρου, η επιδημιολογία της σχιζοφρένειας, η κλινική της συμπτωματολογία με τα θετικά συμπτώματα, τα αρνητικά και αυτά της αποδιοργάνωσης καθώς και τα διαγνωστικά στοιχεία της νόσου, όπου δίνεται έμφαση στα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-V και στην διαφορική διάγνωση. Ακόμη στην αιτιολογία αναλύονται οι διάφοροι παράγοντες που μπορεί να είναι υπεύθυνοι για την εκδήλωση της νόσου, όπως είναι οι βιολογικοί, οι βιοχημικοί αλλά και άλλοι παράγοντες, χωρίς να παραλείπεται η αναφορά στους μηχανισμούς. Στη συνέχεια αναφέρονται η δομική νευροαπεικόνιση και νευροπαθολογία, το μεταιχμιακό σύστημα, τα βασικά γάγγλια και γίνεται λόγος για την πορεία και πρόγνωση της νόσου αλλά και για τις θεραπείες της, που διαχωρίζονται σε σωματικές και ψυχοκοινωνικές, όπως και για τη μετανοσοκομειακή φροντίδα. Επιπλέον, αφού γίνει πρώτα αναφορά στην τρίτη ηλικία και τη γήρανση σ' ένα εισαγωγικό κεφάλαιο, όπου παρουσιάζονται οι θεωρίες του γήρατος, οι διάφορες λειτουργικές και γνωστικές μεταβολές αυτής της ηλικίας και οι ψυχιατρικές διαταραχές με την ταξινόμησή τους, αναλύεται το θέμα της σχιζοφρένειας στην τρίτη ηλικία που χωρίζεται, ανάλογα με την ηλικία εμφάνισης της νόσου, σε όψιμης έναρξης σχιζοφρένεια, σε χρόνια ή πρόιμης έναρξης και σε πολύ όψιμης έναρξης ψύχωση ομοιάζουσα με σχιζοφρένεια. Τέλος στο κεφάλαιο της νοσηλευτικής παρέμβασης αναφέρεται ο ρόλος του νοσηλευτή, οι ευθύνες του κατά τη φαρμακοθεραπεία στα άτομα τρίτης ηλικίας κ.α., ενώ στο τελευταίο της νοσηλευτικής διεργασίας περιγράφονται τα στάδιά της και παρουσιάζονται δύο νοσηλευτικά περιστατικά με ασθενείς σχιζοφρενείς τρίτης ηλικίας.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

1.1. Ψυχώσεις

Έχει αποδειχθεί σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες ότι οι περισσότεροι άνθρωποι σε κάποια περίοδο της ζωής τους πρόκειται να αντιμετωπίσουν κάποιο πρόβλημα σχετικό με την ψυχική τους υγεία. Μερικά από αυτά τα προβλήματα που μπορούν να συμβούν στον καθένα είναι η κατάθλιψη, το άγχος, το στρες καθώς επίσης και η ψύχωση την οποία αντιμετωπίζουν πολλοί νέοι.

Ο όρος «**ψύχωση**» με τη σημασία της «νοητικής διαταραχής» ή «τρέλας» χρησιμοποιείται για να εκφράσει μια ποικιλία σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών. Χαρακτηρίζεται από διαταραχή της αντίληψης (με ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές, απτικές και γευστικές ψευδαισθήσεις), της διαδικασίας (με ασυνέπεια, διαταραχή στη σύνδεση και τη ροή των σκέψεων, φυγή ιδεών) και του περιεχομένου της σκέψης (παραληρητικές ιδέες), με αποτέλεσμα την αλλοίωση της πραγματικότητας. Κατά συνέπεια ο ασθενής δυσκολεύεται να προσαρμοστεί στο περιβάλλον, να νιώσει αυθεντικά συναισθήματα προς άλλα πρόσωπα και να είναι λειτουργικός. Η συμπεριφορά του είναι παράξενη, αμυντική, αποδιοργανωμένη ή κατατονική. Επειδή συχνά είναι επικίνδυνος για τον εαυτό του και για τους άλλους, απαιτεί εγκλεισμό και περίθαλψη κλινική.¹

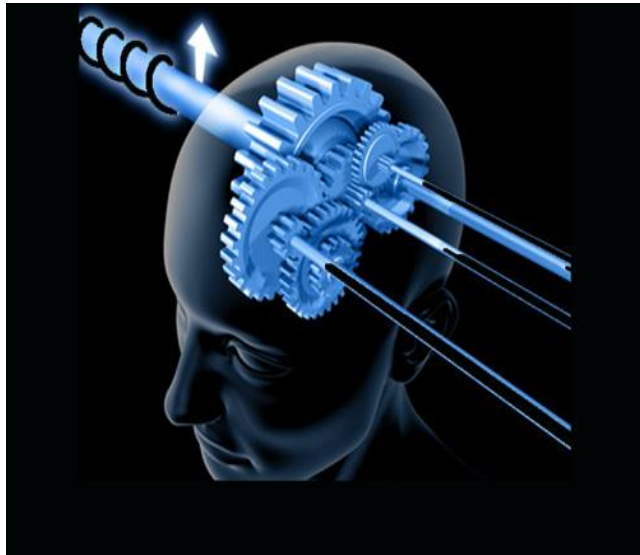
Οι ψυχώσεις διακρίνονται σε α) Οργανικές, όσες δηλαδή έχουν διαγνωσμένο οργανικό αίτιο (βλάβη στον εγκέφαλο, εγκεφαλικό τραύμα, εγκεφαλική αρτηριοσκλήρυνση, ορμονικές διαταραχές), όπως είναι οι γεροντικές άνοιες, αλκοολικές ψυχώσεις κ.ά. και β) Λειτουργικές, όσες δηλαδή δεν έχουν διαγνωσμένη οργανική αιτία, ιστοπαθολογική αλλοίωση, και επομένως μπορούν να αποδοθούν σε ψυχοκοινωνικά αίτια. Μία από αυτές τις λειτουργικές ψυχώσεις, είναι και η σχιζοφρένεια.²

1.2. Ορισμός της σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια ορίζεται ως ψυχωτική - ψυχική διαταραχή. Τα χαρακτηριστικά της, αποτελούνται από διαταραχές στη συμπεριφορά, στη σκέψη και στη διάθεση. Η διαταραχή της σκέψης εκφράζεται μέσω αλλοίωσης της πραγματικότητας που συνοδεύεται από παραληρητικές ιδέες (ο ασθενής π.χ. θεωρεί ότι μαγνητικά κύματα από κάποιον μακρινό πλανήτη ελέγχουν τις σκέψεις του και τον αναγκάζουν να προβεί σε συγκεκριμένες πράξεις) και ψευδαισθήσεις (ο πάσχων π.χ. ακούει φωνές, βλέπει οράματα και του δημιουργούνται αισθήματα που δεν προέρχονται από εξωτερικά ερεθίσματα), κατακερματισμό των συνειρμών και διαταραχή του λόγου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μη μπορεί να αναγνωρίσει

την πραγματικότητα και να χάσει την αίσθηση των ορίων ανάμεσα στο τι προέρχεται από το μυαλό και τι από τον εξωτερικό κόσμο.³

Το κύριο χαρακτηριστικό της σχιζοφρένειας είναι η αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει αυτοκαταστροφική συμπεριφορά όσον αφορά την έκβαση της ζωής του.⁴ Διαταραχές εμφανίζονται στην



αντίληψη, τη σκέψη, το συναίσθημα, την ομιλία και την ψυχοκινητικότητα. Σύμφωνα με την Ψυχιατρική επιστήμη ως σοβαρότερη ψυχική διαταραχή θεωρείται η σχιζοφρένεια, καθώς εμφανίζεται σε οποιονδήποτε άνθρωπο ανεξαρτήτου φύλου, φυλής, εθνικότητας, μορφωτικού ή πολιτισμικού υποβάθρου. Η ασθένεια εμφανίζεται συνήθως στα πιο παραγωγικά χρόνια της ζωής ενός ανθρώπου. Το

κόστος για αυτόν είναι πολύ μεγάλο, καθώς βιώνει μια δραματική επιδείνωση της προσωπικής, επαγγελματικής και κοινωνικής του ζωής. Τόσο ο ίδιος όσο και η οικογένειά του επιβαρύνεται εφ' όρου ζωής με το τεράστιο ψυχικό, κοινωνικό και οικονομικό φορτίο που συνεπάγεται η σχιζοφρένεια.⁵

1.3. Ιστορική αναδρομή του όρου σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια ήταν γνωστή στην αρχαιότητα από τους Έλληνες γιατρούς του 2^{ου} αιώνα οι οποίοι ήταν και οι πρώτοι που την περιέγραψαν. Συγκεκριμένα ο Γαληνός περιέγραψε την παραφροσύνη, ο Αρεταίος από την Καππαδοκία διαχώρισε τα μανιακά συμπτώματα από αυτά που σήμερα κατηγοριοποιούνται ως σχιζοφρενικά και περιέγραψε περιπτώσεις παραληρήματος, ενώ ο Σωρανός από την Έφεσο ανέφερε ορισμένες κατατονικές και παραληρητικές καταστάσεις.⁶

Κατά τις αρχές του 18^{ου} αιώνα άρχισαν να παρουσιάζονται κλινικές παρατηρήσεις για τη νόσο. Αργότερα ο Pinel το 1745 πρότεινε πέντε κατηγορίες ψυχικών διαταραχών. Παρόλο που αυτή η ομαδοποίηση δεν αντιστοιχούσε απόλυτα στη δική μας, περιέγραψε πολλούς ασθενείς που πληρούσαν απόλυτα τα σύγχρονα κριτήρια της σχιζοφρένειας. Οι περισσότεροι από αυτούς περιλαμβάνονται στη κατηγορία που ονομάζεται άνοια.⁷

Ο Haslam στην Αγγλία το 1764 περιέγραψε μια μορφή άνοιας που εμφανίζεται σε νεότερα άτομα. Ο ίδιος έγραψε μία περίληψη με βάση τις παρατηρήσεις του σε πολλά περιστατικά. Υπάρχουν πολλές λεπτομέρειες ώστε να πειστούν οι σύγχρονοι αναγνώστες, ότι περιέγραφε τη σχιζοφρένεια, αν και δεν υπήρχε συγκεκριμένο όνομα για αυτήν την κατάσταση.⁸

Ο Morel το 1860 στη Γαλλία εισήγαγε για πρώτη φορά τον προδρομικό όρο της σχιζοφρένειας «*πρωτόγονος άνοια*» (Dementia Praecox) για να ορίσει την ψυχοπαθολογική κατάσταση που αρχίζει στην νεαρή ηλικία και οδηγείται ραγδαία σε βαθιά ψυχοδιανοητική αποδιοργάνωση. Παρότι δεν πρόκειται για άνοια, (με την απόλυτη σημασία του όρου), η πρωταρχική διαταραχή της δεν προκαλεί σταδιακή εξασθένηση της νοημοσύνης.

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

Επίσης, ο μαθητής του Ewald Hecker το 1909 περιέγραψε μία ψύχωση στην οποία οι ασθενείς παρουσιάζουν ακατάλληλους, ανόητους ιδιοτροπισμούς, έντονη συμπεριφορά παλινδρόμησης και σκέψη άνευ νοήματος. Έτσι, ονόμασε αυτή την κατάσταση «*ηβηφρένεια*».

Ο Emil Kraepelin που από πολλούς ορίζεται ως ο πατέρας της ψυχιατρικής νοσολογίας, το 1896 συνέστησε την οργάνωση και οριστικοποίηση των διανοητικών διαταραχών κάνοντας χρήση του όρου «Dementia Praecox». Από την μία πλευρά κατέταξε την πρόωρη άνοια (σχιζοφρένεια) και από την άλλη πλευρά τη διαταραχή της διάθεσης (δηλαδή την μανιοκατάθλιψη που εμπεριέχει την μονοπολική και την διπολική κατάθλιψη). Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται παγκοσμίως από την εποχή του 2^{ου} Παγκοσμίου Πολέμου.^{9,7}

Η σχιζοφρένεια δεν είναι μια «*διχασμένη προσωπικότητα*», όπως πολλοί άνθρωποι την αποκαλούν, κρίνοντας από το όνομά της, η λέξη αυτή ετυμολογικά ορίζεται ως το «*σχίσσιμο του μυαλού*» και κατάγεται από τις Ελληνικές λέξεις: «*σχίζω*» (εκ του «*σχίζω*», δηλαδή κατακερματισμός ή χωρισμένος στα δύο) και «*φρένεια*» (εκ του «*φρην*», που σημαίνει νους).

Η λέξη δημιουργήθηκε από τον Γερμανό ψυχίατρο Eugen Bleuler το 1908, με σκοπό την περιγραφή του πώς κυρίαρχες νοητικές λειτουργίες, όπως η προσωπικότητα, η σκέψη, η μνήμη και η αντίληψη, εκχωρούν την σύνδεση μεταξύ τους. Όμως ο όρος έχει παρεξηγηθεί πολύ, ιδίως από το ευρύ κοινό, ερμηνευόμενος ως σχάση της προσωπικότητας. Η διχασμένη προσωπικότητα (που σήμερα ονομάζεται Διχαστική διαταραχή της ταυτότητας) είναι εντελώς

διαφορετική διαταραχή. Η βασική διάκριση που καθιέρωσε μεταξύ της έννοιας της σχιζοφρένειας και της πρώιμης άνοιας του Kraepelin, ήταν ότι η εκπτώτικη πορεία δεν είναι αναγκαία για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας, όπως θεωρούσε ο Kraepelin. Άμεση επίπτωση αυτής της ιδέας ήταν η αύξηση του αριθμού των ασθενών οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια της νόσου.

Ο Bleuler το 1919 με την αναλυτική διεισδυτικότητα του καθιέρωσε ένα σύστημα κατάταξης των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, που θα οδηγηθεί σε παγκόσμια κλίμακα. Μέσα στα πλαίσια του συστήματος αυτού, τα σχιζοφρενικά συμπτώματα διαχωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

- στα πρωταρχικά, που αποτελούν τον πυρήνα της νόσου και
- στα δευτερεύοντα

Τα «τέσσερα Α». Ο Bleuler για να εξηγήσει περαιτέρω τη θεωρία του, περιέγραψε τα πρωταρχικά συμπτώματα ως:

- ασυναρτησία σκέψης (*Associative disturbance*) χαρακτηριζόμενη από διαταραχή του συνειρμού και ειδικότερα χάλαση.
- διαταραχή του συναισθήματος (*Affective disturbance*)
- αμφιθυμία (*Ambivalence*)
- αυτισμός (*Autism*)

Στα δευτερεύοντα συμπτώματα συγκαταλέγονται οι χαρακτηριστικές εκδηλώσεις της νόσου, τα οποία κατέχουν και κύρια θέση στην θεωρία του Kraepelin, όπως: ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, κατατονικές εκδηλώσεις κ.τ.λ.

Τέλος, ο Bleuler συνειδητοποίησε ότι η ασθένεια δεν κατατασσόταν στις άνοιες, καθώς μερικοί από τους ασθενείς του βελτιώνονταν αντί να χειροτερεύουν και έτσι αντ' αυτού, πρότεινε τον όρο σχιζοφρένεια. Στα μέσα της δεκαετίας του '50, έκανε την εμφάνισή της η θεραπεία με την ανακάλυψη μιας χημικής ένωσης, της χλωροπρομαζίνης.

Ο Meyer, ιδρυτής της ψυχοβιολογίας, πίστευε πως η σχιζοφρένεια και οι άλλες ψυχικές διαταραχές αποτελούν αντιδράσεις σε ποικιλία στρεσογόνων παραγόντων της ζωής και εξαιτίας αυτού, ονόμασε το σύνδρομο «σχιζοφρενική αντίδραση». Ο Sullivan, ιδρυτής της διαπροσωπικής ψυχαναλυτικής σχολής, έδωσε έμφαση στην κοινωνική απομόνωση, τόσο ως αιτία όσο και ως σύμπτωμα. Ο Schneider περιέγραψε δύο κατηγορίες συμπτωμάτων:

- πρώτης τάξης, όπως ψευδαισθήσεις (ακουστικές, σωματικές), παρορμήσεις και παραληρήματα, τα οποία είναι πραγματιστικής αξίας για τη διάγνωση της νόσου, και
- δεύτερης τάξης, όπως άλλες μορφές ψευδαισθήσεων, συναίσθημα αβεβαιότητας και αμηχανίας και συναισθηματική άμβλυση τα οποία αρκούν για να τεθεί η διάγνωση της

σχιζοφρένειας ακόμα και σε ασθενείς που δεν εμφανίζουν συμπτώματα πρώτης τάξης. Και τέλος, ο ψυχίατρος και φιλόσοφος Jaspers συνέβαλε περισσότερο από κάθε άλλον στην υπαρξιακού τύπου ψυχανάλυση. Ο Jaspers ήταν αυτός που προσέγγισε την ψυχοπαθολογία με τη σκέψη ότι δεν υπάρχουν σταθερή εννοιολογική δομή ή θεμελιώδεις αρχές. Στις θεωρίες του σε σχέση με τη σχιζοφρένεια, προσπάθησε να μείνει ανεπηρέαστος από παραδοσιακές έννοιες, όπως υποκείμενο και αντικείμενο, αιτία και αποτελέσματα, πραγματικότητα και φαντασία.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

2.1. Επιδημιολογία

Χωρίς αμφιβολία, η σχιζοφρένεια αποτελεί το πιο δύσκολο πρόβλημα που αντιμετωπίζει η ψυχιατρική, από την αρχαιότητα μέχρι τις μέρες μας. Η επιδημιολογία της χαρακτηρίζεται από μια σειρά δυσεπίλυτων μεθοδολογικών προβλημάτων. Τα κυριότερα από αυτά είναι ο ορισμός της διάγνωσης με συμβατικά κριτήρια, η ποικιλομορφία της πορείας της νόσου παρά την ομοιότητα της συμπτωματολογίας και η ετερογένεια των μελετώμενων πληθυσμών.¹¹

Ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας εκτιμάται μεταξύ 0,3% - 0,7% του πληθυσμού και επηρεάζει περίπου 24 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως ανεξαρτήτως μορφωτικού, κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου των πασχόντων. Στις περισσότερες διεθνείς έρευνες υπολογίζεται ότι περίπου ένας με δύο στους εκατό ανθρώπους θα νοσήσουν από σχιζοφρένεια κάποια στιγμή στη ζωή τους. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η σχιζοφρένεια κατατάσσεται μέσα στις 10 νόσους με τη σοβαρότερη επιβάρυνση σε δείκτες καθημερινής, κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας στις ανεπτυγμένες χώρες. Ο ετήσιος αριθμός νέων περιπτώσεων ανά 1000 άτομα πληθυσμού, υπολογίζεται από μεγάλη έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) στο 0,67. Μια δεδομένη χρονική στιγμή μόλις 2,5-5 ανά 1000 άτομα κατέχουν την διάγνωση της σχιζοφρένειας. Στη χώρα μας, υπολογίζεται ότι ο αριθμός των ασθενών ηλικίας 15-65 ετών ανέρχεται στις 100.000. Από τους ασθενείς αυτούς εκτιμάται ότι το 10% έχουν ανάγκη ειδικών προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.^{12,13,14}

Σημαντική επίσης είναι και η επιδημιολογική έρευνα στη μελέτη της συμβολής των γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου που επιδρούν κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής και περιγεννητικής ζωής. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ζωικά μοντέλα, συμπεριλαμβανομένης και της μητρικής ανοσολογικής ενεργοποίησης, έδωσαν ενδείξεις ότι αυτά τα ευρήματα που υποκρύπτουν αναπτυξιακές βλάβες του εγκεφάλου προκαλούν

συμπεριφερσιολογικούς φαινότυπους ανάλογους με τα ευρήματα που παρατηρήθηκαν σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Διάφορες καταστάσεις έχουν ενοχοποιηθεί ως παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της ψύχωσης. Μερικοί από αυτούς είναι: η κληρονομική επιβάρυνση, οι περιγεννητικές επιπλοκές, η εποχή, ο τόπος και η σειρά γέννησης, οι αναπτυξιακές ανωμαλίες, η κοινωνικοοικονομική τάξη, η χρήση ουσιών, η οικογενειακή κατάσταση, οι σωματικές νόσοι. Πρέπει να σημειωθεί ότι κανένας από τους παραπάνω παράγοντες επικινδυνότητας δεν μπορεί από μόνος του να οδηγήσει σε κάποιο επιδημιολογικό συμπέρασμα και θα πρέπει μάλλον να υιοθετηθεί η αλληλεπιδραστική θεώρηση της σημασίας τους.

Η σχιζοφρένεια ποικίλλει από χώρα σε χώρα, μεταξύ γεωγραφικών περιοχών, κρατών και κοινωνικών ομάδων καθώς επίσης ποικίλλει στον χρόνο, μέσα σε ένα έτος και από έτος σε έτος. Η νόσος κάνει την εμφάνισή της πριν την ηλικία των 10 ετών και μετά την ηλικία των 50 ετών όπου είναι εξαιρετικά σπάνια και εκδηλώνεται με συμπτώματα που δεν είναι και τόσο φανερά. Μερικά από αυτά είναι η κοινωνική απόσυρση ή απομόνωση, ασυνήθιστη σκέψη ή ομιλία ή συμπεριφορά, είναι δυνατόν να προηγούνται ή να έπονται των πρώτων ψυχωτικών συμπτωμάτων. Υπάρχουν, ασθενείς που μερικές φορές παρουσιάζουν ψυχωτικά συμπτώματα λόγω κάποιας άλλης παθολογικής διαταραχής που δεν έχει ανιχνευτεί. Γι' αυτό σ' ένα άτομο πριν γίνει η διάγνωση ότι πάσχει από σχιζοφρένεια πρέπει πρώτα να έχουν αποκλειστεί όλες οι άλλες παθολογικές διαταραχές που μπορεί να μιμούνται αυτή τη νόσο. Αυτό βέβαια προϋποθέτει να γίνεται ένας πλήρης κλινικός και παρακλινικός έλεγχος κατά την διάρκεια της νοσηλείας αυτών των ασθενών.¹¹

Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι από τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια στις αναπτυγμένες χώρες το 90% μένει χωρίς θεραπεία και μόνο το 50% περίπου φτάνει στις ψυχιατρικές υπηρεσίες, ενώ είναι μικρή η επαφή των νοσηλευθέντων σχιζοφρενών με την ψυχιατρική μονάδα που τους παρακολούθησε. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, συνήθως δεν παντρεύονται και είναι λιγότερο πιθανόν να αποκτήσουν παιδιά.^{12,15}

2.1.1. Ηλικία και Φύλο

Η σχιζοφρένεια μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία και να προσβάλει τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες με την ίδια συχνότητα. Ωστόσο, ο χρόνος έναρξης και η πορεία της νόσου διαφέρουν ανάμεσα στα δύο φύλα. Συγκεκριμένα, η ηλικία εκδήλωσης του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου είναι συνήθως 18-25 ετών για τους άνδρες και 21-30 ετών για τις γυναίκες και τα συμπτώματα διαρκούν περίπου για 6 μήνες ή και περισσότερο. Η νόσος

σπάνια εκδηλώνεται μετά την ηλικία των 45 ετών. Παρόλα αυτά, παραμένει άγνωστο γιατί στις γυναίκες η πάθηση εμφανίζεται σε μεγαλύτερη ηλικία συγκριτικά με τους άνδρες. Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα από τις γυναίκες να εμφανίζουν αρνητικά συμπτώματα και ότι οι γυναίκες έχουν καλύτερη πρόγνωση από τους άνδρες. Όσον αφορά τη σχιζοφρένεια στην παιδική ηλικία ξεκινά μετά τα 5 έτη και στις περισσότερες περιπτώσεις παρουσιάζουν φυσιολογική ανάπτυξη. Ωστόσο, είναι σπανιότερη απ' ό,τι είναι στους μεσήλικες και στους ηλικιωμένους και μπορεί να είναι δύσκολος ο διαχωρισμός της από άλλες αναπτυξιακές διαταραχές που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία, όπως είναι ο αυτισμός.^{12,16}

2.1.2. Αυτοκτονία

Μια από τις κύριες αιτίες θανάτου ασθενών με σχιζοφρένεια είναι η αυτοκτονία κι αυτό επιβεβαιώνεται από τον υψηλό στατιστικό δείκτη όσον αφορά τις ψυχιατρικές νόσους. Υπολογίζεται σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες ότι ένας στους δύο δηλαδή, το 20% των σχιζοφρενών ασθενών επιχειρεί τουλάχιστον μία φορά να βάλει τέλος στη ζωή του και τελικά περίπου ένας στους πέντε με έξι δηλαδή, το 5-6% το πετυχαίνει.¹²

Συνήθως, η αυτοκτονία των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια δεν είναι μια ψυχωτική συνέπεια της νόσου. Ο σχιζοφρενής δεν αυτοκτονεί ως σχιζοφρενής, αλλά ως άνθρωπος που γνωρίζει ότι είναι σχιζοφρενής ή απειλείται να γίνει και επιθυμεί να ξεφύγει από μια τέτοια μοίρα. Η έξαρση της αυτοκτονίας οφείλεται κατά κύριο λόγο στην ιδιαίτερα τραυματική εμπειρία του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου. Η κατάθλιψη με αίσθημα κενού, που επικρατεί στην ψυχολογία των ασθενών αυτών καθώς επίσης και σε παραληρητικές ιδέες με ψευδαισθήσεις αυτοτιμωρίας και ψυχοκινητικής παθολογικής δομής. Οι ασθενείς που αυτοκτονούν είναι συνήθως νέοι σε ηλικία στην αρχή της νόσου τους.¹⁷

Γενικά, στους παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία περιλαμβάνονται η χρονιότητα της πάθησης, το ανδρικό φύλο, η ηλικία μικρότερη των 30 ετών, προηγούμενες απόπειρες, ιστορικό κατάχρησης ουσιών, μεγάλη θεραπευτική εξάρτηση, το έντονο άγχος, τυχόν προϋπάρχουσα κατάθλιψη, προηγούμενη θεραπεία για κατάθλιψη, αισθήματα έλλειψης βοήθειας, μοναξιά, ανεργία, κατά τη διάρκεια κλινικών υποτροπών και νοσηλείων, ιδιαίτερα μετά από πρόσφατη έξοδο από το νοσοκομείο καθώς και η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος.¹²

2.1.3. Κοινωνικοοικονομική τάξη

Υπάρχουν πολλά στοιχεία που δείχνουν τη μεγάλη συσχέτιση που υπάρχει ανάμεσα στην κοινωνικοοικονομική τάξη και τη σχιζοφρένεια. Σύμφωνα με ισχυρά επιδημιολογικά ευρήματα, υψηλότερα ποσοστά σχιζοφρένειας παρατηρούνται περισσότερο σε ανθρώπους κατώτερης τάξης, που ζουν σε μεγαλουπόλεις σε σχέση με όσους ζουν στην επαρχία. Μάλιστα, έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε διαφορετικές χώρες με δείγμα από το γενικό πληθυσμό, έδειξαν ότι τα ποσοστά σχιζοφρένειας ήταν διπλάσια στην πιο χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη από ότι στην αμέσως επόμενη, στους πρόσφατους μετανάστες εμφανίζεται υψηλός επιπολασμός, περισσότερο συχνή σε πόλεις με πληθυσμό άνω του ενός εκατομμυρίου. Το άμεσο και το έμμεσο κόστος της σχιζοφρένειας στις Ηνωμένες Πολιτείες ξεπερνά τα 100\$ εκατομμύρια το χρόνο.³

Οι κύριοι παράγοντες που ενοχοποιούνται γι' αυτήν τη διαφορά του ποσοστού σχιζοφρένειας σχετίζονται με τις περιβαλλοντικές συνθήκες στις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις: όπως οι επαγγελματικοί κίνδυνοι, η φτώχη μητρική φροντίδα και η υψηλή έκθεση σε ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες και «πυροδοτούν» την εμφάνιση της νόσου σε ανθρώπους που έχουν κάποια βιολογική προδιάθεση και ζουν στις μεγαλουπόλεις. Υπάρχουν δύο πιθανές εξηγήσεις γι' αυτό: είτε οι ασθενείς «κατακρημνίζονται» κοινωνικά αφού νοσήσουν σαν επακόλουθο της αναπηρίας, της ανεργίας και του κοινωνικού αποκλεισμού, είτε το στρες που αντιμετωπίζουν οι φτωχότερες κοινωνικές τάξεις πυροδοτεί την εμφάνιση της νόσου σε ανθρώπους με κληρονομική ή μη επιβάρυνση.^{14,11}

2.1.4. Γεωγραφική και πληθυσμιακή κατανομή

Όσον αφορά την γεωγραφική κατανομή, παρατηρείται ότι η σχιζοφρένεια δεν κατανέμεται γεωγραφικά εξίσου το ίδιο αλλά παρουσιάζει διαφορές στον γενικό πληθυσμό μεταξύ των περιοχών μιας χώρας, σε όλες τις περιοχές των ΗΠΑ ή και σε όλο τον κόσμο. Ωστόσο, εδώ και πολλές δεκαετίες ο επιπολασμός της νόσου, στις νοτιοανατολικές και τις δυτικές πολιτείες (όπως είναι οι ΗΠΑ, η Σουηδία, η Κροατία αλλά και άλλες χώρες), ήταν υψηλότερος σε σχέση με κάποιες άλλες περιοχές, αν και τώρα τελευταία έχει μειωθεί αυτή η άνιση κατανομή.¹⁸

Στην Ελλάδα, για παράδειγμα έχει βρεθεί ότι ορισμένοι νομοί, ορεινοί και απομονωμένοι, με κτηνοτροφική οικονομία παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά σχιζοφρένειας κι αυτό συμβαίνει κυρίως στους άνδρες. Παρόλα αυτά φαίνεται ότι για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας, ο σχετικός κίνδυνος είναι 2-4 φορές μεγαλύτερος για τους κατοίκους που ζουν σε μεγάλες πόλεις σε σχέση με όσους ζουν σε μικρές πόλεις ή σε

αγροτικές περιοχές. Μάλιστα φαίνεται να υπάρχει αναλογική σχέση ανάμεσα στην έκθεση σε αστικά περιβάλλοντα και στην πιθανότητα νόσησης από σχιζοφρένεια, με το μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίζεται στις πλέον αστικοποιημένες περιοχές. Από μελέτες υποδεικνύεται ότι η αρνητική περιβαλλοντική επίδραση ασκείται κυρίως νωρίς, κοντά στη γέννηση, ενώ έχει ανευρεθεί και ένα αθροιστικό αποτέλεσμα, κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης, ανάλογα με τη διάρκεια της έκθεσης στο αστικοποιημένο περιβάλλον. Επίσης στη χώρα μας, έχει φανεί ότι οι άρρωστοι παρουσιάζουν αυξημένη κοινωνική κινητικότητα προς τα αστικά κέντρα, είτε γιατί εκεί είναι συγκεντρωμένες οι κυριότερες υπηρεσίες υγείας, είτε γιατί η ανωνυμία της μεγάλης πόλης διασφαλίζει την αποφυγή του στίγματος.¹⁹

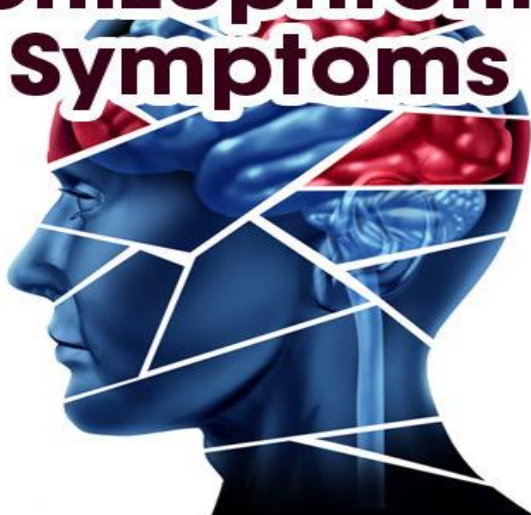
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

3.1. Κλινικές Εκδηλώσεις

Σύμφωνα με μελέτες υποστηρίζεται ότι τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας επηρεάζουν αρνητικά την οργάνωση της σκέψης, της συμπεριφοράς και το συναίσθημα. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη συχνή απώλεια των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και της διαταραχής τόσο στην κοινωνική όσο και στην επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου. Η νόσος

Schizophrenia Symptoms



αυτή προσβάλλει κυρίως άτομα νεαρής ηλικίας και διανύει συνήθως στο χρόνο, με την κλινική πορεία που περιέχει την πρόδρομη ενεργό και την υπολειμματική φάση. Η πάθηση συνήθως εκδηλώνεται αργά κατά τη διάρκεια μηνών ή και ετών. Τα κλασσικά συμπτώματα της όμως μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

A. Διαταραχές της σκέψης

- Διαταραχές στη δομή και την οργάνωση
- Διαταραχές στη ροή και τη σκέψη
- Διαταραχές στον έλεγχο και την κατοχή της σκέψης
- Διαταραχές στο περιεχόμενο της σκέψης

B. Διαταραχές της αντίληψης

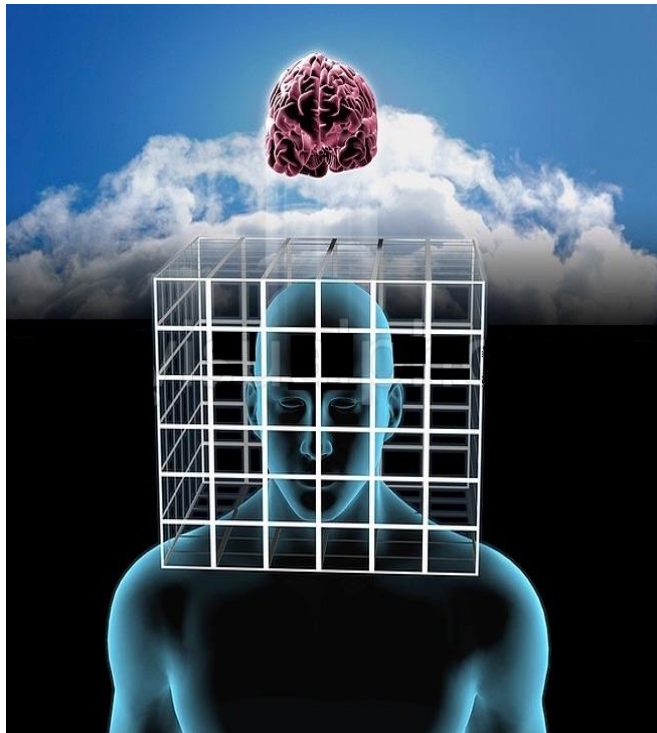
- Παραισθήσεις
- Ψευδαισθήσεις

Γ. Διαταραχές του συναισθήματος

- Αμφιθυμία
- Απρόσφορο συναίσθημα
- Συναισθηματική έκπτωση
- Άλλες συναισθηματικές διαταραχές

Δ. Διαταραχές της βούλησης και της ψυχοκινητικότητας

- Αβουλησία
- Αλογία ή πτωχή σκέψη κ.α.



Πριν την έναρξη της σχιζοφρένειας, συνήθως εμφανίζονται πρόδρομα συμπτώματα (όπως σύγχυση, άγχος, κατάθλιψη κλπ) τα οποία μπορεί να διαρκούν για μήνες πριν τεθεί η διάγνωση. Κάποια εκλυτικά γεγονότα (όπως συναισθηματικά τραύματα, χρήση ουσιών, κλπ) είναι δυνατόν να πυροδοτήσουν το πρώτο επεισόδιο της νόσου.¹³

Επειδή η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από μεγάλο αριθμό διαφορετικών συμπτωμάτων, οι κλινικοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει να απλοποιήσουν την έννοια της διαταραχής. Σε αντίθεση με την κλασική – περιγραφική παράθεση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, η συνδρομική προσέγγιση της συμπτωματολογίας στηρίζεται στη βοήθεια της παραγοντικής ανάλυσης (factor analysis), με σκοπό το διαχωρισμό τους σε ομάδες. Έτσι λοιπόν οι έρευνες έχουν επανειλημμένως καταλήξει σε 3 διαστάσεις (ή ομάδες συναφών μεταξύ τους συμπτωμάτων): τη διάσταση των θετικών συμπτωμάτων (ψυχωτική διάσταση), αυτή της αποδιοργάνωσης και τέλος, τη διάσταση των αρνητικών συμπτωμάτων.

3.2. Διάσταση των θετικών συμπτωμάτων

Η διάσταση των θετικών συμπτωμάτων (ψυχωτική διάσταση) αφορά τις παραληρητικές ιδέες και τις ψευδαισθήσεις, δύο ομάδες κλασικών «ψυχωτικών» συμπτωμάτων που αντανακλούν τη σύγχυση του ασθενούς από την απώλεια των ορίων μεταξύ του εαυτού του και του εξωτερικού κόσμου. Όμως πριν πραγματοποιηθεί η ανάλυσή τους, σκόπιμο είναι να γίνει πρώτα λόγος για τις αυταπάτες.

Οι αυταπάτες λοιπόν, είναι σταθερές πεποιθήσεις που δεν είναι δυνατόν να αλλάξουν υπό το φως των αντιφατικών στοιχείων. Το περιεχόμενό τους μπορεί να περιλαμβάνει μια ποικιλία θεμάτων (π.χ. διωκτικό, αναφορικό, σωματικό, θρησκευτικό, μεγαλείου). Οι πιο συχνές είναι αυτές του διωκτικού παραληρήματος. Οι αυταπάτες θεωρούνται παράξενες στην περίπτωση που είναι αβάσιμες και δεν είναι κατανοητές από τους συνομηλίκους της ίδιας κουλτούρας καθώς και όταν δεν προέρχονται από εμπειρίες της φυσιολογικής ζωής.

3.2.1. Παραληρητικές ιδέες

Οι παραληρητικές ιδέες αποτελούν κυρίως μια διαταραχή στη σκέψη παρά στην αντίληψη, συνιστούν αναληθείς (εξωπραγματικές) και αντίθετες προς το μορφωτικό και πολιτισμικό υπόβαθρο του ασθενούς πεποιθήσεις, τις οποίες ο ασθενής υποστηρίζει ακλόνητα. Οι παραληρητικές ιδέες που εμφανίζονται στους σχιζοφρενείς ασθενείς είναι δυνατόν να έχουν περιεχόμενο σεξουαλικό, μεγαλείου, ζηλοτυπίας, διωκτικό, σωματικό, θρησκευτικό, κτλ. Το είδος και η συχνότητα των παραληρητικών ιδεών τείνουν να εξαρτώνται από το πολιτισμικό πλαίσιο του ασθενούς. Για παράδειγμα, στις Η.Π.Α. ένας ασθενής μπορεί να ανησυχεί πιστεύοντας ότι είναι θύμα παρακολούθησης από το FBI ή τη CIA, ενώ στις υποσαχάριες αφρικανικές χώρες, ένας ασθενής της φυλής των Bantu ή των Zulu θα ήταν πιθανότερο να πιστεύει ότι είναι θύμα καταδίωξης από δαίμονες ή κακά πνεύματα. Ανάλογα λοιπόν με το περιεχόμενό τους, οι παραληρητικές ιδέες διαχωρίζονται στους παρακάτω τύπους:

Ερωτομανής Τύπος: Στο συγκεκριμένο τύπο υπάρχει η πεποίθηση ότι κάποιο άλλο πρόσωπο συνήθως ανώτερης κοινωνικοοικονομικής τάξης (π.χ. κάποιο διάσημο άτομο ή ένας ανώτερος στη δουλειά ή ακόμα και κάποιος ξένος), είναι ερωτευμένο μαζί του.

Τύπος Μεγαλείου: Πρόκειται για παραληρητικές ιδέες διογκωμένης προσωπικής αξίας, δύναμης, γνώσης, ταυτότητας. Το άτομο αυτό πιστεύει ότι ο ίδιος είναι κάποιο διακεκριμένο άτομο (ή παριστάνει ότι είναι διάσημος), ότι έχει κάποιο μεγάλο ταλέντο ή διορατικότητα ή ότι έχει κάνει κάποια σημαντική ανακάλυψη. Ακόμη είναι δυνατόν να πιστεύει ότι έχει κάποια ειδική σχέση με μια θεότητα ή διασημότητα.

Τύπος Ζηλοτυπίας: Κεντρικό θέμα αυτής της αυταπάτης είναι ότι το άτομο πιστεύει πως ο ερωτικός σύντροφος του, τον (την) απατά. Αυτή η πεποίθηση πηγάζει χωρίς λόγο και βασίζεται σε λάθος συμπεράσματα από λίγα αποδεικτικά στοιχεία όπως προκλητικά ρούχα.

Διωκτικός Τύπος: Χαρακτηριστικό γνώρισμα αυτού του υπότυπου είναι οι παραληρητικές ιδέες του ατόμου που το κάνουν να πιστεύει ότι κάποια από τα άτομα που βρίσκονται κοντά του συνωμοτούν εναντίον του, τον εξαπατούν, τον κατασκοπεύουν, τον ακολουθούν, τον

παρενοχλούν, τον δυσφημούν, τον δηλητηριάζουν και τον παρεμποδίζουν για την επίτευξη μακροπρόθεσμων στόχων. Το θύμα μπορεί να προβεί σε επανειλημμένες προσπάθειες να αποκτήσει ικανοποίηση από νόμιμες ή νομοθετικές ενέργειες. Συχνά τα άτομα αυτά είναι μνησικάκα, άγρια και μπορούν να προβούν σε βίαιες ενέργειες ενάντια σε όσους πιστεύουν ότι τους κάνουν κακό.

Σωματικός Τύπος: Το κεντρικό θέμα της αυταπάτης περιλαμβάνει σωματικές λειτουργίες ή αισθήσεις. Σύμφωνα με αυτό το άτομο πιστεύει ότι έχει κάποιο σωματικό ελάττωμα ή κάποια άλλη ιατρική κατάσταση.

Μεικτός Τύπος: Πρόκειται για παραληρητικές ιδέες με χαρακτηριστικά περισσότερα του ενός από τους παραπάνω υπότυπους, χωρίς όμως να κυριαρχεί κάποιο θέμα.

Απροσδιόριστος Τύπος: Αυτός ο υπότυπος ισχύει όταν η κυρίαρχη παραληρητική πεποίθηση δεν μπορεί να προσδιοριστεί με σαφήνεια ή δεν περιγράφεται στα συγκεκριμένα είδη (π.χ. αναφορικές αυταπάτες χωρίς εμφανή στοιχεία διωκτικού ή μεγαλείου τύπου).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι κάποια συνοδά χαρακτηριστικά ιδιαίτερα στον Διωκτικό και στον Τύπο Ζηλοτυπίας μπορεί να είναι η καχυποψία, η εχθρικήτητα, η κοινωνική απομόνωση, ο θυμός μέχρι και η βίαιη συμπεριφορά, η επίμονη ενασχόληση με δικαστήρια κ.ά.

3.2.2. Ψευδαισθήσεις

Οι ψευδαισθήσεις συνιστούν αντιληπτικά βιώματα από αισθητήρια όργανα χωρίς την παρουσία εξωτερικού ερεθίσματος και έχουν μια ποιότητα παρόμοια με αυτήν μιας αληθούς αντίληψης. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια αναφέρουν συχνά ακουστικές, οπτικές, απτικές, γευστικές ή οσφρητικές ψευδαισθήσεις ή έναν συνδυασμό αυτών. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι οι συνηθέστερες. Κατά κανόνα έχουν τη μορφή ομιλίας («φωνές»). Οι φωνές μπορεί να είναι ψιθυριστές ή να ακούγονται ευκρινώς, και είναι δυνατόν να περιλαμβάνουν λέξεις, φράσεις ή προτάσεις. Οι οπτικές ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι απλές (στοιχειώδεις) ή σύνθετες και να περιλαμβάνουν λάμπεις φωτός, πρόσωπα, ζώα ή πράγματα. Οι οσφρητικές και γευστικές ψευδαισθήσεις βιώνονται συχνά από κοινού, κυρίως ως δυσάρεστες οσμές ή γεύσεις, αντιστοίχως. Οι απτικές ψευδαισθήσεις είναι δυνατόν να βιώνονται ως αίσθηση αγγίγματος ή νυγμού, ως ηλεκτρικοί ερεθισμοί ή ως αίσθημα κίνησης εντόμων κάτω από το δέρμα, κάτι που περιγράφεται ως σύνδρομο δερματοζωφίων.^{12,20}

Παρόλο που οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις είναι πολύ πιο συχνές στη σχιζοφρένεια, μπορεί να εμφανισθούν και σε άλλες διαταραχές, όπως στις άνοιες ή στις διαταραχές της διάθεσης. Ωστόσο ένας Γερμανός ψυχίατρος, ο Kurt Schneider στις αρχές του

20^ο αιώνα, υποστήριξε ότι κάποιες συγκεκριμένες μορφές ψευδαισθήσεων και παραληρητικών ιδεών αποτελούν «πρώτης τάξης» συμπτώματα, θεωρώντας τα ως ιδιαίτερα ή αλλιώς, παθογνωμονικά της σχιζοφρένειας.

Στα «πρώτης τάξης» συμπτώματα περιλαμβάνονται:

- Ηχηρές σκέψεις
- Φωνές που λογομαχούν ή συζητούν
- Φωνές που σχολιάζουν
- Βιώματα σωματικής παθητικότητας
- Εκπομπή σκέψης
- Παραληρητικά αντιληπτικά βιώματα
- Αίσθηση του ασθενούς ότι



εξαναγκάζεται σε πράξεις αντίθετες προς τη θέληση του (ιδέες εξωτερικού ελέγχου).

- Σκέψεις που είτε υφαρπάζονται, είτε τοποθετούνται στο μυαλό του από εξωτερικό παράγοντα (ιδέες υφαρπαγής/υποκλοπής/αφαίρεσης της σκέψης και αντίστοιχα ιδέες τοποθέτησης/προσθήκης της σκέψης).

Ενώ στα «δεύτερης τάξης» συμπτώματα:

- Άλλες διαταραχές της αντίληψης
- Αιφνίδιες παραληρητικές ιδέες
- Αμηχανία
- Καταθλιπτικές και ευφορικές μεταβολές της διάθεσης
- Αίσθημα συναισθηματικής φτώχειας κτλ.

Όλα αυτά τα συμπτώματα αντανακλούν αυτήν ακριβώς την προαναφερθείσα σύγχυση του ασθενούς όσον αφορά στα όρια μεταξύ του εαυτού του και του εξωτερικού κόσμου.¹²

3.3. Διάσταση της αποδιοργάνωσης

Η διάσταση της αποδιοργάνωσης περιλαμβάνει τον αποδιοργανωμένο λόγο, την αποδιοργανωμένη ή αλλόκοτη συμπεριφορά και το απρόσφορο συναίσθημα. Σύμφωνα με τον Ελβετό ψυχίατρο Eugen Bleuler, ο οποίος εισήγαγε τον όρο σχιζοφρένεια, ο αποδιοργανωμένος λόγος, που αντανακλά τη διαταραχή της σκέψης, θεώρησε ότι είναι το πιο σημαντικό σύμπτωμα, για να τονίσει τη σημασία του κατακερματισμού της σκέψης. Οι ασθενείς με μανία εμφανίζουν συχνά διαταραχή σκέψης που χαρακτηρίζεται από περιστασιακή λεπτολογία, εκτροχιασμό και παραλογισμό. Άτομα που πάσχουν από

κατάθλιψη εκδηλώνουν διαταραχές της σκέψης λιγότερο συχνά σε σχέση με εκείνα από μανία, αλλά συχνά εμφανίζουν πενία λόγου, περιστασιακή λεπτολογία ή κατ' εφαπτομένη λόγο. Άλλες μορφές διαταραχής της οργάνωσης της σκέψης αποτελούν η εμμονή, ο εύκολα διασπώμενος λόγος, ο ηχητικός συνειρμός, οι νεολογισμοί/νεολεξίες, η ηχολαλία και η ανακοπή της σκέψης. Όμως καμία από αυτές δεν φαίνεται να αποτελεί ιδιαίτερο χαρακτηριστικό μιας συγκεκριμένης διαταραχής, με εξαίρεση τον ηχητικό συνειρμό για τη μανία.

Πολλοί ασθενείς με σχιζοφρένεια εμφανίζουν διαφόρων μορφών αποδιοργανωμένη κινητική και κοινωνική συμπεριφορά, που αποτελούν επίσης κάποιες άλλες όψεις της διάστασης της αποδιοργάνωσης. Στις παθολογικές κινητικές συμπεριφορές περιλαμβάνονται οι παρακάτω:

- **Κατατονική εμβροντησία (stupor):** Ο ασθενής είναι ακίνητος, αμίλητος και δεν ανταποκρίνεται στα ερεθίσματα, μολονότι τελεί εν πλήρει συνειδήσει.
- **Κατατονική διέγερση:** Εκδήλωση ανεξέλεγκτης και άσκοπης κινητικής δραστηριότητας. Οι ασθενείς λαμβάνουν, ενίοτε, παράξενες ή άβολες στάσεις σώματος (π.χ. οκλαδόν) τις οποίες διατηρούν επί μακρόν.
- **Στερεοτυπία:** Ο ασθενής εμφανίζει επαναλαμβανόμενες αλλά μη στοχοκατευθυνόμενες κινήσεις, όπως συνεχείς ταλαντεύσεις του κορμού εμπρός-πίσω.
- **Μαννερισμοί:** Ο ασθενής εμφανίζει στοχοκατευθυνόμενες μεν δραστηριότητες οι οποίες, είτε είναι εμφανώς παράξενες είτε δεν συνάδουν με το όλο πλαίσιο ή τα συμφραζόμενα, όπως π.χ. οι μορφασμοί.
- **Ηχοπραξία:** Ο ασθενής μιμείται κινήσεις και χειρονομίες κάποιου άλλου ατόμου.
- **Αυτόματη υπακοή (υποβολιμότητα):** Ο ασθενής εκτελεί απλές εντολές τελείως μηχανικά (σαν ρομπότ).
- **Αρνητισμός:** Ο ασθενής αρνείται να συνεργαστεί σε απλές προτροπές, χωρίς προφανή λόγο.

Η επιδείνωση της κοινωνικής συμπεριφοράς εμφανίζεται συχνά σε συνδυασμό με κοινωνική απόσυρση. Οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια παραμελούν τον εαυτό τους, εμφανίζονται ατημέλητοι και ρυπαροί, φορούν βρώμικα ή αταίριαστα ρούχα. Αδιαφορούν για τον προσωπικό τους χώρο, ο οποίος καταλήγει να είναι φορτωμένος με διάφορα αντικείμενα «ατάκτως ερριμμένα» και ακατάστατος. Επιπλέον εκδηλώνουν ενίοτε παράδοξες συμπεριφορές που αντιβαίνουν στις κοινωνικές συμβάσεις, όπως το να ψάχνουν για τροφή σε κάδους απορριμμάτων ή να βωμολοχούν. Πολλοί από τους ανθρώπους που ζουν σήμερα

στους δρόμους πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Το απρόσφορο συναίσθημα είναι η τρίτη συνιστώσα της διάστασης της αποδιοργάνωσης. Οι ασθενείς ενδέχεται να χαμογελούν απρόσφορα, όταν μιλούν για ουδέτερα ή ακόμη και δυσάρεστα θέματα, ή να γελούν χωρίς προφανή λόγο.^{12,20}

3.4. Διάσταση των αρνητικών συμπτωμάτων

Τα αρνητικά συμπτώματα αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό τμήμα της νοσηρότητας που συνδέονται με τη σχιζοφρένεια. Το DSM-V περιλαμβάνει δύο αρνητικά συμπτώματα που είναι ιδιαίτερος εμφανή στη συγκεκριμένη πάθηση: την μειωμένη συναισθηματική επιπέδωση και την αβουλησία.

- **Μειωμένη συναισθηματική επιπέδωση:** Αποτελείται από την απουσία μεταβολών στην έκφραση των συναισθημάτων του προσώπου καθώς επίσης και από την μείωση της βλεμματικής επαφής, των εκφραστικών διακυμάνσεων της φωνής, της ροής του λόγου (προσωδία), των αυθορμητών και εκφραστικών κινήσεων του χεριού και του κεφαλιού που δίνουν συνήθως μια συναισθηματική έμφαση στην ομιλία.
- **Αβουλησία:** Χαρακτηρίζεται από την μείωση της ικανότητας έναρξης μιας στοχοκατευθυνόμενης συμπεριφοράς και την συνέχισή μέχρι την ολοκλήρωσή της. Οι ασθενείς μοιάζουν σαν να έχουν χάσει τη βουλητική τους ικανότητα και την τάση τους για ενέργεια ή τις θεμελιώδεις ορμές τους και δείχνουν μικρό ενδιαφέρον για συμμετοχή στην εργασία ή τις κοινωνικές δραστηριότητες.

Άλλα αρνητικά συμπτώματα περιλαμβάνουν την αλογία, την ανηδονία, και την έλλειψη κοινωνικότητας (asociality) και περιγράφονται παρακάτω:

- **Αλογία:** Εκδηλώνεται με μειωμένη παραγωγή της ομιλίας (δηλαδή ελαχιστοποίηση του όγκου του αυθόρμητου λόγου), με λόγο κενό ή πτωχό σε περιεχόμενο, ακόμη και όταν ο όγκος του είναι επαρκής.
- **Ανηδονία:** Πρόκειται για μειωμένη ικανότητα βίωσης ευχαρίστησης από κάποιο θετικό ερέθισμα ή από την ανάμνηση μιας ευχάριστης στιγμής που έχει βιώσει στο παρελθόν. Πολλοί ασθενείς περιγράφουν ένα υποκειμενικό αίσθημα συναισθηματικής κενότητας. Δεν μπορούν πλέον να απολαύσουν δραστηριότητες από τις οποίες προηγουμένως αντλούσαν ευχαρίστηση, όπως τα αθλητικά παιχνίδια ή η επαφή με συγγενείς και φίλους.
- **Έλλειψη κοινωνικότητας (asociality):** Χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενδιαφέροντος για κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και μπορεί να σχετίζεται με την αβουλησία, καθώς επίσης μπορεί και να είναι μια εκδήλωση των περιορισμένων ευκαιριών για τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.^{12,20,13}

Άλλα συμπτώματα

Η έλλειψη ευαισθησίας είναι ιδιαίτερος συχνή στη σχιζοφρένεια. Ο ασθενής μπορεί να πιστεύει ότι δεν είναι άρρωστος ή ότι δεν έχει τίποτε παθολογικό. Συνήθως ο προσανατολισμός και η μνήμη δεν διαταράσσονται, εκτός από τις περιπτώσεις που διαταράσσονται δευτεροπαθώς από τα ψυχωτικά συμπτώματα, τις διαταραχές στη συγκέντρωση και στην προσοχή καθώς επίσης και από την μνημονική συγκράτηση και τις εκτελεστικές λειτουργίες.

Ήπια ή αλλιώς χαρακτηριζόμενα ως «μαλακά», μη εστιακά νευρολογικά σημεία εμφανίζονται σε κάποιους ασθενείς και περιλαμβάνουν διαταραχές στη στερεογνωσία, στη γραφαισθησία, στην ισορροπία και στην ιδιοδεκτική αισθητικότητα. Ακόμη είναι δυνατόν να εμφανίζουν διαταραχές του ύπνου, της σεξουαλικής διάθεσης και άλλων σωματικών λειτουργιών. Ενώ πολλοί ασθενείς με σχιζοφρένεια μοιάζουν να έχουν αδρανείς σεξουαλικές ορμές και να αποφεύγουν τη σεξουαλική εγγύτητα.

Η κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών είναι συνήθης στους πάσχοντες από αυτή τη νόσο. Οι ασθενείς που κάνουν κατάχρηση ουσιών είναι συνήθως νεότερης ηλικίας, άνδρες, με πτωχή συμμόρφωση στη θεραπεία και με συχνότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο. Θεωρείται ότι πολλοί από αυτούς καταφεύγουν στην κατάχρηση ουσιών, σε μια προσπάθεια να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη τους ή τις ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής τους αγωγής (π.χ. ακινησία) ή την έλλειψη κινητοποίησης και ευχαρίστησης.^{20,12}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

4.1. Διάγνωση

Η σχιζοφρένεια είναι μια πολύπλοκη ασθένεια που χαρακτηρίζεται από διάφορα συμπτώματα, που ποικίλουν σε βαθμό και ένταση ανάλογα με τον τρόπο έναρξης, τη διάρκεια και τη βαρύτητα της διαταραχής, αλλά και το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς και το γεγονός αυτό κάνει τη διάγνωση της μία δύσκολη διαδικασία. Και όπως άλλωστε είναι φυσικό η διάγνωση της συγκεκριμένης νόσου δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί από την πρώτη κιόλας συνεδρία με τον ασθενή κι αυτό συμβαίνει, επειδή ακόμη και στην περίπτωση που εντοπιστούν αμέσως συμπτώματα ψυχωτικής διαταραχής δεν συνεπάγεται απαραίτητα και την ύπαρξη σχιζοφρένειας. Προκειμένου λοιπόν να ληφθεί μια σωστή απόφαση, σκόπιμο είναι να περάσει ένα εύλογο χρονικό διάστημα. Όπως είναι ήδη γνωστό δεν υπάρχει κάποια ειδική εξέταση για τη διάγνωση της νόσου για να εξακριβωθεί αν πράγματι ο ασθενής αντιμετωπίζει ψυχωτικές διαταραχές και συγκεκριμένα σχιζοφρένεια. Ο πιο κατάλληλος για

να θέσει τη διάγνωση της δεν είναι άλλος από τον ψυχίατρο, ο οποίος βασίζεται σε μια προσεκτική εκτίμηση των συμπτωμάτων και του ιστορικού, λαμβάνοντας σημαντικές πληροφορίες είτε από τον ίδιο τον ασθενή, είτε από την οικογένεια, τους φίλους ή τους διδασκάλους του προκειμένου να προσδιορισθεί πότε άρχισε η πάθηση.¹³

4.2. Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-V

Τα κριτήρια που υπάρχουν για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας διαχωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: Η πρώτη είναι της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η οποία περιλαμβάνει κριτήρια που χρησιμοποιούνται στις Ευρωπαϊκές χώρες και η δεύτερη του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V) του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Οργανισμού, που χρησιμοποιούνται στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον υπόλοιπο κόσμο και επικρατούν στις ερευνητικές μελέτες. Επίσης, χρησιμοποιούν τις εμπειρίες και τις ανωμαλίες στη συμπεριφορά που ακολουθούνται από την κλινική αξιολόγηση ενός ψυχίατρου.

Όσον αφορά τα ICD-10 κριτήρια, φαίνεται να δίνουν περισσότερη έμφαση στα πρώτης κατηγορίας συμπτώματα όπως τα περιέγραψε ο Kurt Schneider. Σημαντικό αποτελεί το γεγονός ότι τα δύο συστήματα στην πράξη συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό. Σύμφωνα λοιπόν με την αναθεωρημένη πέμπτη έκδοση του DSM-V, για να διαγνωσθεί η σχιζοφρένεια απαραίτητη προϋπόθεση είναι να εντοπιστούν τρία διαγνωστικά κριτήρια.

A. Χαρακτηριστικά συμπτώματα: Δύο (ή περισσότερα) από τα παρακάτω, το καθένα από τα οποία είναι παρόν για ένα σημαντικό χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια μιας περιόδου ενός μήνα (ή λιγότερο σε περίπτωση επιτυχούς θεραπείας).

Τουλάχιστον ένα από αυτά θα πρέπει να είναι (1), (2) ή (3):

(1) Παραληρητικές ιδέες

(2) Ψευδαισθήσεις

(3) Αποδιοργανωμένος λόγος (π.χ. συχνός εκτροχιασμός ή ασυναρτησία)

(4) Έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά

(5) Αρνητικά συμπτώματα (δηλαδή, συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλία)

B. Κοινωνική/επαγγελματική δυσλειτουργία: Για μια σημαντική περίοδο του χρονικού διαστήματος από την έναρξη της διαταραχής, εμφανίζεται αξιοσημείωτη έκπτωση της λειτουργικότητας σε έναν ή περισσότερους από τους μείζονες τομείς δραστηριότητας, όπως είναι η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις ή η αυτό-φροντίδα, σε σύγκριση με το επίπεδο

λειτουργικότητας που είχε επιτευχθεί πριν από την έναρξη της διαταραχής (ή όταν η έναρξη της τοποθετείται στην παιδική ηλικία ή στην εφηβεία, αποτυχία κατάκτησης του αναμενόμενου επιπέδου διαπροσωπικών, ακαδημαϊκών ή επαγγελματικών επιτευγμάτων).

Γ. Διάρκεια: Συνεχή σημάδια της διαταραχής επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες. Στην 6μηνη αυτή περίοδο πρέπει να περιλαμβάνεται τουλάχιστον 1 μήνας (ή λιγότερο, σε περίπτωση επιτυχούς θεραπείας) με συμπτώματα που πληρούν το Κριτήριο Α (δηλαδή, τα συμπτώματα της ενεργού φάσης της διαταραχής) και δύναται να περιλαμβάνονται περίοδοι πρόδρομων ή υπολειμματικών συμπτωμάτων. Κατά τη διάρκεια των πρόδρομων ή υπολειμματικών αυτών περιόδων, τα σημάδια της διαταραχής είναι δυνατόν να εκδηλώνονται είτε μόνο με αρνητικά είτε με δύο ή περισσότερα συμπτώματα που συγκαταλέγονται στο Κριτήριο Α, αλλά σε εξασθενημένη μορφή (π.χ. παράδοξες/εκκεντρικές πεποιθήσεις, ασυνήθεις αντιληπτικές εμπειρίες).

Δ. Αποκλεισμός σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και καταθλιπτικής ή διπολικής διαταραχής: Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η καταθλιπτική ή διπολική διαταραχή με ψυχωσικά χαρακτηριστικά έχουν αποκλεισθεί διότι είτε 1) δεν υπήρχε κανένα μείζον καταθλιπτικό ή μανιακό επεισόδιο ταυτόχρονα με συμπτώματα της ενεργού φάσης, είτε 2) ακόμη κι αν εμφανίστηκαν επεισόδια της διαταραχής κατά την ενεργό φάση των συμπτωμάτων, η συνολική τους διάρκεια ήταν βραχεία σε σχέση με τη διάρκεια των ενεργών και των υπολειμματικών περιόδων της νόσου.

Ε. Αποκλεισμός επίδρασης ουσιών/άλλης ιατρικής κατάστασης: Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσία που υπόκειται σε κατάχρηση ή φάρμακο) ή μιας άλλης ιατρικής κατάστασης (όπως σωματική νόσο).

Ζ. Σχέση με μια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή: Αν υπάρχει ιστορικό αυτιστικής διαταραχής ή μιας άλλης διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής, τίθεται η επιπρόσθετη διάγνωση της σχιζοφρένειας μόνο αν υπάρχουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, εκτός από τα άλλα απαιτούμενα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, που είναι παρόντες τουλάχιστον για ένα μήνα (ή λιγότερο, σε περίπτωση επιτυχούς θεραπείας τους).

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να ταξινομηθούν οι ακόλουθες περιπτώσεις που δείχνουν την πορεία και εφαρμόζονται όταν η διάρκεια της διαταραχής ξεπερνά το ένα έτος των συμπτωμάτων της ενεργού φάσης και εφόσον δεν έρχονται σε αντίθεση με τα διαγνωστικά κριτήρια.

Πρώτο επεισόδιο, επί του παρόντος σε οξύ επεισόδιο: Πρώτη εκδήλωση της διαταραχής που πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια των συμπτωμάτων και του χρόνου. Ένα οξύ επεισόδιο είναι μια χρονική περίοδος κατά την οποία πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια των συμπτωμάτων.

Πρώτο επεισόδιο, επί του παρόντος σε μερική ύφεση: Μερική ύφεση είναι μια χρονική περίοδος κατά την οποία η βελτίωση μετά από ένα προηγούμενο επεισόδιο διατηρείται και κατά την οποία τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής πληρούνται μόνο εν μέρει.

Πρώτο επεισόδιο, επί του παρόντος σε πλήρη ύφεση: Πλήρης ύφεση είναι ένα χρονικό διάστημα μετά από ένα προηγούμενο επεισόδιο κατά τη διάρκεια της οποίας κανένα ειδικό σύμπτωμα της διαταραχής δεν είναι παρόν.

Πολλαπλά επεισόδια, επί του παρόντος σε οξύ επεισόδιο: Ως πολλαπλά επεισόδια μπορεί να προσδιοριστούν μετά από τουλάχιστον δύο επεισόδια (δηλαδή, μετά από ένα πρώτο επεισόδιο, την ύφεση και τουλάχιστον μία υποτροπή).

Πολλαπλά επεισόδια, επί του παρόντος σε μερική ύφεση

Πολλαπλά επεισόδια, επί του παρόντος σε πλήρη ύφεση

Συνεχής: Τα συμπτώματα που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια των συμπτωμάτων της διαταραχής παραμένουν στην πλειονότητα της πορείας της ασθένειας. Στο διάστημα αυτό οι περιόδους όπου τα συμπτώματα είναι υπο-ουδικά είναι πολύ σύντομα σε σχέση με τη συνολική πορεία.

Η τρέχουσα σοβαρότητα καθορίζεται ως εξής: Αρχικά η σοβαρότητα πρέπει να βαθμολογείται ως μια ποσοτική εκτίμηση των βασικών συμπτωμάτων της ψύχωσης, που περιλαμβάνουν τις παραισθήσεις, τις ψευδαισθήσεις, τον αποδιοργανωμένο λόγο, τη μη φυσιολογική ψυχοκινητικότητα και τα αρνητικά συμπτώματα. Κάθε ένα από αυτά τα συμπτώματα μπορεί να βαθμολογείται για την τρέχουσα σοβαρότητα του (η πιο σοβαρή εκδήλωση τις τελευταίες 7 ημέρες) σε μια κλίμακα 5 βαθμών που κυμαίνεται από 0 (δηλαδή δεν υπάρχει) έως 4 (είναι παρών και σοβαρό).

Σημείωση: Η διάγνωση της σχιζοφρένειας μπορεί να τεθεί και χωρίς τη χρήση αυτού του προσδιοριστή σοβαρότητας.²⁰

4.3. Κλινικοί τύποι της σχιζοφρένειας

Το DSM-IV-TR διακρίνει πέντε κλινικές μορφές (υπότυπους) της σχιζοφρένειας: τον παρανοειδή, τον αποδιοργανωμένο, τον κατατονικό, τον αδιαφοροποίητο και τον υπολειμματικό τύπο. Η χρησιμότητα της διάκρισης αυτής είναι κυρίως περιγραφική. Όσον αφορά όμως το πρακτικό αλλά και κλινικό επίπεδο, πολλοί ασθενείς φαίνεται να εμπίπτουν

σε περισσότερους από έναν υπότυπους κατά την πορεία της πάθησης. Έτσι λοιπόν παρατίθενται παρακάτω οι εξής τύποι:

- **Παρανοειδής τύπος:** Χαρακτηρίζεται από την έντονη ενασχόληση του ασθενούς με μία ή περισσότερες συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις. Στον τύπο αυτό δεν προεξάρχουν ο αποδιοργανωμένος λόγος και συμπεριφορά, η κατατονική συμπεριφορά καθώς και το επιπεδωμένο ή αμβλύ συναίσθημα. Ακόμη οι ασθενείς με παρανοειδή τύπο σε σύγκριση με όσους έχουν αποδιοργανωμένο είναι συνήθως μεγαλύτερης ηλικίας κατά την έναρξη της πάθησης και πιθανόν να είναι έγγαμοι, να έχουν παιδιά και να εργάζονται. Πάντως τόσο η προνοσηρή τους λειτουργικότητα όσο και η πρόγνωση της νόσου είναι συνήθως καλύτερη.
- **Αποδιοργανωμένος τύπος:** Πρόκειται για έναν τύπο που εμφανίζει αποδιοργανωμένο λόγο και συμπεριφορά, καθώς και απρόσφορο ή επίπεδο συναίσθημα. Όταν υπάρχουν παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις είναι συνήθως αποσπασματικές, σε αντίθεση με τις καλά οργανωμένες και συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες των ασθενών με παρανοϊκού τύπου σχιζοφρένεια. Η έναρξη της πάθησης επισυμβαίνει σε σχετικά νεαρή ηλικία και εκδηλώνεται με την ανάπτυξη αρνητικών συμπτωμάτων, όπως αβουλία, συναισθηματική επιπέδωση και γνωστική έκπτωση. Επίσης οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν συχνά ανόητη ή παιδόμορφη συμπεριφορά που ενίοτε, συνοδεύεται από μορφασμούς ή απρόσφορους γέλωτες, ενώ μοιάζουν απορροφημένοι στον εαυτό τους.
- **Κατατονικός τύπος:** Το χαρακτηριστικό του συγκεκριμένου τύπου είναι ότι παρουσιάζει τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω: Ακινησία (π.χ. καταληψία, εμβροντησία), υπερβολική κινητική δραστηριότητα, ακραίο αρνητισμό, ιδιομορφίες των εκούσιων κινήσεων (π.χ. στερεοτυπίες, μορφασμούς) και ηχολαλία ή ηχοπραξία. Ο τύπος αυτός είναι λιγότερο συχνός σήμερα από ότι στο παρελθόν, αλλά μεμονωμένα κατατονικά συμπτώματα μπορεί να εκδηλώνονται σποραδικά στην πορεία της νόσου.
- **Αδιαφοροποίητος τύπος:** Αποτελεί μια κατηγορία στην οποία εντάσσονται ασθενείς που πληρούν μεν τα γενικά κριτήρια της σχιζοφρένειας, αλλά όχι τα ειδικά κριτήρια ενός από τους προαναφερθέντες τρεις τύπους.
- **Υπολειμματικός τύπος:** Πρόκειται για μια διάγνωση που τίθεται σε ασθενείς που δεν εμφανίζουν πλέον προεξάρχοντα ψυχωσικά συμπτώματα, αλλά κατά το παρελθόν πληρούσαν τα κριτήρια της σχιζοφρένειας και την παρούσα περίοδο εξακολουθούν να εμφανίζουν συμπτώματα της πάθησης, όπως είναι η συναισθηματική επιπέδωση ή η εκκεντρική συμπεριφορά.^{21,12,22}

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι διακρίνονται δύο ακόμη υποκατηγορίες σύμφωνα με τα ICD-10 κριτήρια: η μετα-σχιζοφρενής κατάθλιψη και η απλή σχιζοφρένεια.

- **Μετα-σχιζοφρενής κατάθλιψη:** Πρόκειται για ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, το οποίο μπορεί να είναι παρατεταμένο, και να εμφανίζεται μετά την εκδήλωση σχιζοφρενικής νόσου. Μερικά σχιζοφρενικά συμπτώματα, είτε «θετικά» είτε «αρνητικά», πρέπει να είναι ακόμη παρόντα αλλά δεν επικρατούν πλέον στην κλινική εικόνα. Αυτές οι καταθλιπτικές καταστάσεις σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Εάν ο ασθενής δεν έχει πλέον σχιζοφρενικά συμπτώματα, τότε πρέπει να διαγνωστεί καταθλιπτικό επεισόδιο. Όταν όμως τα σχιζοφρενικά συμπτώματα εξακολουθούν να είναι έντονα και προεξάρχοντα, η διάγνωση θα πρέπει να παραμένει στον αντίστοιχο σχιζοφρενικό υπότυπο.
- **Απλή σχιζοφρένεια:** Διαταραχή στην οποία υπάρχει ύπουλη αλλά προοδευτική ανάπτυξη εκκεντρικής συμπεριφοράς, ανικανότητα ανταπόκρισης στις απαιτήσεις της κοινωνίας και πτώση της συνολικής απόδοσης. Όμως, οι αρνητικές εκδηλώσεις της υπολειμματικής σχιζοφρένειας (π.χ. άμβλυση συναισθήματος και απώλεια βούλησης) αναπτύσσονται χωρίς να έχουν προηγηθεί εμφανή ψυχωσικά συμπτώματα.²³

Ωστόσο σύμφωνα με την αναθεωρημένη πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας, η κατηγοριοποίηση της σχιζοφρένειας με βάση τους υπότυπους των οποίων γινόταν χρήση στο DSM-IV-TR και έγινε λόγος παραπάνω, εξαλήφθηκε. Το γεγονός αυτό συνέβη, λόγω του ότι είχε περιορισμένη διαγνωστική σταθερότητα και δεν παρείχε σημαντική κλινική χρησιμότητα αλλά ούτε την επιστημονική εγκυρότητα, το κύρος και την αξιοπιστία. Σε προηγούμενες εκδόσεις, διατηρήθηκαν κυρίως για λόγους παράδοσης όμως, στη συνέχεια αποδείχθηκε στη ότι είχε μικρή αξία. Επιπλέον η APA φαίνεται να δικαιολογεί επίσης την κατάργηση των υποτύπων της σχιζοφρένειας από το DSM-5 επειδή όπως φαίνεται δεν μπορούν να προσφέρουν βοήθεια για την παροχή καλύτερης στοχευμένης θεραπείας, ή την πρόβλεψη της ανταπόκρισης στη θεραπεία.²⁴

4.4. Διαφορική διάγνωση

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας πρέπει να τίθεται εξ αποκλεισμού (διά της «εις άτοπον απαγωγής»), διότι οι συνέπειές της είναι εξαιρετικά σοβαρές και περιορίζουν τις θεραπευτικές επιλογές. Σε πρώτο στάδιο, θα πρέπει να διενεργείται μια ενδελεχής φυσική εξέταση και λήψη ιστορικού με σκοπό να αποκλειστούν πιθανά παθολογικά αίτια των «σχιζοφρενικών» συμπτωμάτων. Ψυχωσικά συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν σε πολλές

άλλες παθήσεις, συμπεριλαμβανομένων της κατάχρησης ουσιών (π.χ. παραισθησιογόνων, φαινυλκυκλιδίνης, αμφεταμινών, κοκαΐνης, αλκοόλ), των ανεπιθύμητων ενεργειών ευρέως συνταγογραφούμενων φαρμάκων (π.χ. κορτικοειδών, αντιχολινεργικών, λεβοντόπα), των λοιμώξεων, των μεταβολικών και ενδοκρινικών διαταραχών, των όγκων καθώς επίσης και άλλων χωροκατακτητικών εξεργασιών και της κροταφικής επιληψίας. Οι συνήθεις εργαστηριακές εξετάσεις βοηθούν προς την κατεύθυνση του αποκλεισμού των οργανικών αιτιών. Στις εξετάσεις αυτές πρέπει να συμπεριλαμβάνονται η γενική αίματος, η γενική ούρων, η μέτρηση των ηπατικών ενζύμων, της κρεατινίνης, της ουρίας, η εξέταση της θυρεοειδικής λειτουργίας αλλά και ορολογικές εξετάσεις για σύφιλη ή λοίμωξη από HIV. Επιπλέον τόσο η αξονική (CT) όσο και η μαγνητική τομογραφία (MRI) εγκεφάλου ενδεχομένως να είναι χρήσιμες σε επιλεγμένους ασθενείς για τον αποκλεισμό εστιακών εγκεφαλικών βλαβών (π.χ. όγκοι, ισχαιμικά έμφρακτα) και κυρίως σε ασθενείς με πρώτη εμφάνιση των σχετικών συμπτωμάτων.



- **Μείζονα καταθλιπτική ή διπολική διαταραχή με ψυχωτικά ή κατατονικά χαρακτηριστικά.** Η διάκριση της σε σχέση με τη σχιζοφρένεια εξαρτάται από τη χρονική σχέση μεταξύ της διαταραχής της διάθεσης και της ψύχωσης, αλλά και από την σοβαρότητα της κατάθλιψης ή των μανιακών συμπτωμάτων. Αν οι παραληρητικές ιδέες ή οι ψευδαισθήσεις εμφανίζονται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια ενός σημαντικού καταθλιπτικού ή μανιακού επεισοδίου, η διάγνωση είναι καταθλιπτική ή διπολική διαταραχή με ψυχωσικά χαρακτηριστικά.
- **Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.** Μια διάγνωση σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής απαιτεί ότι και ένα μείζον καταθλιπτικό ή μανιακό επεισόδιο, τα συμπτώματα της διαταραχής της διάθεσης αναπτύσσονται ταυτόχρονα με τα συμπτώματα της ενεργού φάσης της σχιζοφρένειας. Ακόμη, στη συνολική διάρκεια της ενεργού φάσης θα πρέπει να είναι παρόντα για μια μεγάλη χρονική περίοδο τα συμπτώματα της διάθεσης.
- **Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή και βραχεία ψυχωτική διαταραχή.** Αυτές οι διαταραχές έχουν μικρότερη διάρκεια από τη σχιζοφρένεια, όπως ορίζεται στο Κριτήριο Γ, που απαιτεί 6 μήνες συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή είναι παρούσα λιγότερο από 6 μήνες, ενώ όσον αφορά την βραχεία ψυχωτική διαταραχή τα συμπτώματα είναι παρόντα τουλάχιστον 1 ημέρα, αλλά λιγότερο από 1 μήνα.

- **Παραληρητική διαταραχή.** Πρόκειται για μια διαταραχή που μπορεί να διακριθεί από τη σχιζοφρένεια από την απουσία των άλλων συμπτωμάτων που αποτελούν χαρακτηριστικά της νόσου (π.χ. παραισθήσεις, προεξάρχουσες ακουστικές ή οπτικές ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένη ομιλία, έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά, αρνητικά συμπτώματα).
- **Σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας.** Η σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας μπορεί να διακριθεί από τη σχιζοφρένεια με ουδό συμπτώματα που σχετίζονται με επίμονα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή είναι δυνατόν να αδιαφορούν για τις κοινωνικές σχέσεις και να εμφανίζουν περισφιγμένο συναίσθημα, παράδοξες πεποιθήσεις ή εκκεντρικό λόγο.
- **Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και διαταραχή δυσμορφίας του σώματος.** Τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή ενδεχομένως να παρουσιάσουν κακή ή ανύπαρκτη διορατικότητα και οι ανησυχίες μπορεί να «αγγίζουν» τις παραληρητικές αναλογίες. Οι συγκεκριμένες διαταραχές διαφέρουν από τη σχιζοφρένεια ως προς τις διακεκριμένες εμμονές, τους καταναγκασμούς, τις ανησυχίες με την εμφάνιση τους ή την οσμή του σώματος, το σώμα επικεντρώνεται σε επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές.
- **Διαταραχή μετατραυματικού στρες.** Η διαταραχή αυτή μπορεί να αναφέρεται σε αναδρομές του παρελθόντος που έχουν παραισθησιογόνα ποιότητα (δηλαδή τα άτομα με αυτού του είδους τις εμπειρίες μπορεί να υποφέρουν από αναμνήσεις και εφιάλτες και να αναβιώνουν καταστάσεις που τους είχαν προκαλέσει φόβο και τρόμο κατά το παρελθόν) και υπερεργήγορη που μπορεί να καταλήξει σε παρανοϊκές αναλογίες. Έτσι υπάρχει η πιθανότητα τα άτομα αυτά να γίνουν συναισθηματικά παράλυτα.
- **Διαταραχή του αυτιστικού φάσματος ή διαταραχές της επικοινωνίας.** Αυτές οι διαταραχές μπορεί επίσης να έχουν συμπτώματα που μοιάζουν με ένα ψυχωτικό επεισόδιο, αλλά χαρακτηρίζονται από 1) αντίστοιχες δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία και κοινωνική αλληλεπίδραση και 2) δεν εμφανίζουν στερεοτυπικές και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, δραστηριότητες και ενδιαφέροντα καθώς και άλλα γνωστικά και επικοινωνίας ελλείμματα. Ένα άτομο που πάσχει από τη συγκεκριμένη διαταραχή πρέπει να έχει συμπτώματα που ανταποκρίνονται πλήρως στα κριτήρια της νόσου, όπως παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις και διαρκούν τουλάχιστον 1 μήνα, προκειμένου να διαγνωστεί με σχιζοφρένεια ως συνυπάρχουσα πάθηση.
- **Άλλες ψυχικές διαταραχές που συνδέονται με ένα ψυχωτικό επεισόδιο.** Η διάγνωση της σχιζοφρένειας γίνεται μόνο όταν το ψυχωτικό επεισόδιο επιμένει και δεν οφείλεται στις φυσιολογικές επιπτώσεις μιας ουσίας ή άλλης ιατρικής κατάστασης. Άτομα με

παραλήρημα, μείζονος ή ελάσσονος νευρογνωστική διαταραχή μπορεί να παρουσιάσουν ψυχωτικά συμπτώματα, αλλά αυτά θα έχουν μια χρονική σχέση με την εμφάνιση των γνωστικών αλλαγών που συμφωνούν με αυτές τις διαταραχές. Ακόμη τα άτομα με ψυχωτική διαταραχή που μπορεί να οφείλεται σε μια ουσία ή φάρμακο μπορεί να παρουσιάζουν χαρακτηριστικά συμπτώματα του κριτηρίου A για τη σχιζοφρένεια.^{20,12}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

5.1. Αιτιολογία

Ο εγκέφαλος του ανθρώπου είναι ένα όργανο σπουδαίας πολυπλοκότητας. Αποτελείται από 100 δισεκατομμύρια νευρικά κύτταρα και ένα τρισεκατομμύριο υποστηρικτικά κύτταρα. Κάθε νευρικό κύτταρο ή νευρώνας σχηματίζει συνάψεις, δηλαδή επικοινωνεί με 1.000 έως 10.000 άλλα νευρικά κύτταρα. Με αυτό τον τρόπο δημιουργούνται στον εγκέφαλο πάνω από 100 τρισεκατομμύρια συνάψεις. Η επικοινωνία μεταξύ των νευρώνων στις συνάψεις γίνεται κυρίως με απελευθέρωση και πρόσληψη χημικών ουσιών που ονομάζονται νευροδιαβιβαστές. Η τεράστια πολυπλοκότητα της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου και η δύσκολη πρόσβαση σε αυτόν καθώς είναι καλά κρυμμένος μέσα στο κρανίο καθιστούν δυσχερή τη μελέτη του. Η σχετικά πρόσφατη ανάπτυξη διαφόρων μεθόδων δομικής και λειτουργικής απεικόνισης του, επέτρεψε την αποκάλυψη πολλών δεδομένων για τη φυσιολογική του λειτουργία και τον τρόπο που αυτή διαταράσσεται σε ψυχικές παθήσεις όπως η σχιζοφρένεια. Παρόλο που η αιτιολογία της σχιζοφρένειας έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών συζητήσεων, οι ειδικοί στον τομέα αυτό δεν έχουν καταφέρει να εντοπίσουν την αιτία της. Η σχιζοφρένεια πρέπει να θεωρείται ως μια πολυπαραγοντική πάθηση ή μια πάθηση «πολλαπλών προσβολών», όπως ο καρκίνος, ο σακχαρώδης διαβήτης και η καρδιαγγειακή νόσος. Τα άτομα μπορεί να φέρουν κάποια γενετική προδιάθεση, αλλά αυτή η ευαλωτότητα δεν εκδηλώνεται, αν δεν παρέμβουν και άλλοι παράγοντες.²⁶ Μολονότι οι περισσότεροι από τους παράγοντες αυτούς θεωρούνται περιβαλλοντικοί, με την έννοια ότι δεν βρίσκονται κωδικοποιημένοι στο DNA και θα μπορούσαν πιθανώς να προκαλέσουν μεταλλάξεις ή να επηρεάσουν την έκφραση κάποιων γονιδίων, είναι στην πλειονότητά τους περισσότερο βιολογικοί παρά ψυχολογικοί και περιλαμβάνουν παράγοντες όπως οι περιγεννητικές βλάβες, η κακή διατροφή ή η κατάχρηση ουσιών από πλευράς της μητέρας. Οι σύγχρονες έρευνες γύρω από τη νευροβιολογία της σχιζοφρένειας εξετάζουν ένα σύμπλεγμα παραγόντων, στους οποίους συμπεριλαμβάνονται η γενετική, η ανατομία (με τη

βοήθεια της λειτουργικής νευροαπεικόνισης), η νευροπαθολογία, η νευροχημεία, η νευροφαρμακολογία και η νευροαναπτυξιακή διαδικασία.^{12,11,25}

5.1.1. Βιολογικοί παράγοντες

Οι βιολογικοί προδιαθεσικοί παράγοντες ή παράγοντες κινδύνου για τη σχιζοφρένεια είναι γενετικοί ή περιβαλλοντικοί και με βάση το νευροαναπτυξιακό μοντέλο, διακρίνονται σε πρώιμους, δηλαδή εκείνους που επιδρούν στη διάρκεια της ανάπτυξης του εγκεφάλου, κατά την ενδομήτριο ζωή ή τα πρώτα χρόνια της ζωής του ατόμου και σε όψιμους, οι οποίοι επιδρούν ή εκφράζονται σε μεγαλύτερες ηλικίες και πιο κοντά στην έναρξη συμπτωματολογίας της νόσου. Παραδείγματα γενετικών πρώιμων παραγόντων είναι οι μορφομετρικές ανωμαλίες του μετωπιαίου συστήματος και τα νευρογνωσιακά ελλείμματα (π.χ. της εκτελεστικής λειτουργικότητας) και γενικότερα όσοι παίζουν ρόλο στη διαμόρφωση της ευαλωτότητας του νευρικού συστήματος. Στους γενετικούς όψιμους παράγοντες περιλαμβάνονται ανωμαλίες του μεταιχμιακού ντοπαμινεργικού συστήματος ανταπόκρισης στο στρες, οι ανωμαλίες της ορμονικής ρύθμισης και γενικότερα όσοι εκδηλώνονται μετά τη γέννηση και σχετίζονται με ανώμαλη έκφραση γονιδίων. Παραδείγματα περιβαλλοντικών πρώιμων παραγόντων είναι η υποξία και οι ενδομήτριες λοιμώξεις, ενώ περιβαλλοντικών όψιμων παραγόντων είναι ψυχοκοινωνικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως το οικογενειακό περιβάλλον και ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες.^{27,28}

5.1.1.1. Γενετικοί παράγοντες

Η σχιζοφρένεια βρίσκεται στο επίκεντρο της επιστημονικής διαμάχης που αφορά τον ρόλο φύσης και ανατροφής στην ανάπτυξη των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Το κυρίαρχο



ίσως μοντέλο για την αιτιολογία της σχιζοφρένειας θεωρείται ότι προκρίνει βιολογικά αίτια και καθοδηγείται από γενετικούς παράγοντες, παρόλο που αυτό έχει αμφισβητηθεί έντονα από τους υποστηρικτές των περιβαλλοντικών ερμηνειών. Σημαντικά δεδομένα τεκμηριώνουν ότι η σχιζοφρένεια έχει μια ισχυρή γενετική συνιστώσα. Υπολογίζεται από μελέτες σε δίδυμους ότι η

κληρονομικότητα της σχιζοφρένειας αντιπροσωπεύει περίπου το 80%, σε αντίθεση με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες να αποτελούν το υπόλοιπο 20%. Όσο στενότερη είναι η γενετική συγγένεια με τον ασθενή, τόσο αυξάνει ο κίνδυνος νόσησης. Συγκεκριμένα οι πρώτου βαθμού συγγενείς των σχιζοφρενών παρουσιάζουν ψυχιατρική συμπτωματολογία σε

τεράστιο ποσοστό από τον γενικό πληθυσμό.^{12,31} Μελέτες οικογενειών δείχνουν ότι τα αδέρφια σχιζοφρενικών ασθενών έχουν 10% πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο. Στην περίπτωση που τα παιδιά έχουν τον έναν γονέα με σχιζοφρένεια η πιθανότητα είναι 5-6%, αν έχουν έναν αδερφό και έναν γονέα σχιζοφρενικό η πιθανότητα είναι 17%, ενώ αν εμφανίσουν και οι δύο γονείς σχιζοφρένεια η πιθανότητα ανέρχεται στο 46%. Μελέτες διδύμων αξιοσημείωτα και με σταθερό τρόπο έχουν καταδείξει υψηλότερο ποσοστό σύμπτωσης της νόσου για μονοζυγωτικούς διδύμους κατά μέσο όρο 46%, σε σύγκριση με ένα ποσοστό σύμπτωσης 14% σε διζυγωτικούς. Μελέτες σε υιοθετημένα άτομα μας δείχνουν ότι ο κίνδυνος για ανάπτυξη σχιζοφρένειας είναι μεγαλύτερος αν τα άτομα αυτά προέρχονται από γενετικά βεβαρημένες οικογένειες, παρότι έζησαν σε ένα άλλο υγιές περιβάλλον.^{29,30,11}

Γονίδια

Είναι αξιοσημείωτο ότι οι γενετικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν με τους περιβαλλοντικούς κατά την παθογένεση της σχιζοφρένειας. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι ορισμένα γονίδια, όπως AKT1, GRM3, BDNF, DTNBP, πιθανόν παίζουν ρόλο σε υποξικά γεγονότα που διαδραματίζονται σε επιπλοκές κατά τον τοκετό και κατ' επέκταση αυξάνουν τον κίνδυνο για τη νόσηση. Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει πολυάριθμες προσπάθειες τόσο γύρω από τις περιοχές του DNA, όσο και για την ταυτοποίηση των εμπλεκόμενων γονιδίων μέσω μελετών σύνδεσης, μελετών υποψηφίων γονιδίων αλλά και ολογονιδιωματικών μελετών σύνδεσης. Όσον αφορά την γενετική μεταβίβαση της σχιζοφρένειας μπορεί να πραγματοποιηθεί με ένα συγκεκριμένο παθογόνο γονίδιο, κυρίαρχο ή υπολειπόμενο ή και με τη συμβολή ενός μεγάλου αριθμού γονιδίων. Θετικά ευρήματα έχουν βρεθεί από μελέτες χαρτογράφησης για τα χρωμοσώματα 1, 6, 8, 10, 11, 13 και 22. Από αυτά το χρωμόσωμα 11 παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς εκτός των άλλων σε αυτό είναι εγκατεστημένο και το γονίδιο του D₂ υποδοχέα, όμως με αντιφατικά αποτελέσματα των ερευνών.³² Μερικά γονίδια που σχετίζονται με την ανάπτυξη της σχιζοφρένειας όπως τις μελέτησαν ομάδες είναι: στο γονίδιο της διαταραγμένης στη σχιζοφρένεια πρωτεΐνης (Disruptedin Schizophrenia) DISC1 στο χρωμόσωμα 1, το γονίδιο



της πρωτεΐνης που συνδέεται με τη δυσδεσμίνη (Dysbindin) DTNBP1 στο χρωμόσωμα 6, και μάλιστα σχετίζεται με τη δομή των συνάψεων, το γονίδιο της νευρορρυθμίνης (Neuroregulin) NRG1, που είναι αυξητικός συναπτικός παράγοντας, στο χρωμόσωμα 8, το γονίδιο G72 στο χρωμόσωμα 13, το γονίδιο της κατεχολ-Ο-μεθυλοτρανσφεράσης COMT στο χρωμόσωμα 22, που επιδρά στο μεταβολισμό της ντοπαμίνης. Επίσης, άλλα γονίδια που είναι υποψήφια για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας είναι τα ειδικά αντίγραφα αριθμού παραλλαγών, NOTCH4, οι εστίες των πρωτεϊνών ιστονών και ένας αριθμός ενώσεων σε επίπεδο γονιδιώματος, όπως οι πρωτεΐνες δακτύλων ψευδάργυρου 804A.^{12,33,34}

5.1.1.2. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Παρόλο που η σχιζοφρένεια αποτελεί μια κληρονομική διαταραχή με ισχυρή γενετική βάση, πολυάριθμες μελέτες έχουν τονίσει τη σπουδαιότητα των περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη και πορεία της διαταραχής. Σε πρώτη ανάλυση, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση της νόσου περιλαμβάνουν βιολογικά και ψυχοκοινωνικά γεγονότα τα οποία το άτομο αντιλαμβάνεται από τη στιγμή της σύλληψης του μέσω της προγεννητικής του ανάπτυξης, γέννησης, του περιβάλλοντος και των συνθηκών διαβίωσης του.

Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται η βλαπτική επίδραση ψυχοπιεστικών καταστάσεων που επενεργούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, επιπλοκές τόσο κατά την κυοφορία όσο και στον τοκετό, πρώιμα γεγονότα της βρεφικής ή παιδικής ηλικίας που επηρεάζουν την εγκεφαλική ανάπτυξη (π.χ. περιγεννητική υποξία), προβληματική σχέση μητέρας-παιδιού και οικογενειακού περιβάλλοντος. Εκτός από τα παραπάνω, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι προγεννητικές και παιδικές λοιμώξεις, γεγονότα που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ζωής των ατόμων ιδίως στη διάρκεια της εφηβείας (όπως αποχωρισμός ή θάνατος στην οικογένεια).³⁵

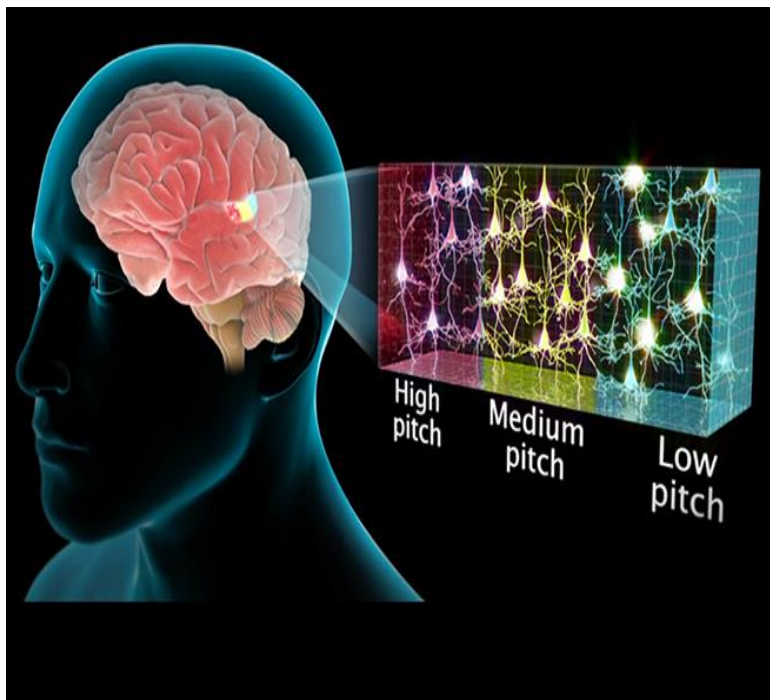
Άλλοι παράγοντες εξίσου σημαντικοί, περιλαμβάνουν άτομα που ζουν σε αστικό περιβάλλον (κατά την παιδική ηλικία ή ως ενήλικες). Έχει επανειλημμένα καταγραφεί ότι αυξάνουν τον κίνδυνο σχιζοφρένειας, τη χρήση ψυχοδραστικών ναρκωτικών ουσιών (αμφεταμίνες, κοκαΐνη, κάνναβη), την κοινωνική απομόνωση, τη μετανάστευση που σχετίζεται με την κοινωνική αντιξοότητα, τις φυλετικές διακρίσεις, το κοινωνικό άγχος, τη δυσλειτουργία της οικογένειας, την ανεργία και τις κακές συνθήκες στέγασης. Τέλος, και κάποια άλλα γεγονότα όπως οι παιδικές εμπειρίες κακοποίησης που έχουν βιώσει ή τραύματα, χαμηλή επίδοση στο σχολείο, γνωστικά ελλείμματα και χαμηλό I.Q.

συγκαταλέγονται κι αυτοί στους παράγοντες κινδύνου για διάγνωση της σχιζοφρένειας στη μετέπειτα στη ζωή τους.^{36,30}

5.1.2. Βιοχημικοί παράγοντες

Νευροχημεία και νευροφαρμακολογία

Οι νευροχημικές υποθέσεις είναι προσανατολισμένες για την εκδήλωση σχιζοφρένειας προς τη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών και των υποδοχέων τους, δηλαδή της ντοπαμίνης, της νορεπινεφρίνης, του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA), της σεροτονίνης και του γλουταμινικού οξέος. Σύμφωνα με την ντοπαμίνη που αποτελεί τον κύριο νευροδιαβιβαστή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, στην κλασική της μορφή, τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας οφείλονται σε αυξημένη νευρωνική ντοπαμινεργική δραστηριότητα στις υποφλοιώδεις περιοχές του εγκεφάλου, όπως στην περιοχή του μεταχιακού συστήματος και συνδέονται με τον θάλαμο, τον ιππόκαμπο, τον μετωπιαίο φλοιό και τη μέλαινα ουσία. Η ντοπαμινική θεωρία προέκυψε



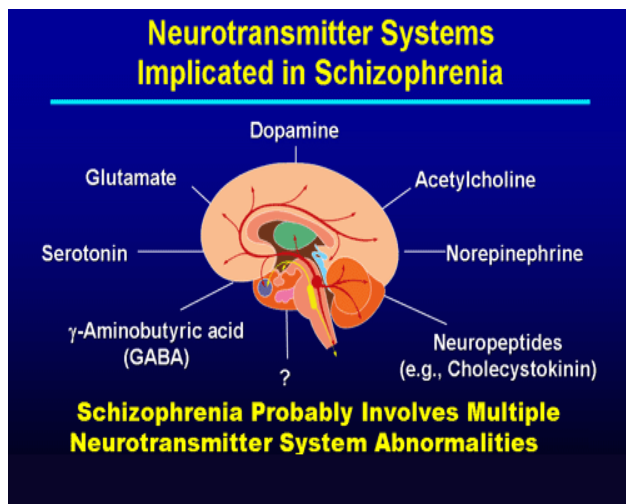
από δύο παρατηρήσεις. Η πρώτη είναι ότι τα φάρμακα που αυξάνουν την ντοπαμινεργική νευροδιαβίβαση, όπως οι αμφεταμίνες (ψυχωσιομιμητικά), συχνά προκαλούν ψυχωσικού τύπου συμπτωματολογία σε φυσιολογικά άτομα. Και η δεύτερη είναι ότι πολλά αντιψυχωσικά φάρμακα (κλασικά ή άτυπα) εμφανίζουν μια κοινή ιδιότητα να δρουν ως ανταγωνιστές και να προκαλούν σε μεγάλο βαθμό με την ικανότητά τους αποκλεισμό των ντοπαμινεργικών D₂ υποδοχέων στο μετασυναπτικό νευρώνα. Μάλιστα μεταξύ των τυπικών αντιψυχωσικών φαρμάκων υπάρχει ευθεία συσχέτιση μεταξύ της τυπικής θεραπευτικής τους δόσης και της ικανότητάς τους να δεσμεύουν τους ντοπαμινεργικούς D₂ υποδοχείς.¹² Επίσης, ο ντοπαμινεργικός αποκλεισμός στην περιοχή των βασικών γαγγλίων θεωρείται υπεύθυνος για τη συχνή εμφάνιση των εξωπυραμιδικών ανεπιθύμητων ενεργειών των αντιψυχωσικών φαρμάκων. Σύμφωνα με την αναθεωρημένη ντοπαμινεργική υπόθεση της σχιζοφρένειας, η αυξημένη υποφλοιώδης ντοπαμινεργική δραστηριότητα συσχετίζεται αιτιολογικά με την

ύπαρξη θετικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, ενώ η μειωμένη φλοιώδης ντοπαμινεργική δραστηριότητα, κυρίως στην περιοχή του προμετωπιαίου λοβού, συσχετίζεται αιτιολογικά με την ύπαρξη αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η δυσλειτουργία ενός μόνο νευρομεταβιαστικού συστήματος, όπως της ντοπαμίνης, αποτελεί απλουστευτική αλλά χρηστική ερμηνεία της αναμφίβολα πολύπλοκης βιοχημικής δυσλειτουργίας στη σχιζοφρένεια, στην οποία εμπλέκονται και αλληλεπιδρούν πολλά νευροδιαβιαστικά συστήματα του εγκεφάλου.^{32,25,37}

Όσον αφορά την νορεπινεφρίνη, έχει φανεί ότι η χορήγηση αντιψυχωσικών φαρμάκων για χρόνια προκαλεί στους νευρώνες της νοραδρεναλίνης στον υπομέλαινα τόπο μειωμένη δραστηριότητα, καθώς επίσης και η θεραπευτική δράση ορισμένων από αυτά ασκείται με τους A₁ και A₂ αδρενεργικούς υποδοχείς.

Το γ-αμινοβουτυρικό οξύ GABA αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα της σχιζοφρένειας λόγω της ελλατωμένης δραστηριότητας των GABA-νεργικών νευρώνων στον ιππόκαμπο που οδηγούν σε αυξημένη δραστηριότητα της ντοπαμίνης.

Στην περίπτωση της σεροτονίνης, ο μεταβολισμός της είναι παθολογικός σε μερικούς χρόνιους σχιζοφρενείς και έχει αναφερθεί τόσο υπερσεροτονιναιμία όσο και υποσεροτονιναιμία. Έμφαση έχει δοθεί στο ότι ο αποκλεισμός των 5HT_{2A} σεροτονινεργικών υποδοχέων ενισχύει την ντοπαμινεργική μεταβίβαση στον προμετωπιαίο λοβό. Παρόλα αυτά



τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα έχουν μεγαλύτερη συγγένεια σύνδεσης με τον 5HT_{2A} υποδοχέα σε σχέση με τα κλασικά αντιψυχωσικά, αλλά ταυτόχρονα και μικρότερη για τους D₂. Το γεγονός αυτό σχετίζεται αφενός με την αντιψυχωσική τους δράση και αφετέρου με τη μειωμένη συχνότητα εμφάνισης εξωπυραμιδικών ανεπιθύμητων ενεργειών στις θεραπευτικές

δόσεις. Έτσι η σεροτονινεργική δράση των άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων συνεισφέρει στην αντιψυχωσική τους αποτελεσματικότητα, ειδικά στην αντιμετώπιση των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας.³

Τέλος, η υπολειτουργία του γλουταμινικού NMDA (N-μεθυλο-D-ασπαρτικό) υποδοχέα, όπως η κεταμίνη και η φαινκυκλιδίνη, προκαλούν έξαρση τόσο των θετικών όσο και των αρνητικών συμπτωμάτων σε σχιζοφρενείς ασθενείς αλλά και υγιείς εθελοντές. Ακόμη, έχει

γίνει αναφορά και για την αντιψυχωσική δράση των αγωνιστών των NMDA υποδοχέων: της γλυκίνης, της D-κυκλοσερίνης και της D-σερίνης.³⁸

5.1.3. Νέα ανακάλυψη συνδέει την «αυτοφαγία» με τη σχιζοφρένεια

Σύμφωνα με νέα ανακάλυψη υπάρχει μια μοριακή διαδικασία που μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας. Η ερευνητική ομάδα στο Πανεπιστήμιο του Τελ Αβίβ ανακάλυψε ότι μειώνεται μια διαδικασία στους εγκεφάλους των σχιζοφρενών που είναι γνωστή ως «αυτοφαγία». Η «αυτοφαγία» παρουσιάζεται ως ένας μηχανισμός «συντήρησης του κυττάρου». Είναι υπεύθυνη για την εκκαθάριση των περιττών και δυσλειτουργικών κυτταρικών συστατικών. Όμως, όταν αυτή η διαδικασία μπλοκαριστεί, μπορεί να προκαλέσει τον θάνατο των κυττάρων όπως αναφέρουν οι ερευνητές. Επίσης, κατά τη διάρκεια της μελέτης τους, βρήκαν πως οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είχαν μειωμένα επίπεδα στον ιππόκαμπο του εγκεφάλου τους, μιας πρωτεΐνης που ονομάζεται Beclin-1. Ο ιππόκαμπος είναι μια περιοχή του εγκεφάλου που συσχετίζεται με τη μάθηση και τη μνήμη. Στην αυτοφαγία, σπουδαίο ρόλο παίζει η Beclin-1, και σύμφωνα με τα ευρήματα τους οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η αυτοφαγία είναι μπλοκαρισμένη στους εγκεφάλους των σχιζοφρενών.

Συμπερασματικά, με τη δημιουργία φαρμάκων που αυξάνουν τα επίπεδα της Beclin-1 και ενεργοποιούν την αυτοφαγία, θα μπορούσαν να βρουν τη θεραπεία της σχιζοφρένειας. «Είναι θέμα ισορροπιών. Η έλλειψη της Beclin-1 μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη αυτοφαγία και ενίσχυση του κυτταρικού θανάτου. Η έρευνά μας δείχνει ότι η ομαλοποίηση της συγκεκριμένης πρωτεΐνης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, θα μπορούσε να αποκαταστήσει την ισορροπία και την πρόληψη του θανάτου των εγκεφαλικών κυττάρων», αναφέρει ο Ilana Gozes καθηγητής του Πανεπιστημίου του Τελ Αβίβ και επικεφαλής συγγραφέας της μελέτης. Με εξέταση των επιπέδων Beclin-1 στο αίμα των σχιζοφρενικών ασθενών, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι ήταν φυσιολογικά, γεγονός που υποδηλώνει ότι τα μειωμένα επίπεδα της πρωτεΐνης περιορίζονται στον ιππόκαμπο.³⁹

5.1.4. Παράγοντες επικινδυνότητας

Προ- και περί- γεννητικές επιπλοκές

Μετά από πολλές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν, έχει διαπιστωθεί η στενή σχέση που υπάρχει ανάμεσα στις διάφορες περιγεννητικές επιπλοκές και της μετέπειτα εκδήλωσης σχιζοφρένειας. Η διαπίστωση αυτή έγινε τόσο με την αναδρομική συλλογή πληροφοριών από τα ιατρικά ιστορικά των ασθενών τα οποία είναι αντικειμενικά και ανεπηρέαστα, όσο και με την ανάδειξη συγκεκριμένων παθοφυσιολογικών μηχανισμών νόσησης που γίνονται κατά τη

διάρκεια της εμβρυϊκής ανάπτυξης με βάση καθορισμένες χρονικά ιατρικές επιπλοκές. Παρακάτω παρουσιάζονται οι κατηγορίες περιγεννητικών επιπλοκών οι οποίες σχετίζονται με τις πιθανότητες που έχει κάποιος να νοσήσει από σχιζοφρένεια κάποια στιγμή στη ζωή του.³¹

- Επιπλοκές που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της κύησης (αιμορραγία, προεκλαμψία, σακχαρώδης διαβήτης, και ασυμβατότητα rhesus)
- Παρεκκλίσεις που υπάρχουν στην εμβρυϊκή ανάπτυξη (χαμηλό βάρος και μικρή κεφαλική περίμετρος κατά τη γέννηση)
- Επιπλοκές κατά τον τοκετό (εμβρυϊκή ασφυξία που προσβάλλει ιδιαίτερα τον ιππόκαμπο και τον κροταφικό λοβό από περίσφιξη ομφάλιου λώρου ή επείγουσα καισαρική τομή).^{32,35}

Τα ποσοστά νόσησης μετά από έκθεση στους παραπάνω περιγεννητικούς παράγοντες κατά την περίοδο της κύησης είναι αυξημένα, αλλά μικρής εμβέλειας. Υπολογίζεται πως ο σχετικός κίνδυνος νόσησης (με την προϋπόθεση ότι δεν υφίσταται προηγούμενη έκθεση σε περιγεννητικές επιπλοκές) δεν ξεπερνά το 2% και πως αυτές συνεισφέρουν στην αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης.

Ακόμη δεν διαφαίνεται να είναι ειδικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη σχιζοφρένειας κι αυτό συμβαίνει επειδή οι εκδηλώσεις είναι μακροπρόθεσμες και ανεξάρτητες από την νόσο, όπως είναι για παράδειγμα συναισθηματικές διαταραχές ή ακόμη και μη ψυχικές διαταραχές (καρδιαγγειακές επιπλοκές). Κάποιες περιγεννητικές επιπλοκές είναι πιθανόν να συσχετίζονται αμεσότερα με την εκδήλωση της σχιζοφρένειας, μέσω των βιολογικών μηχανισμών πρόκλησής τους.¹³

Σε αρκετές έρευνες βρέθηκε ότι το προγεννητικό stress, η μόλυνση, οι σπασμοί, οι τροφικές ελλείψεις του εμβρύου (εξαιτίας της φτωχής διατροφής της μητέρας) και οι ιώσεις (κυρίως από Coxsackie B) που εκτέθηκαν τα παιδιά κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης είχαν διπλάσια πιθανότητα εκδήλωσης σχιζοφρένειας στην ενήλικη ζωή τους. Τελευταία, η θεωρία της ιογενούς λοίμωξης ως παράγοντας κινδύνου για την μετέπειτα εκδήλωση σχιζοφρένειας, αποκτά εκ νέου έδαφος. Έτσι, έχουμε επταπλάσια πιθανότητα σε άτομα με οροθετικές μητέρες στον ιό της γρίπης Α κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Σχετικά με τις προγεννητικές λοιμώξεις παρατίθενται οι εξής τρεις υποθέσεις:

- η πρόκληση νευροαναπτυξιακών βλαβών λόγω της απευθείας επίδρασης του ιού.
- η επίδραση των μητρικών αντισωμάτων στο έμβρυο εναντίον του ιού.

-η επίδραση συνακόλουθων της λοίμωξης όπως είναι ο πυρετός, η υποξία και η χρήση φαρμάκων.^{30,36}

Νευροαναπτυξιακές επιδράσεις

Πολλά ερευνητικά στοιχεία υποστηρίζουν ότι η σχιζοφρένεια είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που προκαλείται από μια εγκεφαλική βλάβη στα πρώτα χρόνια της ζωής ή σε μεταγενέστερα στάδια της ανάπτυξης του εγκεφάλου κατά την εφηβεία. Από την παιδική κιόλας ηλικία εμφανίζονται ήδη επιπτώσεις στην ομιλία, στη συμπεριφορά και στις νοητικές ικανότητες, πολύ πριν την εκδήλωση της νόσου.⁴⁰ Ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι πιθανότερο να έχουν ιστορικό περιγεννητικής βλάβης και επιπλοκών, σε σύγκριση με υγιείς, οι οποίες θα μπορούσαν να έχουν ως αποτέλεσμα μια αδιόρατη βλάβη του εγκεφάλου, που θα δημιουργούσε έδαφος για την ανάπτυξη της νόσου μεταγενέστερα. Παρατηρούνται ελάσσονες σωματικές διαμαρτίες σε σχιζοφρενείς ασθενείς, όπως ελαφρές ανατομικές δυσμετρίες της κεφαλής, των άνω και κάτω άκρων, και του προσώπου, αλλά και καθυστερήσεις στην έναρξη της ομιλίας, της βάρδισης και στην ψυχοκινητική τους ανάπτυξη. Η ωρίμανση του εγκεφάλου πραγματοποιείται σε πολύ μεγάλο βαθμό κατά τα εφηβικά και μετεφηβικά χρόνια. Το γεγονός ότι η σχιζοφρένεια συχνά εκδηλώνεται σ' αυτή τη χρονική περίοδο υποδηλώνει ότι πιθανώς στην εκδήλωσή της επιδρούν μεταγενέστερες νευροαναπτυξιακές διεργασίες, οι οποίες με τη σειρά τους βρίσκονται υπό την επίδραση σημαντικών ορμονικών αλλαγών που συντελούνται κατά την περίοδο αυτή.^{12,41}

Εποχή γέννησης

Υπάρχουν ενδείξεις ότι το σύνδρομο της σχιζοφρένειας εμφανίζεται περισσότερο σε άτομα που γεννιούνται κατά τους πρώτους μήνες του χειμώνα ή τους πρώτους μήνες της άνοιξης από ότι τις υπόλοιπες εποχές. Πραγματοποιήθηκαν πάνω από 100 μελέτες σε 34 χώρες και έδειξαν αύξηση του ποσοστού στις γεννήσεις ατόμων με σχιζοφρένεια στο 5-8% κατά την χρονική περίοδο από το Δεκέμβριο έως τον Απρίλιο. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στο ότι μάλλον επενεργεί κάποιος εποχιακός παράγοντας υψηλού κινδύνου, όπως είναι η μετάδοση ιογενούς λοίμωξης στη μητέρα, κυρίως κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης ή κάποια εποχιακή αλλαγή στη διατροφή ή αυξημένη πιθανότητα έκθεσης του νεογνού σε ιώσεις ή ακόμα και στην αδυναμία των σχιζοφρενικών βρεφών να αντισταθούν σε δυσμενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες. Επίσης, έχει βρεθεί ότι η νόσος προσβάλλει πιο συχνά τους πρωτότοκους ολιγομελών οικογενειών ή τα μικρότερα παιδιά των πολυτέκνων.^{42,11}

4.1.5. Παράγοντες που σχετίζονται με την χρήση και κατάχρηση ουσιών

Κάπνισμα

Η πιο συχνή μορφή κατάχρησης ουσιών είναι η εξάρτηση από τη νικοτίνη που επέρχεται με το κάπνισμα. Παρόλο που δεν είναι αποδεκτό ως αίτιο της σχιζοφρένειας, χρησιμοποιείται περισσότερο και έχει πολύ μεγαλύτερη επίπτωση στον πληθυσμό των ψυχιατρικά πασχόντων ατόμων και συγκεκριμένα στους σχιζοφρενείς, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με έρευνες, τα ποσοστά καπνίσματος ανέρχονται μεταξύ 75 και 90% για τους πάσχοντες από σχιζοφρένεια, 35 με 54% για όλους τους υπόλοιπους ψυχιατρικούς ασθενείς και 30 με 35% για το γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, το προσδόκιμο ζωής των σχιζοφρενών που καπνίζουν, μειώνεται κατά 20 έως 30 έτη, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Το κάπνισμα για τους σχιζοφρενείς είναι η εξωτερική τους αυτοκαταστροφική τους φύσης. Παρόλα αυτά, η σχέση ανάμεσα στη σχιζοφρένεια και το κάπνισμα είναι σύνθετη και το κάπνισμα τείνει να επηρεάζει την ανταπόκριση των ασθενών στην φαρμακευτική τους αγωγή. Για παράδειγμα, ένας ασθενής που καπνίζει μπορεί να χρειαστεί να λάβει μεγαλύτερη δοσολογία αντιψυχωσικών φαρμάκων από ότι ένας μη καπνιστής.^{43,44}

Χρήση αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών

Η κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών, ιδιαίτερα η χρήση κάνναβης, κοκαΐνης και αμφεταμινών, είναι επίσης πολύ συχνή και μπορεί να δώσουν το έναυσμα για την εκδήλωση ψύχωσης σε άτομα που είναι ευάλωτα στο να παρουσιάσουν σχιζοφρένεια. Τα ποσοστά εμφάνισης ψυχωτικής διαταραχής και σχιζοφρένειας, όταν προϋπάρχει χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών είναι πολύ μεγάλη. Συγκεκριμένα, κατόπιν πολλαπλών ερευνών διαπιστώθηκε ότι, το 60% των πασχόντων από σχιζοφρένεια, έχουν κάνει χρήση ουσιών, ενώ το 37% των ατόμων που κάνουν χρήση ναρκωτικών αναμένεται να διαγνωστούν στο μέλλον με τη νόσο. Η πιθανότητα κατάχρησης ουσιών, κυρίως κατάχρηση αλκοόλ στους σχιζοφρενείς ασθενείς είναι 47% σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό που ανέρχεται στο 16,7%, η χρήση κάνναβης 8-13% και η χρήση κοκαΐνης περίπου 5-10%.^{45,46}

Η κάνναβη έχει σχέση με την δοσοεξαρτώμενη αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης ψυχωτικής διαταραχής. Η συχνή της χρήση έχει αποδειχθεί ότι διπλασιάζει τον κίνδυνο ψύχωσης και σχιζοφρένειας. Επιπλέον, μπορεί να αποτελεί αιτία της ασθένειας, ενώ άλλα ναρκωτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μηχανισμοί αντιμετώπισης της κατάθλιψης, της ανίας, του άγχους και της μοναξιάς. Όσον αφορά τις αμφεταμίνες, την κοκαΐνη και σε λιγότερο βαθμό το αλκοόλ μπορούν να οδηγήσουν σε ψύχωση, η οποία παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες με τη σχιζοφρένεια.⁴⁸ Το έναυσμα για την απελευθέρωση ντοπαμίνης είναι οι

αμφεταμίνες τις οποίες όταν κάνει χρήση κάποιος τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας γίνονται περισσότερα με αποτέλεσμα η ανάπτυξη της διαταραχής να είναι σοβαρότερη. Τέλος, τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιούν αλκοόλ και άλλα ναρκωτικά από ότι ο υπόλοιπος πληθυσμός, το γεγονός αυτό συσχετίζεται ισχυρά με την υποτροπή της πάθησης και είναι επιζήμιο για τη θεραπευτική αγωγή. Πολλοί σχιζοφρενείς κάνουν χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν με τα συμπτώματα και τις παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων σαν μιας μορφής αυτοφαρμακοθεραπείας.^{46,47}

5.2. Μηχανισμοί

Πολυάριθμες προσπάθειες έχουν διεξαχθεί για να εξηγηθεί η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στη σχιζοφρένεια και στην αλλοιωμένη λειτουργία του εγκεφάλου. Η πιο πιθανή επεξήγηση προκύπτει από το γεγονός ότι, οι ντοπαμινεργικοί νευρώνες του εγκεφάλου παρουσιάζουν διαλείψεις, οι οποίες αποδίδουν σε αυτόν μια λανθασμένη ερμηνεία για την συγκεκριμένη ψύχωση. Παράλληλα, οι επιστήμονες προκειμένου να καταστήσουν πιο σαφές τη συσχέτιση μεταξύ εγκεφαλικής δυσλειτουργίας και σχιζοφρένειας, κατηγοριοποίησαν τους μηχανισμούς σε ψυχολογικούς και νευρολογικούς.⁴⁹

5.2.1. Ψυχολογικοί μηχανισμοί

Υπάρχουν πολλοί ψυχολογικοί μηχανισμοί οι οποίοι εμπλέκονται στην ανάπτυξη και τη διαίωνιση της σχιζοφρένειας. Οι γνωστικές προκαταλήψεις προσδιορίστηκαν σε εκείνους που διατρέχουν κίνδυνο και σε εκείνους που έχουν διαγνωστεί, ειδικότερα όταν βρίσκονται υπό πίεση ή σε καταστάσεις σύγχυσης. Μερικά από τα γνωστικά χαρακτηριστικά αντανακλούν γενικές ψυχομετρικές ελλείψεις όπως η απώλεια μνήμης, ενώ άλλα έχουν σχέση με συγκεκριμένα θέματα και εμπειρίες. Παρά την τεκμηριωμένη εμφάνιση του «αμβλέος συναισθήματος», εντοπίστηκαν σε πρόσφατα ευρήματα ότι ανταποκρίνονται συναισθηματικά καλύτερα ειδικά σε αγχώδη ή αρνητικά ερεθίσματα όσοι έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια και ότι αυτή η ευαισθησία, τους κάνει πιο ευάλωτους στη διαταραχή. Το περιεχόμενο των παραισθήσεων και των ψυχωτικών εμπειριών αντικατοπτρίζουν τα συναισθηματικά αίτια της διαταραχής και ότι η συμπτωματολογία μπορεί να επηρεαστεί από το πώς ένα άτομο ερμηνεύει αυτές τις εμπειρίες. Οι «συμπεριφορές ασφάλειας» για την αποφυγή φανταστικών απειλών συμβάλλουν στη χρονιότητα των παραισθήσεων.⁵⁰

5.2.2. Νευρολογικοί μηχανισμοί

Εκτός από τους ψυχολογικούς μηχανισμούς που διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στα άτομα που έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια, παρουσιάζονται και κάποιες αλλαγές τόσο στη χημεία όσο και στη δομή του εγκεφάλου τους. Σε μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί και με δεδομένο τις τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου που χρησιμοποιούν, όπως η λειτουργική μαγνητική τομογραφία fMRI και η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων PET, φαίνεται να εμφανίζονται διαφορές κυρίως στον ιππόκαμπο, τον μετωπιαίο λοβό και τον κροταφικό λοβό.

Επίσης, σημαντική μείωση του όγκου του εγκεφάλου έχει παρατηρηθεί (σε μικρότερο βέβαια βαθμό) στον κροταφικό λοβό και τον μετωπιαίο φλοιό σε σχέση με τη νόσο του Alzheimer. Ως μία συλλογή νευροαναπτυξιακών διαταραχών θα πρέπει να θεωρείται η σχιζοφρένεια λόγω της μεταβολής των νευρικών κυκλωμάτων.⁵¹

Ακόμη, στη λειτουργία της ντοπαμίνης στη μεσομεταιχμιακή οδό του εγκεφάλου έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή, επειδή από αυτήν προέκυψε τυχαία διαπίστωση ότι η φαινοθειαζίνη, η οποία εμποδίζει τη λειτουργία της ντοπαμίνης, θα μπορούσε να μειώσει τα ψυχωτικά συμπτώματα. Ουσίες, όπως οι αμφεταμίνες που προκαλούν απελευθέρωση της ντοπαμίνης είναι δυνατόν να επιδεινώσουν τα ψυχωτικά συμπτώματα στη σχιζοφρένεια.

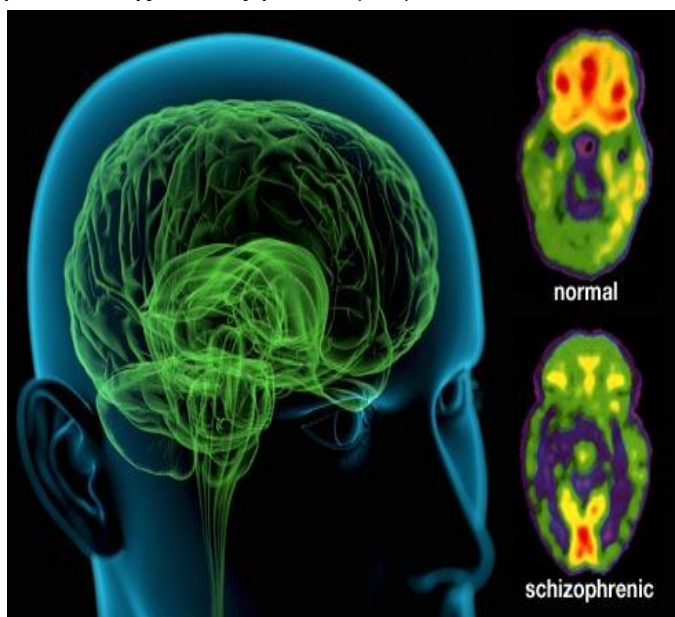
Σύμφωνα με την υπόθεση της ντοπαμίνης, υποστηρίζεται ότι η υπερβολική δραστηριότητα των D2 υποδοχέων ήταν η αιτία (των θετικών συμπτωμάτων) της σχιζοφρένειας. Αν και για περίπου 20 χρόνια θεωρούσαν ως κοινό αποτέλεσμα των αντιψυχωτικών φαρμάκων τον αποκλεισμό των D2 υποδοχέων, δεν υπήρχαν αποδείξεις έως τη δεκαετία του 1990 εξαιτίας των μελετών απεικόνισης PET και SPET. Στις μέρες μας, η υπόθεση της ντοπαμίνης θεωρείται πιο απλή για δύο κυρίως λόγους. Πρώτον, επειδή τα αντιψυχωτικά φάρμακα νέας γενιάς (άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα) είναι το ίδιο αποτελεσματικά με τα παλιότερα (τυπικά αντιψυχωτικά φάρμακα), και δεύτερον, επειδή η χρήση τους επηρεάζει την λειτουργία της σεροτονίνης και μπορεί να προκαλέσει σε μικρό βαθμό μείωση στο αποτέλεσμα του μπλοκαρίσματος της ντοπαμίνης.¹⁵

Σε τελευταία ανάλυση ιδιαίτερο ενδιαφέρον έπειτα από μεταθανάτιες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στους εγκεφάλους ατόμων που είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια, διαπιστώνεται ότι η δραστηριότητα ήταν μειωμένη στο νευροδιαβιβαστή του γλουταμινικού οξέος, αλλά και στους υποδοχείς του γλουταμινικού NMDA. Το γεγονός αυτό συμβαίνει λόγω των χαμηλών επιπέδων των υποδοχέων του γλουταμινικού, που προέρχεται από την παροχή φαρμάκων που μπλοκάρουν το γλουταμινικό, όπως η φαινκυκλιδίνη και η κεταμίνη, και επιτρέπουν στα συμπτώματα, αλλά και στα γνωστικά προβλήματα που σχετίζονται με τη νόσο να συνεχίζουν να υφίστανται.^{49,15}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο**ΝΕΥΡΟΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ****6.1. Δομική νευροαπεικόνιση και νευροπαθολογία**

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι, με την πρόοδο της τεχνολογίας των νευροαπεικονιστικών μεθόδων έχει επιτραπεί η εκλέπτυνση των γνώσεων σχετικά με την λειτουργική και δομική νευροανατομία της σχιζοφρένειας. Πραγματοποιούνται προσπάθειες σύνδεσης τόσο των νευροαπεικονιστικών ευρημάτων με τα ευρήματα από το πεδίο της επιδημιολογίας όσο και της μοριακής γενετικής με σκοπό να επιτευχθεί μια πιο ολοκληρωμένη άποψη, αλλά και να γίνει πιο κατανοητή η αιτιολογία της σχιζοφρένειας έτσι ώστε να υπάρχει η δυνατότητα για την πρόωμη αναγνώριση και παρέμβαση στη νόσο.

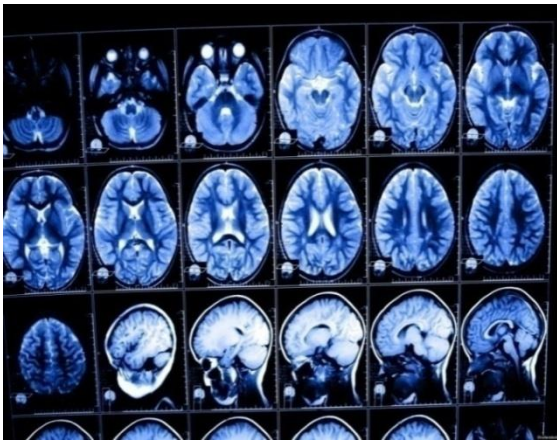
Την σπουδαιότερη δομική αλλοίωση στη σχιζοφρένεια αποτελεί η διάταση των πλαγίων κοιλιών του εγκεφάλου γεγονός που επιβεβαιώνεται από πολυάριθμες μελέτες με αξονική και μαγνητική τομογραφία, ενώ έχει αναφερθεί επίσης διάταξη των εγκεφαλικών αυλάκων και παρεγκεφαλιδική ατροφία. Ο βαθμός της διάτασης είναι μικρός, εκτιμάται περίπου στο 25% κατά μέσο όρο. Παρατηρείται μικρή αλλά σημαντική μείωση του συνολικού όγκου και βάρους του εγκεφάλου. Η συγκριτική αξιολόγηση του μεγέθους των κοιλιών σε άτομα με ή χωρίς σχιζοφρένεια σε ένα ευρύ ηλικιακό εύρος υποστηρίζει ότι η διάταση αυτή εξελίσσεται με ταχύτερο ρυθμό στους ασθενείς με τη



νόσο σε σχέση με τους υγιείς. Δομικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου είναι παρούσες ήδη από το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο. Η διάταση των κοιλιών έχει συνδεθεί με πτωχή γνωστική έκπτωση και προνοσηρή λειτουργικότητα, με νέους ασθενείς που δεν είχαν λάβει στο παρελθόν αντιψυχωσική φαρμακευτική αγωγή, άτομα που θεωρούνται «υψηλού κινδύνου» και σε συγγενείς ασθενών που δεν εμφανίζουν ψυχωσικού τύπου συμπτωματολογία.^{52,53}

Η (MRI) έχει χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση πιθανών βλαβών σε συγκεκριμένες υποπεριοχές του εγκεφάλου, όπως ο προμετωπιαίος φλοιός, ο θάλαμος, η αμυγδαλή, ο ιππόκαμπος, οι κροταφικοί λοβοί και τα βασικά γάγγλια. Ειδικότερα, με τις δομικές απεικονιστικές μεθόδους της μαγνητικής (MRI) και της αξονικής (CT) τομογραφίας οι

αλλοιώσεις που έχουν διαπιστωθεί είναι: ατροφία μετωποκροταφικού φλοιού και ιπποκάμπων, μεγέθυνση κερκοφόρου πυρήνα, διεύρυνση των πλαγίων και της τρίτης κοιλίας, σμίκρυνση του θαλάμου, ανωμαλίες στο σχήμα του μεσολόβιου και την παρεγκεφαλίδα και μείωση του όγκου του εγκεφάλου. Μελέτες που συνέκριναν ασθενείς με σχιζοφρένεια τόσο κατά το πρώτο επεισόδιο όσο και σε χρόνια νόσο με υγιείς μάρτυρες δείχνουν ότι το μέγεθος του μετωπιαίου λοβού είναι κατά μέσο όρο μειωμένο και στις δύο περιπτώσεις των ασθενών με σχιζοφρένεια σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Πιθανές μελέτες δείχνουν επίσης, ότι μια σταδιακή απώλεια ιστού επισυμβαίνει σε κάποιους ασθενείς καθώς ο χρόνος προχωράει, αλλά ο μηχανισμός της προς το παρόν παραμένει αδιευκρίνιστος. Ενώ παράλληλα τονίζεται και η μείωση του μεγέθους των κροταφικών περιοχών στη σχιζοφρένεια και πιθανώς υπάρχει μια συγκεκριμένη δομική βλάβη στην άνω κροταφική έλικα ή στο κροταφικό πεδίο, η οποία συνδέεται στενά με την παρουσία ψευδαισθήσεων ή με διαταραχή της οργάνωσης της σκέψης.^{54,55} Μειωμένο μέγεθος παρατηρείται και στο θάλαμο σε σχιζοφρενικούς ασθενείς. Ο θάλαμος αποτελεί έναν μείζονα ενδιάμεσο σταθμό που πιθανώς εξυπηρετεί λειτουργίες πύλης ελέγχου ή ηθμού ή ακόμα και δημιουργίας εισερχόμενων και εξερχόμενων πληροφοριών. Το γεγονός αυτό συμβαίνει διότι είναι αποδέκτης εισερχόμενων πληροφοριών και στέλνει



εξερχόμενες πληροφορίες σε πολλές περιοχές των συνειρμικών φλοιών και στις πρωτογενείς αισθητικές και κινητικές περιοχές. Εκείνο που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι ότι για τη μέτρηση του συνολικού όγκου της φαιάς και της λευκής ουσίας, καθώς και του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY) έχουν αναπτυχθεί περίπλοκες τεχνικές απεικόνισης και ανάλυσης. Οι περισσότερες

μελέτες δείχνουν μια μείωση στον συνολικό όγκο του εγκεφαλικού ιστού στη σχιζοφρένεια και μια αύξηση του ENY στις κοιλίες και στην επιφάνεια του εγκεφάλου. Από ότι φαίνεται η μείωση της φαιάς ουσίας του φλοιού είναι επιλεκτική, παρόλο που κάποιοι ερευνητές έχουν διαπιστώσει μείωση της λευκής ουσίας. Ένα πλήθος αναπτυξιακών βλαβών έχει παρατηρηθεί με τη βοήθεια της MRI σε κάποιους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Το πιο σταθερό εύρημα είναι μια αυξημένη συχνότητα παρουσίας κοιλότητας εντός του διαφανούς διαφράγματος και μια βλάβη της μέσης γραμμής που αντανακλά την αποτυχία σύγκλεισης των πετάλων του διαφανούς διαφράγματος. Επιπροσθέτως, η μερική αγενεσία του μεσολόβιου (μια βαριά βλάβη της μέσης γραμμής) εμφανίζεται συχνότερα, σε μέτριο βαθμό, στη σχιζοφρένεια. Τέλος έχουν διαπιστωθεί, αν και σε λίγους ασθενείς, βλάβες που

αντανακλούν δυσλειτουργίες στη νευρωνική μετανάστευση (π.χ. έκτοπη λευκή ουσία). Υπάρχουν, σχετικές μελέτες που αναφέρονται σε παθολογοανατομικά ευρήματα τόσο σε σχιζοφρενείς και σε απεικονιστικά ευρήματα σε ζώντες ασθενείς, όσο και σε ηλεκτροφυσιολογικά δεδομένα και σε νευροψυχολογικές παρατηρήσεις. Ωστόσο, οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις που έχουν διαπιστωθεί σε σχιζοφρενείς αφορούν περισσότερο το υπερμεσολόβιο (μεταιχμιακό) σύστημα και τα βασικά γάγγλια.^{52,12}

6.2. Μεταιχμιακό σύστημα

Με βάση το Μεταιχμιακό Σύστημα έχει διαπιστωθεί μείωση του μεγέθους του αμυγδαλοειδούς πυρήνα, της παραϊπποκαμπίου έλικας και του ιπποκάμπου. Αναλυτικότερα, η περιοχή της παραϊπποκαμπίου έλικας και του ιπποκάμπου μελετήθηκε με μορφομετρικές μεθόδους που έδειξαν μορφολογικές αλλοιώσεις των νευρώνων στη σχιζοφρένεια. Πέραν αυτού έχουν αναφερθεί, μειωμένο μέγεθος κυττάρων και διαφορές στον προσανατολισμό των νευρώνων στο χώρο. Παράλληλα, τα πυραμιδικά κύτταρα του ιπποκάμπου και οι αποφυάδες τους στον φυσιολογικό εγκέφαλο του ανθρώπου, έχουν χαρακτηριστική ταυτόχρονη διάταξη στο χώρο. Η διάταξη αυτή αναφέρεται διαταραγμένη στον εγκέφαλο σχιζοφρενών. Επιπλέον, χάνουν τον προσανατολισμό τους, τα κύτταρα, οι δενδρίτες και οι άξονές τους σταδιακά οδηγούνται προς διάφορες κατευθύνσεις. Ο βαθμός της αποδιοργάνωσης αυτής σχετίζεται με την βαρύτητα της κλινικής εικόνας του αρρώστου. Αλλοιωμένη κυτταροτεχνική αναμένεται να έχει σοβαρές συνέπειες στη συνδεσμολογία των νευρώνων αυτών καθώς και στην επεξεργασία των πληροφοριών. Μέσω της παραϊπποκαμπίου έλικας, ο ιππόκαμπος παίρνει και δίνει πληροφορίες από τον συνειρμικό φλοιό αλλά και ολόκληρο το μεταιχμιακό σύστημα. Τέλος, με δεδομένο την συνδεσμολογία του ιπποκάμπου και του ιδιαίτερου ρόλου του στις ανώτερες γνωσιακές λειτουργίες, αλλαγές στην κυτταροτεχνική και λαθεμένες συνδέσεις στην περιοχή αυτή, αναμένεται να επιφέρουν σημαντικές μεταβολές στη συμπεριφορά.^{56,19}

6.3. Βασικά γάγγλια

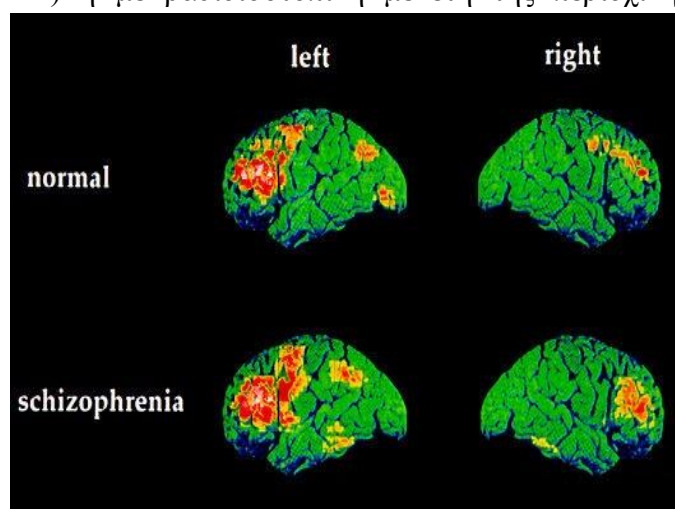
Οι νευροπαθολογοανατομικές μελέτες στα βασικά γάγγλια έχουν επιφέρει ποικιλία και καθόλου πειστικά αποτελέσματα σε αντίθεση με την απώλεια κυττάρων ή τη σμίκρυνση της ωχράς σφαίρας και της μέλαινας ουσίας. Απεναντίας, σε πολλές μελέτες έχει σημειωθεί αύξηση του αριθμού των D₂ υποδοχέων στον κερκοφόρο πυρήνα, το κέλυφος και τον επικλινή πυρήνα. Όμως, δεν είναι γνωστό κατά πόσο η αύξηση αυτή είναι αποτέλεσμα των αντιψυχωσικών φαρμάκων που έχει λάβει ο ασθενής. Μερικοί από τους ερευνητές έχουν

ξεκινήσει να μελετούν το σύστημα της σεροτονίνης των βασικών γαγγλίων, τη στιγμή που ο ρόλος της σε ψυχωτικές διαταραχές υποδεικνύεται από την κλινική χρησιμότητα αντιψυχωτικών φαρμάκων με σεροτονινεργική δραστηριότητα.⁵⁷

6.4. Λειτουργικά νευρωνικά κυκλώματα και λειτουργική νευροαπεικόνιση

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι μελέτες της τοπικής αιματικής εγκεφαλικής ροής έχουν χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση της πιθανότητας ύπαρξης λειτουργικών ή μεταβολικών δυσλειτουργιών στη σχιζοφρένεια και υπολογίζεται η αιματική ροή, με Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων (PET) ή με Τομογραφία Εκπομπής Απλού Φωτονίου (SPET) ή με ψηφιακό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEG) ή με ραδιοισοτοπική μελέτη της περιοχικής εγκεφαλικής κυκλοφορίας (RCFB).

Με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που έχουν προσβληθεί από τη νόσο εμφανίζουν μια σχετική υπολειτουργία του μετωπιαίου λοβού, η οποία συνδέεται με προεξάρχοντα αρνητικά συμπτώματα. Με την βοήθεια της λειτουργικής νευροαπεικόνισης, η



οποία σήμερα έχει εξελιχθεί τεχνικά, καθώς επίσης και με την λειτουργική MRI και PET μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μελέτη των λειτουργικών κυκλωμάτων που ενεργοποιούνται στους υγιείς κατά τη διάρκεια διαφόρων ψυχονοητικών δοκιμασιών, με στόχο τον προσδιορισμό των κυκλωμάτων εκείνων που πιθανώς δυσλειτουργούν στη σχιζοφρένεια. Αν και καμία ομάδα εγκεφαλικών περιοχών δεν έχει αναδειχθεί ως το «κύκλωμα της σχιζοφρένειας», η έρευνα φαίνεται να συγκλίνει σε κάποια κοινά κομβικά σημεία που πιθανώς εμπλέκονται και στα οποία περιλαμβάνονται διάφορες υποπεριοχές του μετωπιαίου φλοιού (κογχική, πλαγιοραχιαία και μέση μοίρα), το πρόσθιο τμήμα της έλικας του προσαγωγίου, ο θάλαμος, αρκετές υποπεριοχές του κροταφικού λοβού και η παρεγκεφαλίδα. Αναμφίβολα, ο σύγχρονος προβληματισμός για τους μηχανισμούς της σχιζοφρένειας καταλήγει στο ότι πρόκειται για μια πάθηση στην οποία εμπλέκονται πολλαπλά και διάσπαρτα κυκλώματα στον εγκέφαλο. Μερικοί ειδικοί υποστηρίζουν ότι η πάθηση αυτή χαρακτηρίζεται από μια γνωστική δυσμετρία που προκαλείται από μια διαταραχή στο κύκλωμα παλίνδρομης ρύθμισης μεταξύ γέφυρας, παρεγκεφαλίδας, θαλάμου, και μετωπιαίου λοβού. Ο θάλαμος είναι ένας κρίσιμος σταθμός στον εγκέφαλο, ένα κομβικό

σημείο που διαθέτει σύνθετες διασυνδέσεις με πολλές άλλες περιοχές. Με αυτόν συνδέονται πολλά τμήματα του μετωπιαίου λοβού (π.χ. πλαγιοραχιαίο, κογχικό και μέσο), καθώς και άλλες περιοχές, όπως τα βασικά γάγγλια και το πρόσθιο τμήμα της έλικας του προσαγωγίου. Ταυτόχρονα πολλοί πυρήνες του θαλάμου διαθέτουν ένα πλούσιο δίκτυο συνδέσεων ουσιαστικά με όλα τα υπόλοιπα μέρη του φλοιού των εγκεφαλικών ημισφαιρίων, συμπεριλαμβανομένων των αισθητικών, κινητικών και συνειρμικών περιοχών. Τέλος, η παρεγκεφαλίδα προβάλλει επίσης σε πολλαπλές περιοχές του φλοιού μέσω των πυρήνων του θαλάμου. Το κύκλωμα αυτό διαταράσσεται, οδηγώντας στην εκδήλωση των ποικίλων συμπτωμάτων και στη γνωστική έκπτωση που παρατηρούνται στη σχιζοφρένεια.¹²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΘΕΡΑΠΕΙΑ

7.1. Πορεία και πρόγνωση

Υποστηρίζεται σύμφωνα με μελέτες ότι η σχιζοφρένεια αποτελείται από τρία τυπικά στάδια κατά την πρόγνωση της: την πρόδρομη φάση, την ενεργό φάση και την υπολειμματική φάση.

Η νόσος ξεκινάει κατά κανόνα με μια πρόδρομη φάση κατά τη μέση ή όψιμη εφηβεία και την ενήλικη ζωή, δηλαδή τοποθετείται συνήθως μεταξύ 15 και 35 ετών που χαρακτηρίζεται από μόλις υποσημαινόμενες αλλαγές στη γνωστική, συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα. Επίσης, προκαλεί προοδευτική έκπτωση με χρόνια πορεία στην οποία περιοδικά εμφανίζονται οξέα επεισόδια. Η έναρξη της νόσου πριν ή μετά από αυτό το ηλικιακό φάσμα είναι ασυνήθιστη, όμως υπαρκτή και κάποιες φορές είναι αιφνίδια και θορυβώδης, αλλά κατά κύριο λόγο είναι βαθμιαία. Τα συμπτώματα και κάποιες αλλαγές στη συμπεριφορά, όπως η κατάθλιψη, αλλαγές στις συνήθειες του ύπνου ή του φαγητού ή και στην εμφάνιση, αλλαγές στην κοινωνικότητα και κυρίως απόσυρση, αλλαγές στις επιδόσεις στο σχολείο, επαγγελματική έκπτωση, αβουλία και ασυνήθιστες ή ακόμα και παράδοξες σκέψεις, θα πρέπει να κινήσουν τις υποψίες και να κινητοποιήσουν διερεύνηση.

Στη συνέχεια, ακολουθεί η ενεργός φάση, κατά την οποία εμφανίζονται τα ψυχωτικά συμπτώματα, όπως ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες ή αποδιοργανωμένος λόγος και συμπεριφορά. Το άτομο συνήθως δεν αποκαλύπτει τα συμπτώματα αυτά αμέσως σε άλλους και με αυτόν τον τρόπο για πολλούς ασθενείς περνούν μέχρι και 2 χρόνια μέχρι τα συμπτώματα να γίνουν τόσο ενοχλητικά, ώστε να αναγκαστούν να απευθυνθούν τελικά σε κάποιο ψυχίατρο. Βέβαια, ανεξάρτητα από το πόσο καιρό είναι οι ασθενείς σε ύφεση, εάν διακοπεί η αγωγή τους σε βάθος 1 έτους η πιθανότητα υποτροπής κυμαίνεται στο 65 - 70%.

Στην περίπτωση που ο ασθενής λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή οι πιθανότητες υποτροπής μέσα σε αυτή τη διατία είναι περίπου 40% ενώ όταν γίνει διακοπή της αγωγής η πιθανότητα αυτής εκτοξεύεται στο 80 - 90%. Αν και δεν θα υποτροπιάσουν όλοι οι ασθενείς μετά τη διακοπή αγωγής δυστυχώς δεν είναι δυνατό να προβλεφθεί σε ποιους θα συμβεί. Αξιοπρόσεκτο είναι και το γεγονός ότι οι σχιζοφρενείς ασθενείς είναι δυνατόν να κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας και ότι υπάρχει κίνδυνος βίαιης συμπεριφοράς, ειδικά από εκείνους που δεν λαμβάνουν αγωγή. Ο κίνδυνος εντούτοις δεν δικαιολογεί την υπερβολή με την οποία αυτός προβάλλεται δημόσια και οδηγεί στη στιγματοποίηση του πάσχοντος ατόμου.

Συνήθως τα ψυχωτικά συμπτώματα ανταποκρίνονται αρκετά καλά στη θεραπεία με αντιψυχωτικά αλλά εμμένοντα προβλήματα όπως: η συναισθηματική επιπέδωση ή η αλλόκοτη συμπεριφορά που συνήθως εμμένουν, καθώς ο ασθενής περνά σε μια υπολειμματική φάση. Οξείες εξάρσεις (υποτροπές) τείνουν να εκδηλωθούν κατά την πορεία της, κυρίως να επανεμφανιστούν τα συμπτώματα της ενεργού φάσης ακόμη και αν ο ασθενής εξακολουθεί να βρίσκεται υπό φαρμακευτική αγωγή.^{58,12}

Αναμφισβήτητα ο καλύτερος τρόπος πρόληψης της επανεμφάνισης των συμπτωμάτων είναι η σωστή και τακτική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής που έχει συστήσει ο θεράπων ιατρός. Ο σημαντικότερος και ταυτόχρονα συχνότερος λόγος διακοπής της είναι η εμφάνιση ανεπιθύμητων παρενεργειών, γι' αυτό είναι αναγκαία η άμεση συζήτηση με τον ιατρό ώστε να βρεθεί το φάρμακο που ελέγχει καλύτερα τα συμπτώματα και έχει όσο το δυνατόν λιγότερες παρενέργειες στον κάθε ασθενή. Αξίζει να σημειωθεί ότι ποτέ δεν πρέπει να διακόπτεται ένα φάρμακο χωρίς την ενημέρωση από τον θεράποντα ιατρό. Σε γενικές γραμμές το 25% των ασθενών αναρρώνουν πλήρως και είναι ικανοί να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή, το 40% βελτιώνονται σε ικανοποιητικό βαθμό και με την προϋπόθεση συνεχούς φαρμακευτικής αγωγής είναι δυνατόν να εξασφαλίσουν μια σχετικά ανεξάρτητη διαβίωση, κοινωνική δραστηριότητα, μερική ή πλήρη απασχόληση. Το 20% εμφανίζουν βελτίωση, έχουν όμως σημαντικά υπολειμματικά συμπτώματα και χρειάζονται συστηματική βοήθεια για να καταφέρουν να ανταπεξέλθουν στην καθημερινότητα και φυσικά το 15% ταλαιπωρούνται από χρόνια και σοβαρά συμπτώματα που δεν τους επιτρέπουν να επιβιώσουν χωρίς συνεχή επίβλεψη και βοήθεια.^{3,58}

Η ανακοίνωση της διάγνωσης της σχιζοφρένειας μπορεί να είναι εξαιρετικά δύσκολη τόσο για τον ίδιο τον ασθενή, όσο και για την οικογένειά του, λόγω του ότι πρόκειται για μια εξαιρετικά σοβαρή πάθηση. Στον αντίποδα, οι κλινικοί διδάσκονταν ενίοτε τον «κανόνα των 3/3». Σύμφωνα με αυτόν το 1/3 περίπου των ασθενών που διαγιγνώσκονται αρχικά με σχιζοφρένεια θα έχουν μια σχετικά καλή έκβαση αποτελώντας το 42%, με πολύ μικρής

έντασης συμπτώματα και ήπια έκπτωση στη γνωστική και κοινωνική λειτουργικότητα. Το άλλο 1/3 θα έχει δυσμενή έκβαση αποτελώντας το 27%, με εμμένοντα ψυχωτικά συμπτώματα, προεξάρχοντα αρνητικά συμπτώματα και σημαντικού βαθμού ψυχοκοινωνική έκπτωση. Ενώ το υπόλοιπο 1/3 θα έχει μια ενδιάμεση έκβαση αποτελώντας το 35%. Ο κανόνας αυτός βασίστηκε κυρίως σε σχετικά περιορισμένες κλινικές παρατηρήσεις, παρά σε μεθοδολογικά ισχυρές επιστημονικές έρευνες.^{59,12}

Πρόσφατα πραγματοποιήθηκαν πολλές καλά σχεδιασμένες προοπτικές μελέτες, οι οποίες έχουν ενσωματώσει παραμέτρους της γνωστικής λειτουργίας αλλά και ποσοτικά ευρήματα της δομικής απεικόνισης του εγκεφάλου προερχόμενα από τη μαγνητική τομογραφία (MRI). Παρόλο που είναι δύσκολο να προβλέψουμε με ακρίβεια την έκβαση της πάθησης σε έναν συγκεκριμένο ασθενή, υπάρχουν χαρακτηριστικά που στηρίζονται σε αυτές τις μελέτες και έχει διαπιστωθεί ότι συνδέονται με καλή ή κακή πρόγνωση της νόσου.

Καλοί προγνωστικοί παράγοντες

- Όψιμη έναρξη
- Ευδιάκριτοι εκλυτικοί παράγοντες
- Συχνότερα στο γυναικείο φύλο
- Καλή προνοσηρή κοινωνική, ψυχοσεξουαλική και επαγγελματική προσαρμογή
- Συμπτώματα συναισθηματικής διαταραχής (ιδιαίτερα καταθλιπτικής διαταραχής)
- Έγγαμος
- Υψηλή νοημοσύνη
- Οικογενειακό ιστορικό συναισθηματικών διαταραχών
- Καλό υποστηρικτικό σύστημα
- Θετικά συμπτώματα
- Φυσιολογικά νευρολογικά σημεία και συμπτώματα
- Περιορισμένες ή απύσες δομικές βλάβες του εγκεφάλου στη μαγνητική τομογραφία

Κακοί προγνωστικοί παράγοντες

- Πρώιμη έναρξη
- Απουσία εκλυτικών παραγόντων
- Προοδευτική και ύπουλη εισβολή
- Συχνότερα στο ανδρικό φύλο
- Κακή προνοσηρή κοινωνική, ψυχοσεξουαλική και επαγγελματική προσαρμογή
- Απόσυρση, αυτιστική συμπεριφορά
- Άγαμος, διαζύγιο, χηρεία

- Χαμηλή νοημοσύνη
- Θετικό οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας
- Φτωχό υποστηρικτικό σύστημα
- Αρνητικά συμπτώματα
- Ήπια νευρολογικά σημεία και συμπτώματα
- Ιστορικό περιγεννητικού τραύματος
- Απουσία ύφεσης εντός 3 ετών
- Πολλές υποτροπές
- Ιστορικό επιθετικότητας^{3,12}

Ακόμη επισημαίνεται ένα σημαντικό δεδομένο, ότι η πρόγνωση της σχιζοφρένειας ποικίλλει και η πορεία της διαφέρει από άτομο σε άτομο. Παρόλο που έχει βελτιωθεί αρκετά η πρόγνωση της νόσου τα τελευταία 25 χρόνια, μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί κάποια ριζική θεραπεία. Πολλές μελέτες συγκλίνουν στο γεγονός ότι η παρανοϊκή σχιζοφρένεια μπορεί να έχει καλύτερη προοπτική από άλλους τύπους σχιζοφρενιών επειδή χαρακτηρίζεται από την ανεξάρτητη διαβίωση του πάσχοντος και την ασχολία του με κάποιο επάγγελμα. Οι άντρες προσβάλλονται περίπου 30% συχνότερα από τις γυναίκες και η έναρξη της νόσου τους είναι πρωιμότερη περίπου κατά 5 χρόνια σε σύγκριση με των γυναικών. Από ότι φαίνεται όμως, οι ασθενείς που πάσχουν από τη νόσο πεθαίνουν κατά μέσο όρο 15-20 χρόνια νωρίτερα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Αυτό οφείλεται κυρίως σε αυξημένα καρδιαγγειακά προβλήματα, καθώς και σε αυτοκτονίες. Οι συχνότεροι παράγοντες κινδύνου σε σχιζοφρενείς ασθενείς για εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου είναι: το κάπνισμα, η παχυσαρκία, ο διαβήτης, η αυξημένη χοληστερίνη και τριγλυκερίδια, η υπέρταση και η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας. Επιπροσθέτως, αυτοί οι ασθενείς απευθύνονται λιγότερο συχνά στους ειδικούς γιατρούς για προβλήματα που αφορούν τη σωματική τους υγεία και όταν απευθυνθούν κινδυνεύουν να λάβουν φροντίδα κατώτερης ποιότητας από τα άτομα του γενικού πληθυσμού.

Διαπολιτισμικές μελέτες έχουν καταδείξει ότι οι ασθενείς των λιγότερο ανεπτυγμένων χωρών έχουν συνήθως καλύτερη έκβαση σε σύγκριση με ασθενείς των περισσότερο ανεπτυγμένων χωρών. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι σχιζοφρενείς είναι περισσότερο αποδεκτοί στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, οι απαιτήσεις από αυτούς είναι μικρότερες και είναι πιθανότερο να φροντίζονται από την οικογένεια τους. Σε γενικές γραμμές όσο αργότερα αρχίσει η νόσος τόσο περισσότερο έχει προλάβει ο ασθενής να οργανώσει την προνοσηρή ζωή του, όσο καλύτερο υποστηρικτικό περιβάλλον και πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής

υγείας διαθέτει και όσο νωρίτερα από την εκδήλωση της νόσου αρχίσει φαρμακευτική αγωγή τόσο το καλύτερο για την πρόγνωση του. Αξίζει να τονιστεί ότι οι περισσότεροι ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορούν να ζουν ανεξάρτητοι και να έχουν μια αρκετά ικανοποιητική προσαρμογή στις καθημερινές τους ανάγκες.^{58,12}

7.2. Θεραπεία

Με βάση το γεγονός ότι η σχιζοφρένεια είναι κυρίως μία νόσος χρόνια αλλά και επίμονη διεργασία τόσο για τον ασθενή και την οικογένεια του όσο και για το γιατρό καθώς και για όλα τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας που φροντίζουν τον σχιζοφρενή άρρωστο (π.χ. οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές, οι ψυχολόγοι, οι εργοθεραπευτές κ.α.), μοιραία επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής των ασθενών. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η οργάνωση της θεραπευτικής αντιμετώπισης η οποία σε γενικές γραμμές έχει τρεις στόχους:



1. Τη μείωση ή την αποδρομή των συμπτωμάτων.
2. Την ενίσχυση της προσαρμοστικής ικανότητας του ασθενούς στις συνθήκες του περιβάλλοντος.
3. Την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς.

Η εφαρμογή της θεραπείας της νόσου μπορεί να είναι νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή. Η νοσοκομειακή θεραπεία χρήζει απαραίτητη όταν στα συμπτώματα του ασθενούς περιλαμβάνονται ο αυτοκαταστροφικός ή ετεροκαταστροφικός ιδεασμός ή κατά τη διάρκεια ενός σχιζοφρενικού επεισοδίου, που μπορεί να είναι απαραίτητη η παραμονή στο νοσοκομείο για λόγους ασφαλείας, καθώς και η παροχή και βοήθεια στις βασικές ανάγκες του ατόμου (π.χ. τροφή, υγιεινή, κλπ.) ή ακόμη υπάρχουν φαρμακευτικές παρενέργειες που είναι νοσοκομειακής αντιμετώπισης (π.χ. κακόηθες σύνδρομο από νευροληπτικά). Αξίζει να σημειωθεί ότι για την ορθή αντιμετώπιση του ασθενούς απαιτείται ολιστική αντιμετώπιση σε δύο επίπεδα εκ των οποίων το ένα είναι σωματικό και το άλλο ψυχοκοινωνικό.^{60,59}

7.2.1. Σωματικές θεραπείες

Αντιψυχωτικά φάρμακα

Θεραπεία εκλογής της σχιζοφρένειας αλλά και πολλών άλλων ψυχώσεων (π.χ. παραληρητική κατάθλιψη, μανία κλπ.) είναι η αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή. Ο πιθανός μηχανισμός δράσης των αντιψυχωτικών είναι κοινός και οφείλεται στην ικανότητα που έχουν



να αποκλείουν τους μετασυναπτικούς D₂ υποδοχείς της ντοπαμίνης στις μεταιχμιακές περιοχές του προσθίου εγκεφάλου. Έτσι, ο αποκλεισμός αυτός θεωρείται ότι προκαλεί νευροχημικές μεταβολές που οδηγούν σε άμεσες και μεταγενέστερες θεραπευτικές δράσεις αυτών των φαρμάκων. Επίσης, τα αντιψυχωτικά είναι δυνατόν να

αποκλείουν και τους υποδοχείς σεροτονίνης, νορεπινεφρίνης, ακετυλοχολίνης και ισταμίνης σε άλλοτε άλλο βαθμό, γεγονός που ερμηνεύει και το διαφορετικό φάσμα ανεπιθύμητων ενεργειών που εμφανίζει το κάθε φάρμακο. Με λίγα λόγια τα αντιψυχωτικά και νευροληπτικά φάρμακα, αλλάζουν την ισορροπία της «χημείας» του εγκεφάλου.

Σε καμία περίπτωση όμως τα φάρμακα αυτά δεν «ελέγχουν χημικά το μυαλό των ασθενών» κι αυτό γιατί τα αντιψυχωτικά δεν μπορούν να ελέγξουν τις σκέψεις των ασθενών. Αντίθετα, συνήθως συμβάλλουν βοηθώντας τους ασθενείς να διακρίνουν τα ψυχωτικά συμπτώματα που εμφανίζουν και τους κάνουν να τα ξεχωρίζουν από αυτά που συμβαίνουν στον πραγματικό κόσμο. Με αυτόν τον τρόπο επιτρέπουν στον ασθενή να λαμβάνει αποφάσεις που αφορούν τη ζωή του πιο ορθολογικά.^{12,59}

Ωστόσο, τα αντιψυχωτικά δεν προσφέρουν ριζική θεραπεία όπως τα αντιβιοτικά τα οποία θεραπεύουν ορισμένες λοιμώξεις ή μια χειρουργική επέμβαση που αποκαθιστά πλήρως ένα κάταγμα. Ελέγχουν όμως αποτελεσματικά και έχουν την ικανότητα να μειώνουν την ένταση στα θετικά συμπτώματα της ψύχωσης που είναι πιο θορυβώδη όπως είναι οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις και η αποδιοργανωμένη σκέψη αλλά και να ελαχιστοποιούν δραστικά την πιθανότητα να υποτροπιάσουν ή να επανέλθουν στο μεγαλύτερο μέρος των ασθενών σε τουλάχιστον 7-14 ημέρες. Με αυτόν τον τρόπο διευκολύνουν την προσπάθειά τους να ζήσουν μία όσο το δυνατόν φυσιολογική ζωή, παρόλο που αποτυγχάνουν να βελτιώσουν σε ικανοποιητικό βαθμό τα αρνητικά συμπτώματα, όπως είναι η έλλειψη πρωτοβουλίας, συναισθηματικής ανταπόκρισης και η γνωστική δυσλειτουργία.

Πριν την έναρξη της θεραπείας, θα πρέπει να γίνει πρώτα η επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου η οποία θα πρέπει να είναι βασισμένη στα οφέλη, τους κινδύνους αν και δεν υπάρχει τρόπος να προβλέψουμε με ασφάλεια σε ποιο συγκεκριμένο φάρμακο θα ανταποκριθεί ο κάθε ξεχωριστός ασθενής. Γίνεται λοιπόν εύκολα αντιληπτό ότι η επιλογή του φαρμάκου είναι μια σύνθετη διαδικασία κατά την οποία τόσο ο πάσχων όσο και οι οικείοι του μπορούν και πρέπει να συμμετέχουν ενεργά. Παράγοντες που πρέπει να συνεκτιμηθούν περιλαμβάνονται παρακάτω:

1. Προηγούμενο ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό έκθεσης σε αντιψυχωτικά φάρμακα
2. Διαφορές στην αποτελεσματικότητα μεταξύ των φαρμάκων
3. Διαφορές που διαπιστώθηκαν στις ανεπιθύμητες ενέργειες μεταξύ των φαρμάκων
4. Άλλα παθολογικά προβλήματα που μπορεί να συνυπάρχουν στον άρρωστο καθώς και κάποια άλλα φάρμακα που πιθανόν να λαμβάνει για οποιοδήποτε λόγο περιλαμβανομένων φυτικών και εναλλακτικών θεραπειών
5. Προσωπικές προτιμήσεις του ασθενούς και των οικείων του
6. Ζητήματα που σχετίζονται με το κόστος.⁵⁸

Ένα επιπλέον σημαντικό ζήτημα που δεν μπορεί να προβλεφθεί με ασφάλεια εκ των προτέρων είναι η δοσολογία που θα απαιτηθεί για καθέναν από τους ασθενείς ξεχωριστά. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η προσεκτική χορήγηση από έμπειρο και γνώστη ψυχίατρο. Επίσης έχει διαπιστωθεί ότι με την χορήγηση της ίδιας ποσότητας φαρμάκου σε δύο διαφορετικούς ασθενείς ενδεχομένως να καταλήξει σε επίπεδα στο αίμα που διαφέρουν αισθητά μεταξύ τους κατά 40 φορές. Για τέτοιου μεγέθους διαφορές είναι υπεύθυνοι οι γενετικοί παράγοντες, το φύλο, η ηλικία, το σωματικό βάρος, το κάπνισμα και άλλα φάρμακα. Από ότι φαίνεται λοιπόν η επιλογή του φαρμάκου και η προσαρμογή της δόσης είναι διαδικασίες απολύτως εξατομικευμένες γι αυτό είναι πολύ πιθανό να χρειαστεί χρόνος, επιμονή, υπομονή αλλά και συνεργασία προκειμένου να βρεθεί το καλύτερο δοσολογικό σχήμα. Σε αυτό το σημείο αξίζει να τονιστεί ότι τα αντιψυχωσικά φάρμακα δεν είναι εθιστικά, δεν προκαλούν εξάρτηση. Η ανεξέλεγκτη αύξηση της δόσης δεν αποτελεί κίνδυνο όπως επίσης και η συνέχιση της χρήσης τους για χρονικό διάστημα πέραν του ενδεικνυόμενου.⁶¹

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τα αντιψυχωτικά πρώτης γενιάς τα λεγόμενα και ως τυπικά ή κλασικά και τα δεύτερης γενιάς ή αλλιώς άτυπα τα οποία και οφείλουν το όνομά τους στο γεγονός ότι εμφανίζουν σημαντικά λιγότερες εξωπυραμιδικού τύπου ανεπιθύμητες ενέργειες.

Τα τυπικά αντιψυχωτικά είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση μόνο των θετικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, ενώ δεν έχουν κανένα θεραπευτικό αποτέλεσμα στα αρνητικά συμπτώματά της. Ορισμένα από αυτά είναι διαθέσιμα σε ενέσιμη depot μορφή κυρίως για τα άτομα με ιστορικό μη τήρησης της αγωγής. Επίσης, έχουν βραχύ χρόνο ημιζωής που σημαίνει ότι θα πρέπει να λαμβάνονται πολλές φορές την ημέρα. Τα πρώτα αποτελέσματα φαίνονται μέσα σε μια εβδομάδα περίπου αν και για αισθητή βελτίωση χρειάζεται να περιμένει κανείς αρκετές εβδομάδες. Τέλος, οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες των κλασικών αντιψυχωτικών είναι οι εξωπυραμδικές ανεπιθύμητες παρενέργειες.



Όσον αφορά τα άτυπα νεότερης γενιάς αντιψυχωτικά ανακαλύφθηκαν τη δεκαετία του 1990 και αποτέλεσαν επανάσταση στο χώρο. Η αποτελεσματικότητά τους είναι εξίσου καλή και παρόμοια με αυτή των τυπικών αντιψυχωτικών στα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και πιο αποτελεσματικά στα αρνητικά συμπτώματα. Συνοπτικά παρατίθενται παρακάτω μερικά από τα πλεονεκτήματά τους σε σχέση με τα τυπικά/κλασικά αντιψυχωτικά:

- Η αποτελεσματικότητα στα θετικά συμπτώματα
- Καλύτερη αποτελεσματικότητα στα αρνητικά συμπτώματα
- Ελάχιστες εξωπυραμδικές ανεπιθύμητες ενέργειες
- Βελτιωμένη διάθεση και γνωστικές λειτουργίες

Στα τυπικά και άτυπα αντιψυχωτικά περιλαμβάνονται οι ακόλουθες κατηγορίες φαρμάκων:

Τυπικά/Κλασικά αντιψυχωτικά

- Χλωροπρομαζαμίνη (Largactil, Thorazine)
- Φλουφαιναζίνη (Prolixin)
- Αλοπεριδόλη (Haloperidol, Aloperidin)
- Λοξαπίνη (Loxitane)
- Μολινδόνη (Moban)
- Περφαιναζίνη (Trilafon)
- Θειοριδαζίνη (Mellaril)
- Θειοθιξένη (Navane)
- Τριφλουπεραζίνη (Stelazine)

Άτυπα αντιψυχωτικά

- Αριπιπραζόλη (Abilify)
- Κλοζαπίνη (Leronex, Clozaril)
- Ολονζαπίνη (Zyprexa)
- Κουετιαπίνη (Seroquel)
- Ρισπεριδόνη (Risperdal)
- Ζιπρασιδόνη (Geodon)^{62,63,21}

Συγκεκριμένα τα νεότερα άτυπα αντιψυχωτικά Abilify, Zyprexa και Seroquel, διαπιστώθηκε ότι εκτοπίζουν σε γρήγορο ρυθμό τα παλαιότερα τυπικά/κλασικά νευροληπτικά φάρμακα όπως είναι το Largactil και το Haloperidol κ.α. Φυσικά ο λόγος για τον οποίο έχουν επικρατήσει τα νεότερα αντιψυχωτικά είναι η δραματική μείωση των παρενεργειών τους, καθώς αυξάνει την ποιότητα της ζωής των σχιζοφρενών ασθενών με απώτερο στόχο την καλύτερη συμμόρφωση στη λήψη της θεραπευτικής αγωγής, την σημαντική μείωση των υποτροπών, την καλύτερη εξέλιξη της πάθησης και την μείωση της καταστολής.⁶⁴

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι οι περισσότεροι ασθενείς που βρίσκονται στην οξεία φάση της ψύχωσης θα ανταποκριθούν στην αντιψυχωτική αγωγή. Τόσο τα υψηλής ισχύος κλασικά αντιψυχωτικά (π.χ. αλοπεριδόλη) όσο και τα δεύτερης γενιάς άτυπα αντιψυχωτικά (π.χ. ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη), θεωρούνται θεραπείες πρώτης επιλογής για τη σχιζοφρένεια. Η κλοζαπίνη (Leronex) είναι αδιαμφισβήτητα το πιο αποτελεσματικό αντιψυχωτικό, το μόνο που έχει αποδειχθεί επανειλημμένως τόσο ικανό να αντιμετωπίσει την ανθεκτική σχιζοφρένεια στη συμπτωματολογία που δεν έχει ανταποκριθεί σε κανένα άλλο φάρμακο. Όμως αποτελεί δεύτερης γραμμής επιλογή εξαιτίας της τάσης της να προκαλεί ακοκκιοκυτταραιμία (δηλαδή μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων) από 1-4%. Ωστόσο, έχει συνδεθεί με μείωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και μπορεί να είναι ιδιαίτερος χρήσιμη σε ασθενείς με σχιζοφρένεια που εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας.

Σε δεύτερο χρόνο οι ασθενείς που ωφελήθηκαν από τη βραχυπρόθεσμη θεραπεία με αντιψυχωτικά και την υποχώρηση των οξέων συμπτωμάτων είναι υποψήφιοι για θεραπεία συντήρησης με σκοπό τον συνεχή έλεγχο των ψυχωτικών συμπτωμάτων και κατ' επέκταση την αποφυγή νέου επεισοδίου. Έτσι, συνιστάται θεραπεία για τουλάχιστον 1-2 χρόνια μετά το αρχικό ψυχωτικό επεισόδιο λόγω του υψηλού κινδύνου υποτροπής που ανέρχεται περίπου στο 40% και πιθανόν να οδηγήσει σε περαιτέρω έκπτωση της κοινωνικής λειτουργικότητας ενώ χωρίς τη λήψη φαρμάκων ανεβαίνει στο 80%. Βέβαια μπορεί να επιχειρηθεί σταδιακή

μείωση και διακοπή του φαρμάκου σε συνεργασία πάντα με τον ασθενή και την οικογένεια του και με απαραίτητη προϋπόθεση να ανταποκριθεί καλά σ' αυτό χωρίς την εμφάνιση άλλων υποτροπών και χωρίς να παραληφθεί η εντατική παρακολούθηση. Τουλάχιστον 5 χρόνια θεραπεία συνιστάται στην περίπτωση πολλαπλών επεισοδίων εξαιτίας του αυξημένου κινδύνου υποτροπών. Πέρα από το γεγονός ότι τα δεδομένα είναι ανεπαρκή, ίσως απαιτείται μακροχρόνια (εφόρου ζωής) θεραπεία για τους περισσότερους ασθενείς.^{12,35}

Παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων

Παρά το γεγονός ότι τα αντιψυχωσικά φάρμακα (τυπικά/κλασικά και άτυπα) στην ιατρική συγκαταλέγονται μεταξύ των ασφαλέστερων, όπως σχεδόν όλα τα φάρμακα έτσι και αυτά είναι δυνατόν να προκαλέσουν ανεπιθύμητες ενέργειες εκτός από την κύρια και ωφέλιμη δράση τους. Δεν υπάρχει ασφαλής τρόπος να προβλεφθεί εάν εμφανιστούν ανεπιθύμητες ενέργειες ούτε ποιες και πόσες θα είναι αυτές σε κάθε συγκεκριμένο ασθενή. Πάντως πολλές από αυτές υποχωρούν μετά τις πρώτες ημέρες καθώς ο οργανισμός προσαρμόζεται στο φάρμακο.⁶⁶ Έτσι λοιπόν τα τυπικά/κλασικά αντιψυχωσικά συνδέονται σε υψηλό ποσοστό με τις εξωπυραμιδικές παρενέργειες, ενώ τα άτυπα εκτός από τις μικρές πιθανότητες εμφάνισης αυτών κατά την έναρξη της θεραπείας μπορεί να εμφανίσουν υπνηλία, καταστολή, σημαντική αύξηση του βάρους, ορθοστατική υπόταση, υπερλιπιδαιμία, σακχαρώδη διαβήτη και κίνδυνο μεταβολικού συνδρόμου.^{58,42} Οι συνηθέστερες εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων περιλαμβάνουν τις εξής:

- **Ακαθυσία:** Ψυχοκινητική διέγερση, αδυναμία του ατόμου να παραμείνει ακίνητο σε μια θέση. Μπορεί να βιώνεται και ως υποκειμενική αίσθηση, χωρίς αντικειμενικά ευρήματα.
- **Ακινησία:** Απουσία κίνησης ή δυσχέρεια κατά την κίνηση.
- **Οξείες δυστονίες:** Ακούσιες, ανώμαλες μυϊκές συσπάσεις ή σπαστικές κινήσεις της κεφαλής και του τραχήλου. Συνήθως είναι επώδυνες και τρομακτικές για το άτομο.
- **Ψευδοπαρκινσονισμός:** Βραχύ και συρόμενο βάδισμα, έλλειψη εκφραστικότητας του προσώπου, τρόμος, σύνδρομο οδοντωτού τροχού κατά τις κινήσεις των άκρων χειρών, δυσκαμψία.
- **Όψιμη δυσκινησία:** Ακούσιες, ανώμαλες κινήσεις του στόματος, του προσώπου, των μυών της γλώσσας και των σιαγόνων, οι οποίες πιθανόν να επεκτείνονται και στα άκρα. Πρόκειται για κατάσταση μη αναστρέψιμη και μπορεί να εμφανιστεί ακόμη και μήνες μετά την έναρξη αντιψυχωσικών.

- **Υπερπρολακτιναιμία:** Διαταραχή της σεξουαλικής ικανότητας για τους άνδρες και όσον αφορά τις γυναίκες γαλακτόρροια, διαταραχές του έμμηνου κύκλου και επώδυνο οίδημα μαστών.

ΣΠΑΝΙΕΣ ΑΛΛΑ ΠΟΛΥ ΣΟΒΑΡΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ:

- **Κακοήθες νευροληπτικό σύνδρομο:** Δυνητικά θανατηφόρος παρενέργεια των αντιψυχωτικών φαρμάκων κατά την οποία επιβάλλεται άμεση διακοπή της θεραπείας και απαιτεί επείγουσα νοσοκομειακή αντιμετώπιση. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν υπερθερμία (πυρετός που φθάνει πάνω από 41°), μυϊκή δυσκαμψία, τρόμο, μεταβολή του επιπέδου συνείδησης, ταχυκαρδία, αρρυθμίες, υπέρταση και ακράτεια ούρων.
- **Ακοκκιοκυτταραιμία**
- **Θερμοπληξία**

Οι περισσότερες από αυτές μπορούν να αντιμετωπιστούν είτε με μείωση της δόσης είτε με χρήση άλλων φαρμάκων. Εξάλλου, δεν έχουν όλοι οι ασθενείς την ίδια ανταπόκριση στην θεραπεία ή τις ίδιες ανεπιθύμητες ενέργειες. Ένας σχιζοφρενής ασθενής μπορεί να ωφεληθεί από άλλο φάρμακο σε σύγκριση με κάποιον άλλο.^{31,21,65}

Με την πάροδο του χρόνου, οι εξελίξεις στην έρευνα σχετικά με τα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι όλο και πιο εντυπωσιακή. Έτσι λοιπόν τον Φεβρουάριο του 2008 εγκρίθηκε από τον ΕΟΦ και κυκλοφόρησε επίσημα πλέον στην Ελλάδα το INVEGA. Δραστική του ουσία είναι η παλιπεριδόνη η οποία αποτελεί τον κύριο μεταβολίτη της ρισπεριδόνης που ως γνωστό ανήκει στα παλαιότερα αντιψυχωτικά φάρμακα. Τα πλεονεκτήματα του συγκεκριμένου φαρμάκου είναι ότι έχει καλύτερο μεταβολικό προφίλ σε σχέση με τα παλαιότερα αντιψυχωτικά καθώς δεν επιτρέπει την αύξηση του βάρους, των λιπιδίων, του σακχάρου και βελτιώνει την αρχιτεκτονική του ύπνου των αρρώστων. Επίσης, το INVEGA δεν καταβολίζεται από το ήπαρ για το λόγο αυτό μπορεί να δοθεί κανονικά η δόση χωρίς μείωση σε ασθενείς με ήπια ή μέτρια ηπατική ανεπάρκεια. Βέβαια, όπως όλα τα φάρμακα έτσι και το INVEGA έχει τις παρενέργειές του. Μερικές από αυτές είναι η κεφαλαλγία, η αύξηση της προλακτίνης σε ποσοστό 67% ενώ το 2% των ασθενών μετά από τη λήψη του εμφάνισαν γαλακτόρροια. Αν η ημερήσια δοσολογία υπερβεί τα 9 mg, αρχίζουν να εμφανίζονται εξωπυραμιδικά συμπτώματα και γενικά οι παρενέργειές του είναι λιγότερες και δεν ξεπερνούν εκείνες των παλαιότερων αντιψυχωτικών.^{67,64}

Ενισχυτικές θεραπείες

Οι ενισχυτικές θεραπείες με άλλα ψυχοτρόπα είναι ορισμένες φορές χρήσιμες στους ασθενείς με σχιζοφρένεια είτε ως προσθήκη στην κύρια θεραπεία, είτε για την αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών που προκαλεί η χρήση άλλων φαρμάκων, αλλά ο ρόλος των θεραπειών αυτών δεν έχει καθοριστεί σαφώς. Παρακάτω παρουσιάζονται πιο αναλυτικά τα εξής φάρμακα:

Αντιχολινεργικά/αντιπαρκινσονικά φάρμακα

Χρησιμοποιούνται για την πρόληψη, τον έλεγχο ή την αντιμετώπιση των εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων και παρενεργειών (όπως δυστονία και παρκινσονισμός) από τα αντιψυχωσικά φάρμακα. Τα συνηθέστερα αντιχολινεργικά είναι τα εξής:

- Βενζοτροπίνη (Cogentin)
- Βιπεριδίνη (Akineton)
- Αιθοπροπαζίνη (Parsidol)
- Προκυκλιδίνη (Kemadrin)
- Τριεξυφενιδόνη (Artane)

Ανεπιθύμητες ενέργειες (παρενέργειες): Ξηροστομία, ορθοστατική υπόταση, δυσκοιλιότητα, δυσχέρεια έναρξης της ούρησης ή επίσχεση ούρων, αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης, πρόκληση οξέος γλαυκώματος σε προδιατεθειμένα άτομα, θολή κοντινή όραση, διαταραχή αντίληψης των χρωμάτων, διαστολή της κόρης (μυδρίαση), ακινητοποίηση βλέμματος, αυξημένη φωτο-ευαισθησία (αποφυγή έκθεσης στον ήλιο), θυλακιώδη επιπεφυκίτιδα με την παρατεταμένη χορήγηση, αλλεργικές δερματίτιδες και δερματικό εξάνθημα, αυξημένη καρδιακή συχνότητα και δυσκολίες στη συγκέντρωση και τη μνήμη.^{42,21}

Αντικαταθλιπτικά φάρμακα

Αποτελούν την κύρια ιατρική θεραπεία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης η οποία συνοδεύει συχνά τους ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια ιδιαίτερα ύστερα από την υποχώρηση ενός οξέος ψυχωτικού επεισοδίου (ενεργός φάση), όταν αντιλαμβάνονται τι τους συνέβη. Βέβαια, η πιθανή κατάθλιψη θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από την ακινησία που μπορεί να προκαλεί το αντιψυχωτικό φάρμακο (η χορήγηση αντιπαρκινσονικού ή και η ελάτωση της δόσης του αντιψυχωτικού ίσως να βοηθήσει) και από τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου. Εφόσον ο σχιζοφρενικός είναι γνήσια καταθλιπτικός, τότε προσθέτουμε ένα

τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό στη θεραπεία του. Τα συνηθέστερα αντικαταθλιπτικά που χρησιμοποιούνται είναι τα εξής:

Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης

- Φλουοξετίνη (Prozac)
- Σερτραλίνη (Zoloft)
- Παροξετίνη (Paxil)
- Σιταλοπράμη (Celexa)
- Εσιταλοπράμη (Lexapro)

Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης και Νοραδρεναλίνης

- Βενλαφαξίνη (Effexor)
- Ντουλοξετίνη (Cymbalta)

Άτυπα αντικαταθλιπτικά

- Βουπροπιόνη (Wellbutrin)

Ανεπιθύμητες ενέργειες (παρενέργειες): Πονοκέφαλος, ξηροστομία, ναυτία, εμετοί, άγχος, νευρικότητα, επιθετικότητα, υπνηλία (συνήθως με φλουβοξαμίνη και σερτραλίνη), ανησυχία, διέγερση, αϋπνία, πόνοι και φούσκωμα στο στομάχι και στην κοιλιά, διάρροια, σεξουαλικές παρενέργειες (ανικανότητα ή ατελής στύση, ανοργασμία ή καθυστέρηση και δυσκολία στην έλευση του οργασμού, απώλεια ή ελάττωση της όρεξης για σεξ), αύξηση της πείνας, μικρού βαθμού αύξηση της αρτηριακής πίεσης και αύξηση του βάρους.

Από όλα τα παραπάνω η βουπροπιόνη δεν προκαλεί σεξουαλικές διαταραχές ούτε αύξηση του βάρους αλλά αντίθετα σπάνια όμως προκαλεί ανορεξία και απώλεια βάρους. Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά στερούνται ή παρουσιάζουν ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες από αυτές που προαναφέρθηκαν.^{68,60}

Λίθιο

Αν και αποτελεί θεραπεία εκλογής για τον έλεγχο της μανίας και για την πρόληψη υποτροπής της διπολικής διαταραχής χρησιμοποιείται και ως σταθεροποιητής της διάθεσης σε άτομα που εμφανίζουν διαταραχή της διάθεσης διαγνώσιμη όπως σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και κατάθλιψη παράλληλα με σχιζοφρένεια. Στην ουσία πρόκειται για συμπληρωματική αγωγή ενδυνάμωσης του θεραπευτικού αποτελέσματος των αντιψυχωτικών φαρμάκων. Όταν κάποιος ασθενείς παρουσιάσει παρορμητική ή επιθετική συμπεριφορά ακόμα και βίαιη, υπερδραστηριότητα, εναλλαγές στη διάθεσή του ή γενικά όταν υπάρξει έντονο συναισθηματικό φορτίο και σίγουρη να μην είναι η διάγνωση, καλό είναι να

δοκιμάζεται. Το λίθιο είναι αντιμανιακό φάρμακο και η ολοκληρωμένη δράση του εκδηλώνεται μετά από 2 έως 3 εβδομάδες όπου και αξιολογείται η αποτελεσματικότητά του.

Άλλα φάρμακα που είναι και αυτά σταθεροποιητές της διάθεσης και είναι παρόμοια με το λίθιο είναι τα αντιεπιληπτικά όπως είναι η καρβαμαζεπίνη (Tegretol), η λαμοτριγίνη (Lamictal) και το βαλπροϊκό οξύ (Depakine). Τα αντιεπιληπτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε μόνα τους είτε σε συνδυασμό με το λίθιο ή και κάποια αντιψυχωτικά. Αυτά τα φάρμακα απαιτούν περισσότερο χρόνο για να δράσουν σε σύγκριση με τα αντιψυχωσικά φάρμακα. Μερικοί υποστηρίζουν ότι απαιτείται παρακολούθηση των επιπέδων στο αίμα κατά τη φαρμακευτική αγωγή και ότι μπορεί να συνδέονται με γενετικές ανωμαλίες όταν λαμβάνεται από εγκύους.

Ανεπιθύμητες ενέργειες (παρενέργειες): Γαστρεντερική δυσφορία, μυϊκή αδυναμία, πόνοι στην κοιλιά, εμετοί, διάρροια, κόπωση, υπνηλία, δίψα, πολουρία (υπερβολική παραγωγή ούρων από τα νεφρά), ζάλη, επιβράδυνση σκέψης, αύξηση του σωματικού βάρους, τρόμος των χεριών, προβλήματα στη μνήμη, υποθυρεοειδισμός (στο 34% των ασθενών μετά από λήψη πάνω από ένα χρόνο), υπερπαραθυρεοειδισμός, ξηροστομία, ξηρό δέρμα και οιδήματα στα άκρα. Όσον αφορά τα αντιεπιληπτικά οι συνηθέστερες παρενέργειες που μπορεί να εμφανίσουν είναι: ναυτία, εμετοί, διάρροια, κοιλιακοί πόνοι, υπνηλία, ληθαργικότητα, ζάλη, επιβράδυνση στη σκέψη, αύξηση του βάρους, διαταραχές στην έμμηνου ρύση και αταξία (διαταραχή στον συγχρονισμό των διαφόρων ομάδων μυών που απαιτείται για την ομαλή εκτέλεση κινήσεων με τα χέρια και τα πόδια).^{69,70}

Άλλα φάρμακα: Για την αντιμετώπιση των εξωπυραμιδικών ανεπιθύμητων ενεργειών που προκαλεί η λήψη των αντιψυχωτικών χρησιμοποιούνται πολλές φορές τα παρακάτω φάρμακα από τα οποία οι ασθενείς ωφελούνται αρκετά:

Βενζοδιαζεπίνες, πρόκειται για αγχολυτικά που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της ακαθησίας αλλά και όταν προεξάρχει το άγχος.

- Λοραζεπάμη (Ativan)

Ντοπαμινεργικοί Αγωνιστές, για την αντιμετώπιση του παρκινσονισμού.

- Αμανταδίνη (Symmetrel)

Αντιισταμινικά, για ταχεία ανακούφιση από την οξεία δυστονία.

- Διφαινυδραμίνη (Benadryl)

β-Αδρενεργικοί αποκλειστές, για την αντιμετώπιση της ακαθησίας.

- Προπρανολόλη (Inderal)²¹

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία «ECT»

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία γνωστή και ως «ηλεκτροσόκ», πρωτοεφαρμόστηκε από τους Ιταλούς ερευνητές Cerletti και Bini το 1938, καθώς ήταν οι πρώτοι που είχαν την ιδέα πρόκλησης τεχνητών επιληπτικών κρίσεων με ηλεκτρικό ρεύμα. Σχετικά με τις επιπτώσεις που προκαλούν οι επιληπτικές κρίσεις σε σχιζοφρενείς με χρήση καμφοράς παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια που είχαν επιληπτική νόσο ή τεχνητά προκαλούνταν σε αυτούς επιληπτικές κρίσεις, είχαν μια δραματική βελτίωση στα συμπτώματα της σχιζοφρένειας (ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες). Γενικά όμως, πρόκειται για την πιο κακοδιαφημισμένη θεραπεία στην ιατρική, πιθανόν λόγω της έλλειψης σύγχρονης ενημέρωσης για το πώς εφαρμόζεται σωστά αλλά και δημόσιας αντίδρασης για τις εξουσιαστικές πλευρές του συστήματος της ψυχικής υγείας.

Αν και σήμερα η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται σπανίως, ενδείκνυται για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας σε ορισμένες περιπτώσεις (κυρίως σε ασθενείς που βρίσκονται στην οξεία φάση), σε ασθενείς με διέγερση του κατατονικού τύπου σχιζοφρένειας, σχιζοκατάθλιψη και εκδήλωση σοβαρής κατάθλιψης κατόπιν σχιζοφρενικού επεισοδίου όταν άλλες μορφές θεραπείας, όπως τα φάρμακα ή η ψυχοθεραπεία δεν ήταν αποτελεσματικές. Η ECT απ' ότι φαίνεται είναι επίσης χρήσιμη στην θεραπεία αυτών των ψυχικών ασθενειών ειδικά σε ηλικιωμένους ασθενείς στους οποίους δεν μπορούν να εφαρμοστούν φαρμακευτικές θεραπείες ή αυτές δεν αποδίδουν τα αναμενόμενα.

Ανεπιθύμητες ενέργειες (παρενέργειες)

- **Ήπια Γνωσιακή Δυσλειτουργία:** Κατάσταση κατά την οποία υπάρχει μια παροδική σύγχυση και μια διαταραχή μνήμης (συνήθως τις πρώτες ώρες μετά την επέμβαση) που στην πλειοψηφία των περιπτώσεων έχει διάρκεια από ώρες έως λίγες ημέρες, ενώ σπανίως για μεγαλύτερα διαστήματα. Πρέπει να επισημανθεί ότι η μνημονική λειτουργία επανέρχεται στο φυσιολογικό μετά από μικρό χρονικό διάστημα από το πέρας της ηλεκτροσπασμοθεραπείας.
- Σωματικά συμπτώματα τύπου κεφαλαλγίας, μυαλγίας, ναυτίας και εμέτων επίσης μικρής διάρκειας και αντιμετωπίσιμα με αναλγητικά και αντιεμετικά φάρμακα.
- Παροδική ήπια μεταβολή σφίξεων και αρτηριακής πίεσης.^{71,25,13}

Άλλες σωματικές θεραπείες: Κατά το παρελθόν είχαν χρησιμοποιηθεί και διάφορες άλλες θεραπείες για την σχιζοφρένεια, μερικές από αυτές είναι η ινσουλινοθεραπεία, η χρήση υψηλών δόσεων βιταμινών ή η αιμοδιάλυση και οχειρουργικές επεμβάσεις, όπως η

ψυχοχειρουργική. Σύμφωνα με την οποία γίνεται επέμβαση στον εγκέφαλο χωρίζοντας τους μετωπιαίους λοβούς από το υπόλοιπο μέρος του εγκεφάλου όπου και πραγματοποιείται λοβεκτομή. Έτσι με αυτή τη μέθοδο μπορούσε να επιτευχθεί η καταστολή της επιθετικότητας. Τέτοιου είδους θεραπείες έχουν εγκαταλειφτεί διότι αποδείχτηκαν αναποτελεσματικές σε σχέση με τις καινούριες θεραπείες που προαναφέρθηκαν.

7.2.2. Ψυχοκοινωνικές θεραπείες

Επειδή έχει βραχυυνθεί σημαντικά η διάρκεια νοσηλείας των σχιζοφρενών ασθενών, το θεραπευτικό πλαίσιο έχει μετατοπιστεί σε υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών και σε κοινοτικές υπηρεσίες. Πλέον η εισαγωγή στο νοσοκομείο προτείνεται στους ασθενείς που θέτουν σε κίνδυνο τον εαυτό τους ή τους άλλους, που αδυνατούν να φροντίσουν επαρκώς τον εαυτό τους (δηλαδή αρνούνται τη λήψη τροφής ή υγρών), ή χρήζουν ειδικής ιατρικής παρακολούθησης, εξετάσεων ή θεραπειών.

Από όλους τους ασθενείς με σχιζοφρένεια όσοι δεν χρήζουν νοσηλείας μπορούν να ωφεληθούν από προγράμματα μερικής νοσηλείας ή μονάδες ημερήσιας νοσηλείας, και ιδιαίτερος αυτοί που εξακολουθούν να εμφανίζουν σημαντικού βαθμού συμπτώματα που δεν έχουν ανταποκριθεί επαρκώς στη φαρμακευτική αγωγή. Τα προγράμματα αυτά λειτουργούν γενικά τις καθημερινές, και οι ασθενείς επιστρέφουν στο σπίτι τους τα βράδια όπως και τα σαββατοκύριακα. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση συνδυάζεται με παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών. Το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών και η συχνότητα της εμπλοκής του ασθενούς σε αυτές εξατομικεύεται, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε αρρώστου. Οι υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών (όπως τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ή τα ιατρεία επανερχομένων) είναι το ιδανικό πλαίσιο για μια συντονισμένη φροντίδα των περισσότερων ασθενών με σχιζοφρένεια. Μια καλά οργανωμένη κλινική πρέπει να έχει τη δυνατότητα παροχής φαρμακοθεραπείας αλλά και μια ποικιλία επιπρόσθετων συμπεριφοριστικών και γνωστικών θεραπειών.

Προγράμματα «παρέμβασης» στην κοινότητα (Assertive Community Treatment, ACT) είναι διαθέσιμα σε κάποιες περιοχές. Συνίστανται στην προσεκτική και τακτική παρακολούθηση των ασθενών με τη βοήθεια κινητών μονάδων ψυχικής υγείας και εξατομικευμένου προγραμματισμού, προσαρμοσμένου στις ανάγκες του. Το προσωπικό είναι διαθέσιμο όλο το 24ωρο και έχει αποδειχθεί ότι τα προγράμματα αυτά συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση του αριθμού και της συχνότητας των εισαγωγών στο νοσοκομείο και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής πολλών ασθενών με σχιζοφρένεια. Η ένταξη των ασθενών

σε πλαίσιο εθελοντικής ή υποστηριζόμενης εργασίας (π.χ. προστατευόμενα εργαστήρια) αποτελεί ένα σημαντικό μέρος των προγραμμάτων αυτών.¹²

Ατομική ψυχοθεραπεία

Η θεραπεία αυτή προσφέρει τη δυνατότητα στους ασθενείς να μοιράζονται τις εμπειρίες τους με έναν ειδικά εκπαιδευμένο επαγγελματία Ψυχικής Υγείας με το να εγκατασταθεί και να αναπτυχθεί μια θεραπευτική σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ τους στην οποία να μπορεί ο ψυχικά άρρωστος να αισθανθεί ασφαλής. Βέβαια η επίτευξη μιας τέτοιας σχέσης είναι ένα αρκετά δύσκολο ζήτημα, επειδή ο σχιζοφρενικός ασθενής είναι απελπιστικά μόνος και αμύνεται σε κάθε προσπάθεια προσέγγισης και εμπιστοσύνης. Πολλές φορές αντιδρά με καχυποψία, εχθρότητα, επιθετικότητα και άγχος. Για την πραγματοποίηση αυτού του στόχου λοιπόν προϋποθέτει ο θεραπευτής να είναι αξιόπιστος, υπομονετικός, ειλικρινής, υποστηρικτικός, συνεπής, να σέβεται την ιδιωτικότητα του ασθενή του και απαιτεί μια ευσυνείδητη στοιχειώδη συναισθηματική απόσταση τόσο από την πλευρά του θεραπευτή όσο και από αυτή του ασθενή.²¹ Σε τέτοιου είδους περιπτώσεις η ευαισθησία στις κοινωνικές συμβατικότητες είναι προτιμότερη από την πρόωγη οικειότητα. Έτσι λοιπόν, βοηθά τον ασθενή του είτε μέσω συζητήσεων είτε με τη μορφή διδασκαλίας να κατανοήσει σταδιακά καλύτερα τον εαυτό του, τη φύση της σχιζοφρένειας, τα συμπτώματά της και τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να αντιμετωπίσει την αρρώστια του με τις συνέπειες που αυτή επιφέρει στη ζωή του καθώς και τα διαπροσωπικά του προβλήματα ώστε να προσαρμοστεί όσο το δυνατόν γίνεται καλύτερα στις απαιτήσεις της κοινωνικής του ζωής.^{62,11,10}

Ομαδική ψυχοθεραπεία

Σύμφωνα με μελέτες που πραγματοποιήθηκαν πάνω στην ομαδική ψυχοθεραπεία σχιζοφρενών ασθενών, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι αυτή η μορφή θεραπείας ίσως είναι χρήσιμη αρκεί να εφαρμοστεί την κατάλληλη χρονική περίοδο. Και η πιο κατάλληλη χρονική περίοδος φαίνεται να είναι μετά τη σταθεροποίηση των θετικών συμπτωμάτων, μέσω της φαρμακευτικής παρέμβασης. Το γεγονός αυτό συμβαίνει λόγω του ότι όταν ο ασθενής βρίσκεται στην οξεία φάση της νόσου και είναι αποδιοργανωμένος, αδυνατεί να φιλτράρει τα διάφορα περιβαλλοντικά ερεθίσματα όπως είναι τα πολλαπλά ερεθίσματα που προέρχονται από ένα ομαδικό πλαίσιο. Έτσι σε μια σημαντική και κρίσιμη φάση της ζωής του όπως είναι αυτή που επιχειρεί να ανασυσταθεί αντί να τον ωφελήσει μία ομαδική θεραπεία μόνο να τον βλάψει θα μπορούσε κατακλύζοντας και καταπιέζοντας ακόμη περισσότερο το ήδη καταπονημένο του εγώ.

Η θεραπεία αυτή εστιάζει το ενδιαφέρον της στην υποστήριξη των αρρώστων ώστε να

αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες. Πρωταρχικός της στόχος λοιπόν είναι να μάθουν από τις εμπειρίες των άλλων ασθενών και να διορθώσουν πιθανές παραμορφώσεις και δυσλειτουργικές διαπροσωπικές συμπεριφορές. Όταν το οξύ στάδιο έχει πλέον περάσει, η συμμετοχή στην ομάδα θα μπορούσε να ωφελήσει και να φανεί αρκετά αποτελεσματική στη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης, αυξάνοντας την αίσθηση της συνεκτικότητας και βελτιώνοντας τον έλεγχο της πραγματικότητας των πασχόντων. Ακόμη, εξίσου σπουδαία είναι και η βοήθεια που προσφέρει στην προετοιμασία των ασθενών να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα στην ζωή εκτός νοσοκομείου.

Ομάδες αυτο-βοήθειας: Πρόκειται για άλλους τύπους ομάδας και παρόλο που δεν διευθύνονται από ειδικούς επαγγελματίες, φαίνεται να αρχίζουν να γίνονται ιδιαίτερα δημοφιλείς. Οι ομάδες αυτές εκτός από την αμοιβαία στήριξη που παρέχουν στα μέλη τους, είναι ιδιαίτερα αναγκαίες στην παροχή ενημέρωσης του κοινού, στην στήριξη και υποστήριξη των ατόμων που αναλαμβάνουν την φροντίδα των ασθενών καθώς και στην υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών όταν αυτά προσβάλλονται στην κοινότητα.^{62,60}

Οικογενειακή θεραπεία

Η οικογενειακή θεραπεία σε συνδυασμό με την αντιψυχωτική αγωγή, έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τα ποσοστά υποτροπής στη σχιζοφρένεια με απαραίτητη προϋπόθεση να δίνονται σωστές συμβουλές στα μέλη της σχετικά με την ασθένεια. Το οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων που νοσούν επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τη σχιζοφρένεια και θέλουν συχνά να μάθουν περισσότερα για τη φύση της πάθησης. Χρειάζονται ρεαλιστικές και ακριβείς πληροφορίες για την αιτία της νόσου, τους προγνωστικούς παράγοντες και τις διαθέσιμες θεραπείες. Θα ωφεληθούν επίσης από την εκπαίδευσή τους στους τρόπους βελτίωσης της επικοινωνίας τους με τον πάσχοντα από σχιζοφρένεια συγγενή τους και στους τρόπους παροχής εποικοδομητικής υποστήριξης.¹² Η διαδικασία αυτή βοηθά τις οικογένειες να αντιλαμβάνονται καλύτερα την νόσο και να οδηγούνται σε καλύτερη και πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της. Συνοπτικά σε αυτή τη θεραπεία σπουδαίο ρόλο παίζουν τα εξής:

- Η παρότρυνση της οικογένειας να συμμετέχει στις αποφάσεις για τη χρήση των κατάλληλων υποστηρικτικών δομών της κοινότητας
- Η εκπαίδευση της οικογένειας σχετικά με τη χρονιότητα της νόσου της σχιζοφρένειας, τις επιπτώσεις, τα πρώιμα σημεία και συμπτώματα της υποτροπής, τη διαχείριση της πάθησης και της φαρμακευτικής αγωγής καθώς επίσης και τις υποστηρικτικές δομές που είναι διαθέσιμες στην κοινότητα

- Η παροχή της δυνατότητας των μελών της οικογένειας να συζητούν τους φόβους και τα συναισθήματά τους αλλά και να ανακαλύπτουν τρόπους αποτελεσματικούς για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους.^{60,21}

Γνωστική αποκατάσταση ή γνωσιακή – συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία

Η γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία απαρτίζεται από δύο λέξεις την «γνωσιακή» και την «συμπεριφοριστική» αποτελώντας τα δύο σημαντικά συστατικά της θεραπείας και λειτουργώντας συνδυαστικά με τις αντίστοιχες τεχνικές τους (οι οποίες αρχικά εφαρμόστηκαν σε ασθενείς με τραυματικές βλάβες εγκεφάλου) για την απόλειαση



παθολογικών διεργασιών της σκέψης αλλά και παθολογικών καταστάσεων που εμφανίζονται στη σχιζοφρένεια. Αναλυτικότερα, ο όρος «γνωσιακή» αναφέρεται στις «γνωσίες» ή σκέψεις, πεποιθήσεις όπου καταβάλλεται προσπάθεια από τους σχιζοφρενείς ασθενείς να εστιάσουν στη βελτίωση των λειτουργιών επεξεργασίας των πληροφοριών, όπως είναι η προσοχή, η μνήμη, η εγρήγορση και η

αντίληψη. Ωστόσο αντικείμενο διερεύνησης αποτελεί ο τρόπος με τον οποίο ερμηνεύονται τα γεγονότα. Συχνά τα άτομα μπορεί να σχηματίζουν μία αρνητική εντύπωση για ότι συμβαίνει στην ζωή τους, ακόμη και στην περίπτωση που τα αντικειμενικά γεγονότα δε συμφωνούν με τη δυσάρεστη εικόνα που τους αποδίδουν. Επίσης, σε αυτή τη θεραπεία οι ασθενείς μπορούν να διδαχθούν διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως το να ακούνε μουσική για να καλύψουν τις ακουστικές τους ψευδαισθήσεις ή να υποβάλλουν τις παραληρητικές τους ιδέες στον έλεγχο της πραγματικότητας.⁷²

Ο όρος «συμπεριφοριστική» αναφέρεται στην σύνδεση μεταξύ των διαφόρων μορφών συμπεριφοράς και των συνθηκών μέσα στις οποίες εμφανίζονται. Η συμπεριφοριστική θεραπεία στοχεύει τόσο στις δυνατότητες, όσο και στις ανεπάρκειες του ασθενούς. Οι τεχνικές που χρησιμοποιεί για την πραγματοποίηση αυτών των στόχων είναι κάθε φορά που ο ασθενής έχει επιθυμητές συμπεριφορές και παρουσιάζει βελτίωση στις κοινωνικές και πρακτικές του δεξιότητες, στις διαπροσωπικές του σχέσεις αλλά και στην προσωπική του επάρκεια να επιβραβεύεται με συμβολικές ανταμοιβές όπως άδειες εξόδου ή προνόμια. Σκοπός είναι η συνέχιση της ευοδωθείσας συμπεριφοράς και μετά την έξοδο του αρρώστου από την κλινική. Επιπλέον βασική αρχή της συμπεριφοριστικής θεραπείας είναι ότι η κάθε

μορφή συμπεριφοράς είναι μαθημένη και επομένως μπορεί να τροποποιηθεί μέσα από μία νέα διαδικασία μάθησης.

Η γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία έχει κάποιες διαφορές σε σχέση με τις υπόλοιπες ψυχοθεραπείες όπως το ότι επικεντρώνεται στο παρόν, στα τωρινά προβλήματα του ασθενή. Αν αυτά σχετίζονται με τις συναισθηματικές δυσκολίες του παρελθόντος, τότε γίνεται αναφορά στο παρελθόν για να βρεθούν οι συσχετίσεις και να αποκτήσει νόημα η προβληματική συμπεριφορά. Η διάρκεια της είναι βραχεία καθώς επιδιώκει την όσο το δυνατόν συντομότερη αλλαγή της προβληματικής συμπεριφοράς. Ο θεραπευτής έχει ενεργητικό ρόλο στην θεραπευτική διαδικασία και η συνεργασία του με τον θεραπευόμενο είναι σημαντική σε σημείο που θέτουν μαζί από κοινού τους επιθυμητούς στόχους, αποφασίζουν για τις τεχνικές που θα εφαρμοστούν αλλά και τον τρόπο αξιολόγησης της πορείας της θεραπείας και καταστρώνουν το θεραπευτικό σχέδιο που θα βοηθήσει καλύτερα τον ασθενή να ξεπεράσει τις δυσκολίες του.^{12,31}

Υποστηρικτική θεραπεία

Η συγκεκριμένη θεραπεία περιλαμβάνει την ενθάρρυνση, την εκπαίδευση, την συμβουλευτική, την οριοθέτηση καθώς και τη βελτίωση του ελέγχου της πραγματικότητας. Εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι πρόκειται για μια θεραπεία εκλογής όπου σπουδαίο στόχο της αποτελεί το να παρέχεται στον κάθε ασθενή ο βαθμός εναισθησίας που αυτός επιθυμεί ή μπορεί να αντέξει. Επίσης, η θεραπεία αυτή στα πλαίσια των εξωτερικών ιατρείων παρέχει τη δυνατότητα στον σχιζοφρενή ασθενή να ελέγξει τα αρνητικά και τα θετικά συμπτώματα της ψύχωσης και της σχιζοφρένειας. Ένα είδος υποστηρικτικής θεραπείας είναι και η προσωπική θεραπεία η οποία στηρίζεται ως ένα μεγάλο βαθμό στη θεραπευτική σχέση μεταξύ γιατρού – ασθενή, όπου σε αυτήν ο γιατρός εμπνέει ελπίδα στον ασθενή και του παρέχει χρήσιμες πληροφορίες. Με την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση μπορούν να εξισοροποιηθούν τα συναισθήματα και να επιτευχθεί λειτουργικότητα και αρμονικότητα στη ζωή του πάσχοντος.³

Εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων

Η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες στοχεύει στη παροχή βοήθειας στους ασθενείς ώστε να αναπτύξουν μια περισσότερο αποδεκτή κοινωνική συμπεριφορά αλλά και να αντιμετωπίσουν τα συναφή προβλήματα όπως είναι η πενιχρή βλεμματική επαφή, η έλλειψη ικανότητας για κοινωνικές σχέσεις, οι εσφαλμένες εκτιμήσεις για τους άλλους ανθρώπους και η κοινωνικά απρόσφορη συμπεριφορά. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χρήση της τεχνικής μίμησης προτύπου και της κοινωνικής θετικής ενίσχυσης, καθώς και με την παροχή ευκαιριών, τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο, για την πρακτική εφαρμογή των

νέων αυτών συμπεριφορών. Ο στόχος της εκπαίδευσης αυτής θα μπορούσε να είναι απλός, π.χ. να βοηθηθεί ο ασθενής να μάθει να διατηρεί βλεμματική επαφή, ή πιο σύνθετος, π.χ. να βοηθηθεί να αποκτήσει περισσότερες επικοινωνιακές δεξιότητες.^{12,3}

Απασχολησιοθεραπεία ή Εργοθεραπεία

Η θεραπεία αυτή παίζει σημαντικό ρόλο και συμβάλει στην προσπάθεια κοινωνικοποίησης και αποκατάστασης του ψυχικά ασθενή. Παρέχει στον άρρωστο τη δυνατότητα να ενασχοληθεί με διάφορες δραστηριότητες καλλιτεχνικές και μη, οι οποίες έχουν ως κύριο στόχο την ενεργοποίηση του και μέσω αυτής αναλαμβάνει να τις διεκπεραιώσει. Μερικές από αυτές τις δραστηριότητες είναι η κηπουρική, η τυπογραφία αλλά και η μουσική, η ζωγραφική, το δράμα, ο χορός, το θέατρο και άλλα που βασίζονται στην αυθόρμητη έκφραση των συναισθημάτων του ασθενή και του προσφέρουν ηρεμία και εκτόνωση. Επιπλέον με την αυτοφροντίδα, την αυτοσυντήρηση, την αυτονομία, την ανατροφή των παιδιών, την φροντίδα του σπιτιού, την εκπαίδευση του σε κοινωνικές δεξιότητες, την προεπαγγελματική του κατάρτιση ακόμα και με τη διασκέδαση του και εξασφαλίζονται οι διαπροσωπικές του σχέσεις και η κοινωνικοποίησή του μέσα σε ένα θεραπευτικό περιβάλλον.⁶⁰

7.2.3. Μετανοσοκομειακή φροντίδα και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Για έναν συγκεκριμένο σχιζοφρενικό ασθενή ο βαθμός της απαιτούμενης μετανοσοκομειακής φροντίδας ποικίλλει σημαντικά. Ορισμένοι ασθενείς μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητοι ενώ κάποιοι άλλοι χρειάζονται επίβλεψη και υποστήριξη στις βασικές τους λειτουργίες. Ο στόχος της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι να ενσωματώσει εκ νέου τον ασθενή στην κοινότητα σε αντίθεση προς την απομόνωση των ασθενών σε επιμέρους δομές υπηρεσιών υγείας, όπως συνέβαινε στο παρελθόν. Σε κάποιες περιοχές, είναι διαθέσιμες κάποιες λέσχες-εστίες που προάγουν την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, στη λειτουργία των οποίων βοηθούν οι ίδιοι οι ασθενείς. Μια κατάλληλη και οικονομικά προσιτή κατοικία είναι το κύριο πρόβλημα πολλών ασθενών. Οι επιλογές μπορεί να περιλαμβάνουν ξενώνες, οικοτροφεία ή προστατευόμενα διαμερίσματα ανάλογα με τις διαθέσιμες τοπικές κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Οι ξενώνες έχουν τη δυνατότητα υποδοχής 15-20 ατόμων και θεωρούνται από τις καλύτερες επιλογές καθώς προσφέρουν συντροφικότητα και αλληλοϋποστήριξη μεταξύ των ενοίκων, παράλληλα με την επίβλεψη από το προσωπικό. Γενικά χαρακτηρίζονται από μια «οικογενειακή ατμόσφαιρα», όμως ο χρόνος παραμονής είναι συγκεκριμένος 6-12 μήνες.

Τα οικοτροφεία παρουσιάζουν ίδια χαρακτηριστικά με τους ξενώνες με τη διαφορά ότι ο

χρόνος παραμονής σε αυτά είναι μεγαλύτερος και οι φιλοξενούμενοι έχουν λιγότερη συμμετοχή στη λειτουργία τους δηλαδή ο ρόλος τους είναι πιο παθητικός.

Τα προστατευόμενα διαμερίσματα παρέχουν μεγαλύτερη αυτονομία καθώς οι ίδιοι οι ασθενείς αναλαμβάνουν τη λειτουργία του διαμερίσματος με ορισμένη βοήθεια και υποστήριξη που προσφέρει το ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό (κοινωνικοί λειτουργοί ή νοσηλεύτες) το οποίο είναι διαθέσιμο να αντιμετωπίσει σύνθετα προβλήματα με τις επισκέψεις του ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

Όσον αφορά τις παρεμβάσεις επαγγελματικής αποκατάστασης μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να βρουν και να διατηρήσουν μια αμειβομένη εργασία. Η επαγγελματική αποκατάσταση μπορεί να περιλαμβάνει την υποστηριζόμενη απασχόληση, την ανταγωνιστική εργασία σε ένα ενοποιημένο πλαίσιο και πιο επίσημα προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης. Ένα απλό και σταθερό εργασιακό περιβάλλον χωρίς εκπλήξεις προσφέρει αφενός κάποια διαπροσωπική απόσταση και αφετέρου επί τόπου επίβλεψη όπως είναι αυτό ενός προστατευόμενου εργαστηρίου, που ενδεχομένως να είναι το ιδανικό πλαίσιο για να ξεκινήσει ένας ασθενής. Μολονότι μερικοί ασθενείς μπορεί να μην είναι σε θέση να εργαστούν σε οποιοδήποτε πλαίσιο εξαιτίας απάθειας, έλλειψης κινητοποίησης ή εξαιτίας χρόνιας ψύχωσης. Ωστόσο στους ικανούς ασθενείς η εργασία θα προσφέρει πολλά, όπως την τόνωση της αυτοεκτίμησής τους, ένα πρόσθετο εισόδημα και μια κοινωνική διέξοδο. Με τη βοήθεια των σύγχρονων θεραπειών, κάποιοι ασθενείς μπορούν πλέον να επιτύχουν μια σταθερή αμειβομένη εργασία που προάγει την πλήρη ενσωμάτωσή τους στην κοινωνία.

Συμπερασματικά λοιπόν η σχιζοφρένεια σήμερα αντιμετωπίζεται, αρκεί να διαγνωσθεί έγκαιρα, να εφαρμοσθεί στην θεραπεία ο κατάλληλος συνδυασμός φαρμακοθεραπείας με ψυχοθεραπευτικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και τεχνικές, ο ασθενής να παίρνει τα φάρμακά του, η οικογένεια να συμμετέχει στη θεραπευτική προσπάθεια και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον να αποδεχθεί τον ασθενή ως άνθρωπο που έχει ανάγκη από συμπαράσταση και βοήθεια.¹²

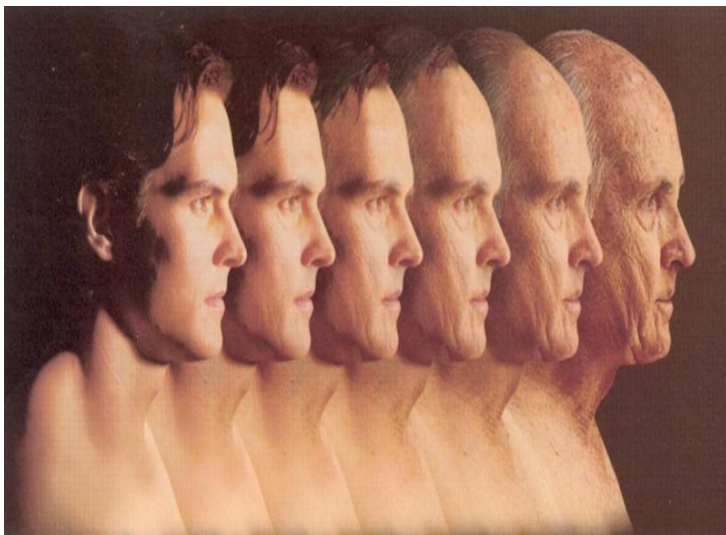


ΚΕΦΑΛΑΙΟ8°

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΓΗΡΑΝΣΗ

Είναι κοινά παραδεκτό ότι στην τρίτη ηλικία γενικά ανήκουν τα άτομα άνω των 65 χρονών και στις περισσότερες περιπτώσεις η ηλικία αυτή συμπίπτει με εκείνη κατά την οποία, τα άτομα βγαίνουν στη σύνταξη, έτσι λοιπόν όταν μιλάμε για την τρίτη ηλικία, εννοούμε όσους βρίσκονται εκτός εργασιακού δυναμικού, πρακτικά δηλαδή συνταξιούχους. Πάντως πρέπει να τονισθεί ότι προς το παρόν δεν υπάρχει σαφές ηλικιακό όριο υιοθετημένο από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, αλλά έχει συμφωνηθεί τα άτομα ηλικίας άνω των 60 να εντάσσονται στην κατηγορία των ηλικιωμένων ή της λεγόμενης Τρίτης ηλικίας.

Ενώ είναι από όλους εύκολο να αναγνωριστεί ένα ηλικιωμένο άτομο από εκείνα νεότερης ή μέσης ηλικίας, είναι δύσκολο να δώσει κάποιος έναν επιστημονικό ορισμό της γήρανσης. Αυτό συμβαίνει γιατί επιφέρει μια σειρά μεταβολών στο άτομο οι οποίες εκδηλώνονται σε επίπεδο εμφάνισης, συμπεριφοράς, εμπειρίας, κοινωνικών ρόλων και βιολογικό επίπεδο.



Με τον όρο γήρανση εννοούμε μία πολύπλοκη διαδικασία στην οποία εμπλέκεται κάθε μόριο, κύτταρο και όργανο του ανθρώπινου σώματος, ουσιαστικά πρόκειται για τις μεταβολές που σημειώνονται στο άτομο κατά την διάρκεια της ζωής του.⁷⁴ Αυτές οι μεταβολές δεν είναι πάντα προβληματικές και δεν επηρεάζουν τη βιωσιμότητα του. Η

διαδικασία της γήρανσης ξεκινά κατά την σύλληψη του ανθρώπου και τελειώνει με τον θάνατο του. Ο ρυθμός και η εξέλιξη αυτής της διαδικασίας μπορεί να διαφέρουν σημαντικά από άτομο σε άτομο. Αποτελείται από την σταδιακή εκφύλιση των σωματικών και πνευματικών λειτουργιών. Ωστόσο, δεν είναι νόσος αλλά μια φυσιολογική κατάσταση από την οποία περνούν όλοι οι άνθρωποι (ή τουλάχιστον όσοι προφταίνουν να την περάσουν) και υπάρχει περίοδος εξασθένησης όλων των συστημάτων του οργανισμού.^{73,42}

8.1. Θεωρίες του γήρατος

Στην προσπάθεια εξήγησης της διεργασίας της γήρανσης του ανθρώπινου οργανισμού, έχουν προταθεί πάνω από 300 θεωρίες που φιλοδοξούν να εξηγήσουν το φαινόμενο. Όλες αυτές έχουν συμβάλει σημαντικά στην καλύτερη κατανόηση της γήρανσης και επομένως σε

αποτελεσματικές μεθόδους επιβράδυνσής της, καμία όμως δεν έχει δώσει ακόμα οριστική απάντηση στο γιατί γερνάμε.

Πολλοί θεωρητικοί πιστεύουν ότι δύο από τις πιο γνωστές θεωρίες της γήρανσης είναι οι **βιολογικές** θεωρίες (biological) και οι **φυσιολογικές** θεωρίες (physiological). Στις βιολογικές επιδρούν δυο παράγοντες οι ενδογενείς και οι εξωγενείς. Στους ενδογενείς παράγοντες περιλαμβάνονται τα γεννητικά προγράμματα, οι κυτταρικές μεταλλάξεις και οι αυτοάνοσες αντιδράσεις αλλά και άλλες εγγενείς διεργασίες. Στους εξωγενείς παράγοντες περιλαμβάνονται οι επιδράσεις του περιβάλλοντος, η διαίτα και η ακτινοβολία. Στις φυσιολογικές θεωρίες περιλαμβάνονται η θεωρία της αποδέσμευσης, η θεωρία της δραστηριότητας και η αναπτυξιακή θεωρία.

Από τις θεωρίες που αναφέρονται στη **βιολογική** γήρανση του ανθρώπινου οργανισμού, οι επικρατέστερες είναι οι ακόλουθες:

Γενετική θεωρία

Σύμφωνα με τη γενετική θεωρία γήρανσης, το βιολογικό μας ρολόι εξαρτάται από τα γονίδια καθώς και από την ικανότητα του σώματός να ενεργοποιεί τους αμυντικούς του μηχανισμούς. Η έρευνα επικεντρώνεται σε αυτή τη θεωρία για την κατανόηση των γονιδίων και μέσω αυτών, ο καλύτερος τρόπος ενίσχυσης του αμυντικού συστήματος του οργανισμού μας.

Θεωρία των ελεύθερων ριζών

Αυτή η θεωρία είναι η επικρατέστερη μέχρι στιγμής καθώς μας δίνει απαντήσεις στο γιατί γερνάμε. Εστιάζεται στα άτομα ή μόρια που παράγονται από τις χημικές αντιδράσεις στο ανθρώπινο σώμα και στα οποία λείπει ένα ηλεκτρόνιο. Αναζητώντας με αυτόν τον τρόπο το χαμένο τους ηλεκτρόνιο, οι ελεύθερες ρίζες επικάθονται στις κυτταρικές μεμβράνες επιδιώκοντας έτσι να «κλέψουν» το ηλεκτρόνιο που τους λείπει. Αν τώρα για κάποιο λόγο οι ελεύθερες ρίζες αφεθούν ανεξέλεγκτες, τότε τα κύτταρα καταστρέφονται από τις επιθέσεις τους, προκαλώντας έτσι το αίτιο που μας κάνει να γερνάμε αλλά και του 90% των ασθενειών μεταξύ των οποίων και του καρκίνου. Οι έρευνες εστιάζονται σ' αυτή τη θεωρία για την αντιοξειδωτική ικανότητα του οργανισμού αλλά και την ενίσχυσή του.

Ορμονική θεωρία

Η ορμονική θεωρία επικεντρώνεται στο γεγονός, πως καθώς γερνάμε, εκτός από το ορμονικό μας σύστημα και πολλά άλλα όργανα παύουν να λειτουργούν σωστά. Με βάση αυτή την θεωρία, η επιβράδυνση του ρυθμού μείωσης των ορμονών, θα συμβάλλει αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της γήρανσης.^{75,76,77}

Λειτουργικές και βιολογικές μεταβολές στα συστήματα του οργανισμού με το πέρας του χρόνου

Ο άνθρωπος με την πάροδο του χρόνου υφίσταται μια φυσιολογική «φθορά» και βιολογικές αλλαγές στα όργανα που αποτελούν τον οργανισμό του και σχετίζονται τόσο με τη σύσταση του σώματος, τον μεταβολισμό, τη μορφολογία κυττάρων και ιστών όσο και με τα διάφορα συστήματα όπως το καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό, το γαστρεντερικό αλλά και τις νευρολογικές - εγκεφαλικές λειτουργίες. Οι βιολογικές μεταβολές πρέπει να διαχωρίζονται από τις νοσηρές καταστάσεις που είναι πιθανόν να προσβληθεί ο ηλικιωμένος και οι οποίες έχουν ως συνέπεια την ανάπτυξη και φυσικά την εμφάνιση ασθενειών, που συνήθως είναι χρόνιας φύσεως. Τα συμπτώματα του γήρατος προκαλούνται από την απώλεια ή την υπολειτουργικότητα των κυττάρων κάθε οργάνου του σώματος. Καθώς εξαφανίζονται τα κύτταρα, οι ιστοί και οι μύες γίνονται λεπτότεροι, η δύναμη και η αντοχή λιγοστεύουν και ελαττώνεται η ικανότητα για εργασία. Παρακάτω αναφέρονται οι σημαντικότερες μεταβολές που επέρχονται στο άτομο με το πέρασμα του χρόνου:

- Εμφάνιση
- Ανοσοποιητικό σύστημα
- Αναπνευστικό σύστημα
- Καρδιαγγειακό σύστημα
- Ενδοκρινικό σύστημα
- Αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ)
- Κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ)
- Γαστρεντερικό σύστημα
- Μυοσκελετικό σύστημα
- Ουροποιητικό σύστημα
- Αναπαραγωγικό σύστημα
- Αισθητήρια όργανα

8.2. Μεταβολές στις γνωστικές λειτουργίες

Διαταραχές μνήμης

Ένα από τα πιο γνωστά συμπτώματα του γήρατος, είναι το ότι εμφανίζεται απώλεια μνήμης σε πρόσφατα γεγονότα της ζωής τους ενώ διατηρούν ζωντανή τη μνήμη σε γεγονότα της παιδικής και της νεανικής τους ηλικίας. Υπάρχει γενική συμφωνία μεταξύ επιστημόνων ότι το μέρος της μνήμης που πάσχει περισσότερο είναι η εργαζόμενη μνήμη, αυτή δηλαδή που ενεργοποιείται όταν το άτομο διατηρεί ενεργά πληροφορίες που του χρειάζονται

προκειμένου να λύσει ένα πρόβλημα ή να κατανοήσει μια κατάσταση. Το γεγονός αυτό δυσκολεύει την αξιολόγηση και τη λήψη νοσηλευτικού ιστορικού.

Επεξεργασία πληροφοριών

Μια βασική φυσιολογική αλλαγή που παρατηρείται στο γνωστικό σύστημα των ηλικιωμένων είναι ότι μειώνεται η ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών σε νοητικό επίπεδο, κι αυτό απαιτεί περισσότερο χρόνο για να μπορέσουν να εκτελέσουν κάτι, να σκεφτούν ή να πάρουν μια απόφαση.

Νοημοσύνη

Η νοημοσύνη είναι μια ευρεία έννοια που περιλαμβάνει πολλές επιμέρους ικανότητες. Υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές στην ανάπτυξη της νοημοσύνης αλλά και στο ποιες ικανότητες μειώνονται και ποιες όχι. Επίσης, σημασία έχει ο βαθμός εκπαίδευσης που έχει δεχθεί το άτομο. Γενικά, η νοητική απόδοση του ατόμου είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων όπως η σωματική και ψυχική υγεία, η καλή λειτουργία του εγκεφάλου, η μόρφωση και οι ιστορικές- πολιτισμικές συνθήκες στις οποίες έζησε.⁷⁶

8.3. Ψυχιατρικές διαταραχές στην τρίτη ηλικία

Η τρίτη ηλικία έχει καθιερωθεί ως μια φάση της ζωής του ανθρώπου η οποία έχει τα δικά της ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Τα χαρακτηριστικά αυτά όπως άλλωστε είναι φυσικό σχετίζονται στενά τόσο με τη σωματική φυσιολογική εξασθένηση και την ύπαρξη τυχόν περιστασιακών ή χρόνιων νοσημάτων, όσο και με αλλαγές που αφορούν την κοινωνική ζωή, τις σχέσεις με τους συνανθρώπους ακόμα και τις δυνατότητες διατήρησης των δραστηριοτήτων. Το ηλικιωμένο άτομο καλείται καθημερινά να αποδείξει από την οικογένεια του μέχρι και τον κοινωνικό περίγυρο που τον περιβάλλει ότι δεν έχει αρχίσει να τα χάνει, ότι μπορεί να διαλογίζεται και να συμμετέχει στην καθημερινή ζωή σαν φυσιολογικός άνθρωπος, ότι έχει κι αυτό όνειρα και επιθυμίες που θέλει να πραγματοποιήσει ακόμη και τώρα στη ζωή του.

Η ηλικία αυτή, ίσως είναι η μόνη περίοδος της ζωής του ανθρώπου που στερείτε υποχρεώσεις. Επίσης, έχει και αυξημένες ανάγκες που απαιτούν να καταναλώνει πολλούς πόρους φροντίδας υγείας και υπηρεσίες υποστήριξης. Το προνόμιο αυτό όμως μόνο ένα μικρό ποσοστό των ηλικιωμένων φαίνεται να το απολαμβάνει, καθώς γενικά αντιμετωπίζουν μεγάλες προκαταλήψεις και αποτελούν το λιγότερο εξυπηρετούμενο πληθυσμό. Αυτή η στάση προκατάληψης απέναντι στα άτομα τρίτης ηλικίας, είναι υπεύθυνη για πολλές παρανοήσεις, ως προς τις ψυχικές διαταραχές τους. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία άνθρωποι

πιστεύεται ότι είναι περισσότερο επιρρεπείς στην ψυχική ασθένεια απ' ό,τι είναι οι νέοι άνθρωποι. Ωστόσο για αρκετούς λόγους, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ο ακριβής ρυθμός επίπτωσης και επικράτησης των ψυχικών διαταραχών στην ύστερη ζωή. Οι ηλικιωμένοι είναι συχνά δύσκολο να έρθουν σε επαφή με τις έρευνες κοινότητας, είναι απρόθυμοι να απαντήσουν σε προσωπικές ερωτήσεις οι οποίες έχουν να κάνουν με συναισθηματικά προβλήματα και οι περισσότεροι δεν αναζητούν θεραπεία για τέτοια προβλήματα ή συμβουλευόμαστε εργαζόμενους πρωτοβάθμιας φροντίδας κι όχι επαγγελματίες της ψυχιατρικής. Τα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας στους ηλικιωμένους συχνά διαφέρουν από εκείνα των άλλων ηλικιακών ομάδων.



Συνοπτικά παρατίθενται οι παράγοντες που θα μπορούσαν να επιδράσουν στην εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών στην «Τρίτη ηλικία»:

α) Παράγοντες που σχετίζονται με το ίδιο το άτομο

- Προϋπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές
- Οργανικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου
- Συχνές σωματικές ασθένειες ή χρόνια νοσήματα
- Χρόνια χρήση διαφόρων φαρμάκων που μπορούν να οδηγήσουν σε ψυχιατρική συμπτωματολογία
- Αναζωπύρωση παλαιών ασθενειών.

β) Παράγοντες που σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον

- Σε μια κοινωνία που τη χαρακτηρίζουν η απόδοση και ο καταναλωτισμός, ο αδύναμος και μη αποδοτικός είναι λιγότερο αποδεκτός
- Ο ρόλος των ηλικιωμένων είναι προκαθορισμένος και οφείλουν να προσαρμοσθούν σ' αυτόν
- Η συνταξιοδότηση είναι γενικά καλύτερα ανεκτή, ενώ η απώλεια του/της συντρόφου οδηγεί συχνά σε καταθλιπτικές καταστάσεις
- Οι συνθήκες διαβίωσης της εποχής δεν αφήνουν περιθώρια ελεύθερης κίνησης των ηλικιωμένων. Η χρόνια μοναξιά μπορεί να οδηγήσει και αυτή σε ψυχιατρικά προβλήματα. Στις περιπτώσεις αυτές, η εισαγωγή σε ένα ίδρυμα μπορεί να λειτουργήσει

και θεραπευτικά, με την προϋπόθεση ότι θα πρόκειται για ένα ίδρυμα όπου ο ηλικιωμένος θα μπορεί να αναπτύξει κάποιες δραστηριότητες και να επικοινωνήσει με άλλους ομοίους του

- Τα διάφορα ιδρύματα, είναι στην πλειοψηφία τους ανεπιθύμητα και από τους ίδιους μια και για τη ψυχική υγεία δεν φθάνει μόνο η σωματική φροντίδα αλλά και η διατήρηση οποιασδήποτε μορφής αυτόνομης δραστηριότητας ή δημιουργικής απασχόλησης
- Στις περισσότερες περιπτώσεις, στο ίδρυμα, χάνει ακόμη και την πολυτέλεια της μοναξιάς του, με το να γίνει ένας από τους πολλούς ανώνυμους ενοίκους του.

8.4. Ταξινόμηση ψυχιατρικών διαταραχών στην τρίτη ηλικία

Οι ψυχώσεις που εμφανίζονται στην τρίτη ηλικία χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

α) Επίδραση της ηλικίας σε ήδη προϋπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές

- **Νευρωτικές διαταραχές:** Συνήθως εμφανίζονται τη δεύτερη με τρίτη δεκαετία της ζωής, ενώ κάποιες άλλες μορφές την τέταρτη μέχρι και πέμπτη με εκλυτικούς παράγοντες, γεγονότα ή ακόμα και βιώματα στις αντίστοιχες φάσεις. Οι νευρωτικές διαταραχές, μειώνονται συνήθως σε ένταση σε μεγαλύτερες ηλικίες πιθανόν λόγω της σχέσης τους με εκλυτικούς περιστασιακούς παράγοντες. Οι συγκεκριμένες γίνονται περισσότερο ανεκτές από το άτομο, το οποίο έχει μάθει να ζει με αυτές.
- **Διαταραχές της προσωπικότητας:** Οι διαταραχές της προσωπικότητας είναι ποικιλόμορφες και προκύπτουν τις περισσότερες φορές από τη δυσκολία, που αντιμετωπίζει το άτομο να διαχειριστεί στρεσογόνες καταστάσεις. Οι καταστάσεις αυτές προκαλούν δυσλειτουργίες στα 3 βασικά επίπεδα της ζωής, στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην εργασία και στη ψυχαγωγία. Συνεπώς, η ζωή του ατόμου επηρεάζεται, θολώνει η σκέψη του και σε πολλές περιπτώσεις αποδίδει τα προβλήματα στο περιβάλλον και όχι στον εαυτό του λόγω της εγκεφαλικής ατροφίας και της συνεπακόλουθης εξασθένησης του ανασταλτικού ελέγχου της λογικής. Τα άτομα αυτά πολλές φορές δεν έχουν εικόνα ψύχωσης (ίσως σπανιότερα να παρουσιάζουν μια μορφή βραχείας ψυχωσικής διαταραχής) ή μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής.⁷⁴
- **Συναισθηματικές ψυχώσεις:** Με το πέρασμα του χρόνου εμφανίζουν φαινομενικά μια πιο ήπια συμπτωματολογία, τουλάχιστον όσον αφορά την ένταση των συμπτωμάτων. Οι καταθλιπτικές φάσεις είναι λιγότερο δραματικές, όμως διαρκούν περισσότερο και είναι πιο ανθεκτικές στην φαρμακευτική τους αντιμετώπιση. Συχνά παρατηρείται μια αλλαγή της ψυχοπαθολογικής εικόνας με «σωματοποίηση» της συμπτωματολογίας αλλά και

«υποχονδριακό» ιδεασμό. Οι καταθλιπτικές σκέψεις αποκτούν αυξημένο παρανοϊκό περιεχόμενο και αυτό συμβαίνει αρκετά συχνά σε μοναχικά άτομα.

- **Ψυχωτικές διαταραχές σχιζοφρενικού τύπου:** Πρόκειται για ένα σύνδρομο (σχιζοφρένεια) που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του. Η αλλοίωση αυτή ή η παραμόρφωση της πραγματικότητας αποτελεί τον ψυχωτικό πυρήνα της αρρώστιας και παρουσιάζεται με διαταραχές, συμπτώματα στην αντίληψη, στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα. Παρόλα αυτά με το πέρασμα της ηλικίας παρατηρείται μια καλύτερευση στην κλινική εικόνα. Η αποδιοργάνωση της προσωπικότητας, οποιασδήποτε μορφής, φαίνεται να σταματάει διαμορφώνοντας μια εικόνα που χαρακτηρίζεται ως «υπολειμματικό σύνδρομο». Έχει παρατηρηθεί ότι δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στην κλινική εικόνα της αρχικής φάσης και την εικόνα της διαταραχής σε προχωρημένη ηλικία.⁷³

β) Ψυχιατρικές διαταραχές που πρωτοεμφανίζονται σε μεγάλες ηλικίες

Τα πρωτοεμφανιζόμενα ψυχωτικά συμπτώματα στην τρίτη ηλικία έχουν ως συνηθέστερα αίτια (με σειρά συχνότητας):

1. Άνοια με ψυχωτικά συμπτώματα
2. Κατάθλιψη με ψυχωτικά συμπτώματα
3. Μανία με ψυχωτικά συμπτώματα
4. Σχιζοφρένεια όψιμης έναρξης
5. Παραληρητική διαταραχή
6. Ντελίριο

Άλλες πρωτοεμφανιζόμενες ψυχιατρικές διαταραχές είναι:

Οργανικά ψυχοσύνδρομα

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

- **Η νόσος του Alzheimer:** Πρόκειται για μια προοδευτική νευροεκφυλιστική νόσο του ΚΝΣ που αρχίζει με διαταραχές της πρόσφατης μνήμης και φθάνει μέχρι και την πλήρη διακοπή της επαφής με την πραγματικότητα και αποτελεί την πιο συχνή μορφή άνοιας. Ανάλογα με την ηλικία έναρξής της διακρίνεται:
 - ▣ στην άνοια του **Alzheimer** με πρόωμη έναρξη (<65 ετών)
 - ▣ στην γεροντική άνοια του **Alzheimer** με όψιμη έναρξη (>65 ετών)
 - ▣ στην άτυπη ή μικτής μορφής άνοια
- **Γεροντική άνοια (Senile Dementia):** Οφείλεται σε μια γενικευμένη εγκεφαλική ατροφία που δημιουργείται εξελικτικά και γίνεται εμφανής μετά τα 65. Η έκπτωση των ψυχικών διαταραχών είναι προοδευτική και σταδιακή, χωρίς οξείες φάσεις. Η πρόωμη εξασθένηση της πρόσφατης μνήμης είναι χαρακτηριστική και συχνά αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα της νόσου.
- **Η νόσος του PICK:** Τη συναντάμε περισσότερο στις γυναίκες. Εμφανίζεται σε μικρότερη ηλικία από την προγεροντική άνοια και με πιο βαριά συμπτωματολογία. Η κατάσταση αυτή οδηγεί πιο γρήγορα, από τις άλλες μορφές άνοιας, στην πλήρη αποδιοργάνωση της προσωπικότητας. Η ατροφία του εγκεφάλου είναι περιγεγραμμένη στους κροταφικούς και μετωπιαίους λοβούς και πιο σπάνια στην ινιακή περιοχή ή τους πυρήνες και το στέλεχος.
- **Το οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο:** Συχνά αποτελεί επιλοκή σε χειρουργικές επεμβάσεις, κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα ή μετά από τοκετό. Πιθανόν οφείλεται σε διαταραχές των ηλεκτρολυτών. Είναι σημαντική η άμεση αντιμετώπιση, τόσο με νευροληπτικά φάρμακα, όσο και με διόρθωση των ηλεκτρολυτικών ή άλλων μεταβολικών διαταραχών, λόγω του κινδύνου για τη ζωή του ασθενή.
- **Ψυχολογικές διαταραχές επί χωροκατακτητικών επεξεργασιών στον εγκέφαλο:** Η ανάπτυξη χωροκατακτητικών επεξεργασιών στον εγκέφαλο συνοδεύεται συχνά και από ψυχικές διαταραχές που δεν είναι καθορισμένες από την τοπογραφία του όγκου. Σε περίπτωση συνύπαρξης νευρολογικής διαταραχής, η διάγνωση είναι ευχερής. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, σε περίπτωση ύπαρξης μόνο ψυχικών διαταραχών που πολύ συχνά οφείλονται σε τέτοιου είδους εξεργασίες. Σε περίπτωση που η διάγνωση δεν πραγματοποιηθεί έγκαιρα, μπορεί να αποβεί μοιραία για τον ασθενή.
- **Χρόνια χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων:** Πολλά από τα φαρμακευτικά σκευάσματα που χρησιμοποιούνται χρόνια από τα άτομα τρίτης ηλικίας, ενδεχομένως να προκαλέσουν διάφορες ψυχιατρικές κλινικές εικόνες.

Μερικά από αυτά είναι:

- ❑ τα σκευάσματα που περιέχουν **κορτικοστεροειδή** (ευφορικές καταστάσεις με ψυχωσικά στοιχεία, κατάθλιψη)
- ❑ τα σκευάσματα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της νόσου του **Parkinson** (συγχυτική διέγερση, παρανοϊκές καταστάσεις, κατάθλιψη ανησυχία, άγχος, αϋπνίες)
- ❑ ορισμένα **αντιϋπερτασικά**, ιδιαίτερα τα περιέχοντα ρεζερπίνη (κατάθλιψη, απώλεια ενδιαφερόντων, ψυχοσωματική διέγερση, διαταραχές του ύπνου, τάσεις αυτοκτονίας)
- ❑ **αναλγητικά**, ιδιαίτερα τα σύνθετα σκευάσματα που περιέχουν αναλγητικό ηρεμιστικό και καφεΐνη, που προκαλούν εθισμό και επιτείνουν το άγχος (παράδοξη δράση)
- ❑ **καρδιοτονωτικά** (π.χ. Digitalis) που στην περίπτωση υπερδοσολογίας, παράλληλα με τις καρδιαγγειακές ανωμαλίες, προκαλούν ναυτία, κεφαλαλγίες, δυσφορία, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου, σύγχυση κλπ.
- ❑ **ψυχοφάρμακα**, τα οποία θέλουν ιδιαίτερη προσοχή στη δοσολογία τους, λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών όπως:
 - **ηρεμιστικά - υπνωτικά**, που προκαλούν εθισμό, με αποτέλεσμα στερητικά συμπτώματα κατά τη διακοπή τους. Συχνά εμφανίζουν τη λεγόμενη «παράδοξη δράση» προκαλώντας αντί ηρεμίας και ύπνου, εσωτερική ανησυχία και αϋπνίες
 - **νευροληπτικά**, που προκαλούν μείωση της βούλησης, κατάθλιψη, συγχυτικές ή και ψυχωτικές καταστάσεις
 - **αντικαταθλιπτικά**, που προκαλούν συγχυτικές καταστάσεις, ψυχοκινητική διέγερση ή καταστολή κ.α.

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

- **Η νόσος του Parkinson:** Λόγω της εκφυλιστικής φύσεως της νόσου, μπορεί αυτή να συνδυάζεται με σχετική διαταραχή διαφόρων ψυχικών διαταραχών, την οποία ενισχύει και η χρόνια φαρμακευτική αγωγή με διάφορα σκευάσματα που επηρεάζουν τον ψυχισμό των ασθενών. Συχνά παρατηρούμε έναν βραδυψυχισμό και μία καταθλιπτική διάθεση.^{74,21,30}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ9^ο

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

9.1. Εισαγωγή

Παρόλο που πιστεύεται συχνά ότι η σχιζοφρένεια είναι μια ασθένεια που κάνει την έναρξη της στο τέλος της εφηβείας ή στην αρχή της ενηλικίωσης και θεωρείται ότι έχει νευροαναπτυξιακή βάση, μια ψύχωση που ικανοποιεί τα διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας και μπορεί να αναδυθεί de novo οποιαδήποτε στιγμή της ζωής. Αν εξετάσει κάποιος την επίπτωση που έχει η σχιζοφρένεια, με τον ευρύ ορισμό της έννοιας, καθώς και τις άλλες μη συναισθηματικές, μη οργανικές ψυχώσεις σε όλη τη διάρκεια της ζωής, τότε τόσο η πρόωμη ενήλικη ζωή (ειδικά για τους άνδρες) όσο και ιδιαίτερα η προχωρημένη ηλικία (ειδικά για τις γυναίκες), αποτελούν σημεία που η επίπτωση κορυφώνεται. Η διαγνωστική θέση των περιπτώσεων όψιμης έναρξης είναι αμφιλεγόμενη για πολλούς λόγους και ούτε το ICD-10 ούτε το DSM-V έχουν εισάγει κωδικούς για την έναρξη σε μεγάλη ηλικία. Πιθανόν το γεγονός αυτό να οφείλεται στο ότι έχει γίνει συνήθεια να σκέφτεται κανείς τη σχιζοφρένεια ως μια ασθένεια που ξεκινάει κατά την νεότητα και υπάρχει μεγάλη προκατάληψη απέναντι στη διάγνωση της νόσου στην τρίτη ηλικία. Επιπλέον, μεταξύ των περιπτώσεων πρόωμης και όψιμης σχιζοφρένειας υπάρχουν διαφορές, οι οποίες οδήγησαν τους γηροψυχιάτρους, στο σημείο να αντιλαμβάνονται τις περιπτώσεις όψιμης έναρξης ως διαφορετικές από τη σχιζοφρένεια. Ωστόσο, το DSM-III-R συμπεριλάμβανε την κατηγορία της σχιζοφρένειας όψιμης έναρξης, για τις περιπτώσεις αυτές που είχαν έναρξη μετά την ηλικία των 44 ετών. Η όψιμης έναρξης σχιζοφρένεια στις Η.Π.Α., καθώς επίσης και η όψιμη παραφρένεια στην Ευρώπη, δεν θεωρήθηκαν ποτέ το ίδιο πράγμα και αυτή η έλλειψη συμφωνίας και διεθνούς συνέπειας συνέβαλε στην εξαφάνισή τους από τα μετέπειτα συστήματα κατάταξης. Ακόμη, η κατάργηση της κωδικοποίησης με βάση την ηλικία έναρξης ή με ένα ανώτατο όριο για την έναρξη της νόσου σημαίνει ότι οι ασθενείς αυτοί κατατάσσονται στην παρανοειδή σχιζοφρένεια ή την παραληρητική διαταραχή, ανάλογα με την συμπτωματολογία του ατόμου. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, αναγνωρίζονται τρεις κατηγορίες ασθενών με σχιζοφρένεια και σχιζοφρενικόμορφη ψύχωση με βάση την ηλικία έναρξης:

1. Η πρόωμης έναρξης σχιζοφρένεια (πριν την ηλικία των 40) είναι η πιο κλασική μορφή.
2. Η όψιμης έναρξης σχιζοφρένεια (40-60) αντιπροσωπεύει περιπτώσεις «αληθούς σχιζοφρένειας» με έναρξη που έχει καθυστερήσει στην όψιμη μέση ηλικία.

3. Η πολύ όψιμης έναρξης (πάνω από 60 χρόνια) σχιζοφρενικόμορφη ψύχωση, παρόλο που έχει πολλά κοινά συμπτώματα με την σχιζοφρένεια, έχει διαφορετικό σύστημα παραγόντων κινδύνου και ανταπόκριση στη θεραπεία από τις άλλες ομάδες.^{79,42}

9.2. Ιστορικά στοιχεία

Ο Manfred Bleuler το 1943 εισήγαγε τον όρο «σχιζοφρένεια όψιμης έναρξης» για να περιγράψει μια ομάδα ψυχώσεων με τα ακόλουθα κριτήρια:

- Η ψύχωση πρέπει να ξεκινά μετά την ηλικία των 40 ετών.
- Η συμπτωματολογία δεν διαφέρει από τη σχιζοφρένεια που αναπτύσσεται σε νεότερη ηλικία.
- Δεν υφίσταται αμνησιακό σύνδρομο αλλά ούτε και συνοδά ευρήματα από τη σωματική σφαίρα που να συνδέουν τα συμπτώματα με την εγκεφαλική νόσο.

Ο Bleuler ανέφερε ότι το 15% των σχιζοφρενικών διαταραχών ξεκινά μετά την ηλικία των 40, καθώς επίσης και ότι η συμπτωματολογία των εν λόγω ασθενών ήταν παρόμοια με εκείνη της σχιζοφρένειας. Σύμφωνα με τον Bleuler, τα συμπτώματα είναι τύπου παραφρένειας, αλλά και το άγχος, το καταθλιπτικό συναίσθημα και οι κατατονικές καταστάσεις. Επιπροσθέτως είναι δυνατόν να εμφανιστούν σύγχυση και ψυχοκινητική ανησυχία, που εύκολα μπορεί να εκληφθούν ως άνοια.

Οι Roth και Morrisay το 1952, περιέγραψαν μια ομάδα ασθενών που εμφάνισαν ψύχωση και μετά την ηλικία των 60. Η ψύχωση αυτή χαρακτηριζόταν από πρωτοπαθείς παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις και διαταραχές της βούλησης ενώ η συνείδηση παρέμενε διαυγής. Τα συμπτώματα αυτά ήταν παρόμοια με εκείνα μιας υποομάδας σχιζοφρενικών ασθενών με πρόιμη άνοια, όπως είχαν περιγραφεί από τον Kraepelin. Σύμφωνα με την περιγραφή του Kraepelin, η ομάδα αυτή εμφάνιζε ελάχιστη διαταραχή του συναισθήματος και της θέλησης και πολύ αιφνίδια έναρξη παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων με σχετικά καλά διατηρημένη προσωπικότητα και χωρίς εξέλιξη σε άνοια. Επιπλέον ο Kraepelin αναφέρει ότι η συμπτωματολογία αυτή αρχίζει μεταξύ 30-50 ετών και την αποκάλεσε παραφρένεια.

Ο Roth επινόησε και χρησιμοποίησε τον όρο όψιμη παραφρένεια για να περιγράψει ηλικιωμένους ασθενείς με συμπτώματα παρόμοια με εκείνα της παραφρένειας. Από ότι φαίνεται όμως, ο όρος αυτός δέχθηκε κριτική κυρίως από Γερμανούς ερευνητές, οι οποίοι θεωρούσαν την παραφρένεια ως μια ιδιαίτερη μορφή της παρανοειδούς σχιζοφρένειας, καθώς και επειδή μπορεί να συγχέεται με τη σχιζοφρένεια όψιμης έναρξης του Bleuler. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι παρά την κριτική που δέχθηκε ο όρος αυτός, είχε διεθνή

απήχηση και αποτέλεσε μια χρήσιμη διαγνωστική κατηγορία για καταστάσεις με ασαφή όρια και σχέση με τη σχιζοφρένεια. Γενικότερα, τα τελευταία 50 χρόνια συνεχίστηκε η συζήτηση για την ψύχωση της τρίτης ηλικίας και προκάλεσε διαφωνίες μεταξύ των ψυχιάτρων τόσο της Ευρώπης όσο και των ΗΠΑ.

Οι Howard και Robins προσπάθησαν να εξομαλύνουν τις διαφορές αυτές προτείνοντας τη χρησιμοποίηση του όρου σχιζοφρένεια όψιμης έναρξης (late-onset schizophrenia) για την ψύχωση που εκδηλώνεται μεταξύ 45 και 59 ετών, ενώ πρότειναν τον όρο ψύχωση πολύ όψιμης έναρξης ομοιάζουσα με σχιζοφρένεια (late life onset schizophrenia-like psychosis) για εκείνη με έναρξη μετά τα 60 έτη.

Η Andreasen όμως αμφισβήτησε τη χρήση του όρου σχιζοφρένεια όψιμης έναρξης, υποστηρίζοντας ότι τα υπάρχοντα δεδομένα ενισχύουν την άποψη ότι η σχιζοφρένεια είναι νευροαναπτυξιακή διαταραχή, σε αντίθεση με την ψύχωση που κάνει την εμφάνισή της στην τρίτη ηλικία, μετά την πλήρη ανάπτυξη του εγκεφάλου, και η οποία πιθανώς συνιστά μια νευροεκφυλιστική διεργασία.

Παρόλα αυτά οι πρόσφατες εκδόσεις της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM-V) και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ICD-10) δεν περιλαμβάνουν ειδικές κατηγορίες για την ψύχωση όψιμης έναρξης. Δηλαδή για να τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας δεν θέτουν κάποιο ηλικιακό όριο.^{80,81}

9.3. Όψιμης έναρξης σχιζοφρένεια

9.3.1. Ψυχοπαθολογία

Η όψιμης έναρξης σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται συνήθως από συμπτώματα με παράδοξες και διωκτικού περιεχομένου παραληρητικές ιδέες, ενώ δεν είναι ασυνήθεις και αυτές του μεγαλείου, του ερωτομανή ή σωματικού τύπου, καθώς και με ακουστικές ψευδαισθήσεις. Οι Howardetal, σε σχετική μελέτη που πραγματοποιήθηκε ανέφεραν παραληρητικές ιδέες συσχέτισης σε ποσοστό 76% των ασθενών, ελέγχου σε ποσοστό 25%, μεγαλείου σε ποσοστό 12% και υποχονδριακού περιεχομένου σε ποσοστό 11%. Οι διαταραχές από τη δομή και οργάνωση της σκέψης, καθώς και τα αρνητικά συμπτώματα είναι λιγότερο συχνές σε σχέση με τη νόσο πρώιμης έναρξης. Οι ασθενείς αυτοί συνήθως πληρούν τα κριτήρια του παρανοειδούς τύπου ή της αδιαφοροποίητης σχιζοφρένειας. Όπως άλλωστε είναι ήδη γνωστό τα καταθλιπτικά συμπτώματα συνδυάζονται με την όψιμης έναρξης σχιζοφρένεια (ΟΕΣ). Με την πρώιμης έναρξης σχιζοφρένεια (ΠΕΣ) υπάρχουν ομοιότητες αλλά και διαφορές, μάλιστα για ορισμένες από αυτές έχει γίνει ήδη αναφορά. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια όψιμης έναρξης, συγκρινόμενοι με

εκείνους της πρώιμης, έχουν λιγότερο βαριά διαταραχή των νοητικών λειτουργιών. Ακόμη οι ασθενείς αυτοί παραπονιούνται πιο συχνά για οπτικές, απτικές και οσφρητικές ψευδαισθήσεις, διωκτικές παραληρητικές ιδέες, σχολιασμού σε τρίτο πρόσωπο και ακουστικές ψευδαισθήσεις πολύ επικριτικές για τον ασθενή.⁸⁰

9.3.2. Επιδημιολογία

Ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας σε μεγαλύτερες ηλικίες έχει διερευνηθεί σε περιορισμένο αριθμό μελετών. Στη Β. Αμερική, ο επιπολασμός ενός έτους της νόσου σε άτομα ηλικίας μεταξύ 45 και 64 ετών ανέρχεται στο 0,6%. Στην Ευρώπη, σύμφωνα με διάφορες μελέτες, κυμαίνεται από 0- 2,22%. Τη σημερινή εποχή, οι ηλικιωμένοι ασθενείς με σχιζοφρένεια διαβιώνουν πλέον στην κοινότητα και στις ΗΠΑ, το 2000, το ποσοστό ανερχόταν στο 85% περίπου.

Η αναλογία των ασθενών με όψιμη έναρξη της νόσου στον πληθυσμό των ατόμων με σχιζοφρένεια έχει βρεθεί ότι αντιστοιχεί σε 23,5%. Από τις καταγραφές των περιπτώσεων που συμβουλευτήκαν ψυχιατρικές υπηρεσίες, η συχνότητα των ασθενών με έναρξη άνω των 44 ετών ήταν 12,6% ανά 100.000 γενικού πληθυσμού. Όσον αφορά τα άτομα που ανήκουν στην ομάδα άνω των 65 ετών, η όψιμη σχιζοφρένεια εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες σε αναλογία 20 και 25 ανά 100.000, ενώ στους άνδρες σε μικρότερο βαθμό που αντιστοιχεί στο 10 και 15 ανά 100.000 άτομα.^{79,80}

9.3.3. Διάγνωση

Σε πρώτη ανάλυση είναι αρκετά σημαντικό να διενεργούνται πάντοτε ψυχιατρικές και λοιπές ιατρικές εξετάσεις με όλα τα διαθέσιμα μέσα, ανεξάρτητα από την ηλικία έναρξης της νόσου, προκειμένου να επιτευχθεί ο αποκλεισμός άλλων ταυτοποιήσιμων αιτιολογιών της ψυχοπαθολογίας που αποδίδεται σε όψιμης έναρξης σχιζοφρένεια. Εξάλλου δεν υπάρχει ξεχωριστή κατηγορία για την όψιμης έναρξης σχιζοφρένεια στο DSM-V και το ICD-10. Τα γενικά κριτήρια της σχιζοφρένειας αποτελούν τη βάση στην οποία θα στηριχθεί η διάγνωση. Εκείνο που προέχει είναι να γνωρίζουν όλοι ότι τα συμπτώματα είναι ηπιότερα στους ηλικιωμένους. Ο κλινικός και παρακλινικός έλεγχος θα αποκλείσει τυχόν οργανική βλάβη του εγκεφάλου που μπορεί να παρουσιαστεί περιλαμβάνοντας τα ακόλουθα:

- Νευρολογική εξέταση
- Εργαστηριακό έλεγχο, γενική αίματος, δοκιμασίες ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας. Οι εξετάσεις αυτές θα αποκλείσουν υποκείμενες μεταβολικές ή φλεγμονώδεις καταστάσεις που μπορεί να είναι παρούσες σε ηλικιωμένους ασθενείς με ψύχωση
- Αξονική και μαγνητική τομογραφία επί υποψίας εγκεφαλοπάθειας.

Τις περισσότερες φορές η τυπική εικόνα του ασθενούς που πάσχει από όψιμης έναρξης σχιζοφρένεια περιλαμβάνει παραληρητικές ιδέες (πιο συχνά διωκτικές) και ψευδαισθήσεις χωρίς ιστορικό αυτού του τύπου και με μετρίως καλή λειτουργικότητα στο παρελθόν.

9.3.4. Διαφορική διάγνωση

Οι τρεις πιο σημαντικές νοσολογικές οντότητες που θα πρέπει να διαφοροδιαγνωστούν είναι οι εξής:

- **Άνοια:** Απαραίτητο είναι να αποκλειστούν οι άνοιες και ειδικότερα οι τρεις πιο συχνές μορφές της, οι οποίες είναι η νόσος του Alzheimer, η αγγειακή άνοια και η άνοια με σωματίδια Lewy. Τα ψυχωσικά συμπτώματα μπορεί να είναι παρόντα και στις τρεις μορφές. Απαιτείται λεπτομερές ψυχιατρικό ιστορικό, προσεκτική εξέταση της νοητικής κατάστασης και μια απεικονιστική εξέταση του εγκεφάλου. Αν υπάρχει κατά την αρχική εμφάνισή τους αλληλοεπικάλυψη ψυχωσικών και γνωσιακών συμπτωμάτων τότε είναι αναγκαία μια νευροψυχολογική εξέταση.
- **Συναισθηματικές διαταραχές με ψυχωσικά συμπτώματα:** Πρόκειται για διαταραχές με ψυχωσικά στοιχεία που κάνουν την έναρξη τους μετά την ηλικία των 45 ετών δημιουργώντας διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα. Σε μία μελέτη δεκαετούς παρακολούθησης 24 ασθενών με διάγνωση όψιμης έναρξης σχιζοφρένεια, οι 10 από αυτούς είχαν συναισθηματική ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Οι ασθενείς αυτοί, όπως ήταν άλλωστε αναμενόμενο, είχαν καλύτερη πρόγνωση.
- **Παραληρητικές ιδέες:** Με βάση το περιεχόμενό τους που είναι μονοθεματικό και εγκυστωμένο, οι παραληρητικές διαταραχές διαφοροδιαγιγνώσκονται από την όψιμης έναρξης σχιζοφρένεια. Οι ψευδαισθήσεις δεν προεξάρχουν και η ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα δεν επηρεάζεται σημαντικά. Ακριβώς αντίθετα είναι τα παρατηρούμενα στην όψιμης έναρξης σχιζοφρένεια. Παρόλα αυτά, σε ορισμένες περιπτώσεις η διάκριση των δύο διαταραχών είναι δυσχερής, με αποτέλεσμα η διάγνωση να τίθεται σε δεύτερη μοίρα μετά την αξιολόγηση της πορείας και της ανταπόκρισης στη θεραπεία.⁸⁰

9.3.5. Αιτιολογία- Παράγοντες κινδύνου

Στα νεότερης και μέσης ηλικίας άτομα που εμφανίζεται η έναρξη της σχιζοφρένειας, είναι συχνότερη η κληρονομική επιβάρυνση της νόσου, σε σχέση με τις περιπτώσεις με έναρξη στην όψιμη ηλικία. Ο κίνδυνος ανάπτυξης κλασικής σχιζοφρένειας πρώιμης έναρξης είναι περίπου 10% (καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους) στους α' βαθμού συγγενείς των ασθενών και δεν φαίνεται να μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας αρκεί η έναρξη να είναι έως και τα 50 έτη. Όταν όμως η έναρξη της είναι άνω των 60 ετών, οι α' βαθμού συγγενείς με

πολύ όψιμης έναρξης ψύχωση (σχιζοφρενικόμορφη), δεν έχουν υψηλότερο ποσοστό νοσηρότητας σε σύγκριση με τους υγιείς ηλικιωμένους. Επιπλέον, στην πολύ όψιμης έναρξης ψύχωση ομοιάζουσα με σχιζοφρένεια ανευρίσκονται συχνά οργανικά ευρήματα όπως όγκοι, νευροεκφυλιστικές μεταβολές, αισθητηριακές διαταραχές, αλλά και κοινωνική απομόνωση. Ας σημειωθεί ακόμη ότι ο επιπολασμός οικογενειακού ιστορικού της νόσου Alzheimer, της αγγειακής άνοιας αλλά και της άνοιας με σωματία Lewy ή του ε4 αλληλομορφουγονιδίου της απολιποπρωτεΐνης E στους ασθενείς της τρίτης ηλικίας, δεν είναι μεγαλύτερος σε περιπτώσεις όψιμης έναρξης σχιζοφρένειας όπως έχει αναφερθεί σε άλλες νευροεκφυλιστικές διαταραχές.

Για την αιτιολογία της όψιμης έναρξης σχιζοφρένειας έχουν διατυπωθεί δύο πιθανές υποθέσεις. Σύμφωνα με την πρώτη, υπάρχει γενετική επιβάρυνση και η έναρξη της νόσου στη μεγάλη ηλικία προκαλείται από απώλεια νευρώνων οφειλόμενη στο γήρας, καθώς και από αγγειακές ή άλλες σχετιζόμενες με την ηλικία αλλαγές, ιδιαίτερα εκείνες που συμβαίνουν σε γυναίκες με μετεμμηνοπαυσιακή απώλεια οιστρογόνων και συνακόλουθη μεταβολή στη σχετική ισορροπία D₂ υποδοχέων της ντοπαμίνης στα βασικά γάγγλια. Η δεύτερη υπόθεση δεν προτείνει γενετική συμμετοχή, αλλά την έναρξη της νόσου μετά από ένα μεμονωμένο συμβάν στην τρίτη ηλικία. Το τελευταίο θα μπορούσε να περιλαμβάνει παθολογικές καταστάσεις που αναπτύσσονται στον εγκέφαλο, όπως μικροαγγειακή νόσο ή τις πρώιμες εκδηλώσεις πρωτοπαθούς άνοιας. Σύμφωνα με τον Pearlson, η όψιμης έναρξης ψύχωση συνιστά το τελικό αποτέλεσμα ποικίλων παθολογικών αιτιών, ίσως συνδυασμού κλασικών αιτιών που συνδέονται με την πρώιμης έναρξης μορφή και οργανικών δευτερογενών. Όπως έχουμε ήδη διαπιστώσει, η ηλικιακή επίπτωση της σχιζοφρένειας και των σχιζοφρενικόμορφων διαταραχών εμφανίζει σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Συγκεκριμένα οι γυναίκες νοσούν από όψιμης έναρξης σχιζοφρένεια σε σαφώς υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους άνδρες. Αυτή η έλλειψη ισορροπίας δεν μπορεί να ερμηνευθεί από τον μεγαλύτερο αριθμό γυναικών σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα και φυσικά από τις διαφορές των φύλων στην αναζήτηση φροντίδας, τις προσδοκίες κοινωνικού ρόλου και τον λανθάνοντα χρόνο μεταξύ εκδήλωσης των συμπτωμάτων και επαφής με ψυχιατρικές υπηρεσίες. Συγχρόνως όμως, υποδηλώνει ότι υπάρχει κάτι ιδιαίτερο σχετικά με το γυναικείο φύλο, το οποίο εμφανίζει μεγαλύτερο κίνδυνο ψύχωσης στην ηλικία αυτή. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες συνδεόμενοι με το γήρας, όπως η συνταξιοδότηση, η οικονομική δυσπραγία, το πένθος και η σωματική ανικανότητα μπορεί να παίζουν ρόλο στην έκλυση της σχιζοφρένειας αλλά δεν έχουν μελετηθεί συστηματικά.^{79,80}

Προνοσηρή προσωπικότητα

Ένα σταθερό ζήτημα που αφορά τους ασθενείς που αναπτύσσουν ψύχωση προς το τέλος της ζωής τους, είναι η παρουσία παθολογικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (συνήθως σχιζοειδικού ή παρανοειδούς τύπου). Παρόλο που οι ασθενείς αυτοί είναι γνωστό ότι παρουσιάζουν δυσκολίες στις σχέσεις τους, που αντικατοπτρίζονται και στα μειωμένα ποσοστά γάμων και τον μικρό αριθμό τέκνων, το γεγονός αυτό έρχεται σε αντίθεση με την προνοσηρή εκπαιδευτική και επαγγελματική τους κατάσταση, η οποία σε γενικές γραμμές είναι καλή. Με αυτόν τον τρόπο οι ανωμαλίες στην λειτουργικότητα της προνοσηρής προσωπικότητας έχουν μια ιδιαιτερότητα που συνίσταται σε έλλειψη κοινωνικότητας, επιφυλακτικότητα, καχυποψία και εχθρότητα. Έχοντας λοιπόν εκφράσει όλα τα παραπάνω και με βάση τις εμπειρίες που έχουν πολλοί επιστήμονες από αρκετούς τέτοιους ασθενείς, μπορεί να είναι θερμοί και να εμπιστεύονται τους άλλους, αλλά συχνά είναι πολύ μόνοι, ενώ η άποψή τους για τον κόσμο ίσως να έχει αφύσικα αλλοιωθεί από τα ψυχωτικά τους βιώματα.⁷⁹

9.3.6. Νευροαπεικονιστικά και νευροψυχολογικά ευρήματα

Τα απεικονιστικά ευρήματα στον εγκέφαλο είναι ουσιαστικά παρόμοια με όσα έχουν προαναφερθεί σε άλλο κεφάλαιο, ανεξάρτητα από την ηλικία έναρξης της σχιζοφρένειας. Ωστόσο, σε σύγκριση με ασθενείς που πάσχουν από νόσο πρώιμης έναρξης, έχουν αναφερθεί σημαντικά περισσότερες αγγειακές βλάβες. Άλλοι ερευνητές κατέδειξαν ευρείες περιοχές υψηλής σήμανσης της λευκής ουσίας σε πάσχοντες με όψιμης έναρξης σχιζοφρένεια σε σχέση με υγιείς παρόμοιας ηλικίας. Τα νευροψυχολογικά ελλείμματα για τη συγκεκριμένη νόσο δεν έχουν μελετηθεί παρά ελάχιστα και επιπλέον δεν υπάρχουν δεδομένα ότι συνδυάζεται με προϊούσα ανοϊκή διαταραχή στη μέση ή τη μεγάλη ηλικία.

Οι Rajji και Mulsant, σε ανασκόπηση 23 δημοσιεύσεων, αναφέρουν ότι οι ασθενείς με όψιμης έναρξης σχιζοφρένεια υστερούσαν σημαντικά στη βαθμολογία νευροψυχολογικών δοκιμασιών για τον έλεγχο εκτελεστικών λειτουργιών, οπτικοχωρικών δεξιοτήτων και λεκτικής ευχέρειας, σε σχέση με υγιή άτομα αντίστοιχης ηλικίας. Εκτός απ' αυτό η ενεργός μνήμη (working memory) και η προσοχή είχαν θιγεί αλλά βέβαια σε μικρότερο βαθμό. Εκείνο όμως που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι το ότι τα γνωσιακά ελλείμματα είναι γενικευμένα στους ασθενείς με όψιμης έναρξης σχιζοφρένεια και παρόμοια με αυτά των νεότερων σχιζοφρενών. Παρόλα αυτά, διαφέρουν ποσοτικά και ποιοτικά από εκείνα που παρατηρούνται σε ασθενείς με άνοια, νόσο Alzheimer ή άνοια με σωματία Lewy. Οι ασθενείς με όψιμης έναρξης νόσο, όπως άλλωστε και εκείνοι με πρώιμης έναρξης, έχουν πτωχές

επιδόσεις στις δοκιμασίες που ελέγχουν την εκτελεστική λειτουργία της μάθησης, τις κινητικές δεξιότητες και τη λεκτική ικανότητα. Ωστόσο, οι επιδόσεις είναι σχετικά λιγότερο επηρεασμένες στο Wisconsin Card Sorting Test, που ελέγχει την αφαιρετική σκέψη, αλλά και στη βαθμολογία μάθησης στο California Verbal Learning Test. Παρόμοιου τύπου ήταν και οι διαταραχές των γνωσιακών λειτουργιών με λειτουργικά ελλείμματα ευρείας κατανομής, που διαφέρουν ποσοτικά και ποιοτικά καθώς η μαθησιακή ικανότητα των ασθενών διατηρείται άθικτη σε σύγκριση με τους ασθενείς με άνοια.^{80,79}

Συννοσηρότητα από τη σωματική σφαίρα

Όπως είναι γνωστό, τα σωματικά νοσήματα αυξάνονται με την ηλικία και ορισμένα από αυτά έχει παρατηρηθεί ότι συνδυάζονται με σχιζοφρένεια, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο σακχαρώδης διαβήτης, η νόσος Parkinson, τα πεπτικά έλκη, η επιληψία, το άσθμα, ο καρκίνος και η ρευματοειδής αρθρίτιδα. Επιπλέον, έχει αναφερθεί ότι στους ιατρούς ειδικότητας εκτός της Ψυχιατρικής διαφεύγουν της διάγνωσης το 1/3 και στους ψυχιάτρους το 1/2 των σωματικών νοσημάτων σε ασθενείς που νοσούν από ψυχιατρικές διαταραχές. Είναι πολύ σημαντικό ο καθένας να επαγρυπνεί σχετικά με την πιθανότητα συνυπάρχουσας σωματικής νόσου, καθώς οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορεί να μην αναφέρουν συμπτώματα λόγω της αυξημένης αντοχής στον πόνο. Επιπρόσθετα προβλήματα προκαλούνται στη συμμόρφωση της θεραπείας, ενώ τα συνυπάρχοντα σωματικά νοσήματα επηρεάζουν αρνητικά την κλινική πορεία της σχιζοφρένειας.⁸⁰

9.3.7. Θεραπεία

Φαρμακευτικές θεραπείες

Τα αντιψυχωσικά είναι εξίσου αποτελεσματικά τόσο στην όψιμης έναρξης σχιζοφρένεια όσο και στην πρόιμης έναρξης. Οι μεταβολές που επέρχονται στον οργανισμό του ανθρώπου λόγω ηλικίας επηρεάζουν τη φαρμακοκινητική και τη φαρμακοδυναμική των αντιψυχωσικών και για το λόγο αυτό θα πρέπει να αποφεύγεται η πρόκληση περισσότερων προβλημάτων αντί της παροχής βοήθειας. Συνεπώς, ο κανόνας «έναρξη θεραπείας με χαμηλή δόση και σταδιακά αύξηση αυτής» είναι σημαντικό να ακολουθείται.

Κλασικά αντιψυχωσικά

Οι ελεγχόμενες μελέτες για τη χρήση κλασικών αντιψυχωσικών στη θεραπεία της όψιμης έναρξης σχιζοφρένειας είναι ελάχιστες. Σύμφωνα με ανοικτές μελέτες, σε 48-61% των ασθενών αυτών παρατηρείται πλήρης ύφεση των συμπτωμάτων. Η αλοπεριδόλη και η τριφλουπεραζίνη σε δόση 10-30 mg/ημέρα έχει αναφερθεί ότι επιφέρουν σημαντική

βελτίωση. Έτσι λοιπόν η θεραπεία στην κοινότητα λόγω πτωχής συμμόρφωσης είναι λιγότερο επιτυχής.

Σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των κλασικών αντιψυχωσικών είναι γνωστές και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν τα φάρμακα αυτά συνταγογραφούνται σε ηλικιωμένους ασθενείς. Είναι πολύ πιθανό να επηρεάσουν δυσμενώς τη γνωσιακή λειτουργία και να προκαλέσουν αύξηση της συχνότητας πτώσεων και καταγμάτων. Προσοχή απαιτείται στην πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως η όψιμη δυσκινησία καθώς και άλλες που αφορούν το καρδιαγγειακό σύστημα. Σύμφωνα με τους Jeste et al, η συχνότητα εμφάνισης δυσκινησιών στους ασθενείς τρίτης ηλικίας είναι 29% μετά από 12 μήνες θεραπείας με κλασικά αντιψυχωσικά. Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης όψιμης δυσκινησίας θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την επιλογή αντιψυχωσικού.

Άτυπα αντιψυχωσικά

Τα άτυπα αντιψυχωσικά έχουν προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών που τους προσδίδει υπεροχή έναντι των κλασικών δηλαδή εμφανίζουν λιγότερες εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες, αν και ορισμένα προκαλούν καταστολή. Η ρισπεριδόνη έχει μελετηθεί περισσότερο και επιφέρει σημαντική κλινική βελτίωση σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, ενώ είναι καλά ανεκτή αν χορηγηθεί σε χαμηλές δόσεις. Έχει αναφερθεί ότι βελτιώνει και τη γνωσιακή λειτουργία. Ο κίνδυνος όψιμης δυσκινησίας είναι μικρότερος σε σύγκριση με την αλοπεριδόλη.

Σε ορισμένες μελέτες η ολανζαπίνη έχει αναφερθεί ότι μειώνει θετικά και αρνητικά συμπτώματα σε ηλικιωμένους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Αναφορικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες, θα πρέπει κατά τη χορήγηση να συνεκτιμάται ο κίνδυνος πρόκλησης μεταβολικού συνδρόμου. Η κουετιαπίνη έχει επίσης βρεθεί ότι είναι αποτελεσματική, με συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες ζάλη και ορθοστατική υπόταση, που μπορεί να αποφευχθούν με βαθμιαία τιτλοποίηση της δόσης.

Ακόμη, η αριπιπραζόλη, με τη μοναδική δράση της ως μερικού αγωνιστή των D₂ υποδοχέων της ντοπαμίνης, έχει δώσει ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Οι προτεινόμενες δόσεις είναι: ρισπεριδόνη 1,25-3,5 mg/ημέρα, κουετιαπίνη 100-300 mg/ημέρα, ολανζαπίνη 7,5-15 mg/ημέρα, αριπιπραζόλη 15-30 mg/ημέρα.^{81,80,79}

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Οι διαθέσιμες μελέτες για την αποτελεσματικότητα της ηλεκτροσπασμοθεραπείας (ΗΣΘ) σε ηλικιωμένους ασθενείς με σχιζοφρένεια χρονολογούνται από τις δεκαετίες του '60 και '70.

Η εισαγωγή των κλασικών και των νεότερων αντιψυχωσικών στην κλινική πράξη περιόρισε σημαντικά τη χρήση ηλεκτροσπασμοθεραπείας σε ασθενείς αυτής της κατηγορίας.⁸⁰

Ψυχοκοινωνικές θεραπείες

Οι μη φαρμακευτικές θεραπείες δεν έχουν ερευνηθεί επαρκώς, αλλά η πρόσβαση σε αυτές δεν πρέπει να προαποφασίζεται με κριτήριο την ηλικία. Η ψυχολογική αντιμετώπιση πιθανόν να μειώσει τη δυσφορία που συνδυάζεται με ψυχωσικά συμπτώματα, να διευκολύνει τη θεραπευτική σχέση, και στο πλαίσιο αυτής να βελτιώσει τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική θεραπεία. Είναι πολύ σημαντικές για τη βελτίωση της έκβασης της όψιμης έναρξης σχιζοφρένειας λόγω της χρόνιας πορείας της νόσου, αλλά πολύ περισσότερο όταν ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία με αντιψυχωσικά. Ψυχοκοινωνικές θεραπείες, όπως η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, η γνωσιακή επανεκπαίδευση, η συμβουλευτική οικογένειας και άλλες θεραπείες για τις οποίες έχει γίνει ήδη εκτενής αναφορά σε προηγούμενο κεφάλαιο, έχουν θετικά αποτελέσματα στη θεραπεία νέων ενηλίκων με σχιζοφρένεια. Οι Jeste και Winnett επισημαίνουν τη σπουδαιότητα της αντιμετώπισης γνωσιακών και αισθητηριακών ελλειμμάτων μέσω συνεδριών ατομικής ή ομαδικής ψυχοθεραπείας. Εκτός φυσικά από αυτές τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες, παρακάτω παρατίθενται και κάποιες άλλες που είναι χρήσιμη η εφαρμογή τους και ορισμένες φορές ίσως και απαραίτητη σε άτομα τρίτης ηλικίας.^{13,80}

Θεραπεία αναμνήσεων και ανασκόπηση της ζωής

Πρόκειται για μια θεραπεία με χρήσιμες παρεμβάσεις, η οποία αναπτύχθηκε ειδικά για τους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα για όσους βιώνουν διαταραχή της αυτοεκτίμησης, θλίψη, απελπισία, αίσθημα αδυναμίας, διαταραχή επιτέλεσης ρόλου και κοινωνική απομόνωση. Σε αυτή την εκπαιδευτική εμπειρία, το άτομο τρίτης ηλικίας αναλογίζεται τη ζωή του χρησιμοποιώντας την ανάκληση γεγονότων του παρελθόντος, συναισθημάτων και σκέψεων ώστε να αναδιοργανώσει και να ενσωματώσει τα στοιχεία που τον ενόχλησαν ή τον προβλημάτισαν αλλά και να διευκολυνθεί η ευχαρίστηση, η ποιότητα της ζωής και η προσαρμογή σε περιστάσεις τους παρόντος. Η ανασκόπηση ζωής μπορεί να κατανοηθεί ως μια ψυχολογική διεργασία η οποία διευκολύνει την επίλυση της τελικής αναπτυξιακής διαδρομής, δηλαδή τον επαναπροσδιορισμό της αίσθησης της ακεραιότητας, της αξιοπρέπειας ή απελπισίας για το πώς έχει ζήσει τη ζωή του. Η διεργασία ενδεχομένως επικυρώνει την αίσθηση συνέχισης του εαυτού, δίνει την ευκαιρία στον ασθενή να κατανοήσει και να αποδεχθεί προσωπικές μικροαδυναμίες και να αναλάβει την πλήρη ευθύνη για ενέργειες που προκάλεσαν πραγματικά βλάβη. Η θεραπεία αναμνήσεων και η

ανασκόπηση της ζωής είναι ιδιαίτερα σημαντική και μπορεί να χρησιμοποιηθεί καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό πλαίσιο. Η δημιουργική χρήση του φαγητού, της μουσικής, των κατοικίδιων ζώων και ιδιαίτερων περιστατικών μπορεί να διευκολύνει τη διαδικασία και να την κάνει διασκεδαστική. Υλικά όπως τα φωτογραφικά άλμπουμ, τα ημερολόγια, οι καταγραφές σε βίντεο παρέχουν τρόπους στους ηλικιωμένους να κατασκευάσουν ένα αρχείο της ζωής τους, δημιουργώντας μια κληρονομιά για εκείνους που ακολουθούν.^{42,13}

Προσανατολισμός στην πραγματικότητα

Ένα δομημένο πρόγραμμα όπως είναι αυτό για τους ηλικιωμένους, δίνει έμφαση στην επίγνωση του χρόνου, του χώρου και των προσώπων. Η προσέγγιση παρέχει συνέπεια και μια συνεχή υπενθύμιση στα άτομα τρίτης ηλικίας για το που βρίσκονται, γιατί είναι εκεί και τι αναμένεται. Η περιοδική χρήση του προσανατολισμού στην πραγματικότητα είναι απαραίτητο καθώς ελέγχει το επίπεδο σύγχυσης και αποπροσανατολισμού. Η λογική βάση με την οποία λειτουργεί το πρόγραμμα αυτό είναι η ανάγκη χρησιμοποίησης εκείνου του τμήματος του μυαλού του ατόμου, το οποίο παραμένει ανέπαφο.⁴²

Γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία

Ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η αποτελεσματικότητά αυτής της θεραπείας στην πρόληψη έναρξης σχιζοφρένειας, όπως άλλωστε έχει αναφερθεί από πολλούς ερευνητές, ενώ έχει δειχθεί χρήσιμη σε ασθενείς που είναι ανθεκτικοί στη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Οι τεχνικές αυτές αποβλέπουν στην τροποποίηση των παραληρητικών πεποιθήσεων, τον έλεγχο των ψευδαισθήσεων και την ενίσχυση των στρατηγικών διαχείρισης (coping strategies) και έχει αναφερθεί ότι είναι αποτελεσματικές. Η έρευνα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων είναι σχεδόν ανύπαρκτη σε ηλικιωμένα άτομα με σχιζοφρένεια. Ίσως οι παρεμβάσεις αυτές να βοηθήσουν τους ασθενείς στις στρατηγικές διαχείρισης και στην ενίσχυση της ευαισθησίας για τη νόσο τους, ώστε η ζωή τους να αποκτήσει νόημα.^{80,13}

Ενίσχυση κοινωνικοποίησης

Η ενίσχυση της κοινωνικοποίησης στα ηλικιωμένα άτομα συνήθως συμβαίνει στα πλαίσια ομάδων επανακοινωνικοποίησης οι οποίες λειτουργούν σε κέντρα ηλικιωμένων, στα προγράμματα ημερήσιας φροντίδας και σε γηροκομεία. Ο στόχος των ομάδων αυτών είναι να διευκολύνουν την ικανότητα των ηλικιωμένων να αλληλεπιδρούν με τους άλλους και να ανανεώνουν το ενδιαφέρον τους για όσα τους περιβάλλουν. Μια μορφή της είναι αυτή που εστιάζεται στη θεραπεία επανακοινωνικοποίησης, στην οποία δίνεται έμφαση στην πρόκληση

ενδιαφέροντος από το περιβάλλον και τις σχέσεις με τους άλλους. Η συζήτηση στην ομάδα επικεντρώνεται σε θέματα επιλεγμένα από τα μέλη της και μπορεί να περιλαμβάνει παγκόσμια ζητήματα, επίκαιρες τοπικές δραστηριότητες και ευτυχισμένες εμπειρίες. Τα μέλη των ομάδων στις συζητήσεις, ενθαρρύνονται να συνεισφέρουν γνώσεις και να αναπτύσσουν ενδιαφέρουσες συζητήσεις οι οποίες σχετίζονται στενά με το θέμα.

Ομάδες υποστήριξης

Η κοινωνική υποστήριξη και οι ομάδες παρέμβασης είναι χρήσιμες, σε ηλικιωμένους που αντιμετωπίζουν διαταραγμένες οικογενειακές διαδικασίες, ελλείμματα γνώσεων, αποτελεσματική αντιμετώπιση, δυσλειτουργική θλίψη, κοινωνική απομόνωση και πνευματική δυσφορία. Χρησιμοποιείται μια ομαδική κατάσταση ή περιβάλλον για να παρασχεθούν συναισθηματική υποστήριξη και πληροφορίες στα μέλη.

Οι ομάδες αυτές είναι η θεραπεία εκλογής για πολλούς ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας, ιδίως για εκείνους που βρίσκονται σε εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας, καθώς μπορούν να ωφεληθούν πολλοί και η μεταφορά δεν αποτελεί πρόβλημα.

Συντονισμός φροντίδας και διαχείριση στην κοινότητα και στο σπίτι

Η φροντίδα των ψυχικά ηλικιωμένων ασθενών λαμβάνει χώρα σε μια ποικιλία περιβαλλόντων, όπως είναι το σπίτι, τα προγράμματα ημερήσιας φροντίδας, οι νοσοκομειακές μονάδες ψυχογηριατρικής ή άνοιας, οι κλινικές εκτός νοσοκομείου, τα προγράμματα υποστήριξης της ζωής και οι υποδομές μακροχρόνιας φροντίδας (γηροκομεία). Οι στόχοι για τη φροντίδα που παρέχεται στην κοινότητα δίνουν έμφαση στην:

- ▣ Διατήρηση της καλύτερης λειτουργικής ανεξαρτησίας
- ▣ Υποστήριξη των ηλικιωμένων ασθενών και των οικογενειών τους στα διάφορα περιβάλλοντα
- ▣ Καθυστέρηση της ιδρυματοποίησης
- ▣ Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της προσωπικής ακεραιότητας
- ▣ Εκπαίδευση των ηλικιωμένων και των οικογενειακών φροντιστών ως προς τις θεραπευτικές στρατηγικές
- ▣ Εξασφάλιση συντονισμένων καθημερινών υποστηρικτικών δραστηριοτήτων, οι οποίες θα ενισχύσουν την ικανότητα του ασθενή να αντιμετωπίζει και να αντισταθμίζει όποια ελαττώματα.

Φροντίδα αποκατάστασης

Σύμφωνα με τους Resnick και Fleishell, η φροντίδα αποκατάστασης είναι ένα σχεδιασμένο, συστηματικό πρόγραμμα, το οποίο εστιάζει στην αποκατάσταση και διατήρηση της καλύτερης λειτουργίας και στην υποβοήθηση των ατόμων τρίτης ηλικίας να αντισταθμίσουν τις διαταραχές. Επίσης, δίνει έμφαση στην πρόληψη της επιδείνωσης, όπου αυτό είναι δυνατό. Απαραίτητη προϋπόθεση για να είναι επιτυχημένος όποιος εργάζεται σ' ένα τέτοιο περιβάλλον, θα πρέπει να υιοθετήσει μια φιλοσοφία της φροντίδας αποκατάστασης. Αυτή η προσέγγιση είναι σπουδαίας σημασίας και ιδιαίτερα σχετική σε υποδομές μακροχρόνιας φροντίδας, όπως είναι τα γηροκομεία, όπου η λειτουργική εξασθένηση είναι συχνά αποδεκτή ως φυσιολογική συνέπεια της προχωρημένης ηλικίας.⁴²

Κοινωνικά προγράμματα

Ενώ η φιλοσοφία της φροντίδας αποκατάστασης είναι ξεκάθαρα εφαρμόσιμη στη φροντίδα των ηλικιωμένων που ζουν σε γηροκομεία ή σε άλλες υποδομές μακροχρόνιας φροντίδας, μπορεί επίσης να καθοδηγήσει και πολλά άλλα προγράμματα που βασίζονται στην κοινότητα. Τα κέντρα ηλικιωμένων, η ημερήσια φροντίδα ενηλίκου, τα κέντρα ανάπαυσης και οι υπηρεσίες υποστήριξης στην κοινότητα όπως είναι τα Mealson Wheels και Whistle Stop Wheels (Γεύματα σε Τροχούς και Σφύριγμα που σταματά τους Τροχούς), τα οποία παρέχουν αντιστοίχως έτοιμο φαγητό και τη μεταφορά αυτών που φροντίζονται στο σπίτι τους. Εύκολα μπορεί να διαπιστώσει κάποιος πόσο καλά σχεδιασμένα είναι όλα προκειμένου να προωθήσουν την καλύτερη ανεξάρτητη λειτουργικότητα του ηλικιωμένου και να μειώσουν την πίεση και το βάρος από τους φροντιστές της οικογένειας.

Τα προγράμματα που είναι βασισμένα στην κοινότητα προσφέρουν εναλλακτικές λύσεις στον εγκλεισμό σε ίδρυμα. Στην περίπτωση των κέντρων ηλικιωμένων, η έμφαση δίνεται:

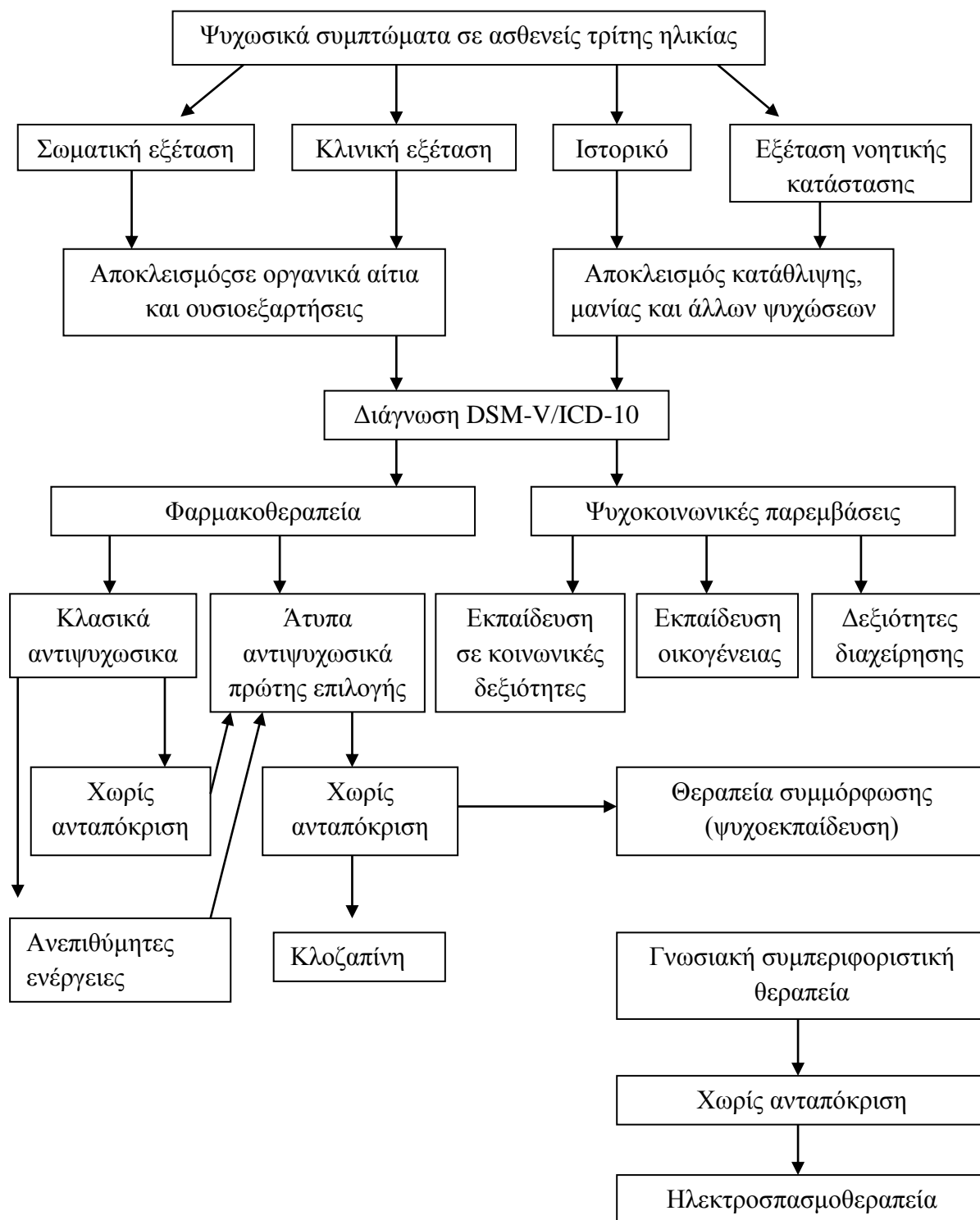
- α) Στην προώθηση της υγείας και της ευεξίας
- β) Σε κοινωνικές, εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

Τα προγράμματα ημερήσιας φροντίδας των ενηλίκων αποτελούν ακόμα μια εναλλακτική λύση στην εισαγωγή σε ίδρυμα αντιπροσωπεύοντας μια διέξοδο της κοινότητας για τους ηλικιωμένους που χρειάζονται νοσηλευτικές, ιατρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες αποκατάστασης πέρα από την κοινωνικοποίηση και την εκπαίδευση. Επιπλέον δεν είναι λίγες οι υποδομές ημερήσιας φροντίδας ενηλίκου και τα κέντρα υποστήριξης της ζωής που προσφέρουν μια επιλογή διαλείμματος. Σύμφωνα με αυτές υπάρχει η δυνατότητα τα ηλικιωμένα άτομα να παραμείνουν εκεί και τη νύχτα έτσι ώστε να ανακουφίσουν τουλάχιστον προσωρινά τους φροντιστές της οικογένειας από το βάρος τους. Και τα δύο αυτά

προγράμματα κοινότητας επιτρέπουν στους ηλικιωμένους να συνεχίζουν να ζουν στο σπίτι.

Οι κοινότητες υποστήριξης της ζωής είναι μια σχετικά καινούργια επιλογή για τα άτομα τρίτης ηλικίας που απαιτούν υποστήριξη και που δεν μπορούν πια να μείνουν στο δικό τους σπίτι. Οι κοινότητες αυτές παίρνουν αρκετές μορφές, αλλά συνήθως προσφέρουν ένα εύρος επιπέδων βοήθειας, από ανεξάρτητες μονάδες διαμερισμάτων μέχρι πλήρη φροντίδα παρόμοια με του γηροκομείου. Από ότι φαίνεται όμως αυτή η επιλογή είναι σπάνια διαθέσιμη σε ηλικιωμένους με πενιχρούς οικονομικούς πόρους.

Το επόμενο επίπεδο φροντίδας για αδύναμους ή ψυχικά διαταραγμένους ηλικιωμένους είναι η εισαγωγή σε γηροκομείο ή σε άλλη εγκατάσταση μακροχρόνιας φροντίδας. Ακόμα και όταν η μακροχρόνια φροντίδα είναι μια επιλογή, η απόφαση για την εισαγωγή σε ίδρυμα ενός αγαπημένου προσώπου παίρνεται συνήθως μόνο όταν οι φροντιστές της οικογένειας έχουν φτάσει στα όρια της αντοχής τους, θέτοντας πλέον σε κίνδυνο την ίδια τους την υγεία και φυσικά όταν ο ηλικιωμένος δεν τους αναγνωρίζει λόγω της κατάστασης του ή όταν είναι σωματικά αδύναμος ο χειρισμός του εξαιτίας της βίας ή της αναπηρίας του. Ο νοσηλευτής, ιδιαίτερα όταν είναι ο διαχειριστής του περιστατικού, πρέπει να είναι καλά ενημερωμένος για τις διεξόδους της κοινότητας για τους ψυχικά πάσχοντες ηλικιωμένους και τους φροντιστές της οικογένειας.^{13,82,42}



Σχήμα 1. Αλγόριθμος αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας στις μεγαλύτερες ηλικίες. Τροποποίηση από Karim S, Burns A.⁸⁰

9.4. Χρόνια ή πρώιμη έναρξης σχιζοφρένεια

Οι ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια είναι άτομα της τρίτης ηλικίας, στους οποίους η νόσος ξεκίνησε σε νεότερη ηλικία και ακολούθησε χρόνια πορεία.

Ψυχοπαθολογία

Οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις φαίνεται ότι υποχωρούν, ενώ τα αρνητικά συμπτώματα καθίστανται πιο έντονα με την πάροδο του χρόνου και σχετίζονται με τα γνωσιακά ελλείμματα.

Νευροψυχολογικά ευρήματα

Οι γνωσιακές διαταραχές είναι ο πλέον σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της πτωχής έκβασης. Ειδικότερα, παρατηρούνται ελλείμματα στην εκτελεστική λειτουργία, στην ομιλία και στη λειτουργία της μνήμης. Σύμφωνα με ανασκόπηση μελετών, σταθερά ήταν τα ευρήματα διαταραχής της εκτελεστικής λειτουργίας, της οπτικοχωρικής ικανότητας και της λεκτικής ροής. Ενώ λιγότερο σταθερά ήταν τα ευρήματα διαταραχών της μνήμης και της προσοχής. Μακροχρόνιες μελέτες αναφέρουν ότι οι ασθενείς μεγάλης ηλικίας με χρόνια σχιζοφρένεια εμφανίζουν απόκλιση των γνωσιακών λειτουργιών περί την ηλικία των 65 ετών. Η απόκλιση αυτή αφορά κυρίως στις οπτικοχωρικές ικανότητες. Ωστόσο, στις περισσότερες μελέτες συμμετείχαν ασυλιακοί ασθενείς και παρατηρήθηκαν μεθοδολογικά προβλήματα λόγω του μικρού αριθμού ασθενών, της βραχείας διάρκειας παρακολούθησης και της έλλειψης κατάλληλων νευροψυχολογικών δοκιμασιών. Ως προς το ζήτημα οι απόψεις δίστανται, εάν οι γνωσιακές διαταραχές επιτείνονται με την πάροδο του χρόνου. Η μια σχολή σκέψης δέχεται ότι τα ελλείμματα συμβαίνουν στο πρώιμο στάδιο της νόσου και δεν εξελίσσονται προς το χειρότερο, σε αντίθεση με την άλλη που θεωρεί ότι οι γνωσιακές διαταραχές προοδευτικά επιδεινώνονται.

Συμπερασματικά, οι ασθενείς με όψιμης έναρξης σχιζοφρένεια, σε σχέση με όσους νοσούν πρώιμα, εμφανίζουν ομοιότητες ως προς τα θετικά συμπτώματα, τη συνολική εικόνα των νευροψυχολογικών διαταραχών τους, τις μη ειδικές ανωμαλίες εγκεφαλικών δομών στη νευροαπεικόνιση και τη χρόνια πορεία και ανταπόκριση στη θεραπεία με αντιψυχωσικά φάρμακα. Υπάρχουν όμως και σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο μορφών της νόσου. Για παράδειγμα, είναι περισσότερο πιθανό οι όψιμης έναρξης ασθενείς να είναι γυναίκες με παρανοειδή μορφή της νόσου, λιγότερα αρνητικά συμπτώματα και λιγότερο σοβαρά ελλείμματα μάθησης και αφαιρετικής ικανότητας, πιθανώς και με κάποιες διαφορές στις ανωμαλίες των εγκεφαλικών δομών, ενώ απαιτούνται μικρότερες δόσεις αντιψυχωσικών σε σύγκριση με ασθενείς πρώιμης έναρξης αντίστοιχης ηλικίας.

9.5. Πολύ όψιμης έναρξης ψύχωση ομοιάζουσα με τη σχιζοφρένεια

Η νόσος κάνει την εμφάνισή της μετά την ηλικία των 60 ετών. Οι μελέτες του ρόλου της κληρονομικής επιβάρυνσης παρά το γεγονός ότι πάσχουν μεθοδολογικά, δείχνουν καθαρά ότι είναι μικρότερος ο κίνδυνος νόσησης συγγενών των ασθενών με ψύχωση ομοιάζουσα με σχιζοφρένεια με έναρξη μετά τα 60 έτη, σε σύγκριση με την πρόιμης έναρξης σχιζοφρένεια. Στην πρόιμη παιδική ηλικία υπάρχουν λιγότερες ενδείξεις κακής προσαρμογής, σχετική απουσία διαταραχών δομής, οργάνωσης της σκέψης και αρνητικών συμπτωμάτων, όπως το επιπεδωμένο συναίσθημα, καθώς και ενδείξεις νευροεκφυλιστικής μάλλον παρά νευροαναπτυξιακής διεργασίας. Προς το παρόν παραμένει ασαφές, εάν η νόσος χαρακτηρίζεται από ταυτοποιήσιμη εγκεφαλική βλάβη.

Η ψύχωση αυτή είναι ετερογενής οντότητα και περιλαμβάνει καταστάσεις με ποικίλες αιτιολογίες, όπως τα εγκεφαλοαγγειακά επεισόδια, οι όγκοι και άλλες νευροεκφυλιστικές μεταβολές. Πρέπει να δίνεται έμφαση και να πραγματοποιείται λεπτομερής κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος σε ασθενείς που αναπτύσσουν ψυχωσικά συμπτώματα για πρώτη φορά σε μεγάλη ηλικία. Σε ανασκόπηση 23 μελετών, ποσοστό 7% εκδήλωσαν ψύχωση ομοιάζουσα με σχιζοφρένεια μετά την 6^η δεκαετία της ζωής και 3% στις επόμενες δεκαετίες, ενώ ένα ποσοστό 23% και 13% των ασθενών εμφάνισαν σχιζοφρένεια την 4^η και 5^η δεκαετία της ζωής, αντίστοιχα. Αξίζει κανείς να θυμάται ότι η ψύχωση της τρίτης ηλικίας μπορεί να εκδηλωθεί σε πλαίσιο αισθητηριακής διαταραχής και κοινωνικής απομόνωσης.⁸⁰

Στον πίνακα 1 συγκρίνονται η πρόιμης έναρξης σχιζοφρένεια, η όψιμης έναρξης και η πολύ όψιμης έναρξης ψύχωση ομοιάζουσα με σχιζοφρένεια.

Πίνακας 1. Σύγκριση χρόνιας σχιζοφρένειας (πρόιμης έναρξης), όψιμης έναρξης και πολύ όψιμης έναρξης ψύχωση ομοιάζουσα με σχιζοφρένεια.⁸⁰

	<40 ετών	50-60 ετών	>60ετών
Ιστορικό σχιζοφρένειας	+	+	-
Περισσότερες οι γυναίκες	-	+	++
Παραληρητικές ιδέες διωκτικού περιεχομένου (συστηματοποιημένος)	+	++	++
Οπτικές, απτικές, οσφρητικές ψευδαισθήσεις	+	+	++
Διαταραχή στη ροή και οργάνωση της σκέψης	++	+	-
Αρνητικά συμπτώματα	++	+	-
Νευροακτινολογικά ευρήματα	+	+	+
Ειδικά ευρήματα (εγκεφαλικά επεισόδια , όγκοι)	-	-	++
Νευροψυχολογικές δοκιμασίες	++	+	+ (;)
Σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου	+	++	++

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ****10.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας**

- Ο νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας καλείται να επιτελέσει όχι απλά έναν επαγγελματικό ρόλο, αλλά ένα έργο πολυδιάστατο που απαιτεί τεχνική δεξιοτεχνία, επιστημονική κατάρτιση και ψυχικό σθένος. Ωστόσο το έργο του είναι πολύ δύσκολο και απαιτούνται πολύπλευρες ικανότητες ώστε να καλύψει τις πολύπλοκες και βαθιά ανθρώπινες ανάγκες και προβλήματα του ψυχικά πάσχοντα, λειτουργώντας ως:
 - ☐ Παρατηρητής
 - ☐ Σύμβουλος
 - ☐ Δάσκαλος
 - ☐ Υποκατάστατο γονεϊκού προτύπου
 - ☐ Εφαρμοστής της νοσηλευτικής επιστήμης
- Ο νοσηλευτής, εκτός των άλλων, απαιτείται να διαθέτει:
 - ☐ Δυνατή και ολοκληρωμένη προσωπικότητα
 - ☐ Αυτογνωσία
 - ☐ Συνέπεια και σταθερότητα
 - ☐ Ενδιαφέρον και «συμπόνια» για τον άνθρωπο/ ασθενή
- Ο νοσηλευτής καλείται:
 - ☐ Να παρέχει νοσηλευτική φροντίδα τόσο στους ψυχικά αρρώστους όσο και στις οικογένειές τους
 - ☐ Να συμβάλλει, να αντιμετωπίσει και να δώσει λύσεις κατά το δυνατόν στα ψυχικά και σωματικά προβλήματα του ασθενούς
 - ☐ Να αποκαταστήσει το επίπεδο επικοινωνίας του ψυχικά αρρώστου με το περιβάλλον
 - ☐ Να παρέχει προστασία στους ψυχικά αρρώστους από τυχόν παραμέληση, εκμετάλλευση ή προσβολή της αξιοπρέπειάς τους και υποστήριξη της επιστημονικής ανθρωπιστικής ολοκληρωμένης φροντίδας τους
 - ☐ Να τον βοηθήσει στην κοινωνικοποίηση και αποκατάστασή του εκτός νοσοκομείου, όταν αυτό είναι δυνατόν
 - ☐ Να συνεργάζεται με το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και με την επιστημονική ομάδα υγείας
 - ☐ Η επικοινωνία την οποία καλείται να εγκαθιδρύσει ο νοσηλευτής με τον ασθενή είναι μια σχέση που πρέπει να χαρακτηρίζεται από αμοιβαία αισθήματα αποδοχής,

σεβασμού, κατανόησης και σαφήνειας. Η βάση της θεραπευτικής σχέσης είναι η αποδοχή. Κάτι τέτοιο σημαίνει ότι το άτομο που πάσχει από σχιζοφρενική ψύχωση αντιμετωπίζεται σαν ένα πρόσωπο ξεχωριστό και όχι σαν σύνολο ψυχιατρικών συμπτωμάτων ή απλώς μια διαγνωστική οντότητα

📖 Ο νοσηλευτής αποκαλεί τον ασθενή με το επώνυμό του, τον αποδέχεται ως άτομο με τα ίδια βασικά ατομικά δικαιώματα που έχει ως άνθρωπος. Κατανοεί τη συμπεριφορά του αφήνοντας του περιθώριο να εκφράσει τις εσωτερικές του ανησυχίες, θεωρώντας ότι μ' αυτόν τον τρόπο μπορεί να ανακουφισθεί από τη συναισθηματική ένταση και πίεση, που ίσως βιώνει.⁸³

10.2. Γενικοί σκοποί ψυχολογικής και νοσηλευτικής φροντίδας ατόμων τρίτης ηλικίας με σχιζοφρένεια

- Δημιουργία και διατήρηση ασφαλούς περιβάλλοντος για τον ηλικιωμένο σχιζοφρενή
- Διατήρηση οπτικής επαφής με τον ηλικιωμένο για την προσέλκυση της προσοχής του
- Μετάδοση των σημαντικών πληροφοριών σ' ένα ήρεμο περιβάλλον, όπου δεν υπάρχουν πηγές απόσπασης της προσοχής του
- Διατήρηση απλής και συγκεκριμένης επικοινωνίας. Μετατροπή των οδηγιών σε απλές πράξεις και αποφυγή των μακροσκελών εξηγήσεων. Αποφυγή επιθέτων ή αόριστων όρων. Χρήση εικόνων ή διαγραμμάτων, όταν αυτό είναι απαραίτητο
- Αποφυγή των ανοικτών ερωτήσεων, όταν αυτό είναι δυνατόν
- Παροχή επαρκούς χρόνου στον ηλικιωμένο ασθενή, για να ανταποκριθεί. Εάν δεν γίνει αυτό εντός δύο λεπτών, επανάληψη των λεχθέντων. Εάν πάλι δεν υπάρχει ανταπόκριση, καλό είναι να γίνει ένα διάλειμμα πριν συνεχισθεί η συζήτηση, έτσι ώστε να μην υπάρξει απογοήτευση ούτε από τη μεριά του νοσηλευτή, ούτε από εκείνη του ασθενή
- Διατήρηση της λειτουργικής ανεξαρτησίας και της ποιότητας της ζωής
- Διατήρηση της σωματικής υγείας και ασφάλειας του αρρώστου
- Ανάπτυξη έμπιστης διαπροσωπικής σχέσης μαζί του
- Υποστήριξη των ηλικιωμένων αρρώστων και των οικογενειών τους, στο σπίτι και στο κοινωνικό τους περιβάλλον
- Πρόληψη ή όσο το δυνατόν καθυστέρηση της εισαγωγής σε ίδρυμα
- Ανακούφιση του πόνου
- Βοήθεια στο να εκτελεί τις καθημερινές δραστηριότητες
- Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και διατήρηση της προσωπικής αξιοπρέπειας

- Εκπαίδευση της οικογένειας και άλλων ατόμων που περιποιούνται τον ηλικιωμένο, σε τεχνικές φροντίδας και πρόληψης
- Ελάττωση των απαιτήσεων και των ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος
- Προώθηση της συμμόρφωσής του στη νοσηλευτική και θεραπευτική αγωγή
- Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα
- Εξασφάλιση συντονισμένων υποστηρικτικών καθημερινών εμπειριών ζωής, που αυξάνουν τις ικανότητες του αρρώστου και της οικογένειας για αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων τους.

10.3. Νοσηλευτική φροντίδα ψυχικής υγείας σε σχιζοφρενή άτομα τρίτης ηλικίας

Τα νοσηλευτικά προσόντα για την αποτελεσματική άσκηση της ψυχογηριατρικής νοσηλευτικής είναι:

- Άρτια επιστημονική κατάρτιση και συνεχής επιμόρφωση
- Κλινικές και διαπροσωπικές δεξιότητες
- Αγάπη, ευγένεια, υπομονή, ελπίδα
- Ολική θεώρηση και προσέγγιση του ηλικιωμένου
- Νοσηλευτική ευαισθησία και ετοιμότητα για αντιμετώπιση ψυχογηριατρικών προβλημάτων.

Νοσηλευτικές κλινικές μελέτες απέδειξαν ότι η εξατομικευμένη νοσηλεία επηρεάζει ευνοϊκά το επίπεδο προσανατολισμού και τη δυνατότητα των ηλικιωμένων για αυτοφροντίδα. Γενικά οι ηλικιωμένοι ασθενείς, λόγω της μείωσης των γνωστικών τους λειτουργιών, χρειάζονται περισσότερο εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε σχέση με τους σχιζοφρενείς νεότερης ηλικίας. Επίσης όταν στο περιβάλλον, δημιουργούνται ευκαιρίες επικοινωνιακών διαπροσωπικών σχέσεων, προκαλείται θετική βιοψυχοκοινωνική αλλαγή σε σχέση με ένα φτωχό περιβάλλον όπου αναστέλλεται παρόμοια ψυχολογική ανάπτυξη. Κατά τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας του ατόμου τρίτης ηλικίας που πάσχει από σχιζοφρένεια, κύριος σκοπός πρέπει να είναι η διατήρηση, η ενίσχυση και η αύξηση των σωματικών, ψυχολογικών και διαπροσωπικών δυνατοτήτων του. Γι αυτό, είναι απαραίτητο να σχεδιάζεται και να επιδιώκεται ειδική διαπροσωπική σχέση μεταξύ νοσηλευτή και αρρώστου που μπορεί να ονομασθεί «ψυχοκοινωνικό σύστημα». Αυτό περιλαμβάνει την ανταλλαγή θετικών ανθρωπίνων δυνατοτήτων όπου ανταλλάσσονται σωματική κινητικότητα και δύναμη, ενδιαφέροντα και ψυχολογικά κίνητρα, συναισθήματα, ιδέες και δεξιότητες. Η

ανταλλαγή αυτή προσφέρει στον ηλικιωμένο ευκαιρίες και προκλήσεις για να αναπτύξει πάλι δραστηριότητες, συνεργασία, επικοινωνία και έλεγχο της πραγματικότητας. Ακόμη τον βοηθάει να διατηρηθεί ενεργητικό πρόσωπο και ευτυχέστερο μέλος της κοινωνίας.

Στη σχέση αυτή με τον ηλικιωμένο άρρωστο, ο νοσηλευτής δεν επιδιώκει να τον ελέγχει και να τον διευθύνει. Κυρίως προσπαθεί να ανταποκρίνεται σε αιτήματα και αντιδράσεις. Στόχος είναι η διατήρηση της επικοινωνίας με τον ασθενή, η ψυχολογική ενίσχυση και η ανοικοδόμηση της εμπιστοσύνης του και του αισθήματος ψυχικής ασφάλειας. Βέβαια πρέπει να τονισθεί ότι βασική προϋπόθεση για τη διαπροσωπική συναλλαγή είναι η παρουσία του νοσηλευτή στο θάλαμο του αρρώστου.



Άλλωστε χωρίς σταθερότητα επαφής, η νοσηλευτική κινδυνεύει να αποβεί περισσότερο κηδεμονική και απρόσωπη παρά θεραπευτική. Μεταξύ των ειδικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων για τους ηλικιωμένους σχιζοφρενείς θεωρούνται και οι παρακάτω:

- Ψυχοθεραπευτική αναθεώρηση της προσωπικής ζωής του ηλικιωμένου
- Ομαδικές αναμνηστικές ασκήσεις που αφορούν αναβίωση ευχάριστων εμπειριών του παρελθόντος
- Τεχνικές προσανατολισμού στην πραγματικότητα: χρόνο, τόπο και πρόσωπα.
- Υποστήριξη των ενηλίκων τέκνων που φροντίζουν τους ηλικιωμένους γονείς τους
- Σύσταση ομάδων θετών παππούδων και γιαγιάδων
- Οργάνωση εθελοντικών ομάδων κοινωνικής και νομικής υπεράσπισης για τους ηλικιωμένους κ.α.

Ο νοσηλευτής πρέπει να θυμάται πάντα, ότι ο συναισθηματικός τόνος με τον οποίο εκτελούνται οι νοσηλείες, παίζει σπουδαίο ρόλο διότι αυτός μεταβιβάζει αγάπη, ευαισθησία και κατανόηση στους ηλικιωμένους αρρώστους. Ο νοσηλευτής, όταν πιστεύει ότι το γήρας έχει μοναδικό νόημα για τον άνθρωπο, όταν ατενίζει το γήρας ως διάβαση από τη δραστηριότητα στην ήρεμη ζωή και ως οδό μετάβασης από την πρόσκαιρη ζωή στην αιωνιότητα, αγωνίζεται να εξουδετερώσει όλους τους αρνητικούς παράγοντες και δημιουργεί συνθήκες που προστατεύουν και προάγουν την ψυχική υγεία.

Συμπερασματικά

Η θεωρία, η κλινική εφαρμογή και η φιλοσοφία της ψυχογηριατρικής νοσηλευτικής γενικά αλλά και ειδικά, ιδιαίτερα όταν έχει να κάνει με σχιζοφρενείς εκπέμπει προς όλους όσους την σπουδάζουν, τη διδάσκουν ή την ασκούν, τα εξής νοσηλευτικά μηνύματα:

- Ο ηλικιωμένος πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μοναδική και ανεπανάληπτη βιοψυχοκοινωνική ύπαρξη που χρειάζεται ολική προσέγγιση
- Η νοσηλευτική φροντίδα του ηλικιωμένου είναι χρόνος, τιμή και προνόμιο. Μπορεί να προσφέρει ανακούφιση, χαρά και ελπίδα, και να αναζωπυρώνει το νόημα της ζωής ακόμη και στο τελικό της στάδιο
- Οι γνώσεις, μέθοδοι και εφαρμογές της ψυχογηριατρικής νοσηλευτικής διευρύνουν τα όρια και τις δυνατότητες της Γενικής Νοσηλευτικής, την εμπλουτίζουν και την ολοκληρώνουν ως επιστήμη, ως έργο και ως λειτουργήμα.

10.4. Νοσηλευτικές ευθύνες στη φαρμακοθεραπεία ασθενούς τρίτης ηλικίας

Πριν από την έναρξη της αντιψυχωτικής αγωγής:

- Λήψη του ιστορικού φαρμακοθεραπείας και τυχόν αλλεργιών του ασθενή
- Συστηματική παρατήρηση και περιγραφή της συμπεριφοράς του ηλικιωμένου, ως βάση με σκοπό τη σύγκριση των αλλαγών
- Εργαστηριακές εξετάσεις όπως γενική αίματος, ηπατικές δοκιμασίες και ηλεκτροεγκεφαλογράφημα
- Μέτρηση ζωτικών σημείων: αρτηριακή πίεση, σφύξεις, αναπνοές, θερμοκρασία
- Εξασφάλιση πληροφοριών σχετικά με: συνήθειες φαγητού, ύπνου, λειτουργίες του εντέρου, επίπεδο δραστηριότητας, κατάσταση δέρματος, βάρος του σώματος, ιστορικό επιληπτικών κρίσεων, αλλεργιών και πρόσφατης λήψης φαρμάκου
- Διατύπωση πρωτοκόλλου με συμφωνία ψυχιάτρου και νοσηλευτή στο οποίο αναφέρονται οι εναλλακτικοί τρόποι χορήγησης φαρμάκου (από το στόμα, με ένεση), επιτρεπόμενη αυξομείωση των δόσεων ανάλογα με τη δεκτικότητα 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).

Κατά την περίοδο χορήγησης των αντιψυχωτικών φαρμάκων

- Αξιολόγηση των ψυχολογικών και οργανικών αντιδράσεων του αρρώστου ως προς τα φάρμακα που παίρνει με τους τρόπους που ήδη αναφέρθηκαν
- Πρόγραμμα συστηματικής παρακολούθησης για όψιμες αντιδράσεις: ηπατικές, αιματολογικές, οφθαλμικές, εξωπυραμιδικές, ελαφρά ψυχωτικά συμπτώματα (χάλαση συνειρμών, καχυποψία, παραληρητικές ιδέες)
- Οργάνωση ευκαιριών για να μάθει ο άρρωστος πώς να παίρνει μόνος του τα φάρμακα του και πώς να παρακολουθεί τον εαυτό του
- Εφαρμογή ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας και συνεχής ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου, ώστε να μεγιστοποιούνται τα θεραπευτικά αποτελέσματα των φαρμάκων, να ελαττώνονται τα συμπτώματα αλλά και να ελαττώνεται και η δοσολογία των φαρμάκων. Πρέπει να τονιστεί ότι η ελάττωση των συμπτωμάτων με τα φάρμακα δεν σημαίνει το τέλος, αλλά την αρχή της νοσηλευτικής παρέμβασης για υγιή ψυχοκοινωνική αλλαγή
- Καταγραφή και ενυπόγραφη τεκμηρίωση στο φύλλο νοσηλείας του αρρώστου, των χορηγούμενων φαρμάκων καθώς και των θεραπευτικών και ανεπιθύμητων ενεργειών τους. Με τον τρόπο αυτό ενημερώνεται ολόκληρη η θεραπευτική ομάδα και εξασφαλίζεται η συνέχεια της νοσηλευτικής φροντίδας. Η αμέλεια της τεκμηρίωσης αυτής αποτελεί και ποινική ευθύνη του νοσηλευτή.

Κατά τον τερματισμό της φαρμακοθεραπείας

- 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 αρρώστου
- Εκτέλεση εργαστηριακών εξετάσεων, που ήδη αναφέρθηκαν
- Οργάνωση σταθερού συστήματος ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για τον ηλικιωμένο άρρωστο
- Προετοιμασία για τυχόν εμφάνιση υποτροπής. Συνεργασία με τον άρρωστο σχετικά με το ποια παρέμβαση πρέπει να έχει για να προληφθεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο.

10.5. Αρχές φαρμακολογικής θεραπείας στους ασθενείς τρίτης ηλικίας

Η διαπαιδαγώγηση του ηλικιωμένου αρρώστου υπήρξε πάντα νοσηλευτική ευθύνη και ο στόχος της πρέπει να αποβλέπει στην ενημέρωσή του για το σκοπό, τη δράση, τις παρενέργειες, τη δομή, τον χρόνο και τον τρόπο λήψεώς του.

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

1. Έλεγχος γνώσεων για τα φάρμακα
 - Να πραγματοποιείται έλεγχος στις γνώσεις του ηλικιωμένου για τα φάρμακα τόσο συχνά όσο χρειάζεται. Οι πληροφορίες που θα δίνονται πρέπει να είναι απλές και κατανοητές για το συγκεκριμένο άτομο
2. Συνεχής επαγρύπνηση για παρενέργειες
 - Να υπάρχει ενημέρωση του ηλικιωμένου για σημεία, συμπτώματα και τις παρενέργειες κάθε φαρμάκου
 - Να τον προτρέπει ο νοσηλευτής, να τον ενημερώνει για τα σημεία και τα συμπτώματα που ενδέχεται να παρατηρήσει
 - Να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στη χορήγηση νέων φαρμάκων ή στην αλλαγή των δόσεων
3. Απλούστευση του τρόπου χορηγήσεως
 - Να υπάρχει συνεργασία με τον ηλικιωμένο για τον καθορισμό ενός κατορθωτού σχήματος λήψεως φαρμάκων
 - Να υπάρχει συνεργασία με τον γιατρό για τον καθορισμό εφικτού χρόνου χορηγήσεως του φαρμάκου. Είναι σημαντικό να προτείνεται από το νοσηλευτή ο συνδυασμός φαρμάκων καθώς επίσης και αλλαγές ή διακοπές όπου είναι δυνατό
4. Μελέτη του κόστους των φαρμάκων
 - Να συζητάει ο νοσηλευτής με το γιατρό σχετικά με το ενδεχόμενο χορηγήσεως φθηνών και αποτελεσματικών φαρμάκων, κυρίως όταν αντιμετωπίζονται οικονομικά προβλήματα
5. Διευθέτηση φυσικών εμποδίων
 - Να αποφεύγονται, αν είναι δυνατόν, συσκευασίες φαρμάκων που δυσκολεύουν τον ηλικιωμένο
6. Έλεγχος βοηθητικών μέσων μνήμης
 - Να συγκεντρώνει ο νοσηλευτής πληροφορίες για το τρέχον σύστημα μνήμης που χρησιμοποιείται από τον ηλικιωμένο

7. Καθιέρωση καταλόγου

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

8. Τοποθέτηση φαρμάκων σε ειδικά κουτάκια

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

9. Τοποθέτηση κωδικών στα ειδικά κουτάκια

- Για την αποφυγή λάθους και την διευκόλυνση του ηλικιωμένου σκόπιμο είναι να τοποθετούνται κωδικοί στα κουτάκια, που μπορεί να είναι χρωματιστά πλαστικά σύμβολα, γράμματα με τα αρχικά των ημερών της εβδομάδας και ολογράφως ή με αριθμούς σε αντιστοιχία με τις ημέρες τις εβδομάδας. Ακόμα είναι δυνατό να προσδιορίζεται η ημερήσια δόση με τα σύμβολα πρωί, μεσημέρι, απόγευμα, βράδυ.

Αρχές φαρμακολογικής θεραπείας

- Οι ασθενείς τρίτης ηλικίας είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στις ανεπιθύμητες φαρμακολογικές αντιδράσεις
- Η ανταπόκριση στα φάρμακα αλλάζει με την πάροδο της ηλικίας, σαν αποτέλεσμα μεταβολών στη διακίνησή τους από τον οργανισμό και την ιστική ευαισθησία λόγω των επιδράσεων που ασκούν οι διάφορες παθολογικές καταστάσεις
- Η απορρόφηση των φαρμάκων ελαττώνεται και η κατανομή τους επηρεάζεται προφανώς από τις γνωστές μεταβολές στη σύσταση του οργανισμού. Ιδιαίτερα ο ρυθμός και η αποτελεσματικότητα της αποβολής τους ελαττώνεται σε μεγάλο βαθμό στην προχωρημένη ηλικία
- Κατά την αντιμετώπιση των παρενεργειών οι αντιρροπιστικοί μηχανισμοί είναι λιγότερο αποτελεσματικοί, επειδή οι λειτουργίες ομοιοστάσεως στους ηλικιωμένους εξασθενούν
- Λόγω των αυξημένων κινδύνων που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι, η φαρμακολογική τους θεραπεία χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή
- Πρέπει να γίνει σαφές ότι η φαρμακολογική θεραπεία δεν είναι απαραίτητη για όλες τις παθολογικές καταστάσεις των ηλικιωμένων
- Για τον καθορισμό του είδους και της δόσης των φαρμάκων πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η ηλικία και η γενική κατάσταση των ηλικιωμένων

- Οι ηλικιωμένοι χρειάζονται μικρότερη δοσολογία από τους νέους
- Τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται όταν υπάρχει πραγματική ανάγκη, επειδή τα σφάλματα και οι ανεπιθύμητες επιδράσεις και αλληλεπιδράσεις αυξάνονται με την υπερβολική χρήση τους
- Απλά δοσολογικά σχήματα απομακρύνουν τα λάθη στους ηλικιωμένους ασθενείς. Η βοήθεια συγγενικού, γειτονικού ή φιλικού προσώπου πρέπει να γίνεται ευχαρίστως δεκτή, επειδή συμβάλει στη καλύτερη προσαρμοστικότητα του ηλικιωμένου στη φαρμακευτική αγωγή.⁸⁴

10.6. Αξιολόγηση φαρμακευτικής αγωγής σε άτομα τρίτης ηλικίας

Η αξιολόγηση του τρόπου λήψεως των φαρμάκων περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Το σκοπό για τον οποίο χορηγήθηκε το φάρμακο
- Αν εκπλήρωσε τον σκοπό για τον οποίο χορηγήθηκε
- Αν χρειάζεται να συνεχιστεί η χορήγησή του
- Αν η δόση είναι ενδεδειγμένη
- Αν μπορεί το φάρμακο ή η δόση του να προξενήσουν παρενέργειες
- Αν πάρθηκαν τα αναγκαία μέτρα όπως αλλαγή της δόσης ή του φαρμάκου, όταν εντοπίστηκαν παρενέργειες
- Αν από τη λήψη ενός φαρμάκου προκλήθηκαν αντιδράσεις με άλλα φάρμακα που παίρνει ο ηλικιωμένος
- Αν τα σημεία ή τα συμπτώματα άρχισαν αμέσως μετά τη λήψη του φαρμάκου
- Αν παρατηρήθηκαν αλλεργικά φαινόμενα από τη λήψη ενός ή περισσότερων φαρμάκων
- Αν παίρνει κανονικά τα φάρμακά του το άτομο ως προς το χρόνο και τη δόση
- Αν τα φάρμακα είναι τοποθετημένα σε κατάλληλο μέρος
- Αν συνέβησαν πρόσφατες αλλαγές στα φάρμακα του ηλικιωμένου
- Αν παρουσιάζει το άτομο νέα συμπτώματα
- Αν τα συμπτώματα αυτά έχουν καμία σχέση με τη χορήγηση των φαρμάκων
- Αν αλλάζουν προοδευτικά τα χρόνια συμπτώματα
- Αν παίρνει το άτομο φάρμακα ή κάνει άλλες θεραπείες που δεν γράφτηκαν ή εγκρίθηκαν από το γιατρό
- Αν υπάρχουν πληροφορίες που δεν αναφέρθηκαν, όπως φάρμακα που παίρνει το άτομο μόνο του χωρίς ιατρική εντολή ή δεν είναι συνεπής στη θεραπευτική αγωγή
- Αν υπάρχει κάποιος τρόπος παρακολούθησής του ηλικιωμένου από τους νοσηλευτές

- Αν υπάρχουν οικονομικά προβλήματα ή φυσικά εμπόδια για την ασφαλή χορήγηση των φαρμάκων.^{82,84}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

11.1. Ορισμός Νοσηλευτικής Διεργασίας

Η νοσηλευτική διεργασία ορίζεται ως μια επιστημονική και συστηματική μέθοδος ανάλυσης, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη και διεκπεραίωση αποφάσεων, αυτών που βασίζονται στον καθορισμό της κατάστασης υγείας του ατόμου, στον προσδιορισμό των αναγκών του που χρειάζονται νοσηλευτική φροντίδα, στην ανάπτυξη σχεδίων για την επίλυσή τους, στην εφαρμογή του σχεδίου καθώς και στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του σχεδίου και των παρεμβάσεων με σκοπό την προαγωγή της ευεξίας και την επίλυση των προβλημάτων που έχουν ανιχνευθεί.

Η νοσηλευτική διεργασία περιγράφεται ως η επικυρωμένη αλληλεπίδραση, όπου ο φροντιστής (επαγγελματίας υγείας, νοσηλευτής) επικυρώνει, σε συνεννόηση με τον ασθενή, όλα αυτά που εκείνος αντιλαμβάνεται ότι είναι οι ανάγκες του για φροντίδα και αναζητά εναλλακτικές λύσεις για την ικανοποίησή τους. Η διεργασία αυτή παρέχει το πλαίσιο που δίνει τη δυνατότητα στο νοσηλευτή και τον ασθενή να πραγματοποιήσουν τα παρακάτω:

- Συστηματική συλλογή των δεδομένων του ασθενούς
- Σαφής προσδιορισμός των δυνατοτήτων και των προβλημάτων του ασθενούς
- Ανάπτυξη ολιστικού εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας το οποίο καθορίζει τους επιθυμητούς σκοπούς του ασθενούς και τις αναμενόμενες εκβάσεις, καθώς και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που έχουν τις μεγαλύτερες πιθανότητες να βοηθήσουν τον ασθενή να επιτύχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα
- Εκτέλεση του σχεδίου της φροντίδας
- Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του σχεδίου φροντίδας, όσον αφορά την επίτευξη των σκοπών του ασθενούς.⁸⁵

Οι σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

- Η προαγωγή της ευεξίας του ατόμου
- Η πρόληψη της νόσου
- Η προαγωγή και η αποκατάσταση της υγείας, όταν υπάρχει νόσος
- Η διευκόλυνση της αντιμετώπισης των δυσλειτουργιών.

11.2. Στάδια της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι πέντε και περιλαμβάνουν:

1. Αξιολόγηση Ατόμου / Αρρώστου (Ανάγκες - Προβλήματα / Νοσηλευτική Διάγνωση)
2. Αντικειμενικός Σκοπός
3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας
4. Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας
5. Εκτίμηση Αποτελέσματος

Πιο αναλυτικά τα πέντε στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας σε άτομο με σχιζοφρένεια στην τρίτη ηλικία αναπτύσσονται παρακάτω.

1. Αξιολόγηση

Η αξιολόγηση το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας, είναι η συστηματική και συνεχής συλλογή δεδομένων του ασθενούς, η επιβεβαίωση της εγκυρότητάς τους και η μετάδοσή τους σε άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι κατευθυντήριες οδηγίες συλλογής δεδομένων, αντανακλούν τη νοσηλευτική θεωρία που εφαρμόζεται στο συγκεκριμένο ίδρυμα. Τα επόμενα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας εξαρτώνται από την πληρότητα και ακρίβεια των συλλεγόμενων δεδομένων. Κατά τη διάρκεια του σταδίου αξιολόγησης της νοσηλευτικής διεργασίας, ο νοσηλευτής προβαίνει στα ακόλουθα:

- Δημιουργεί τη βάση δεδομένων, η οποία περιλαμβάνει το νοσηλευτικό ιστορικό, τη φυσική εξέταση, την ανασκόπηση του φακέλου του ασθενούς και της νοσηλευτικής βιβλιογραφίας και πληροφορίες από τα υποστηρικτικά άτομα και τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας του ασθενούς
- Ενημερώνει συνεχώς τη βάση δεδομένων
- Επιβεβαιώνει την εγκυρότητα των δεδομένων
- Μεταδίδει τα δεδομένα.^{87,86}

Η αξιολόγηση στους ηλικιωμένους περιλαμβάνει τη συνέντευξη αξιολόγησης, μια βιολογική αξιολόγηση, την εξέταση της γνωσιακής κατάστασης και μια εκτίμηση της ψυχολογικής/συναισθηματικής κατάστασης.

Συνέντευξη Αξιολόγησης

Ο μεγάλος αριθμός θεωριών για τη γήρανση και η σύνθετη αλληλεξάρτηση των σωματικών, συναισθηματικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων απαιτούν μια εξατομικευμένη, περιεκτική και πολυδιάστατη

προσέγγιση. Αν είναι εφικτό, μια πολυτομεακή ομαδική προσέγγιση είναι περισσότερο αποτελεσματική στην παροχή αξιόπιστων εντυπώσεων αξιολόγησης, ακριβών διαγνώσεων, και κατάλληλων στρατηγικών παρεμβάσεων.

Η συνέντευξη είναι σημαντική για τη διάκριση μεταξύ σχιζοφρένειας ή άλλων ψυχιατρικών διαταραχών και της φυσιολογικής διαδικασίας γήρανσης. Απαιτεί δεξιότητα, αυξημένη ευαισθησία και τυπικά παίρνει περισσότερο χρόνο με τους γηραιότερους ενήλικες απ' ό,τι με τις άλλες ηλικιακές ομάδες. Η αισθητική απώλεια, η σύγχυση, η ανησυχία, οι διαταραχές της επικοινωνίας, οι πολιτιστικές επιδράσεις, η ντροπή και ο φόβος του στιγματισμού μπορεί να εμποδίσουν την έκφραση των συναισθημάτων στους ηλικιωμένους. Μπορεί να μη συνειδητοποιούν τη συμπεριφορά τους ή να περιμένουν αρνητικές αλλαγές ως ένα φυσιολογικό κομμάτι της γήρανσης. Είναι φυσικό ο νοσηλευτής να ζητήσει εξηγήσεις από την οικογένεια και από άλλα μέλη του προσωπικού προκειμένου να τον βοηθήσουν στη συμπλήρωση πλευρών της κλινικής εικόνας και στην επιβεβαίωση πληροφοριών που παρέχονται από τον ασθενή κατά την ατομική συνέντευξη.

Κατευθυντήριες οδηγίες για τη συνέντευξη με ηλικιωμένους

- Ο νοσηλευτής πρέπει να προσπαθεί να κάνει τη συνέντευξη όσο το δυνατόν πιο ευχάριστη μεταφέροντας μια αίσθηση σεβασμού και ενδιαφέροντος
- Πρέπει να είναι κοντά στον πελάτη, χρησιμοποιώντας το άγγιγμα όταν χρειάζεται
- Πρέπει να είναι ξεκάθαρος ως προς το σκοπό της συνέντευξης και ως προς το χρονικό διάστημα που θα πάρει
- Πρέπει να παρατηρεί τις λεκτικές, τις μη λεκτικές και τις περιβαλλοντικές νύξεις, όπως και τη γνωσιακή και συμπεριφορική κατάσταση του πελάτη
- Πρέπει να επαναλάβει το σκοπό και το χρονικό πλαίσιο της συνέντευξης αν ο ασθενής το ξεχνά.

Βιολογική Αξιολόγηση

Πριν γίνει η τελική διάγνωση ψυχικής υγείας, πρέπει να αποκλειστούν όλες οι σωματικές ασθένειες, οι οποίες μπορούν να παρουσιαστούν με ψυχιατρικά συμπτώματα. Μια ολοκληρωμένη ιατρική και νευρολογική εξέταση είναι απαραίτητη για να εντοπιστούν οι αναστρέψιμες από τις θεραπεύσιμες καταστάσεις. Πολλές εισαγωγές στο τμήμα επειγόντων για σχιζοφρένεια ή άλλα ψυχιατρικά προβλήματα αποδεικνύονται ότι έχουν μια υποκείμενη βιολογική αιτιολογία, όπως είναι η λοίμωξη ή η αφυδάτωση.

Οι αντικειμενικές πληροφορίες αξιολόγησης περιλαμβάνουν τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων, ένα πλήρες ιστορικό, τη φυσική εξέταση, τη λήψη των ζωτικών

σημείων και μια περιγραφή της φυσικής εμφάνισης του ασθενή. Οι βασικές διαγνωστικές εργαστηριακές αναλύσεις περιλαμβάνουν βιοχημικό έλεγχο του αίματος, ηλεκτρολύτες, ανοχή στη γλυκόζη, γενική αίματος (CBC), ανάλυση ούρων, εξέταση θυρεοειδούς, μέτρηση του αζώτου της ουρίας, κρεατινίνη και εξετάσεις λειτουργίας του ήπατος.

Άλλες διαδικασίες σημαντικές για τον αποκλεισμό λοιμώξεων, χωροκατακτητικών βλαβών, τοξικότητας από ναρκωτικά και καρκίνων περιλαμβάνουν την ακτινογραφία θώρακα, την τοξικολογική εξέταση για ναρκωτικά, την αξονική τομογραφία (CT), τον έλεγχο με τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET), το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ), το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) και την οσφυονωτιαία παρακέντηση.

Εξέταση της γνωσιακής κατάστασης

Οι υποκειμενικές πληροφορίες ως προς τη γνωσιακή κατάσταση περιλαμβάνουν τις αντιλήψεις των ίδιων των ηλικιωμένων ασθενών ως προς την ψυχική τους κατάσταση. Ερωτήσεις που μπορούν να γίνουν είναι:

- Πώς είναι η σκέψη σου τον τελευταίο καιρό;
- Η μνήμη σου είναι το ίδιο καλή, όπως παλαιότερα;
- Είσαι ικανός να παρακολουθείς τα φάρμακά σου, τις μέρες της εβδομάδας και τις ώρες των γευμάτων;

Εκτίμηση ψυχολογικής/ συναισθηματικής κατάστασης

Τα αντικειμενικά στοιχεία ως προς την ψυχολογική και τη συναισθηματική κατάσταση απαιτούν τη σύνθεση των εντυπώσεων τόσο από το περιεχόμενο όσο και από τη διαδικασία της συνέντευξης αξιολόγησης και της εξέτασης της ψυχικής κατάστασης. Ο νοσηλευτής πρέπει να αποφεύγει την υπερβολική χρησιμοποίηση της ψυχιατρικής ορολογίας και καλύτερο είναι να δοκιμάζει περιγραφές συνοδευόμενες από παραδείγματα της συμπεριφοράς του ασθενή και άμεσα αποσπάσματα. Η αξιολόγηση του θα πρέπει να περιλαμβάνει, όχι μόνο την παθολογία και τα προβλήματα, αλλά και την υγεία, τις προσαρμοστικές δυνάμεις και τα προσωπικά χαρίσματα.⁴¹

Νοσηλευτική Διάγνωση: NANDA

Όταν μια περιεκτική και πολυδιάστατη αξιολόγηση ολοκληρωθεί, αναγνωρίζονται οι νοσηλευτικές διαγνώσεις της NANDA, οι οποίες στηρίζονται στην ανάλυση δεδομένων για την αναγνώριση των πραγματικών ή δυνητικών προβλημάτων υγείας, των παραγόντων που προκαλούν ή συμβάλλουν στην ανάπτυξη αυτών των προβλημάτων, καθώς και των τρόπων αντιμετώπισης ή των δυνατοτήτων του ασθενούς.

Ο νοσηλευτής στη συνέχεια καθορίζει εάν κάθε πρόβλημα υγείας αντιμετωπίζεται καλύτερα από τη νοσηλευτική ή κάποιον άλλο επιστημονικό κλάδο υγείας. Όταν η ανάλυση των δεδομένων αποκαλύπτει ένα πραγματικό ή δυνητικό πρόβλημα υγείας που μπορεί να προλάβει ή να αντιμετωπίσει η νοσηλευτική παρέμβαση, το πρόβλημα ορίζεται ως νοσηλευτική διάγνωση. Κατά το στάδιο αυτό, ο νοσηλευτής προβαίνει στα ακόλουθα:

- Ερμηνεύει και αναλύει τα δεδομένα του ασθενούς
- Προσδιορίζει τις δυνατότητες και τα προβλήματα υγείας του ασθενούς
- Διατυπώνει και επιβεβαιώνει την εγκυρότητα των νοσηλευτικών διαγνώσεων
- Αναπτύσσει έναν ιεραρχικό κατάλογο νοσηλευτικών διαγνώσεων.⁸⁶

Η νοσηλευτική διάγνωση στους ηλικιωμένους περιγράφεται παρακάτω:

- **Κίνδυνος βίαιης συμπεριφοράς, αυτοκατευθυνόμενη ή προς τους άλλους,** που σχετίζεται με έλλειψη εμπιστοσύνης, άγχος σε επίπεδο πανικού, ψευδαισθήσεις εντολών, παραληρητικές ιδέες, ή αντίληψη του περιβάλλοντος ως απειλητικού.
- **Διαταραγμένη αισθητηριακή αντίληψη,** που σχετίζεται με ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, απόσυρση στον εαυτό ή αντίληψη του περιβάλλοντος ως απειλητικού.
- **Διαταραγμένες διεργασίες της σκέψης,** που σχετίζονται με πιθανούς κληρονομικούς παράγοντες, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή παρερμηνεία του περιβάλλοντος.
- **Άγχος,** που σχετίζεται με την παρερμηνεία του περιβάλλοντος (παραισθήσεις), άγνωστο περιβάλλον, απωθημένο φόβου, ή πολύ έντονο στρεσογόνο γεγονός.
- **Αναποτελεσματική αντιμετώπιση,** που σχετίζεται με αδυναμία εκδήλωσης εμπιστοσύνης, χαμηλή αυτοεκτίμηση ή ανεπαρκές υποστηρικτικό δίκτυο.
- **Αντιμέτωπιση με μηχανισμούς άμυνας,** που σχετίζεται, με δυσκολία αντιλήψεις της πραγματικότητας.
- **Κοινωνική απομόνωση,** που σχετίζεται με την έλλειψη εμπιστοσύνης, παλινδρόμηση σε πρώιμο επίπεδο λειτουργικότητας, παραληρητικές ιδέες ή παρελθούσες εμπειρίες δυσχέρειας στην αλληλεπίδραση με τους άλλους.
- **Διαταραγμένη λεκτική επικοινωνία,** που σχετίζεται με αδυναμία εκδήλωσης εμπιστοσύνης, παλινδρόμηση σε πρώιμο στάδιο ανάπτυξης ή διαταραγμένες διεργασίες σκέψης.
- **Έλλειμμα αυτοφροντίδας,** που σχετίζεται με απόσυρση στον εαυτό, παλινδρόμηση σε πρώιμο στάδιο ανάπτυξης, ή έκπτωση της αντιληπτικής ή γνωστικής λειτουργίας.

- **Διαταραχή ύπνου**, που σχετίζεται με απωθημένους φόβους, ψευδαισθήσεις, ή παραληρητικές ιδέες.
- **Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση**, που σχετίζεται με απόσυρση στον εαυτό, έλλειψη εμπιστοσύνης, περιορισμένες δεξιότητες κοινωνικοποίησης ή χρόνια νόσημα.^{61,41}

2. Αντικειμενικοί Σκοποί

Μετά την κατάρτιση του καταλόγου των αναγκών/προβλημάτων, σειρά προτεραιότητας έχει ο καθορισμός των αντικειμενικών σκοπών που αποτελεί και το δεύτερο στάδιο στον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας. Ο αντικειμενικός σκοπός είναι η περιγραφή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής αποκατάστασης, στην οποία θα φθάσει το άτομο μετά από συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Ο νοσηλευτής πρέπει να ξεκαθαρίσει και να συγκεκριμενοποιήσει, ποιος ακριβώς είναι ο σκοπός και το πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπίσει, έτσι ώστε ο άρρωστος να φτάσει όσο το δυνατόν γρηγορότερα στην αποκατάσταση της υγείας του. Οι αντικειμενικοί σκοποί προκειμένου να λειτουργήσουν σωστά και αποτελεσματικά πρέπει να έχουν τα ακόλουθα:

- Να έχουν ως κέντρο τον ασθενή και τα προβλήματά του
- Να είναι συγκεκριμένοι
- Να μπορούν να μετρηθούν
- Να είναι ρεαλιστικοί, πραγματοποιήσιμοι και προσγειωμένοι
- Να καθορίζονται χρονικά
- Να είναι γραπτοί.^{87,86}

Οι αντικειμενικοί σκοποί στους ηλικιωμένους περιλαμβάνουν τα παρακάτω:

- Βελτίωση των διαταραγμένων διαδικασιών της σκέψης
- Αναγεννημένη ελπίδα και αποδοχή του εαυτού
- Συνέχιση της φροντίδας του εαυτού και της υποστήριξης της υγείας
- Κατάλληλα ρυθμισμένη δραστηριότητα, ανάπαυση και ψυχοκινητική δραστηριότητα
- Ευχαρίστηση από τη λήψη του φαγητού.⁴¹

3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας

Ο προγραμματισμός είναι ο καθορισμός των σκοπών/εκβάσεων από το νοσηλευτή, σε συνεργασία με τον ασθενή, για την πρόληψη, ελάττωση ή επίλυση των προβλημάτων που αναγνωρίστηκαν στις νοσηλευτικές διαγνώσεις. Ακόμη, περιλαμβάνει προσδιορισμό των σχετικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων που έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να βοηθήσουν τον ασθενή στην επίτευξη αυτών των σκοπών. Ένα περιεκτικό σχέδιο φροντίδας αποτελείται από

τη νοσηλευτική βοήθεια, που απαιτείται από τον ασθενή για την ικανοποίηση των ανθρωπίνων αναγκών του και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που υπαγορεύονται από το θεραπευτικό πρόγραμμα. το στάδιο του σχεδιασμού, ο νοσηλευτής προβαίνει στα ακόλουθα:

- Καθορίζει τις προτεραιότητες
- Καταγράφει τους σκοπούς, τις αναμενόμενες εκβάσεις του ασθενούς και αναπτύσσει στρατηγική εκτίμησης των αποτελεσμάτων
- Επιλέγει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις
- Γνωστοποιεί το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας.^{86,87}

Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας στους ηλικιωμένους περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- Πρόληψη της υποτροπής
- Θεραπεία αναμνήσεων και ανασκόπηση της ζωής
- Προσανατολισμός και ενίσχυση της ορθής αντίληψης στην πραγματικότητα
- Παρέμβαση στις παραληρητικές ιδέες
- Ενίσχυση της κοινωνικοποίησης
- Θεραπεία με άσκηση
- Προαγωγή των κοινωνικών δεξιοτήτων και δραστηριοτήτων
- Ομάδες υποστήριξης
- Προαγωγή της κατανόησης και της συμμετοχής της οικογένειας στη φροντίδα
- Ενδυνάμωση της ικανότητας για προσωπική φροντίδα και υγιεινή
- Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.⁴¹

4. Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας

Η εφαρμογή αποτελεί την εκτέλεση του σχεδίου φροντίδας. Περιλαμβάνει όλες τις παρεμβάσεις που διενεργούνται από τους νοσηλευτές για την προαγωγή της ευεξίας, την πρόληψη των ασθενειών, την αποκατάσταση της υγείας και τη διευκόλυνση της αντιμετώπισης των δυσλειτουργιών. Κατά το στάδιο της εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας, ο νοσηλευτής προβαίνει στα ακόλουθα:

- Εκτελεί το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας
- Συνεχίζει τη συλλογή δεδομένων και τροποποιεί το σχέδιο φροντίδας, εάν ενδείκνυται
- Τεκμηριώνει τη φροντίδα.⁸⁶

Σε αυτό το στάδιο εφαρμόζεται στους ηλικιωμένους ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας του προηγούμενου σταδίου.

5. Εκτίμηση Αποτελέσματος

Η εκτίμηση είναι η μέτρηση της έκτασης στην οποία έχουν επιτευχθεί οι σκοποί του ασθενούς. Ο νοσηλευτής και ο ασθενής συνεκτιμούν το βαθμό επίτευξης των σκοπών/εκβάσεων που καθορίστηκαν στο σχέδιο της φροντίδας και προσδιορίζουν τους παράγοντες που επηρέασαν, είτε θετικά είτε αρνητικά, την επίτευξή τους. Η ανταπόκριση του ασθενούς στο σχέδιο καθορίζει εάν η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να συνεχισθεί, να τροποποιηθεί ή να τερματισθεί. Εάν η εκτίμηση υποδεικνύει την ανάγκη τροποποίησης της νοσηλευτικής φροντίδας, τότε η ακρίβεια, η πληρότητα και η σχετικότητα των δεδομένων της αξιολόγησης, καθώς και η καταλληλότητα των διαγνώσεων, των σκοπών και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, χρήζουν επανεξέτασης και τροποποίησης. Κατά το στάδιο της εκτίμησης της νοσηλευτικής διεργασίας, ο νοσηλευτής προβαίνει στα ακόλουθα:

- Εκτιμά την επίτευξη των επιθυμητών σκοπών/εκβάσεων του ασθενούς
- Προσδιορίζει παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχία ή αποτυχία του σχεδίου φροντίδας
- Τροποποιεί το σχέδιο φροντίδας, εάν ενδείκνυται.^{86,87}

Η εκτίμηση του αποτελέσματος στους ηλικιωμένους περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- Επικοινωνία
- Αυτοφροντίδα
- Δραστηριότητες
- Κοινωνική απομόνωση
- Αισθητηριακές και αντιληπτικές διαταραχές
- Διεργασίες της σκέψης
- Συναισθηματικές αντιδράσεις
- Λειτουργικότητα της οικογένειας.⁴¹

11.3. Νοσηλευτική φροντίδα σχιζοφρενών με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας

11.3.1. Περιστατικό (1^ο) σχιζοφρενικού ασθενούς τρίτης ηλικίας

Ιστορικό Ασθενούς

Όνοματεπώνυμο : Γ.Π.
 Φύλο : Θήλυ
 Επάγγελμα : Συνταξιούχος
 Μορφωτικό επίπεδο : Απόφοιτος Δημοτικού
 Οικογενειακή κατάσταση : Άγαμη
 Ηλικία : 70 ετών
 Ημερομηνία εισόδου : 06/03/2015

Αιτία εισόδου: Παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις (ακουστικές), έντονο παραλήρημα (διωκτικού τύπου), επιθετικότητα λεκτική, άρνηση λήψεως φαρμάκου, αυξημένη ψυχοκινητική δραστηριότητα, παραμέληση της προσωπικής εμφάνισης και κοινωνική απομόνωση. Η ασθενής Γ.Π., ηλικίας 70 ετών, εισήλθε στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δαφνί, με εισαγγελική εντολή στις 06/03/2015, συνοδεία αστυνομικού και της αδερφής της, η οποία έκανε και αίτηση στον εισαγγελέα για τον εγκλεισμό της στο νοσοκομείο· όπου και διαγνώσθηκε με χρόνια ψύχωση σχιζοφρενικού τύπου σύμφωνα με ιατρική γνωμάτευση.

Οικογενειακό Ιστορικό

Η αδερφή της ανέφερε ότι η ασθενής πρωτοεμφάνισε συμπτώματα της νόσου όταν ήταν στην ηλικία των 36 ετών όπου και άρχισε να κλείνεται μέσα στο σπίτι και να μην ανοίγει την πόρτα. Σύμφωνα με μαρτυρίες των γειτόνων, υποστηρίζεται ότι πετούσε από το μπαλκόνι διάφορα πράγματα και μέσα στο σπίτι έσπαζε αντικείμενα. Κάθε φορά μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο δεν έπαιρνε τα φάρμακά της με αποτέλεσμα να υποτροπιάζει λέγοντας ότι οι γείτονες την κουράζουν και την προβληματίζουν καθώς και ο άντρας της (η ασθενής δεν είναι παντρεμένη).

Ατομικό Ιστορικό

Η ίδια η ασθενής ανέφερε ότι: «Δεν κοιμάμαι με κλειστά τα μάτια, κοιμάμαι με ανοιχτά. Υποβολικός ψυχοερευνητής είναι ο άντρας μου. Τα χέρια μου γράφουν Χαράλαμπος δεν τα βλέπετε; Έχω κάνει μυστικό γάμο. Δεν σου έδειξα τα λουλούδια μου; Δεν άνοιξα την πόρτα γιατί δεν επιτρεπότανε. Και να μπαίνανε δεν θα με βλέπανε. Δεν είμαι τρελή. Μια τρελή δεν έχει τόση δύναμη να βοηθάει όλο τον κόσμο. Δεν με καταλαβαίνει κανείς. Μόνο ο άντρας

μου με κράτησε στην ζωή. Αυτός είναι ψυχοερευνητής. Όχι δεν θέλω να πάρω τα φάρμακά μου για να κοιμηθώ».

Ιστορικό της νόσου

Η κ. Γ.Π. νοσηλεύτηκε διαδοχικά από 15/12/1981 - 23/06/1984, από 27/09/1985 - 31/07/1986 και από 06/11/1987 - 18/04/1988 με την ίδια συμπτωματολογία. Παράλληλα με την έξοδό της, η ασθενής κάθε φορά διέκοπτε αμέσως τη φαρμακευτική της αγωγή. Ζούσε μόνη της σε δικό της διαμέρισμα και ήταν καλά μέχρι τον Νοέμβριο του 1988 σε ηλικία 43 ετών. Από εκείνη την περίοδο και μετά άρχισε να δημιουργεί προβλήματα. Πιο συγκεκριμένα έλεγε ψέματα, διέβαλε γείτονες στους συζύγους τους, πετούσε ρούχα από το μπαλκόνι και έσπαγε διάφορα αντικείμενα στο σπίτι, μέχρι και το ραδιόφωνο πέταξε από το μπαλκόνι στο πεζοδρόμιο καθώς και εσώρουχα. Επανεισηγήθη με εισαγγελική εντολή κι άλλες φορές όλα αυτά τα χρόνια, η τελευταία όμως ήταν αυτή στις 06/03/2015 συνοδευόμενη από την αδερφή της.

Η κ. Γ.Π. είναι καλά προσανατολισμένη στο χώρο και αναφέρει ότι έχει έρθει για να κάνει «λειτουργήματα» δηλαδή, να κάνει καλό στον κόσμο αλλά και για τον άντρα της, με τον οποίο επικοινωνεί με τη σκέψη της. Μιλάει δυνατά, είναι ταραγμένη και εκφράζει λεκτική επιθετικότητα σε υπόνοια αμφισβήτησης του ρόλου της αναφέροντας ότι: «Έχω γεννηθεί ψυχοερευνήτρια, δεν είμαι ψυχοπαθής, το κτήριο αυτό μου ανήκει και θα φύγω από εδώ μόνο με την αστυνομία». Επιπλέον αναφέρει ότι έχει παντρευτεί τον Καβαλλιεράτο που είναι κι αυτός ψυχοερευνητής και με τον οποίο και έχει παντρευτεί ψυχοερευνητικά με όρκο εξ επαφή και εξ αποστάσεως. Έχει να τον δει από το 1979 (ο Καβαλλιεράτος είναι υπαρκτό πρόσωπο, υπήρξε προϊστάμενός της στο εργοστάσιο που δούλευε), και ότι είχε μαζί του μια σεξουαλική επαφή. Η ασθενής αρνείται να κάνει εξετάσεις αίματος καθώς επίσης και να πάρει τα φάρμακά της.

Η κ. Γ.Π. είναι ένα άτομο ατημέλητο, παρουσιάζει έντονο παραλήρημα μεγαλείου «είμαι ψυχοερευνήτρια και είμαι παντρεμένη με τον Καβαλλιεράτο» (το παραλήρημα αυτό είναι έντονο, πολλά χρόνια και είναι το ίδιο που παρουσίασε και τις προηγούμενες φορές), αλλά και ακουστικές ψευδαισθήσεις. Η ασθενής είναι απομονωμένη, ψυχοκινητικά ανήσυχη και εμφανίζει παραληρητικές ιδέες διωκτικού τύπου «ο γιατρός, μου δηλητηριάζει το φαγητό» και ερωτομανιακές με ιδέες συσχέτισης «περιμένω τον άντρα μου να έρθει να με πάρει».

Αξιολόγηση (ανάγκες, προβλήματα)	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> ● Παραληρητικές ιδέες ● Ψευδαισθήσεις (ακουστικές) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Περιορισμός του προβλήματος, εξάλειψη των συμπτωμάτων. ● Ικανότητα διαχωρισμού του εαυτού της σε σχέση με το περιβάλλον. ● Βελτίωση της αντίληψης. ● Έκφραση λογικών σκέψεων κατά την έξοδο της από το νοσοκομείο. ● Ρύθμιση θεραπευτικής αγωγής, ώστε να εξαιρεθούν τα ψυχωτικά συμπτώματα. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Διακριτική παρακολούθηση της ασθενούς. ● Δημιουργία δεσμού εμπιστοσύνης με το νοσηλεύτη. ● Αφιέρωση χρόνου με σκοπό την ακρόαση και κατανόηση της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Αξιολόγηση του προβλήματος, εντοπισμός πιθανών αιτιών. ● Απομάκρυνση στρεσογόνων παραγόντων. ● Διάθεση χρόνου για επικοινωνία και διδασκαλία. ● Αποφυγή λογομαχιών και αντιπαράθεσων ή γελιοποίησης της ασθενούς. ● Προσανατολισμός της ασθενούς στην πραγματικότητα. ● Επιβράβευση της ασθενούς στην προσπάθεια της να αποβάλει το πρόβλημα. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Έκφραση αισθήματος αυτοϊκανοποίησης. ● Εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό. ● Σταδιακά μείωση έως και εξοφάνιση των συμπτωμάτων. ● Βελτίωση της επικοινωνίας με τους άλλους. ● Έκφραση λογικών σκέψεων και δραστηριοποίηση.

Αξιολόγηση (ανάγκες, προβλήματα)	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> Έντονο παραλήρημα 	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετώπιση παραληρήματος Παροχή βοήθειας για την αντίληψη του εαυτού της στο περιβάλλον. 	<ul style="list-style-type: none"> Δημιουργία άνετου και φιλικού περιβάλλοντος. Συζήτηση με την ασθενή ώστε να διακρίνει την πραγματικότητα και να ελέγχει την παθολογική σκέψη. Χορήγηση αντιψυχωσικών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία. 	<ul style="list-style-type: none"> Πραγματοποίηση συζήτησης μεταξύ νοσηλεύτη και ασθενή σε φιλικό και άνετο περιβάλλον. Χορήγηση 2 amp Alopurinol 5 mg 2x3 μετά σύμφωνα με ιατρική οδηγία. 	<ul style="list-style-type: none"> Το παραλήρημα υποχωρεί σταδιακά. Η ασθενής έχει καλύτερη αντίληψη για τον εαυτό της και για το περιβάλλον της.
<ul style="list-style-type: none"> Επιθετικότητα Λεκτική 	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετώπιση της λεκτικής και σωματικής επιθετικότητας. Διατήρηση του επιπέδου επικοινωνίας σε επίπεδο που να προάγεται ο αυτοέλεγχος. 	<ul style="list-style-type: none"> Παροχή βοήθειας για τον καθησυχασμό της ασθενούς. Προσπάθεια απασχολήσεως της άρρωστης για την εκτόνωσή της. Περιορισμός της άρρωστης στο δωμάτιό της. Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων με ιατρική εντολή. 	<ul style="list-style-type: none"> Προσεκτική ακρόαση της άρρωστης χωρίς διακανονισμούς. Πρόκληση της ασθενούς από τον νοσηλεύτη να παίξουν μαζί κάποιο παιχνίδι, να ζωγραφίσουν και να διαβάσουν κάποιο βιβλίο. Η ασθενής δεν κατάφερε να συγκεντρωθεί στις παραπάνω δραστηριότητες και για το λόγο κρίθηκε σκόπιμος ο περιορισμός της στον θάλαμο του για 15΄. Χορηγήθηκε ηρεμιστικό φάρμακο 1 amp Stedon (i.m.). 	<ul style="list-style-type: none"> Η λεκτική και σωματική επιθετικότητα της ασθενούς παρουσίασε μείωση.

Αξιολόγηση (ανάγκες, προβλήματα)	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Άρνηση λήψεως φαρμάκου 	<ul style="list-style-type: none"> • Λήψη φαρμάκων με σκοπό τη βελτίωση της κατάστασης της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Συζήτηση με την ασθενή. • Χορήγηση φαρμάκων. • Παρατήρηση. 	<ul style="list-style-type: none"> • Συζήτηση με την άρρωστη για τη χρησιμότητα των φαρμάκων. • Ενθάρρυνσή της να λαμβάνει τη φαρμακευτική της αγωγή. • Χορηγήθηκαν τα φάρμακα και παρατηρήθηκε αν η άρρωστη τα έπαιρνε πραγματικά. • Τα φάρμακα τα οποία είχε αρνηθεί να πάρει per os χορηγήθηκαν ενδομυϊκά (i.m.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής άρχισε να λαμβάνει τα φάρμακά της και σταδιακά παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση.
<ul style="list-style-type: none"> • Αυξημένη ψυχοκινητική δραστηριότητα 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση της αυξημένης ψυχοκινητικής δραστηριότητας. • Βοήθεια της ασθενούς να αναπτύξει πιο προσαρμοσμένη συμπεριφορά. 	<ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργία ενός ήσυχου περιβάλλοντος. • Ενθάρρυνση να εκφράζει τα συναισθήματά της. • Σχεδιασμός απασχόλησης της. • Χορήγηση φαρμάκων με την εντολή του ιατρού. 	<ul style="list-style-type: none"> • Συζήτηση με την ασθενή σε έναν ήσυχο χώρο. • Ανταλλαγή απόψεων με τη μορφή διαλόγου σε χαμηλούς τόνους. • Στο πλαίσιο της εργοθεραπείας που εφαρμόζεται στην κλινική, η ασθενής ασχολείται με τη ζωγραφική. • Χορηγήθηκε Alopurinol 20 mg 1x3 για την καταστολή της υπέρμετρης δραστηριότητας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής παρουσίασε σχετική βελτίωση.

Αξιολόγηση (ανάγκες, προβλήματα)	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> ● Παραμέληση της προσωπικής εμφάνισης 	<ul style="list-style-type: none"> ● Εκμάθηση απλών συνηθειών υγιεινής και φροντίδας στην ασθενή από το ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ενθάρρυνση και παροχή βοήθειας στην ασθενή έτσι ώστε να ασχοληθεί με την ατομική της υγιεινή και την περιποίηση της εμφάνισής της. ● Προγραμματισμός της ατομικής της φροντίδας σε τακτά χρονικά διαστήματα με σκοπό να αποκτήσει τη συνήθεια αυτή. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ενθάρρυνση η ασθενής να περπατήσει τον εαυτό της και σιγά σιγά να έχει εκείνη την πλήρη ευθύνη της επιμέλειάς της. ● Χρήση επαινετικών σχολίων όταν εμφανίζεται καθαρή για την εμπέδωση των υγιεινών συνθηκών. ● Τονίζονται με προσοχή και ευγένεια τα καλά στοιχεία που έχει ο εαυτός της να αποδείξει. ● Εφαρμογή ψυχοθεραπείας για την άρνηση του αιτίου που παραμέληση του εαυτού της. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Η ασθενής παρακολουθείται συνεχώς και ελέγχεται η πρόοδος της . Αν δεν καταγραφεί καμία πρόοδος τότε υπάρχει προβληματισμός μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας και πραγματοποιείται έλεγχος της διανοητικής κατάστασης της ασθενή για τυχόν νοηματικές ανωμαλίες που δεν ελήφθησαν υπόψη.

Αξιολόγηση (ανάγκες, προβλήματα)	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> Κοινωνική απομόνωση 	<ul style="list-style-type: none"> Συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες με άλλους στο τμήμα, ασκήσεις, χειροτεχνίες και περιπάτους. Εκφράζει ευχαρίστηση από κοινωνικές συζητήσεις και απασχολήσεις. Διαθέτει τον περισσότερο χρόνο έξω από το δωμάτιο μαζί με τους άλλους στο περιβάλλον. 	<ul style="list-style-type: none"> Αξιολόγηση της έκτασης της θεληματικής απομόνωσης. Προγραμματισμός κάθε ημέρας με καθορισμένες ώρες για σύντομες επικοινωνίες και δραστηριότητες με την άρρωστη. Εξακρίβωση των σημειωμάτων για την άρρωστη προσώπων που μπορούν να την υποστηρίξουν (π.χ. η αδερφή της ή κάποιος άλλος δικός της άνθρωπος). 	<ul style="list-style-type: none"> Διάθεση λίγης ώρας και πολλές φορές την ημέρα με την ασθενή και ενδιαφέρουσα επικοινωνία μαζί της και όχι προκλητική και απαιτητική. Σταδιακή προώθηση της ασθενούς σε δραστηριότητες ανάλογες με το επίπεδο ανοχής και τη διανοητική και ψυχολογική της λειτουργικότητα. Παρότρυνση της ασθενούς να πλησιάζει τους άλλους αρρώστους με τους οποίους μπορεί να συναναστραφεί. Έπαινος όταν προσπαθεί να συναναστραφεί με άλλα άτομα. 	<ul style="list-style-type: none"> Η άρρωστη εκφράζει αισθήματα εμπιστοσύνης προς το νοσηλευτή και αναζητά τις συμβουλές του. Συμμετέχει σε ομαδικές συζητήσεις εκφράζοντας τις απόψεις της. Συνάπτει σχέσεις φιλίας με κάποιους από τους ασθενείς. Συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες. Περνά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας της μαζί με τους υπόλοιπους ασθενείς. Νιώθει ικανοποίηση με τον εαυτό της στις κοινωνικές επαφές της. Εκφράζει αισθήματα αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης.

11.3.2. Περιστατικό (2^ο) σχιζοφρενικού ασθενούς τρίτης ηλικίας

Ιστορικό Ασθενούς

Όνοματεπώνυμο : Α.Κ.
Φύλο : Άρρεν
Επάγγελμα : Συνταξιούχος
Μορφωτικό επίπεδο : Πανεπιστημιακό
Οικογενειακή κατάσταση : Άγαμος
Ηλικία : 63 ετών
Ημερομηνία εισόδου : 13/05/2015

Αιτία εισόδου: Παραλήρημα μεγαλείου, επιθετική συμπεριφορά, ανησυχία - υπερδιέγερση, ελλειμματική αυτοφροντίδα και ψευδαισθήσεις (ακουστικές).

Ο ασθενής Α.Κ., ηλικίας 63 ετών, εισήλθε στην Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου Αθηνών, με εισαγγελική εντολή στις 13/05/2015 όπου και διαγνώσθηκε με σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου κατόπιν ιατρικής γνωμάτευσης.

Ο κ. Α.Κ. πρωτοεμφάνισε συμπτώματα της νόσου όταν ήταν ακόμα φοιτητής στην ηλικία των 23 ετών. Ήταν πολύ ανήσυχος, η συμπεριφορά του ήταν πολύ αλλόκοτη, έφευγε συχνά από το σπίτι και παρουσίαζε παραληρητικές ιδέες.

Λόγω αυτής της συμπεριφοράς η οποία επαναλαμβανόταν συνεχώς η οικογένειά του τον συμβούλεψε να επισκεφθεί έναν ψυχίατρο. Στην αρχή ήταν αρκετά αρνητικός επιμένοντας ότι είναι μια χαρά. Μετά από κάποια χρόνια στην ηλικία των 27 ετών βλέποντας ότι η κατάσταση του χειροτερεύει μέρα με τη μέρα και κατόπιν πίεσης από τους δικούς του ανθρώπους αποφάσισε να επισκεφτεί έναν ψυχίατρο, ο οποίος έκρινε απαραίτητη την νοσηλεία του και την παραμονή του για κάποιο χρονικό διάστημα σε ψυχιατρική κλινική. Όταν βγήκε από την κλινική συνέχισε τη φαρμακευτική του αγωγή και στο σπίτι. Η κατάσταση του είχε πολύ καλή εξέλιξη και παρουσίασε μεγάλη βελτίωση. Κάποια στιγμή κατάφερε να τελειώσει και τις σπουδές του και ξεκίνησε να εργάζεται έχοντας εξαιρετικές επιδόσεις στη εργασία του.

Στην ηλικία των 34 ετών γνώρισε μια γυναίκα με την οποία και δημιούργησε σχέση. Ο κ. Α.Κ. ένιωθε πολύ όμορφα, χαρούμενος και γεμάτος αισιοδοξία γι' αυτό και πήρε την απόφαση να διακόψει τη φαρμακευτική του αγωγή.

Μετά από αυτό το γεγονός ξεκίνησαν διάφορα προβλήματα με την γυναίκα αυτή η οποία και απομακρύνθηκε. Ο κ. Α.Κ. ήταν τόσο απογοητευμένος και είχε τόσο μεγάλη οργή μέσα

του που δεν την άφηνε σε ησυχία και έφτασε στο σημείο να της κάνει κακό με κάθε τρόπο ακόμη και ασκώντας βία επάνω της. Η αστυνομία τον συνέλαβε και από εκεί οδηγήθηκε σε ψυχιατρική κλινική από όπου και βγήκε όταν βελτιώθηκε. Παρόλο που πέρασαν πολλά χρόνια από εκείνο το γεγονός, εκείνη τη γυναίκα δεν την ξεπέρασε ποτέ και συνεχίζει να έχει την ίδια άσχημη συμπεριφορά μέχρι τα 63 του χρόνια που τον συνέλαβαν και πάλι να επιτίθεται σε κάποια νεαρή κοπέλα που την είχε ταυτίσει με εκείνη πριν από χρόνια.

Αξιολόγηση (ανάγκες, προβλήματα)	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> ● Παραλήρημα Μεγαλείου 	<ul style="list-style-type: none"> ● Αντιμετώπιση του παραληρήματος. ● Βοήθεια για την αντίληψη του εαυτού του στο περιβάλλον. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ακρόαση και συζήτηση με τον άρρωστο έτσι ώστε να διακρίνει την πραγματικότητα και να ελέγχει την παθολογική σκέψη του. ● Δημιουργία άνετου και φιλικού περιβάλλοντος. ● Χορήγηση αντιψυχωσικών φαρμάκων σύμφωνα με την ιατρική εντολή. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ο νοσηλευτής δεν διέκρινε τον ασθενή, ωστόσο προσπάθησε να αλλάξει θέμα συζήτησης, όταν ο ασθενής υποστήριξε πως ήταν ο Αϊνστάιν. ● Το περιβάλλον ήταν πολύ ζεστό με καλές συνθήκες επικοινωνίας. ● Χορηγήθηκαν 20 drops Alopurinol 10 mg για την καταστολή της διέγερσης. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Το παραλήρημα του ασθενούς συνεχίστηκε για δύο περίπου ώρες έως ότου υποχώρησε εντελώς. ● Ο ασθενής έχει καλύτερη αντίληψη για τον εαυτό του και για το περιβάλλον του.

Αξιολόγηση (ανάγκες, προβλήματα)	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> ● Επιθετικότητα ● Λεκτική και Σωματική 	<ul style="list-style-type: none"> ● Αντιμετώπιση της λεκτικής και σωματικής επιθετικότητας. ● Διατήρηση του επιπέδου επικοινωνίας σε επίπεδο που να προάγεται ο αυτοέλεγχος. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Παροχή βοήθειας για τον καθησυχασμό του ασθενούς. ● Προσπάθεια απασχολήσεως του αρρώστου για την εκτόνωσή του. ● Περιορισμός του αρρώστου στο δωμάτιό του. ● Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων με ιατρική εντολή. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Προσεκτική ακρόαση του αρρώστου χωρίς διακανονισμούς. ● Πρόκληση του ασθενούς από τον νοσηλευτή να παίξουν μαζί κάποιο παιχνίδι, να ζωγραφίσουν και να διαβάσουν κάποιο βιβλίο. ● Ο ασθενής δεν κατάφερε να συγκεντρωθεί στις παραπάνω δραστηριότητες και για το λόγο κρίθηκε σκόπιμος ο περιορισμός του στον θάλαμο του για 15'. ● Χορηγήθηκε ηρεμιστικό φάρμακο 1 amp Stedon (i.m.). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Η λεκτική και σωματική επιθετικότητα του ασθενούς παρουσίασε μείωση.

Αξιολόγηση (ανάγκες, προβλήματα)	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Ανησυχία - Υπερδιέγερση 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση και αντιμετώπιση της ανησυχίας. • Μείωση και αντιμετώπισης της υπερδιέγερσης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Συζήτηση με τον άρρωστο – επικοινωνία.. • Χορήγηση φαρμάκων με ιατρική εντολή. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενθάρρυνση ο ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματα, της σκέψεις του και τα προβλήματα του. • Κατανόηση της συμπεριφοράς του και διαβεβαίωση ότι όλο το προσωπικό ενδιαφέρεται για το καλό του. • Χορηγήθηκε 1 amp Stedon ενδομυϊκά (i.m.) κατόπιν ιατρικής εντολής. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής παρακολουθείται μέχρι να ηρεμώσει. • Σταδιακά παρατηρείται κατευνασμός της υπερδιέγερσης.
<ul style="list-style-type: none"> • Ελλειμματική αυτοφροντίδα 	<ul style="list-style-type: none"> • Διατήρηση ή όσο το δυνατόν γίνεται αύξηση των δεξιοτήτων υγιεινής – καθαριότητας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρότρυνση του ασθενούς να προσέχει και να φροντίζει τον εαυτό του. • Φροντίδα για ενίσχυση της ανεξαρτησίας του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξασφάλιση εύκολης πρόσβασης του σε ρούχα, καλλυντικά, καθρέφτη, νερό κ.α. και κάλυψη και άλλων αναγκών. • Δημιουργία μιας ομάδας με σκοπό τη βελτίωση στην περιποίηση – ντύσιμο. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής παρουσίασε σημάδια βελτίωσης στην εικόνα του. • Πλέον ολοκληρώνει μόνος του τις δραστηριότητες που αφορούν την περιποίηση του.

Αξιολόγηση (ανάγκες, προβλήματα)	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> ● Ψευδαισθήσεις (ακουστικές) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Περιορισμός του προβλήματος, εξάλειψη των συμπτωμάτων. ● Ικανότητα διαχωρισμού του εαυτού του σε σχέση με το περιβάλλον. ● Βελτίωση της αντίληψης. ● Έκφραση λογικών σκέψεων κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο. ● Ρύθμιση θεραπευτικής αγωγής, ώστε να εξαλειφθούν τα ψυχωτικά συμπτώματα. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Διακριτική παρακολούθηση του ασθενούς. ● Δημιουργία δεσμού εμπιστοσύνης με το νοσηλεύτη. ● Αφιέρωση χρόνου με σκοπό την ακρόαση και κατανόηση του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Αξιολόγηση του προβλήματος, εντοπισμός πιθανών αιτιών. ● Απομάκρυνση στρεσογόνων παραγόντων. ● Διάθεση χρόνου για επικοινωνία και διδασκαλία. ● Αποφυγή λογομαχιών και αντιπαράθεσεων ή γελιοποίησης του ασθενούς. ● Προσανατολισμός του ασθενούς στην πραγματικότητα. ● Επιβράβευση του ασθενούς στην προσπάθεια του να αποβάλει το πρόβλημα. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Έκφραση αισθήματος αυτοϊκανοποίησης. ● Εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό. ● Σταδιακά μείωση έως και εξαφάνιση των συμπτωμάτων. ● Βελτίωση της επικοινωνίας με τους άλλους. ● Έκφραση λογικών σκέψεων και δραστηριοποίηση.

Αξιολόγηση (ανάγκες, προβλήματα)	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Άρνηση λήψεως τροφής 	<ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργία θετικής στάσης για την διατροφή. 	<ul style="list-style-type: none"> • Συζήτηση με τον ασθενή για τους λόγους άρνησης της σίτισης. • Δημιουργία ευχάριστου περιβάλλοντος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξήγηση στον ασθενή ότι πρέπει να τρέφεται καλά γιατί είναι θέμα υγείας. • Πρόσκληση του ασθενή από τον νοσηλευτή να πάει στην τραπεζαρία κι ας μην φάει. Τα φαγητά ήταν καλά ετοιμασμένα και σεβρισμένα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής άρχισε να δοκιμάζει μόνο κάποια φαγητά...
<ul style="list-style-type: none"> • Ξηροστομία 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση ξηροστομίας. • Ανακούφιση στοματικής κοιλότητας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Πλύση στοματικής κοιλότητας. • Λήψη άφθονων υγρών. 	<ul style="list-style-type: none"> • Συμβουλή και προτροπή του ασθενούς να πλένει το στόμα του με Hexalloy και νερό. • Ενθάρρυνση του να βουρτσίζει τα δόντια του μετά από κάθε γεύμα. • Παρότρυνσή του να πίνει πολλά υγρά για να ενυδατώνεται συνεχώς η στοματική του κοιλότητα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής ανακουφίστηκε από την ξηροστομία...

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η σχιζοφρένεια ως ψυχωσική διαταραχή, αποτελεί ένα ευρύ φάσμα και βρίσκεται στο επίκεντρο πλειάδας ερευνών και μελετών από πολλούς επιστήμονες και έχει τόσες πολλές διαστάσεις που καθιστά αδύνατη την εξάντληση του συγκεκριμένου θέματος. Παρόλα αυτά στην παρούσα πτυχιακή εργασία διεξήχθη μια όσο το δυνατόν καλύτερη προσέγγιση και εκτενής ανάλυση του προβλήματος της σχιζοφρένειας.

Η εκδήλωση της νόσου στην τρίτη ηλικία είναι πολύ σπάνια (ειδικά όταν πρόκειται για την πρωτοεμφάνιση της πάθησης σε τόσο μεγάλη ηλικία). Συνήθως η μόνη περίπτωση να εκδηλωθεί στους ηλικιωμένους είναι όταν πρωτοεμφανίζεται στη νεαρή τους ηλικία και πάσχουν όλη τους τη ζωή από αυτήν. Επιπλέον, μια από τις βασικές διαφορές που την κάνουν να ξεχωρίζει από την εμφάνιση της νόσου σε νεότερες ηλικίες είναι ότι στην τρίτη ηλικία εκδηλώνονται τις περισσότερες φορές ήπια και υπολειμματικά συμπτώματα και δεν υπάρχει αυτή η έντονη έξαρση στη συμπτωματολογία που συναντάται στις μικρές ηλικίες. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στη σχιζοφρένεια στην ηλικία αυτή καθώς ταυτίζεται και έχει την ίδια αντιμετώπιση με την άνοια.

Το σπουδαιότερο σε αυτή τη νόσο και που θα άξιζε να αποκομίσει κανείς είναι πως με τη γνώση και την έγκαιρη διάγνωση ο ασθενής μπορεί να μην υποτροπιάσει, με την προϋπόθεση να λαμβάνει την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή, η οποία συνιστά τον συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής με ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να ελέγξει τα συμπτώματά του και να τα διατηρεί σε ένα σταθερό επίπεδο (πριν προλάβουν και καταστραφούν όλες οι εγκεφαλικές του λειτουργίες), για να μπορέσει να έχει μια σχετικά καλή ζωή και κυρίως να μπορεί να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του. Επίσης σημαντικό είναι όταν ο ασθενής πρωτοδιαγνωσθεί με σχιζοφρένεια να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα και να μάθει να ζει με την πάθηση του οργανώνοντας τη ζωή του σύμφωνα με αυτήν.

Στη σημερινή κοινωνία δυστυχώς οι περισσότεροι άνθρωποι αγνοούν την ύπαρξη της συγκεκριμένης ασθένειας. Έτσι μπορεί να προκύψουν περιστατικά στο οικογενειακό περιβάλλον του καθενός και να μην γνωρίζει ότι είναι η σχιζοφρένεια αλλά και πώς να την αντιμετωπίσει. Γι' αυτό το λόγο και λαμβάνοντας υπόψη ότι αυτή είναι μια νόσος η οποία δεν θεραπεύεται, σύμφωνα με τα τωρινά δεδομένα, θα ήταν σκόπιμο η κοινωνία να προχωρήσει στη λήψη μέτρων, όπως η ενημέρωση των πολιτών, πασχόντων και μη, μέσω διαφόρων προγραμμάτων και σεμιναρίων με σκοπό την πληροφόρηση και την κινητοποίησή τους, ώστε να λειτουργήσει θετικά στην πρόληψη και αποφυγή καταστάσεων που τυγχάνουν αυτής της ασθένειας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γιάννης Γ. Αυγουστάτος. *Ψυχώσεις: ορισμός, μορφές και διαγνωστικά κριτήρια*, <http://www.psycosynthesis.blogspot.gr/2008/07/blog-post.html> (accessed 10 Ιανουαρίου 2015).
2. T. Lempriere - A. Feline & Συνεργάτες, *Α΄ Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων*, Β΄ Τόμος, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1995.
3. Kaplan & Sadock's, Sadock, B, Sadock V., *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*, 4^η Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2007.
4. Μάνου Ν., *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, University Studio Press Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1997.
5. Μπεζεβέγκης Η., *Εξελικτική Ψυχοπαθολογία*, Τόμος Α΄, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1989.
6. Γ.Ν. Χριστοδούλου και Συνεργάτες., *Ψυχιατρική*, Πρώτος Τόμος, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα 2002.
7. Μαδιανός Μ., *Κλινική Ψυχιατρική*, 3^η Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2003.
8. Kaplan and Sadock's, Benjamin J. Sadock's, MD, Virginia, Alcott Sadock, MD, *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*, Ιατρικές Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 2004.
9. Henry A. Nasrallah, MD – Dondd Jsmeitler MA, *Ο Ασθενής με Σχιζοφρένεια*, Εκδόσεις Βαγιονάκη, Αθήνα 2005.
10. Harold I. Kaplan M.D, Benjamin J. Sadock, M.D, Jack A. Grebb, M.D., *Ψυχιατρική*, 7th Edition, Τόμος Β΄, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2000.
11. Νικηφόρος Β. Αγγελόπουλος, *Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία -Μια Σύγχρονη Ψυχιατρική*, Τόμος Β΄, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 2009.
12. Donald W. Black M.D., Nancy C. Andreasen, M.D., Ph.D., *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*, 5^η Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 2015.
13. Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Ι.Α. Λιάππας, Ε. Λύκουρας, *Σύγχρονη Ψυχιατρική*, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 2013.
14. Χαράλαμπος Πίσχος. *Παγκόσμια Ημέρα Ψυχικής Υγείας: "Ζώντας με τη σχιζοφρένεια"*, <http://www.psychologynow.gr/psychopathologia/pagkosmia-imerapsyhikis-ygeias-2014-zontas-me-ti-shizofrenia> (accessed 18/02/2015).
15. *Σχιζοφρένεια*, <http://www.iatroi.gr/index.php/el/asthenies1/s/sxizofrenia> (accessed 19/02/2015).

16. Σχιζοφρένεια: Πότε αρχίζει και ποια είναι τα προειδοποιητικά σημεία;
<http://www.medlook.net/Ψυχικές-παθήσεις-Αιτίες-συμπτώματα-και-θεραπεία/1454.html>
(accessed 19/02/2015).
17. Δημήτρης Κουντούρης. Σχιζοφρένεια και Αυτοκτονία,
http://www.depression-nevrosis.blogspot.gr/2010/12/blog-post_06.html (accessed 19/02/2015).
18. Kaplan H, Sadock B, *Schizophrenia and Other Psychotic Disorders*. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2005
19. Kaplan H, Sadock B, Grebb J, *Ψυχιατρική*, 7^η Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2000.
20. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-V, 5th Edition, DC: APA, Arlington, VA 2013.
21. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV-TR, 4th Edition, DC: APA, Arlington, VA 2000.
22. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, 10th Revision, 2th Edition, World Health Organization, Geneva 2009.
23. John M. Grohol. *DSM-5 Changes: Schizophrenia & Psychotic Disorders*,
<http://www.pro.psychcentral.com/dsm-5-changes-schizophrenia-psychotic-disorders/004336.html>. (accessed 15/02/2015).
24. Rainer Tolle, Klaus Windgassen, *Ψυχιατρική και Ψυχοθεραπεία*, 13^η Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιανού, Αθήνα 2005.
25. Thomas D. *Gene - environment - wide association studies: emerging approaches*. Nature Rev. Genet. 2010 vol 11 p.p. 259-272.
26. Van Os J, Kenis G, Rutten BP. *The Environment and Schizophrenia*. Nature. 2010; 468: 203-212.
27. Wichers M. et al. *Mechanisms of gene-environment interactions in depression: evidence that genes potentiate multiple sources of adversity*. Psychol. Med. 2009; 39: 1077-1086.
28. Alaerts M, Del-Favero J. *Searching genetic risk factors for schizophrenia and bipolar disorder: Learn from the Past and Back to the Future*. Hum Mutat. 2009; 30:1139-1152.
29. Χρήστος Βενέτης. *Ποιοί παράγοντες ευθύνονται για την ανάπτυξη σχιζοφρένειας;*
http://www.venetismd.blogspot.gr/2013/07/blog-post_25.html (accessed 25/02/2015).
30. Άννα Χριστοπούλου, *Εισαγωγή στην Ψυχοπαθολογία του Ενήλικα*, Εκδόσεις "Τόπος", Αθήνα 2008.
31. Paul Bennett, *Κλινική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία*, Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα 2010.

32. Nicodemus KK, Marenco S, Batten AJ. et al. *Serious obstetric complications interact with hypoxia - regulated/vascular - expression genes to influence Schizophrenia risk*. Mol Psychiatry. 2008; 13: 873-877.
33. O' Donovan MC, Craddock NJ, Owen MJ, *Genetics of psychosis; insights from views across the genome*. Hum Genet. 2009; 126 (1): 3-12.
34. Σολδάτος Κ., Λύκουρας Λ., *Σύγκραμα Ψυχιατρικής*, Τόμος Α', Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006.
35. Ευέλπης Κατσαντώνης. *Σχιζοφρένεια Αίτια*,
<http://www.katsantonisv.com/sigmachiiozetaomicronphirho94Inuepsiloniotaalpha-alpha943tauiotaalpha.html> (accessed 25/02/2015).
36. Alves Fda S, Figue M, Vamelsvoort T, Veltman D, de Haan L, *The revised dopamine hypothesis of schizophrenia: evidence from pharmacological MRI Studies with atypical antipsychotic medication*. Psychopharmacol Bull. 2008; 41 (1): 121-132.
37. Stone JM, Morrison PD, Pillowsky LS. *Glutamate and dopamine dysregulation in schizophrenia: a synthesis and selective review*. J Psychopharm. 2007; 21 (4): 440-452.
38. *Νέα ανακάλυψη παρέχει ενδείξεις για τα αίτια της σχιζοφρένειας*,
<http://www.medinova.gr/moriaki-anakalipsi-parexei-endeixeis-gia-aitia-sxizofreneias/> (accessed 02/03/2015).
39. Fatemi SH, Folsom TD. *The Neurodevelopmental Hypothesis of Schizophrenia, Revisited*. Schizophr Bull. 2009 p.p. 528-548.
40. Powell S. *Models of Neurodevelopmental Abnormalities in Schizophrenia*. Current Topics in Behavioral Neurosciences, 2010 vol 4 p.p. 435-481.
41. Carol Ren Kneisl, Holly Skodol Wilson, Eileen Trigoboff, *Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Ίων Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2009.
42. J-E Strand, H Nybaek. *Το κάπνισμα στη σχιζοφρένεια: μια μελέτη της συγκέντρωσης της νικοτίνης στο σίελο ασθενών και ομάδας έλεγχου*. Βιολογική Ψυχιατρική & Νευρολογία 2005; 20(50-54).
43. *Γιατί τόσοι πολλοί σχιζοφρενείς καπνίζουν;*
<http://www.g.elobot.co.uk/schizofreneia/giati-tosoi-polloi-schizofreneias-Kapnou> (accessed 23/02/2015).
44. *Marijuana / Cannabis and Schizophrenia*,
<http://www.schizophrenia.com/prevention/streetdrugs.html> (accessed 23/02/2015).
45. Στυλιανός Μονέζης. *Σχιζοφρένεια*,
<http://www.stelios-monezis.gr/disorders/schizophrenia.html> (accessed 23/02/2015).

46. Σοφία Κοσμίδου. *Αίτια σχιζοφρένειας*,
<http://www.e-psychology.gr/psychosis/106- -,html> (accessed 23/02/2015).
47. *Schizophrenia Causes*,
<http://www.news-medical.net/health/Schizophrenia-Causes.aspx> (accessed 23/02/2015).
48. Beck T.A., Grant P., Rector N.A., Stolar N, *Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy*, Εκδόσεις Guilford Press, 2008.
49. Ευέλπης Κατσαντώνης. *Σχιζοφρένεια Μηχανισμοί*,
<http://www.katsantonisv.com/sigmachiitazetaomicronphirho941nuepsiloniotaalpha-muetachialphanuiotasigmamuomicron943.html> (accessed 01/03/2015).
50. Feng CM1, Narayana S, Lancaster JL, Jerabek PA, et al. *CBF changes during brain activation: fMRI vs. PET*. 2004; 22(443-6).
51. Boos HB, Aleman A. Cahn W. Hulshoff Pol H, Kahn RS, *Brain volumes in relatives of patients with Schizophrenia: a meta - analysis*. Arch Gen Psychiatry.2007; 64: 297-304.
52. Fornito A, ZaleskyA, Pantelis C, Bull more ET. *Schizophrenia, neuroimaging and connectomics*. Neuroimage. 2012; 62: 2296-2314.
53. Bloemen OJ, de Koning MB, Schmitz N, Nieman DH, Becker HE, de Haan L. *White - matter markers for psychosis in a prospective ultra - high - risk cohort*. Psychol. Med. 2010; 40: 1297-1304.
54. Rasser PE, Schall U, Peck G, Cohen M, Johnston P, Khoo K, et al. *Cerebellar grey matter deficits in first – episode schizophrenia mapped using cortical pattern matching*. Neuroimage 2010; 53: 1175-1180.
55. Dieni S, Rees S. *Dendritic morphology is altered in hippocampal neurons following prenatal compromise*. J. Neurobiol. 2003; 55: 41-52.
56. Mc Gowan S, Lawrence AD, Sales T, Queded D, Grasby P. *Presynaptic dopaminergic dysfunction in schizophrenia: a positron emission tomography [18 F] fluorodopa study*. Arch. Gen. Psychiatry. 2004; 61 (2): 134-142.
57. Δημήτρης Γούσης. *Σχιζοφρένεια*
<http://www.dgousis.gr/διαταραχές/σχιζοφρένεια/> (accessed 20/04/2015).
58. Βιλαέτη Αγάπη, Μοσχονάς Δημήτρης . *Σχιζοφρένεια*,
<http://www.iatropedia.gr/medical/malady/292> (accessed 20/04/2015).
59. *Σχιζοφρένεια και Άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές*,
<http://www.psychologia.gr/disorders/schizophrenia.htm> (accessed 20/04/2015).
60. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. «*Schizophrenia, "Just the Facts": what we know in 2008 part 1: overview*», Schizophrenia Research 100 (1-3): 4-19.

61. Mary Ann Hogan, *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις*, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2012.
62. Glen O. Gabbard MD., *Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική Στην Κλινική Πράξη*, 3^η Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006.
63. Andrew R Getzefeld., *Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας*, Εκδόσεις Gotsis, Αθήνα 2009.
64. Θεodorής Δασκαλόπουλος. *Τα αντιψυχωσικά φάρμακα στην Ψυχιατρική*, <http://psi-gr.tripod.com/antipsyco.html> (accessed 20/04/2015).
65. Kingdon David G., Douglas Turkington, «Γνωστική Θεραπεία της Σχιζοφρένειας», Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 2011.
66. Barry SJE, Gaughan TM, Hunter R, «Schizophrenia» BMJ Clinical Evidence 2012.
67. Θεodorής Δασκαλόπουλος. *INVEGA - paliperidone – παλιπεριδόνη*, <http://psi-gr.tripod.com/drugs/paliperidone.htm> (accessed 20/04/2015).
68. Βασίλης Γιαννακόπουλος. *Αντικαταθλιπτικά*, <http://www.truepsychotherapy.gr/αντικαταθλιπτικά/> (accessed 22/04/2015).
69. Ηλίας Α. Γραμματικόπουλος. *Σταθεροποιητές της Διάθεσης*, <http://www.i-grammatikopoulos.gr/uphresies/psuxofarmakologia/item/33-statheropoihtes-diathesis.html> (accessed 22/04/2015)
70. Βασίλης Γιαννακόπουλος. *Κατάλογος Ψυχοφαρμάκων*, <http://www.truepsychotherapy.gr/κατάλογος-ψυχοφαρμάκων/> (accessed 22/04/2015).
71. Εμμανουήλ Πολυζόπουλος. *Θεραπεία με ηλεκτροσόκ: Η επιστημονική αλήθεια και οι Μύθοι*, <http://www.iatropedia.gr/articles/read/3984> (accessed 13/04/2015).
72. Κωνσταντίνος Ευθυμίου. *Απαντήσεις σε μερικές συνηθισμένες ερωτήσεις γύρω από την γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία*. Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, <http://www.ibrt.gr/edu/node/87> (accessed 24/04/2015).
73. *Διαταραχές στην Τρίτη Ηλικία*, http://www.healthtimes.gr/pathiseis/181/Diataraches_Stin_Triti_Hlikia (accessed 25/02/2015).
74. Ευάγγελος Γ. Παπαγεωργίου, *Ψυχιατρική*, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιανού, Αθήνα 2004.
75. Ιωάννης Τολιόπουλος. *Η Φυσιολογία της Γήρανσης, Βιολογικοί Δείκτες και Τρόποι Μείωσης της Βιολογικής Ηλικία*, <http://www.greenmed.gr/arthra/i-fysiologia-tis-giransis-viologikoi-deiktes-ke-tropi-meiosis-tis-viologikis-ilikias.html> (accessed 25/02/2015).
76. Sally J. Redfern – Fiona M. Ross, *Νοσηλευτική Φροντίδα Ηλικιωμένων*, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2011.

77. Χρήστος Β. Μπαμπάτσικος. *Εξελικτικές θεωρίες της γήρανσης*, <http://www.blogs.sch.gr/bampatsiko/γήρανση-και-μακροζωία/θεωρίες-γήρανσης/εξελικτικές-θεωρίες-της-γήρανσης/> (accessed 25/02/2015).
78. Σπύρος Καλημέρης. *Ψυχωτικές εκδηλώσεις στην τρίτη ηλικία*, <http://www.blog.doctoranytime.gr/psychwtikes-ekdilwseis-triti-ilikia/> (accessed 25/02/2015).
79. Michael C. Celder, Juan J. Lopez - Ibor, Nancy Andreasen, *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Έκδοση III, Αθήνα 2008.
80. Λ. Λύκουρας, Α. Πολίτης, Ρ. Γουρνέλλης, Α. Μαϊλλης, *Στοιχεία Ψυχογηριατρικής*, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα 2011.
81. Β.Π. Κονταξάκης, Μ.Ι. Χαβάκη - Κονταξάκη, Γ.Ν. Χριστοδούλου, *Προληπτική Ψυχιατρική & Ψυχική Υγιεινή*, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις Μονοπρόσωπη ΕΠΕ, Αθήνα 2005.
82. Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, *Διασυνδεδετική Ψυχιατρική*, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα 2009.
83. Αλεξάνδρα Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, *Ψυχική Υγεία & Νοσηλευτική Επιστήμη - Σύγχρονες Τάσεις*, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα 2012.
84. Αφροδίτη Χρ. Ραγιά, *Νοσηλευτική, Ψυχικής Υγείας – Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, 7^η Βελτιωμένη Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 2009.
85. *Νοσηλευτικό Πρωτόκολλο / Σχέδιο Φροντίδας Ασθενούς*, http://nursingprotocols.gr/?page_id=279 (accessed 26/05/2015).
86. Carol Taylor, Carol Lillis, Priscilla Le Mone, *Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής – Η Επιστήμη & η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας*, Τόμος I, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2002, 2010.
87. *Κοινοτικός Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας: Ρόλοι και Αρμοδιότητες*, <https://kinitimonada.wordpress.com/2010/11/29/%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CE%BF%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%AE%CF%82%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1/> (accessed 26/05/2015).