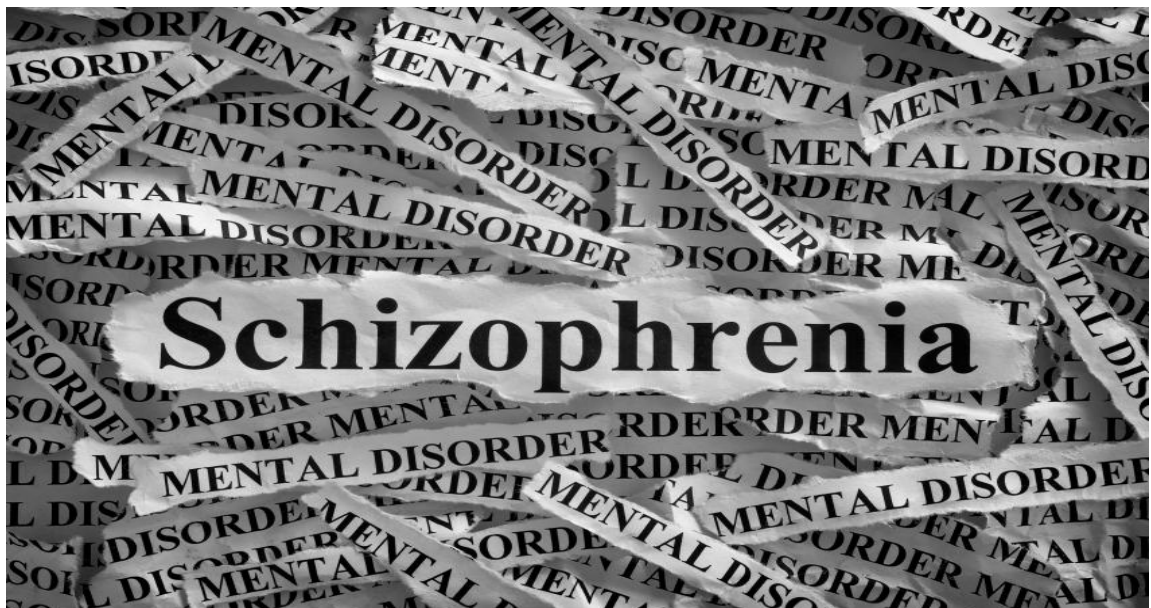




ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ



ΣΥΝΤΑΚΤΡΙΑ:

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΥΡΑΚΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

Κ. ΑΛΠΜΑΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2019

Περιεχόμενα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : Προσδιοριστικά στοιχεία.....	6
1.1 Ορισμός σχιζοφρένειας.....	6
1.2 Συμπτώματα	10
1.3 Ιστορική ανάδρομη	14
1.4 Προδιαθεσικοί παράγοντες για τη σχιζοφρένεια	17
1.5 Επιδημιολογικά στοιχεία	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : Παράγοντες σχιζοφρένειας	23
2.1.1 Αίτια σχιζοφρένειας.....	23
2.1.2 Αιτιοπαθογένεια	24
2.1.2.1 Γενετικοί παράγοντες.....	24
2.1.3 Βιολογικοί παράγοντες βιοχημική θεωρία	25
2.1.4 Άλλοι νευροδιαβιβαστές.....	27
2.1.5 Νευροπαθολογία.....	29
2.1.6 Νευροψυχολογία.....	34
2.2 Κλινική εικόνα σχιζοφρένειας.....	35
2.2.1 Θετικά ή Παραγωγικά συμπτώματα	36
2.2.2. Αρνητικά Συμπτώματα	37
2.2.3. Γνωστικές Διαταραχές	38
2.2.4 Διέγερση.....	39
2.2.5 Συμπτώματα Κατάθλιψης	39
2.2.6 Οξεία και Χρόνια Σχιζοφρένεια	39
2.2.6 Πορεία και Πρόγνωση.....	40
2.3 Συμπτώματα σχιζοφρένειας.....	42
2.4 Διάγνωση σχιζοφρένειας.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : Σχιζοφρένεια και ο ρόλος του νοσηλευτή	44
3.1 Θεραπεία σχιζοφρένειας	44
3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών.....	48
3.2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή πριν την έναρξη της θεραπείας	48
3.2.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της θεραπείας	49
3.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας	50
3.3.1 Αντιμετώπιση ψυχωσικών επεισοδίων από το νοσηλευτικό προσωπικό.....	50
3.3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά τη θεραπεία.....	53

3.3.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στην κοινότητα.....	53
3.3.4. Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά τη θεραπεία.....	54
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	62

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία υλοποιήθηκε στην βάση των υποχρεώσεων μας για την ολοκλήρωση των σπουδών μου στο τμήμα της νοσηλευτικής και αφορούσε την σχιζοφρένεια και το ρόλο του νοσηλευτή σε αυτήν. Η εργασία αποτελείται από τρεις ενότητες όπου στην πρώτη αρχικά δίνεται ένας ορισμός σχιζοφρένειας ακολούθως προσδιορίζονται οι τύποι του συνδρόμου τη σχιζοφρένειας και στην συνέχεια γίνεται μια ιστορική ανάδρομη σε αυτήν. Στο τέλος της ενότητας παρουσιάζονται οι προδιαθεσικοί παράγοντες για τη σχιζοφρένεια.

Στην επομένη δεύτερη ενότητα αρχικά προσδιορίζονται τα αίτια σχιζοφρένειας, ακολούθως αναλύεται η κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας, στην συνέχεια παρουσιάζονται τα συμπτώματα σχιζοφρένειας και η ενότητα ολοκληρώνεται με την ανάλυση που απαιτεί η διάγνωση σχιζοφρένειας

Και η εργασία ολοκληρώνεται με την τρίτη ενότητα όπου αρχικά σε αυτήν περιγράφεται η θεραπεία που απαιτεί η σχιζοφρένεια, στην συνέχεια προσδιορίζεται ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών. Στην συνέχεια, παρουσιάζεται ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας και η ενότητα κλείνει με τον προσδιορισμό του ρόλου του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στην κοινότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Προσδιοριστικά στοιχεία

1.1 Ορισμός σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια, είναι μια σύνθετη λέξη που προκύπτει από τις αρχαίες ελληνικές λέξεις «σχίζειν» (διαχωρισμός) και «φρένα» (λογική, μυαλό), αποτελεί νευροψυχιατρική νόσο που ανήκει στην ομάδα των ψυχώσεων και διακρίνεται κυρίως σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες. Πρόκειται για μια ψυχική διαταραχή που περιγράφεται από διαταραχές της αντίληψης της πραγματικότητας (Γκαρραμπέ, 2011).

Η σχιζοφρένεια προσδιορίζεται ως ψυχική διαταραχή ή σύνολο διαταραχών, που περιγράφονται από την προβληματική λειτουργία της μορφής και του περιεχομένου της σκέψεως, τις αποκάλυπτες διαταραχές του συναισθήματος, της αισθήσεως του εαυτού και των αλληλεπιδράσεων με τον εξωτερικό κόσμο και της συμπεριφοράς (Dorland's, 1997). Είναι σημαντικό όμως να αναφερθεί ότι έχει αποκλειστεί προηγουμένως οποιαδήποτε αιτία οργανικής βλάβης του νευρικού συστήματος σε κάθε νέο ασθενή, πλην όμως όλες οι επιστημονικές εργασίες επί του αντικειμένου αφήνουν να εννοηθεί την ύπαρξη μιας λεπτής νευροφυσιολογικής και χημικής δυσλειτουργίας. Την αιτιολογία λοιπόν της νόσου δεν έχει καταφέρει η ιατρική επιστήμη να την επίλυση μέχρι και σήμερα (Dorland S. (1997).

Σε μια ποιο πρόσφατη προσέγγιση του ορισμού της σχιζοφρένειας η Γιαννοπούλου αναφέρει ότι είναι μια ψυχική πάθηση, που ανήκει στην ομάδα των ψυχώσεων. Σε αυτήν διακρίνετε η ψυχική διάσπαση της προσωπικότητας του ατόμου (Γιαννοπούλου, 2000). Η ασθένεια είναι διαφορετική σε κάθε άτομο και μπορεί να παρουσιαστεί με διάφορα είδη διαταραχών όπως η διαταραχή της σκέψης, της συμπεριφοράς και του συναισθήματος (Hogan, 2008). Άλλος έχει παρουσιάσει την σχιζοφρένεια σαν μια κατάσταση στην οποία το άτομο παρουσιάζεται με χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθάνεται αδιαφορία για την ζωή του και δεν νοιάζεται για προσωπική ή επαγγελματική επιτυχία.

Το άτομο αισθάνεται φόβο, σύγχυση και πιστεύει ότι ο περίγυρος του συνωμοτεί εναντίον του. Σε άλλο άτομο μπορεί να παρουσιαστεί η σχιζοφρένεια σαν μια ασθένεια κατά την οποία ο ασθενής αδυνατεί να επιλύσει τα προβλήματα του ή να εργαστεί. Άλλες περιγραφές ατόμων αναφέρουν την σχιζοφρένεια σαν μια κατάσταση στην οποία ο ασθενής διακατέχεται κυρίως από την φαντασία και όχι από

την λογική ή σαν μια φυλακή χωρίς κάγκελα και το άτομο νιώθει αποξενωμένο από τον περίγυρο του (Γιαννοπούλου, 2000).

Η σχιζοφρένεια σύμφωνα με τον Brachen αποτελεί μια ψυχική νόσος στην οποία το άτομο απέχει από την πραγματικότητα του εξωτερικού περιβάλλοντος που το περιβάλλει και εισέρχεται σε έναν φανταστικό κόσμο. Το άτομο πιθανόν να διακατέχεται από διαταραχή των αισθημάτων και των συναισθημάτων, μπερδεμένες σκέψεις και πιθανόν η συμπεριφορά του να μην είναι φυσιολογική. Συνήθως πιστεύει σε λανθασμένα ή παράλογα πράγματα και αντιλαμβάνεται αισθήσεις οι οποίες στην πραγματικότητα είναι ανύπαρκτες. (Brachen,2005)

Η σχιζοφρένεια κατά τον Γκαρραμπέ είναι μια από τις ψυχώσεις, των νοσημάτων δηλαδή στα οποία το βασικό στοιχείο της είναι ότι η επαφή με τη πραγματικότητα του ασθενούς επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό. Η νόσος προκαλεί τη λανθασμένη ερμηνεία των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος και των σκέψεων του ίδιου του πάσχοντος και ως απορία αυτού τα συμπεράσματα του για την εξωτερική πραγματικότητα να είναι αληθινά ακόμη και σε καταστάσεις που αυταπόδεικτα ισχύει το αντίθετο από αυτό που πιστεύει ο ασθενής. Η σχιζοφρένεια προσδιορίζεται από τους ειδικούς ως ένα από τα σοβαρότερα ψυχικά νοσήματα (Γκαρραμπέ, 2011).

1.1.1 Διαίρεση νευρικού συστήματος

Λόγω του ότι Νευρικό Σύστημα είναι αρκετά εκτεταμένο και επιτελεί παραπάνω ένα σύνολο λειτουργιών έχει διαχωριστεί στις παρακάτω κατηγορίες με βάση με τον σκοπό που επιδιώκει να επιτύχει.

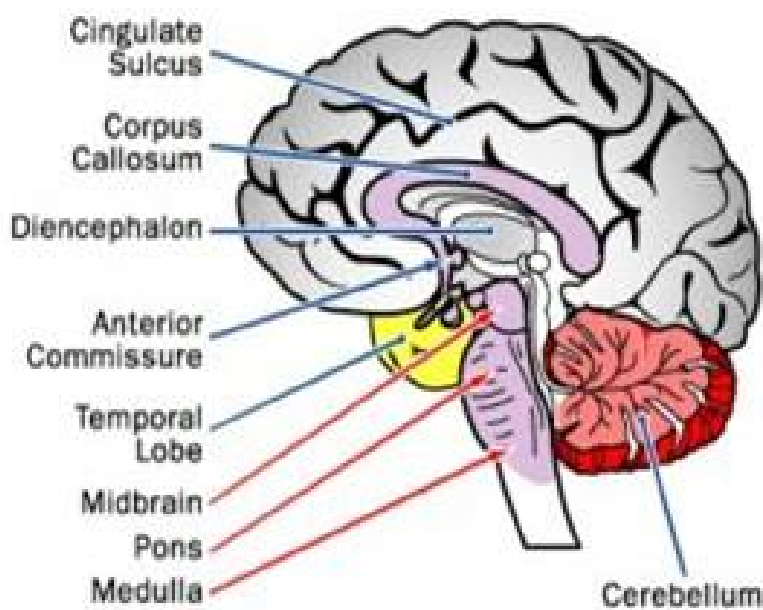
Κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ)

Είναι μέρος του Νευρικού Συστήματος που βρίσκεται μέσα στο κρανίο και τη σπονδυλική στήλη. Ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός μαζί σχηματίζουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Αρχικά λειτουργεί ως κέντρο ελέγχου του σώματος προσφέροντας συστήματα επεξεργασίας, μνήμης και ρύθμισης (Καστορίνης και συν, 1999).

Παράλληλα λαμβάνει από το συνειδητό και το υποσυνείδητο αισθητηριακές πληροφορίες από αισθητήρια όργανα του σώματος κάνοντας αντιληπτές τις εσωτερικές και εξωτερικές συνθήκες του σώματος (Σύρμος, 2016).

Με την χρησιμοποίηση αυτής της αισθητηριακής πληροφορίας υλοποιείται η λήψη αποφάσεων τόσο για συνειδητό όσο και για το υποσυνείδητο διατηρώντας έτσι την ομοιόσταση του οργανισμού. Το ΚΝΣ είναι ακόμα υπεύθυνο για τις ανώτερες λειτουργίες του Νευρικού Συστήματος όπως τη κίνηση της γλώσσας, τη δημιουργικότητα, την έκφραση, τα συναισθήματα και τη διαμόρφωση της προσωπικότητας. Ο εγκέφαλος είναι η έδρα της συνείδησης και προσδιορίζει την ταυτότητα του οργανισμού (Κατρίτση,1985).

Εικόνα 1: Κεντρικό νευρικό σύστημα



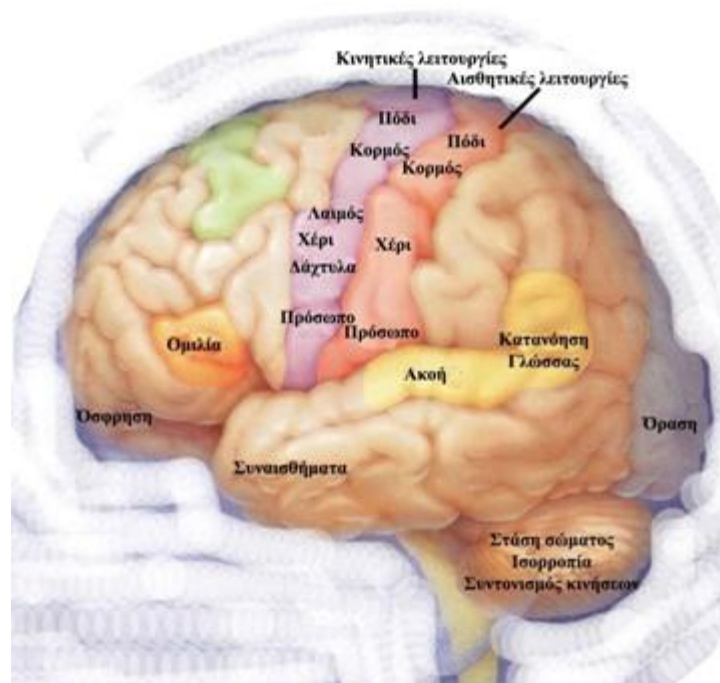
Πηγή: <https://slideplayer.gr/slide/11174806/>

Περιφερικό νευρικό σύστημα (ΠΝΣ)

Το Περιφερικό Νευρικό Σύστημα διαχωρίζεται σε δυο μεγάλα σκέλη: το αισθητικό και το κινητικό. Το αισθητικό σκέλος περιλαμβάνει τις σωματικές και σπλαχνικές ίνες. Οι σωματικές ίνες μεταφέρουν γενικές πληροφορίες όπως είναι της αφής, της πίεσης, του πόνου, της θερμοκρασίας, της δόνησης που προέρχονται από το δέρμα, το κορμό και τα άκρα. Ακόμα ειδικές πληροφορίες από τις ίνες που πηγαίνουν από τα όργανα ακοής, όρασης, όσφρησης και ισορροπίας.

Οι σπλαχνικές ίνες αντίστοιχα μεταφέρουν γενικές πληροφορίες από τα σπλάχνα που αφορούν την τάση, τον πόνο, την θερμοκρασία, την ναυτία, την πείνα. Το Συμπαθητικό και το Παρασυμπαθητικό Σύστημα σε κάθε όργανο που διανέμονται ασκούν αντίθετη και υπό φυσιολογικές συνθήκες ισότιμη δράση. Η αντίθετη όμως δράση τους βρίσκονται διαρκώς σε δυνατή ισορροπία, έτσι ώστε να προκυπτει φυσιολογική λειτουργία.

Εικόνα 2: Περιφερικό νευρικό σύστημα



Πηγή: <https://slideplayer.gr/slide/11174806/>

Πινάκας 1: Στοιχεία σχιζοφρένειας

ΔΟΜΗ ⁹	ΣΥΜΠΛΑΘΗΤΙΚΟ ΝΣ ⁹	ΠΑΡΑΣΥΜΠΛΑΘΗΤΙΚΟ ΝΣ ⁹
ΚΑΡΔΙΑ	Αύξηση συχνότητας	Ελάττωση συχνότητας
	Αύξηση έντασης συστολής	Ελάττωση έντασης Συστολής
ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ	Χάλαση βρόγχων	Βρογχοσύσπαση
ΟΦΘΑΛΜΟΣ	Μυδρίαση	Μύση
ΕΝΤΕΡΟ	Σύσπαση σφυγκτήρα	Αύξηση πέψης
ΟΥΡΟΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ	Ελάττωση κινητικότητας	Χάλαση σφυγκτήρα
ΝΕΦΡΟΙ	Ελαττωμένη παραγωγή Ούρων	Αυξημένη παραγωγή ούρων

1.2 Συμπτώματα

Η σχιζοφρένεια όπως περιγράφηκε και στην προηγούμενη ενότητα προσδιορίζεται από ψυχωσικά επεισόδια, απώλεια δηλαδή επαφής με την πραγματικότητα, τα οποία παρεμβάλλονται σε περιόδους που διακρίνονται από συναισθηματική αμβλύτητα και απόσυρση. Τα συμπτώματα που προσδιορίζουν τα ψυχωσικά επεισόδια αναφέρονται και ως «θετικά συμπτώματα» και αποτελούνται από διαταραχές της σκέψης, παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις. Τα συμπτώματα αυτά σε αρκετές περιπτώσεις συνδέονται με από άγχος, κατάθλιψη και υπερβολική δραστηριότητα όπως για παράδειγμα αδιάκοπη κινητικότητα και διέγερση. Αντίθετα, τα επεισόδια απόσυρσης διακρίνονται από «αρνητικά συμπτώματα».

Σε αυτά περιλαμβάνονται περιορισμένες συναισθηματικές δονήσεις, φτωχό λόγο, περιορισμένη ικανότητα να προγραμματισμού, έναρξη και διατήρηση δραστηριοτήτων και περιορισμένα αισθήματα ευχαρίστησης και ενδιαφέροντος. Τα αρνητικά συμπτώματα ευθύνονται υπεύθυνα για ζητήματα που σχετίζονται με τις

κοινωνικές συναναστροφές και τις καθημερινές δραστηριότητες (World Health Organisation, 2004)

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

Συμπτώματα Παρανοειδούς σχιζοφρένειας

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

Συμπτώματα Αποδιοργανωτικής σχιζοφρένειας

1. Ασυναρτησία
2. Έλλειψη παρουσίασης και συναισθημάτων
3. Ψευδαισθήσεις
4. Παραισθήσεις
5. Προσβλητικό η μη αποδεκτό γέλιο
6. Επαναλαμβανόμενη ιδιομορφία
7. Κοινωνική απομόνωση

Συμπτώματα Κατατονικής σχιζοφρένειας

1. Κινητικές δυσκολίες
2. Περιορισμένη αντίδρασης σε ερεθίσματα που προκύπτουν από το εξωτερικό περιβάλλον.
3. Διέγερση
4. Παράξενες στάσεις
5. Αυτοματισμός και τυφλή υπακοή σε διαταγές-οδηγίες

6. Νάρκη
7. Αρνητισμός
8. Αυστηρότητα και Ακαμψία
9. Αναταραχή
10. Αδυναμία αυτοσυντήρησης
11. Περιορισμένη ευαισθησία σε ζητήματα που προκαλούν πόνο

Συμπτώματα Αδιαφοροποίησης σχιζοφρένειας

Η διάγνωση της αδιαφοροποίησης σχιζοφρένειας μπορεί να προκύψει όταν ο ασθενής έχει συμπτώματα που δεν είναι επαρκή ή συγκεκριμένα αρκετά ώστε να προσδίδουν στον ασθενή έναν από τους παραπάνω τύπους της σχιζοφρένειας. Τα συμπτώματα μπορεί να μεταβάλλονται σε διάφορες χρονικές στιγμές και να υπάρχει αμφιβολία για την καταλληλότητα του τύπου. Κάποια άτομα πιθανόν να εκδηλώσουν σταθερά συμπτώματα σε σχέση με τη διάρκεια τους και τον τύπο τους, αλλά να μην προσδιορίζονται από την κλινική εικόνα κάποιας μορφής σχιζοφρένειας. Σε διαφορετικές περιπτώσεις, η διάγνωση της αδιαφοροποίησης σχιζοφρένειας πιθανόν να αντικατοπτρίζει μια μεικτή κλινική διαταραχή.

Υπολειμματική σχιζοφρένεια

Η διάγνωση της υπολειμματικής σχιζοφρένειας προκύπτει σε περιπτώσεις που δεν υπάρχουν εμφανής ενδείξεις συμπτωμάτων. Σε ανάλογες περιπτώσεις, τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας διακρίνονται από μικρότερη σοβαρότητα. Οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες και οι διάφορες συμπεριφορές και ιδιοσυγκρασίες δεν εξαλείφονται αλλά οι εκδηλώσεις σε σχέση με την ενεργή φάση της ασθένειας είναι περιορισμένες (Χριστοδούλου,2014).

Συνοδά συμπτώματα και σημεία- Συνοδές διαταραχές

Σχεδόν οποιοδήποτε σύμπτωμα μπορεί να παρουσιαστή σαν συνοδό σύμπτωμα. πιθανές είναι ανωμαλίες της ψυχοκινητικότητας, βάδισμα πάνω - κάτω, κούνημα μπρος - πίσω ή απάθεια και ακινησία. Σε αρκετές περιπτώσεις

ιεροτελεστική ή στερεότυπη συμπεριφορά είναι σε συνάρτηση με μαγική σκέψη. Η δυσφορική συναισθηματική διάθεση είναι συχνή και πιθανών να προκύψουν και χαρακτηριστικά κατάθλιψης, άγχους, θυμού ή συνδυασμού τους.

Σε αρκετά περιστατικά έχουν παρατηρηθεί αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση, ιδέες συσχέτισης, παραισθήσεις, υποχονδριακές ιδέες που μπορεί ή όχι να είναι επιπέδου παραληρητικού. Τυπικά, δεν διακρίνονται αναφορές για διαταραχή της συνείδησης. Σε περιόδους, όμως, οξείας αναζωπύρωσης πιθανόν να παρουσιαστεί να εμφανισθεί σύγχυση, διαταραχή του προσανατολισμού ή ακόμη και διαταραχή της μνήμης. Ακόμα, πιθανόν να εμφανισθούν ανηδονία, απώλεια δηλαδή του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης, που είναι ένα άλλο σύμπτωμα, με αρνητικά στοιχεία, απώλεια του ενδιαφέροντος για τροφή, απώλεια του libido, διαταραχές του σχήματος του ύπνου, όπως για παράδειγμα να μην κοιμάται την ημέρα και να ασχολείται με διάφορες δραστηριότητες τη νύχτα αλλά και διαταραχή στη συγκέντρωση.

Συχνά συνυπάρχουν Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες. Πολύ κοινή είναι η Εξάρτηση από Νικοτίνη στους σχιζοφρενικούς. Διαταραχές της Προσωπικότητας όπως Σχιζότυπη, Σχιζοειδής ή Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας μερικές φορές προηγούνται της έναρξης της σχιζοφρένειας (ως «προνοσηρές» προσωπικότητες). Οι σχιζοφρενικοί ασθενείς σε αρκετές περιπτώσεις αναπτύσσουν και σωματικά συμπτώματα: «μαλακά» νευρολογικά σημεία όπως σύγχυση αριστερού / δεξιού, διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων ή φαινόμενο του καθρέφτη, αυτόματες κινητικές ανωμαλίες όπως ρουθουνίσματα, πλατάγισμα της γλώσσας ή γρυλλίσματα, χρόνια δυσκοιλιότητα κ.ά.

Ορισμένες ελάσσονες σωματικές ανωμαλίες όπως για παράδειγμα η υψηλότοξη υπερώα, μικρή ή μεγάλη απόσταση των ματιών ή ελάχιστες δυσμορφίες των αυτιών, μπορεί να είναι πιο συχνές σε άτομα με σχιζοφρένεια. Βέβαια, πιθανόν να παρουσιαστούν και κινητικές ανωμαλίες δευτερογενώς, που να συνδέονται με τα αντιψυχωτικά φάρμακα, όπως παρκινσονισμός προκαλούμενος από νευροληπτικά, κακώθες νευροληπτικό σύνδρομο, οξεία δυστονία προκαλούμενη από νευροληπτικά, οξεία ακαθισία προκαλούμενη από νευροληπτικά, όψιμη δυσκινησία προκαλούμενη

από νευροληπτικά. Σε εργαστηριακές έρευνες αν και δεν υπάρχουν ενδείξεις παθογνωμονικά για τη σχιζοφρένεια, παρόλα αυτά κάποια ευρήματα ανευρίσκονται πιο συχνά σε σχιζοφρενικούς ασθενείς. Έτσι, δομικές νευροαπεικονιστικές τεχνικές (CT, MRI) έχουν αναφέρει δομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, όπως διεύρυνση των κοιλιών, διεύρυνση των αυλακών και παρεγκεφαλιδική ατροφία. Ακόμη, ελάττωση του μεγέθους των βασικών γαγγλίων, ελάττωση του όλου μεγέθους του εγκεφάλου. Λειτουργικές νευροαπεικονιστικές τεχνικές (SPECT, PET) έχουν δείξει ελαττωμένη ροή του αίματος ή ελαττωμένη κατανάλωση της γλυκόζης σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου όπως για παράδειγμα στον προμετωπιαίο λοβό. Νευροψυχολογικές μελέτες παρουσιάζουν διάφορες δυσλειτουργίες, όπως δυσκολία στον εστιασμό της προσοχής, δυσκολία στην αφαιρετική σκέψη ή δυσκολία στην αλλαγή του πλαισίου απάντησης. Νευροφυσιολογικές δοκιμασίες δείχνουν επιβράδυνση του χρόνου αντίδρασης, προβλήματα στην παρακολούθηση με το βλέμμα κ.ά. Κάποια άτομα με σχιζοφρένεια πίνουν αρκετό νερό και μπορεί να παρουσιάζουν διαταραχές στο ειδικό βάρος των ούρων ή ηλεκτρολυτικές διαταραχές (<http://www.psychologia.gr>, προσπελάστηκε, 9/8/2019).

1.3 Ιστορική ανάδρομη

Με βάση τα τωρινά χαρακτηριστικά της νόσου και μέσα από μια ιστορική αναδρομή θα μπορούσαν να ενταχθούν στο νοσολογικό πλαίσιο της σχιζοφρένειας, που εντάσσονται αποσπασματικά μέσα από κείμενα που είναι 3.000 χρόνια. Περιγραφές τέτοιων συμπτωμάτων ανευρίσκονται στις ινδουιστικές Βέδες (1400 π.χ.), ενώ στην Ιπποκράτους Συλλογή (5ος αιώνας π.χ.) περιγράφεται η παράνοια. Κατά το 2ο μ.χ. Αιώνα ο Γαληνός περιέγραψε την παραφροσύνη, ο Αρεταίος ο Καππαδόκης εκανε ένα διαχωρισμό στα μανιακά συμπτώματα από αυτά που σήμερα κατηγοριοποιούνται ως σχιζοφρένεια και προσδιόρισε περιπτώσεις παραληρήματος, ενώ ο Σωρανός ο Εφέσιος ανέφερε ορισμένες κατατονικά και παραληρηματικά περιστατικά. Κατά τα επόμενα χίλια χρόνια, η νόσος, μαζί φυσικά με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, ενεπλάκη στις θεοκρατικές αντιλήψεις, όπως συναντάμε στο Δευτερονόμιο, που στη χειρότερή τους έκφραση, κατά το Μεσαίωνα, προσδιορίζονταν ως δείγμα δαιμονοκατοχής, με αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να ρίχνονται στην πυρά. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αναφέρονται στο Malleus Maleficarum των

δομινικανών μοναχών Kramer και Spenger (1486). Κατά την Αναγέννηση, η κατάσταση αυτή έδωσε προοδευτικά τη θέση της σε πιο ανθρωπιστικές προσεγγίσεις, μαζί με την επανάκαμψη των Ιπποκρατικών αντιλήψεων, που μέχρι τότε είχαν λησμονηθεί.

Στις αρχές του δεκάτου ογδόου αιώνα αναφέρονται οι κατασκευές των πρώτων κλινικών για την έρευνα και μελέτη της νόσου. Αργότερα, οι Arnold (1780), Pinel (1801) και Haslam (1809) παρουσιάστηκαν εξαιρετικές περιγραφές μερικών σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, ενώ ο Morel (1857) εισήγαγε τον όρο πρώιμη άνοια, ως προσδιοριστικό στοιχείο της προοδευτικής ψυχονοητικής έκπτωσης που περιγράφει τη νόσο. Οι πρώτες προσπάθειες νοσολογικής ένταξης διαφόρων συμπτωμάτων σε συγκεκριμένες κλινικές οντότητες όπως για παράδειγμα η παραφρένεια της εφηβείας από τον Kahlbaum το 1863, η ηβηφρένεια από τον Hecker το 1871 και διάφορες παρανοειδείς καταστάσεις από τους Sander το 1868 και Lasegue το 1870, διαμόρφωσαν τις ιδανικές συνθήκες οριοθέτησης της νόσου, η οποία βρήκε τον κύριο εκφραστή της στο πρόσωπο του Kraepelin. Πράγματι, το 1896 ο Kraepelin προσδιόρισε την ταξινόμηση των διαφόρων μορφών όπως για παραδειγμα κατατονία, ηβηφρένεια, παρανοειδής άνοια, τις οποίες ενέταξε σε μια ενιαία νοσολογική οντότητα δύο χρόνια αργότερα (Lind, 2010).

Στις αρχές του προηγούμενου αιώνα αναφέρθηκε για πρώτη φορά και ειδικότερα το 1908 η ορολογία «σχιζοφρένεια» από τον Bleuler, ο οποίος έκανε μια προσπάθεια προσδιορισμού και περιγραφής των συμπτωμάτων της νόσου. Ωστόσο, ορισμένα από αυτά σύμφωνα με μεταγενέστερες προσεγγίσεις θα ήταν δυνατόν να συμπεριληφθούν στις κλινικές εκδηλώσεις της νόσου και έχουν βρεθεί μέσα σε κείμενα που χρονολογούνται πριν από των 3000 ετών. Στο 2ο αιώνα μ.Χ. υπάρχουν περιγραφές για παραληρητικές καταστάσεις από τον Αρεταίο τον Καππαδόκη και από τον Σωρανό τον Εφέσιο, ενώ μεταγενέστερα από τον 18ο αιώνα γίνονται αναφορές για κλινικές παρατηρήσεις (Χριστοδούλου, 2006).

Έτσι φτάνουμε στο 1896 στον Kraepelin ο οποίος μπόρεσε να κάνει μια ταξινόμηση των διαφορών μορφών της νόσου όπως της κατατονία, της ηβηφρένεια και της

παρανοειδής άνοια στην βάση σημαντικών προσπαθειών από τους Kahlbaum (1863), Hecker (1871) Sander (1868). Το 1904 πραγματοποιήθηκε μια διόρθωση στα προαναφερθέντα και η απλή μορφή της νόσου από τον Diem (Χριστοδούλου, 2006). Ο Kraepelin αρχικά έκανε περιγραφή δύο νόσων, την μανιοκατάθλιψη και την πρώιμη άνοια, που θεώρησε ότι πηγάζουν από εσωτερικά αίτια. Έκανε διαχωρισμό των παραπάνω μορφών ως υποκατηγορίες μιας νόσου, αν και μέχρι τότε είχαν θεωρηθεί διακριτές κατηγορίες, επειδή είχαν ένα κοινό πυρήνα: έναρξη σε πρώιμη ηλικία και αναπόφευκτη επιδείνωση. Έτσι, την ονόμασε πρώιμη άνοια, η οποία μεταγενέστερα αποκαλέστηκε σχιζοφρένεια (Χριστοδούλου, 2006).

Επειδή τα συμπτώματα των ασθενών διακρίνονταν από σημαντικές διαφορές, προκειμένου να εξηγήσει πως ανήκουν στην ίδια κατηγορία, θεώρησε ως κοινό στοιχείο τη «ρήξη των συνειρμικών αλυσίδων», που σύμφωνα με τον ίδιο προσδιόριζε τη σύνδεση των λέξεων και των σκέψεων. Το έργο του συντέλεσε στην δημιουργία μίας πιο διευρυμένη αντίληψη της νόσου σε σημαντική επιρροή κατά κύριο λόγο στις Ηνωμένες Πολιτείες και όχι τόσο στην Ευρώπη, παρά της Ευρωπαϊκής του καταγωγής (Kring, 2007).

Από την άλλη ο Pavlov το 1920, προσδιόριζε την αίτια του συνδρόμου στην αναστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος (Χριστοδούλου, 2006). Η επιρροή του Bleuler στις Ηνωμένες Πολιτείες αλλά και η άποψη των ντόπιων αρμόδιων ότι δηλαδή όποιος παρουσιάζει παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις πάσχει από σχιζοφρένεια, συντέλεσαν στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισής της.

Με βάση το DSM-I (1952) και το DSM-II (1968) οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια και συναισθηματικά συμπτώματα προσδιορίζονται ότι πάσχουν από σχιζοσυναισθηματική ψύχωση, μία υποκατηγορία της σχιζοφρένειας, ενώ θα μπορούσαν να διαγνωστούν με διαταραχή διάθεσης στην βάση των όσων προσδιορίζονται από τα σημερινά χαρακτηριστικά. Τα συστήματα ταξινόμησης DSM-III (1980), DSM-IV (1994) και DSM-IV-TR (2000) μετρίασαν τα κριτήρια διάγνωσης και πρόσθεσαν ακόμα τη διάρκεια των συμπτωμάτων για τουλάχιστον 6 μήνες (Kring, 2007).

Οι αρχικές προσπάθειες για θεραπεία αναφέρονται το 1933 από τον Sakel , 1935 από τον Meduna και 1938 από τον Cerletti όπου σαν φάρμακο παρουσιάστηκε το ινσουλινικό κώμα, η σπασμοθεραπεία με χημικά μέσα και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, αντίστοιχα. Τέλος, το 1952 οι Delay και Deniker θεώρησαν τις φαινοθειαζίνες ως πιθανό θεραπευτικό μέσο στοιχείο που προσδιορίστηκε ως η έναρξη της σύγχρονης ψυχοφαρμακολογίας (Χριστοδούλου, 2006).

1.4 Προδιαθεσικοί παράγοντες για τη σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια όπως περιγράφηκε και στην προηγούμενη ενότητα έχει πολλά χρόνια που μελετάται, παραλές αυτές τις προσπάθειες τα αίτια της δεν είναι ακόμα προσδιορίσιμα . Οι ερευνητές, ωστόσο, συμπεραίνουν ότι αποτελούν είναι συνδυασμός βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων με αποτέλεσμα να είναι η ερευνητική προσπάθεια πάνω στα ακόλουθα (Χριστοδούλου, 2006).

Κληρονομικός παράγοντας

Σε μελέτες που διαρκούν πάνω από μισό αιώνα φαίνεται πως υπάρχει κάποια γενετική συσχέτιση στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας, η οποία είναι αρκετά πολύπλοκη καθώς δεν ακολουθεί κάποιους από τους γνωστούς τρόπους κληρονομικότητας. Το γεγονός πως οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι δεν εμφανίζουν πάντα και οι δύο σχιζοφρένεια, είναι απόδειξη πως πρόκειται για νόσο με οικογενή χαρακτήρα και όχι με κληρονομικό χαρακτήρα (Χριστοδούλου, 2006). Οι μελέτες διδύμων αναφέρουν ότι στα μονοζυγωτικά δίδυμα εμφανίζουν σε ποσοστό 35-78%, σε ετεροζυγωτικά 8-28% ενώ παιδιά πασχόντων γονέων έχουν πιθανότητες να παρουσιάζουν σχιζοφρένειας 40% συγκριτικά με το υπόλοιπο 1% του γενικού πληθυσμού (Eby-Brown, 2010).

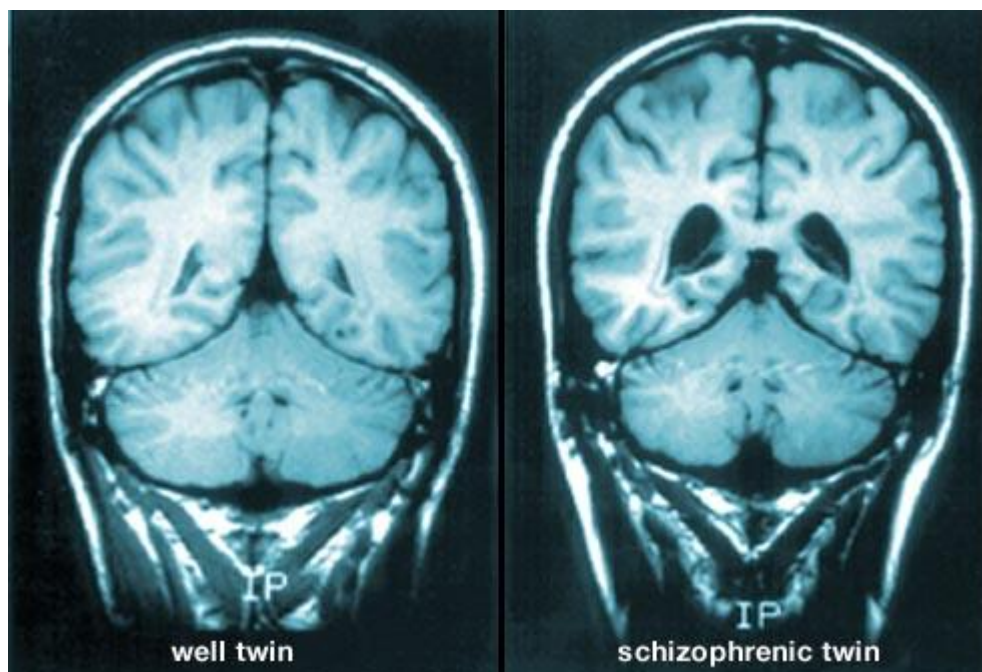
Η συμπτωματολογία της νόσου προσδιορίζει, ότι, είναι απίθανο να σχετίζετε αποκλείστηκα ένα συγκεκριμένο γονίδιο, που δεν υπάρχει στο γενικό πληθυσμό παρά μόνο στους πάσχοντες. Η άποψη που επικρατεί τη δεδομένη χρονική στιγμή είναι ότι κληρονομείται η προδιάθεση για εμφάνιση της νόσου, η οποία αναπτύσσεται τελικά κάτω από εδικές συνθήκες όπως για παράδειγμα επίδραση και περιβαλλοντικών ερεθισμάτων (Noiseux & Ricard, 2007)

Το οικογενειακό ιστορικό αποτελεί παρόλα αυτά σημαντικό στοιχείο, όσων εμφανίζουν περισσότερα αρνητικά συμπτώματα και έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο και για άλλες διαταραχές όπως η σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας, που όμως χαρακτηρίζονται ως λιγότερο σοβαρές σε σχέση με την σχιζοφρένεια (Kring, 2007).

Οργανική εγκεφαλική δυσλειτουργία

Στη δομική εγκεφαλική βλάβη πραγματοποιούνται ερευνητικές προσπάθειες είτε με νεκροτομικό υλικό, όπου βρέθηκαν παθολογοανατομίες αλλοιώσεις όπως περιορισμένο μέγεθος του ιπόκαμπου, είτε με ηλεκτροφυσιολογία ευρήματα ζωντανών πασχόντων που σχετίζονται με την απεικόνιση του εγκεφάλου (CT, MRI) και την λειτουργικότητά του, όπως διαταραχή στους μετωπιαίους λοβούς. Ακόμα κάποιες δομικές ανωμαλίες που διακρίνονται αναφέρουν τη διεύρυνση των κοιλιών του εγκεφάλου, συνεπώς και έλλειψη εγκεφαλικών κυττάρων και μεταβολές της αμυγδαλής και του ενδορρινικού φλοιού (Eby-Brown, 2010).

Εικόνα 2:Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλων διδύμων.



Πηγή: <https://www.onmed.gr/ygeia-psyhikh/story/323690/ta-symptomata-pou-apokalyptoun-enan-sxizofreni>.

Στη Νευροχημική διαταραχή είναι σχεδόν δεδομένο ότι οι πάσχοντες έχουν στην παραγωγή νευροχημικών ουσιών σε σύγκριση με τους μη πάσχοντες. Θεωρείται ότι υπάρχει υπερλειτουργία του ντοπαμινεργικού συστήματος λόγω αυξημένης παραγωγής ντοπαμίνης ή αυξημένης ευαισθησίας των υποδοχέων στη ντοπαμίνη αλλά και διαταραχή άλλων νευροδιαβιβαστικών συστημάτων όπως του σεροτονινεργικού και του νοραδρενεργικού. Συνεπώς, και η αποτελεσματικότητα των αντιψυχωσικών φαρμάκων στα οποία γίνεται χρήση μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι επιδρούν στη διαθεσιμότητα των νευροδιαβιβαστών (Χριστοδούλου, 2006).

Η έκπτωση νοητικής λειτουργίας συνδέεται με τέσσερις τομείς: την προσοχή, την εκτελεστική λειτουργία, την επίγνωση και τη βραχυχρόνια μνήμη, που αποτελούν και προσδιορίστηκα στοιχεία της νόσου. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει και ορισμένα σημεία της γνωστικής λειτουργίας, όπως τις γλωσσικές ικανότητες. Είναι σημαντικό ότι αυτά βρίσκουν εφαρμογή και σε άτομα που δε είναι σε φαρμακευτική αγωγή, συνεπώς δεν θα μπορούσαν να αναφερθούν σε παρενέργειές τους (Eby-Brown, 2010).

Προγεννητικές και περιγεννητικές επιπλοκές

Σε σχιζοφρενικούς ασθενείς έχουν προσδιοριστεί καταστάσεις που αφορούν ιώσεις, περιορισμένο βάρος του νεογνού αλλά και της μητέρας, προγεννητικό στρες και μικρή περίμετρος του κρανίου (Χριστοδούλου, 2006).

Ανοσολογικές και φλεγμονώδεις διαταραχές

Οι ασθενείς διακρίνεται να παρουσιάζουν περιορισμένη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, αυξημένες κυτταροκίνες, όπως η ιντερλευκίνη και ανωμαλίες στα λευκά αιμοσφαίρια και τις ανοσοσφαιρίνες. Αυτά όμως πιθανόν και να είναι και αποτέλεσμα της φαρμακευτικής αγωγής, οπότε το στοιχείο αυτό απαιτεί περαιτέρω έρευνα (Eby-Brown, 2010). Διακρίνονται ορισμένα στοιχεία για τους ιούς BDV και HERV-W, ενώ έχει αναφερθεί και συσχέτιση με τη νόσηση από μηνιγγίτιδα, με μέσο όρο ηλικίας κατά τη λοίμωξη 2 έως 6 μήνες (Gattaz et al., 2004)

Εποχικότητα

Τα στοιχεία αναφέρουν πως ο μεγαλύτερος αριθμός πασχόντων γεννιέται κατά τους χειμερινούς μήνες και την άνοιξη, και φτάνει το 5-8 % αυτών. Η ακριβής αιτία δεν έχει διευκρινιστεί αλλά οι πιθανότερες αναφέρουν ότι μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη περισσότερων ιώσεων, και συνεπώς η λοίμωξη είναι πιθανό να μπορούσε να μεταδοθεί από τη μητέρα στο έμβρυο, κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης (Kaplan & Saddock's, 2007).

Μετανάστευση

Το ψυχικό τραύμα που πιθανόν να προκληθεί από τη μετανάστευση αποτελεί έναν σημαντικά επικίνδυνο παράγοντα ανάπτυξης σχιζοφρένειας (Kaplan & Saddock's, 2007).

1.5 Επιδημιολογικά στοιχεία

Σήμερα το 1% του πληθυσμού έχει διαγνωστεί με σχιζοφρένεια ενώ το 0,3-0,7% των ανθρώπων σε κάποια στιγμή της ζωής τους νοσούν από την συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή (Van Os & Kapur, 2009). Σχεδόν όλα τα ποσοστά αναφέρουν ότι μέσα σε ένα αρκετά στενό εύρος η συχνότητα εμφάνισης ανά έτος σε ενήλικες με σχιζοφρένεια κυμαίνεται μεταξύ στο 0,1 και στο 0,4 ανά 1000 κατοίκους 48 και όχι 1% όπως αναφέρεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών και σε άλλα εγχειρίδια ενώ το ποσοστό κινδύνου ανάπτυξης και εκδήλωσης της νόσου κυμαίνεται στο 1-18% στους 1000 κατοίκους (Warner, 1995).

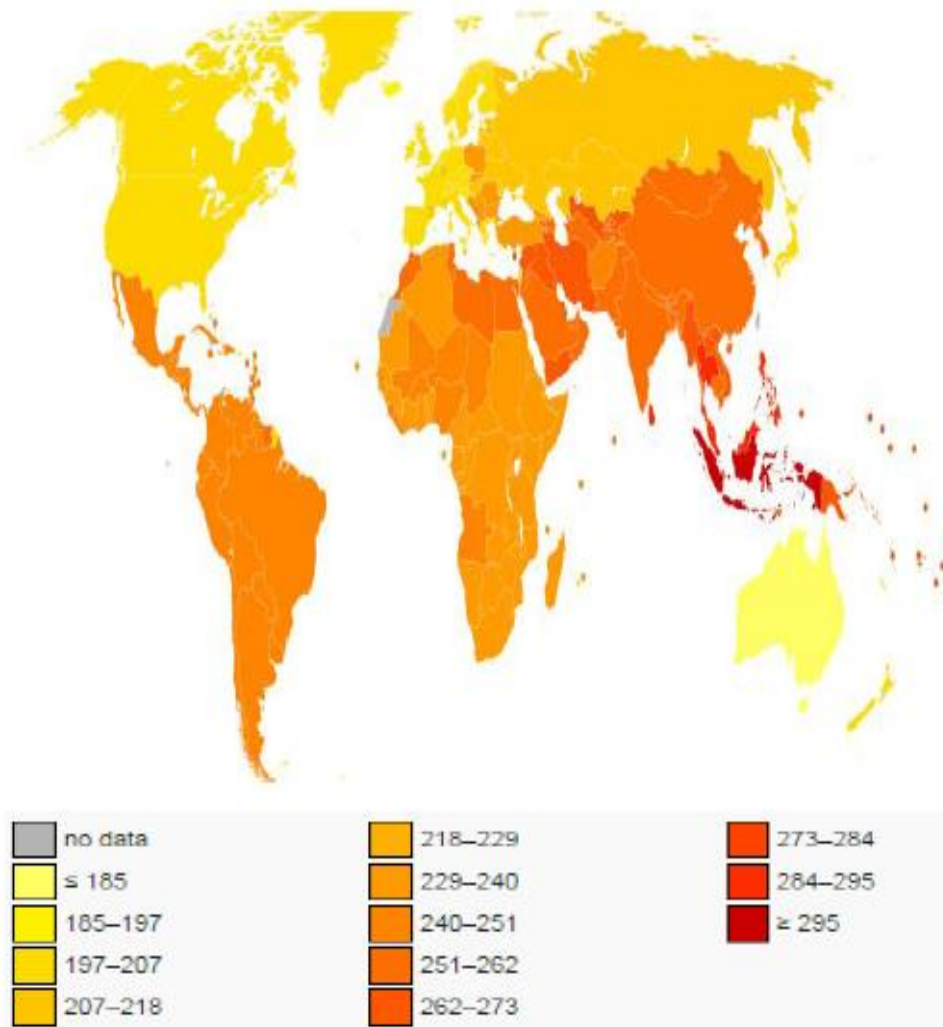
Η έναρξη της σχιζοφρένειας διαφέρει από άτομο σε άτομο. Συνήθως η σχιζοφρένεια εκδηλώνεται στην αρχή της ενήλικης ζωής του ατόμου. Μεταξύ του γυναικείου και του αντρικού φύλου, οι άντρες συνήθως τείνουν να έχουν πρόωμη έναρξη της νόσου 51 με ποσοστά κινδύνου να κυμαίνονται στο 30% - 40% 52, 53 σε ηλικία 15-24 ετών ενώ οι γυναίκες σε ηλικία 55-64 ετών. Στη μακροχρόνια μελέτη παρακολούθησης της Cioffi, περίπου το 50% είχε μια οξεία έναρξη, και το 50% καθυστερημένη έναρξη. Η εντατική μελέτη της πρόδρομης έναρξης από τον Hafner και των συνεργατών του υπογραμμίζουν ότι η έναρξη των αρνητικών συμπτωμάτων τείνει να εμφανιστεί

περίπου πέντε χρόνια πριν από το αρχικό ψυχωτικό επεισόδιο, με έναρξη των θετικών συμπτωμάτων πολύ πιο κοντά στην πρώτη νοσηλεία. Ακόμα μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε ομάδες υψηλού κινδύνου υποδεικνύουν ότι οι απόγονοι των ατόμων με σχιζοφρένεια ήταν πιο πιθανό να έχουν χαμηλότερο IQ, ελλειματική προσοχή και ψυχιατρικά συμπτώματα σε σύγκριση με τους απογόνους των ατόμων χωρίς σχιζοφρένεια(Hafner et. al., 1999).

Το 2000, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας βρήκε την επικράτηση και την επίπτωση της σχιζοφρένειας για να είναι κατά προσέγγιση παρόμοια σε όλο τον κόσμο, με ηλικία τυποποίησης ανά 100.000 κυμαινόμενη από 343 στην Αφρική με 544 στην Ιαπωνία και την Ωκεανία για τους άνδρες και από 378 στην Αφρική σε 527 στη νοτιοανατολική Ευρώπη για τις γυναίκες.

Το 2010 υπήρχαν περίπου 397.200 νοσηλείες για τη σχιζοφρένεια στις Ηνωμένες Πολιτείες. Περίπου 88.600 (22,3%) παρε ήφθησαν εντός 30 ημερών(Elixhauser & Steiner, 2010).

Εικόνα 3: Παγκόσμιος χάρτης που δείχνει τα ποσοστά νοσηρότητας από την σχιζοφρένεια ανα 100.000 κατοίκους



Πηγή:https://en.wikipedia.org/wiki/Epidemiology_of_schizophrenia#/media/File:Schizophrenia_world_map_-_DALY_-_WHO2004.svg

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Παράγοντες σχιζοφρένειας

2.1.1 Αίτια σχιζοφρένειας

Ένα σύνολο ερευνητικών προσπαθειών που έχουν ως στόχο τον εντοπισμό των παθογενετικών μηχανισμών που συμβάλουν στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας αναφέρονται στους ακόλουθους παράγοντες κίνδυνου:

- Παράγοντες στη γέννηση: Επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη, ανοξαιμικές καταστάσεις όπως προεκλαμψία καθώς και τροφική στέρηση, προγεννητικός στρες, ασυμβατότητα Rh, περιορισμένο βάρος νεογνού, η περίμετρος κρανίου να είναι μικρότερη έχουν αναφερθεί ότι ανευρίσκονται πιο συχνά στο ιστορικό των σχιζοφρενών σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Υπάρχουν παράλα αυτά και απόψεις που εναντιώνονται σε αυτά τα δεδομένα, στεκόμενες στο ότι περιγεννητικές επιπλοκές είναι απορία προϋπάρχουσας γενετικής ανωμαλίας. Ακόμα, διακρίνονται και ενδείξεις ότι το σύνδρομο της σχιζοφρένειας παρουσιάζεται σε σημαντικότερο ποσοστό σε άτομα που γεννιούνται τους πρώτους μήνες της άνοιξης ή το χειμώνα. Η υπόθεση αυτή βασίζεται στο γεγονός ότι επενεργεί κάποιος εποχιακός παράγοντας με υψηλή επικινδυνότητα, που πιθανόν να είναι κάποιος ιός ή κάποια εποχιακή μεταβολή στη διατροφή (Ραμπαβίλας κ.α, 2003).
- Φύλο: Η σχιζοφρένεια δεν κάνει διαρκέσει και η εμφάνιση της είναι ανάλογη σε άντρες και σε γυναίκες, η διάφορα διακρίνεται στο ότι η νόσος στους άντρες παρουσιάζεται σε νεότερη ηλικία σε σχέση με τις γυναίκες. Οι τελευταίες διακρίνεται ότι παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα στη θεραπεία με αντιψυχωτικά φάρμακα (Wyatt & Henter, 2017).
- Ηλικία: Όπως προαναφέρθηκε η διαταραχή στους άντρες παρουσιάζεται συχνότερα στην ηλικία 18-25 χρονών και στις γυναίκες μεταξύ 26-35 χρονών. Στην βάση αυτών των δεδομένων μπορεί να ειπωθεί ότι παρουσιάζεται πριν την ηλικία των 45 ετών αν και υπάρχουν αναφορές για εμφάνιση της και αργότερα (Ζερβής, 2010).
- Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες: Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο συνδυαστικά με τη ζωή σε μεγάλη αστική περιοχή όπου διακρίνεται έντονο

στρες καθώς και η μετανάστευση συντελεί στην εμφάνιση της νόσου (Ζερβής, 2010).

2.1.2 Αιτιοπαθογένεια

Η αναζήτηση των αιτίων για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας έχουν ερευνηθεί σε αρκετά περιβάλλοντα και με ένα σύνολο τρόπων από τον καιρό της απομόνωσης και της περιγραφής της ασθένειας. Η αναζήτηση περιστράφηκε γύρω από γενετικούς, βιολογικούς παράγοντες όπως και σε σχέση με ψυχοδυναμικές θεωρίες.

2.1.2.1 Γενετικοί παράγοντες

Ένα σημαντικό πλήθος μελετών που αφορούν τη γενετική αναφέρουν με έμφαση την ύπαρξη γενετικής συνιστώσας σε σχέση με την κληρονομικότητα της σχιζοφρένειας. Οι ερευνητικές αυτές προσπάθειες εκκινούν από τη δεκαετία του '30 και άρχισαν να αποκαλύπτουν την ύπαρξη σημαντικών πιθανοτήτων ώστε να διαθέτει κάποιο άτομο τη πιθανότητα να νοσήσει εάν υπάρχουν συγγενείς που ήταν σχιζοφρενείς και πιο ειδικότερα η πιθανότητα αυτή αυξανόταν όσο πιο κοντινή ήταν η συγγένεια (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).

Οικογενειακές έρευνες αναφέρουν ότι τα αδέρφια σχιζοφρενικών ασθενών έχουν 10% πιθανότητα να παρουσιάσουν σχιζοφρένεια. Αν τα παιδιά έχουν τον ένα γονιό σχιζοφρενικό, η πιθανότητα φτάνει το 5-6%, αν έχουν έναν αδερφό και ένα γονιό σχιζοφρενικό η πιθανότητα πλησιάζει το 17% και τέλος αν έχουν και τους δύο γονείς σχιζοφρενικούς η πιθανότητα να παρουσιάσουν σχιζοφρένεια αγγίζει το 46%. Ερευνητικές προσπάθειες πάνω σε δίδυμα (Cardno, Marshall, Coid et al., 2009) με μεγάλη σταθερότητα στα αποτελέσματα τους αναφέρουν υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης σχιζοφρένειας και στους δυο διδύμους, στους μονοζυγώτες (46%) παρά στους διζυγώτες (14%).

Έρευνες σε άτομα που έχουν υιοθετηθεί παρουσιάζουν κίνδυνο για εμφάνιση σχιζοφρένειας και είναι σημαντικότερος αν αυτά τα άτομα έχουν προέρθει από γενετικά βεβαρημένες οικογένειες, παρά το γεγονός ότι κατά πάσα πιθανότητα διαβιούν σε ένα κανονικό περιβάλλον. Οι πιο πρόσφατες γενετικές έρευνες εστιάζουν στην αναζήτηση σε σχιζοφρενείς συνδυασμών δεικτών ή πιθανών γονιδίων σε

σύγκριση με ιδιαίτερες συνδέσεις χρωμοσωμικών θέσεων σε οικογένειες σχιζοφρενών με τη συμβολή μεθόδων της μοριακής βιολογίας. Θέσεις που έχουν αναφερθεί (p ή q) και αφορούν σε αρκετά χρωμοσώματα (3,4,6,8,11 και X), (Kaplan et. al., 2010).

Χρωμοσωμικές περιοχές στις οποίες διακρίνονται πιθανότητες που μπορούν να συνδεθούν με ψυχιατρικές διαταραχές είναι τα χρωμοσώματα 8, 18 και 22. Είναι πιθανόν ότι η μεταβίβαση δεν αποτελεί παράγωγο της επίδρασης ενός μεμονωμένου γονιδίου που μεταβιβάζεται με κάποιον από τους γνωστούς τρόπους όπως επικρατητικά, ενδιάμεσα ή υπολειπόμενα. Το πλέον αποδεκτό σήμερα πρότυπο είναι ο συνδυασμός και η αλληλεπίδραση ενός συνόλου γονιδίων και περιβαλλοντικών συνθηκών. Εάν η παθογόνος επίδραση ενός τέτοιου συνδυασμού υπερβεί τον ουδό «ευαισθησίας», τότε πιθανόν να φθάσει σε κάποιο επίπεδο καθοριστικό και ειδικό ώστε κάποιο άτομο να παρουσιάσει τη νόσο (πολυγονιδιακή θεώρηση), (Χριστοδούλου κ.α, 2010).

2.1.3 Βιολογικοί παράγοντες βιοχημική θεωρία

Η υπόθεση της ντοπαμίνης στη σχιζοφρένεια αναφέρει ότι η νόσος προκύπτει από το γεγονός ότι είναι αυξημένη η ντοπαμινική δραστηριότητα. Η θεωρητική αυτή προσέγγιση αυτή εμφανίστηκε τη δεκαετία του '60 από και βασίζεται:

- i. Στο ότι φάρμακα όπως είναι η αμφεταμίνη που διογκώνουν τα επίπεδα ντοπαμίνης προκαλούν ψύχωση που είναι παρόμοιο με την παρανοειδή μορφή της σχιζοφρένειας (Στεφανής,2006).
- ii. Τη θεραπευτική ισχύ των αντιψυχωτικών φαρμάκων, με εξαίρεση την κλοζαπίνη, και τη δυνατότητα να δρουν ως ανταγωνιστές των D2 υποδοχέων της ντοπαμίνης (Στεφανής, 2006).
Στεφανής, Ν.Κ. (2006). Κατανομή της γονιδιακής έκφρασης του ντοπαμινεργικού υποδοχέα d4 στον ανθρώπινο εγκέφαλο και ο πιθανός ρόλος του στην παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας. (Δημοσιευμένη στο Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών).
- iii. Την παρατήρηση ότι οι D2 υποδοχείς της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο σχιζοφρενών (νεκροτομικό υλικό) είναι διογκωμένη στον κερκοφόρο

πυρήνα, τον επικλινή πυρήνα του διαφράγματος και την οσφρητική χώρα. Αυξημένος αριθμός D2 υποδοχέων ντοπαμίνης αναφέρθηκε και *in vivo* με τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων σε ασθενείς πριν από το ξεκίνημα της φαρμακοθεραπείας. Συνεπώς το εύρημα αυτό πιθανολογείται να ευθύνεται πρωτογενώς στην ύπαρξη της νόσου και δεν είναι απορία της χορήγησης φαρμάκων (Karlan et. el., 2010).

Στην βάση αυτών των στοιχείων διατυπώθηκε ότι η «τροποποιημένη υπόθεση της ντοπαμίνης» για τη σχιζοφρένεια, σύμφωνα με την οποία στη σχιζοφρενική διαταραχή διακρίνεται δυσανάλογα αυξημένη πυκνότητα μόνο των D2 υποδοχέων της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο των σχιζοφρενών (Χριστοδούλου, 2010).

Η κεντρική θεωρία όμως είναι υπό διαμόρφωση και να δέχεται βελτιώσεις και προσθήκες. Ένα σημείο μελέτης αποτελεί το αν ο υποδοχέας D1 έχει ένα συγκεκριμένο ρόλο στα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Ακόμα ο υποδοχέας D5 που συγγενεύει με τον D1 και κρίνεται σκόπιμο να μελετηθεί. Ομοίως οι υποδοχείς D3 και D4 συγγενεύουν με τον D2 για τους οποίους δημιουργούνται ειδικοί αγωνιστές και ανταγωνιστές λόγο ότι παρουσιάστηκε σε τουλάχιστον μια ερευνά αύξηση των D4 σε εγκεφάλους σχιζοφρενών (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2013).

Η υπόθεση της ντοπαμίνης προσδιορίζεται ως σημαντικός παράγοντας στην αιτιοπαθογένεια για τη σχιζοφρένεια, παρόλα αυτά παρουσιάζει εμφανίζει δυο βασικά ζητήματα. Το πρώτο είναι ότι τα σχιζοφρενικόμορφα συμπτώματα σχεδόν ποτέ δεν διακρίνονται σε μη σχιζοφρενικούς ασθενείς όταν χορηγούνται ντοπαμινικές ουσίες που διογκώνουν την ντοπαμινεργική λειτουργία. Το δεύτερο πρόβλημα είναι ότι ηλεκτροφυσιολογικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι ντοπαμινικοί νευρώνες παρουσιάζουν διόγκωση του αριθμού των ώσεων μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα χορήγησης αντιψυχωτικών φαρμάκων. Αυτά τα δεδομένα πιθανόν να αναφέρουν ότι η αρχική διαταραχή στη σχιζοφρένεια πιθανόν να αποτελεί μια υποντοπαμινική κατάσταση (Karlan & Sadock's, 2010).

Διαφορετικά υπάρχουν και αποτελέσματα που αναφέρουν ότι η σχιζοφρένεια πηγάζει από περιορισμένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα είναι σε ένα πρώτο επίπεδο ότι ο μετωπιαίος φλοιός έχει εκτεταμένη ανάπτυξη στον άνθρωπο. Στον άνθρωπο

μετωπιαίο φλοιό γίνεται η γλωσσική και συναισθηματική έκφραση, η αφαιρετική και δημιουργική σκέψη, η εστίαση και η σταθερότητα της προσοχής, η ομαλή ροή και η λογική ακολουθία σε ότι έχει να κάνει με την σκέψη κ.α. Όλα αυτά μεταβάλλονται άλλοτε περισσότερο και στους σχιζοφρενείς. Από μελέτες αναφέρεται ότι οι δυσλειτουργία στο μετωπιαίο λοβό και πιο ειδικότερα η περιορισμένη λειτουργικότητα του προμετωπιαίου φλοιού, που διακρίνεται στους σχιζοφρενείς πιθανόν να σχετίζεται με τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου. Για παράδειγμα έχει παρατηρηθεί ότι οι βλάβες του κορχομετωπιαίου φλοιού συχνά συντελούν σε επιπέδωση των συναισθημάτων.

Συμπληρωματικά σε αυτό τα αρνητικά συμπτώματα στη σχιζοφρένεια συνδέονται στενά με περιορισμένη ντοπαμινεργική λειτουργικότητα του μεσοφλοιόδους υποσυστήματος όπως προκύπτει από τη χαμηλότερη συγκέντρωση HVA στο πλάσμα χρόνιων και ανθεκτικών στη θεραπεία σχιζοφρενών σε σχέση με το γενικό πλύσιμο ανάλογης ηλικίας και φύλου (Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2010). Τέλος έρευνες που υπολόγισαν τις συγκεντρώσεις του ομοβανιλλικού οξέος, το οποίο είναι και ο κύριος μεταβολίτης του πλάσματος, επιβεβαίωσαν τον βασικό ρόλο της ντοπαμινικής θεωρίας στην αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας. Αυτό υποστηρίζεται από το στοιχείο ότι οι συγκεντρώσεις του ομοβανιλλικού οξέος στο πλάσμα, αντανακλούν στις συγκεντρώσεις του στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Από αυτές τις μελέτες έγινε φανερό η θετική συσχέτιση των προς τη θεραπεία συγκεντρώσεων του ομοβαλλινικού οξέος με τη βαρύτητα των ψυχωτικών συμπτωμάτων και την ανταπόκριση στα νευροληπτικά φάρμακα (Kaplan & Sadock's, 2010).

2.1.4 Άλλοι νευροδιαβιβαστές

Αν και η ντοπαμίνη είναι ο νευροδιαβιβαστής στον οποίο έχει δοθεί από ερευνητικής άποψης η μεγαλύτερη εστίαση σε σχέση με το ζήτημα της σχιζοφρένειας, σταδιακά διογκώνεται το ενδιαφέρον και για άλλους νευροδιαβιβαστές. Η συμμετοχή και άλλων νευροδιαβιβαστικών συστημάτων δεν ένα στοιχείο εκτός ερευνητικού πεδίου, δεδομένου ότι κάθε νευρώνας στο κεντρικό νευρικό σύστημα διαθέτει υποδοχείς από διαφορετικά νευροδιαβιβαστικά συστήματα, επίσης η κλινική πολυμορφία της σχιζοφρένειας πιθανόν να σχετίζεται με την αλληλεπιδραστική σχέση περισσότερων του ενός νευροδιαβιβαστικών συστημάτων. Με αυτό τον τρόπο οι διάφοροι

νευροδιαβιβαστές στον εγκέφαλο λαμβάνουν μέρος σε πολύπλοκες και αλληλοεπηρεαζόμενες σχέσεις και η ανώμαλη λειτουργία πηγάζουν από μεταβολές στον κάθε νευροδιαβιβαστή (Kaplan & Sadock's, 2010).

Σεροτονίνη

Οι αρχικές υποθέσεις για τη συμμετοχή της σεροτονίνης στη ποθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας στηριχτήκαν στη ψυχωσεομιμητική δράση της διαιθυλαμίδης του λυσεργικού οξέως (LSD), η οποία διακρίνεται για την χημική της συγγένεια με τη σεροτονίνη. Το LSD προκαλεί στις περισσότερες περιπτώσεις οπτικές ψευδαισθήσεις που σπανίζουν στη νόσο της σχιζοφρένειας, ενώ απουσιάζουν και οι ακουστικές ψευδαισθήσεις και οι παραληρηματικές ιδέες που είναι συνηθισμένα συμπτώματα στη νόσο. Ωστόσο ο ρόλος της σεροτονίνης δεν μεταβάλλεται και είναι κεντρικός (Στεφανής,2006). Κάτι τέτοιο υποστηρίζεται γιατί έχει παναφερθεί ότι πολλά άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα, όπως η κλοζαπίνη, η ρισπεριδόνη και η ριτανσερίνη διακρίνεται εντόνη σεροτονινεργική δράση. Ειδικότερα, απεικονιστικές έρευνες παρουσιάζουν αποκλεισμό των 5-HT_{2A} υποδοχέων στο πλαίσιο της θεραπείας με άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα. Το εύρημα αυτό συνηγορεί υπέρ του ρόλου των ανταγωνιστών των υποδοχέων αυτών στην αντιμετώπιση των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας (Στεφανής,2006).

Γλουταμινικό οξύ

Το διεγερτικό αμινοξύ-νευροδιαβιβαστής γλουταμικό οξύ στη βάση ερευνητικών προσπαθειών δείχνει να λάμνει μέρος στη νευροχημική βάση της σχιζοφρένειας. Η προσπάθεια προς αυτή την κατεύθυνση έγινε ως απορία των κλινικών παρατηρήσεων του Tamminga (2012), ότι οι ουσίες φαινυλκυκλιδίνη (PCP), κεταμίνη και MK-801, είναι ανταγωνιστές του ιοντικού διαύλου CA⁺⁺ του τύπου NMDA των υποδοχέων του γλουταμινικού οξέος και προκαλούν σε φυσιολογικά άτομα συμπτώματα που προσομοιάζουν με τα θετικά και αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας (Tamminga, 2012).

Ακόμα, ο Tamminga (Στο Spollen, 2002), αναφέρει ότι η κεταμίνη διογκώνει την αιματική ροή στην προς τον εγκέφαλο και ειδικότερα στη ζώνη του πρόσθιου φλοιού και περιορίζει την ροή στον υπόκαμπο και στην παραγκεφαλίδα, περιοχές που παρουσίαζαν μη φυσιολογικές διαστάσεις σε νοσούντες με σχιζοφρένεια. Έρευνες σε

νεκροτομικό υλικό εγκεφάλων σχιζοφρενών έχουν αναφέρει, αύξηση δραστηριότητας των προσυναπτικών και μετασυναπτικών γλουταμινεργικών NMDA υποδοχέων στον μετωπιαίο και κροταφικό φλοιό και διογκώση των θέσεων δέσμωσης του ραδιοσημασμένου ανταγωνιστή MK801 των NMDA υποδοχέων στον μετωπιαίο και κροταφικό φλοιό, την αμυγδαλή, τον ενδοκρινικό φλοιό, τον ιππόκαμπο και το κέλυφος (Στεφανής, 2006).

Νορεπινεφρίνη

Αναφορές και παρατηρήσεις σε σχέση με την μακροχρόνια χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων συντελεί στον περιορισμό της δραστηριότητας των νευρώνων της νοραδρεναλίνης στον υπομέλαινα τόπο και ότι η θεραπευτική δράση ορισμένων από αυτά ασκείται επί των A1 και A2 αδρενεργικών υποδοχέων. Παρόλο που δεν έχει διευκρινιστεί συνολικότερα η σχέση ανάμεσα στην αδρενεργική και ντοπαμινική δράση, τα περισσότερα ευρήματα προσδιορίζουν ότι η διαταραχή του νοραδρενεργικού συστήματος προκαλεί στον ασθενή αρκετές υποτροπές, που είναι αποτελέσματα των ρυθμίσεων στο σύστημα του ντοπαμινικού (Kaplan & Sadock's, 2010).

Αμινοξέα

Το ανασταλτικό αμινοξύ-νευροδιαβιβαστής GABA ερευνάτε για την πιθανότητα συμμετοχής στην παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας. Τα δεδομένα των ερευνών παρουσιάζουν ότι ένας αριθμός σχιζοφρενών παρουσιάζουν απώλεια GABAνεργικών νευρώνων στον ιππόκαμπο (Kaplan & Sadock's, 2010).

2.1.5 Νευροπαθολογία

Οι σχετικές έρευνες βασίζονται σε παθολογοανατομικά ευρήματα σε σχιζοφρενείς και σε απεικονιστικά στοιχεία σε ζώντες ασθενείς, σε ηλεκτροφυσιολογικά δεδομένα και σε νευροψυχολογικές παρατηρήσεις. Οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις που έχουν παρατηρηθεί σε σχιζοφρενείς σχετίζονται ως επί το πλείστον στο υπερμεσολόβιο σύστημα και τα βασικά γάγγλια.

Μεταχμιακό Σύστημα

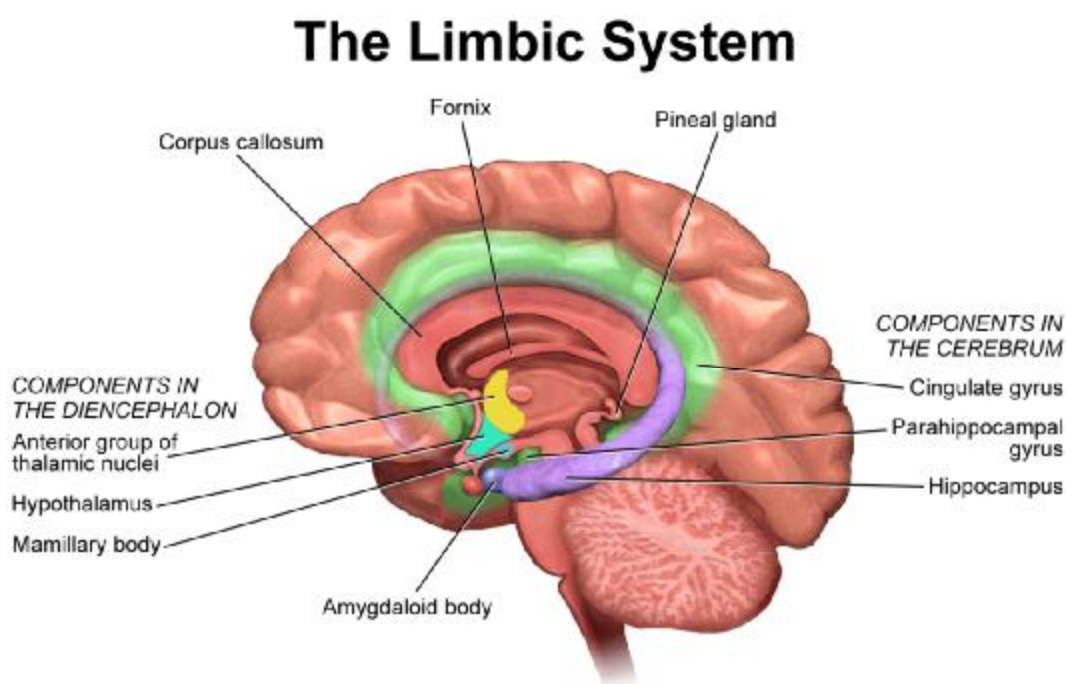
Σε σχέση με το αρχικό ζήτημα που περιγραφή στην προηγούμενη παράγραφο διαπιστωθεί μείωση του μεγέθους του αμυγδαλοειδούς πυρήνα, του υποκάμπου και της παραϊπποκαμπίου έλικας. Ειδικότερα η περιοχή του υποκάμπου και της παραϊπποκαμπίου έλικας ερευνήθηκε με μορφομετρικές μεθόδους που παρουσίασαν μορφολογικές αλλοιώσεις των νευρώνων στη σχιζοφρένεια. Ανάμεσα στα άλλα έχουν παρατηρηθεί: περιορισμένο μέγεθος κυττάρων και αλλοιώσεις στον προσανατολισμό των νευρώνων στο χώρο (Kaplan & Sadock's, 2000). Τα πυραμιδικά κύτταρα του υποκάμπου και οι αποφυάδες τους στον φυσιολογικό ανθρώπινο εγκέφαλο, έχουν χαρακτηριστική παράλληλη διάταξη στο χώρο.

Η διάταξη στο χώρο περιγράφεται ως διαταραγμένη στον εγκέφαλο ασθενών με σχιζοφρένεια. Τα κύτταρα χάνουν τον προσανατολισμό τους και οι δενδρίτες και οι άξονές τους οδηγούνται προς διάφορες κατευθύνσεις. Ο βαθμός της αποδιοργάνωσης αυτής αναφέρεται σαν να σχετίζεται με την βαρύτητα της κλινικής εικόνας του αρρώστου (Στεφανής,2006). Αλλοιωμένη κυτταροτεχνική πιθανόν να έχει σημαντικές επιπτώσεις στη συνδεσμολογία των νευρώνων αυτών όπως και στην επεξεργασία των πληροφοριών. Ο υπόκαμπος μέσω της παραϊπποκαμπίου έλικας λαμβάνει και παρέχει πληροφορίες από τον συνειρμικό φλοιό καθώς και συνολικά στο μεταχιακό σύστημα. Δεδομένης της συνδεσμολογίας του υποκάμπου και του σημαντικού ρόλου του στις ανώτερες γνωσιακές λειτουργίες, μεταβολές στην κυτταροτεχνική και λαθεμένες συνδέσεις στην περιοχή αυτή αναμένεται να προκαλέσουν σημαντικές μεταβολές στη συμπεριφορά (Kaplan & Sadock's, 2010).

Για την ορθή λειτουργία του εγκεφάλου η θέση και η συνδεσμολογία των νευρώνων είναι αναγκαίο να είναι καθορισμένη και εξειδικευμένη. Κατά την εμβρυογένεση τα νευρικά κύτταρα αφού διαιρεθούν αρκετές φορές μεταναστεύουν σε προκαθορισμένες θέσεις όπου τελικά διαφοροποιούνται και αναπτύσσουν συνδέσεις με άλλα κύτταρα. Όταν το νευρικό κύτταρο διαφοροποιηθεί και αναπτύξει τις συνδέσεις του δεν έχει τη δυνατότητα να αποδιαφοροποιηθεί ή να αντικατασταθεί. Συνεπώς, η αλλοιωμένη κυτταροτεχνική που διακρίνεται στην εν' λόγω περιοχή του υποκάμπου στη σχιζοφρένεια πιθανόν να έχει προκύψει σε κάποιο στάδιο της εμβρυογένεσης (Στεφανής,2006). Για την ομαλή μεταφορά των νευρώνων κατά την ανάπτυξη συμμετέχουν ουσίες και δομές όπως για παράδειγμα κυτταροσκελετός του ίδιου του κυττάρου αλλά και ουσίες από το μικροπεριβάλλον όπου ο νευρώνας

αναπτύσσεται όπως για παράδειγμα νευροδιαβιβαστές, ουσίες συγκόλλησης κ.ά. Από μια μεγάλη ομάδα ουσιών που μελετήθηκαν ανοσοϊστοχημικά και στον ιππόκαμπο σχιζοφρενών παρατηρήθηκε ένα σύνολο πρωτεϊνών του κυτταροσκελετού, οι σχιζοφρενείς με τους μικροσωληνίσκους πρωτεΐνες, δεν συντίθενται στην απαιτούμενη ποσότητα. Δεν έχουν παρατηρηθεί πιθανά πρόβλημα στο συγκεκριμένο γονίδιο που κωδικοποιεί τις πρωτεΐνες ή στο στάδιο της μεταγραφής που έχει ως αποτέλεσμα την παράγωγη τροποποιημένη πρωτεΐνη που δεν αναγνωρίζεται από τα αντισώματα που βρίσκονται πάνω στον ιστό (Kaplan & Sadock's, 2010).

Εικόνα 5: Μεταχιακό Σύστημα



Πηγή: <https://el.wikipedia.org/wiki/>

Βασικά Γάγγλια

Ως προς τα βασικά γάγγλια, οι νευροπαθολογοανατομικές μελέτες έχουν αναφερθεί ποικίλα και με μη πειστικά αποτελέσματα σε σχέση με την απώλεια κυττάρων ή τη σμίκρυνση της ωχράς σφαίρας και της μέλαινας ουσίας. Εν' αντιθέσει, σε αρκετές έρευνες έχει παρατηρηθεί διόγκωση του αριθμού των D2 υποδοχέων στον κερκοφόρο πυρήνα, το κέλυφος και τον επικλινή πυρήνα. Δεν υπάρχει όμως σαφείς άποψη για το

ακριβές ποσοστό η αύξηση προκαλεί επιδράσεις των αντιψυχωτικών φαρμάκων που έχει δεχτεί ο ασθενής. Κάποιοι ερευνητές έχουν ξεκινήσει να ερευνούν το σύστημα της σεροτονίνης των βασικών γαγγλίων, μιας και ο ρόλος της σε ψυχωτικές διαταραχές υποδεικνύεται από την κλινική χρησιμότητα αντιψυχωτικών φαρμάκων με σεροτονινεργική δραστηριότητα (Kaplan & Sadock's, 2010).

Εικόνα 6: Βασικά Γάγγλια



Πηγή : <https://www.google.com/search?q>

Εγκεφαλικές δομικές μεταβολές

Η απεικόνιση του εγκεφάλου σε σχιζοφρενείς έχει προσφέρει μέχρι στιγμής ένα σημαντικό σύνολο ευρημάτων. Αναφορικά με τις δομικές απεικονιστικές μεθόδους (CT & MRI), σημαντικές παραμορφώσεις έχουν παρατηρηθεί σε διάφορες εγκεφαλικές περιοχές: ατροφία μετωποκροταφικού φλοιού και ιπποκάμπων, μεγέθυνση κερκοφόρου πυρήνα, διεύρυνση των πλαγίων και της τρίτης κοιλίας,

σμίκρυνση του θαλάμου, ανωμαλίες στο σχήμα του μεσολόβιου και την παρεγκεφαλίδα, περιορισμός του όγκου του εγκεφάλου. Το βάρος του εγκεφάλου στη σχιζοφρένεια προσδιορίζεται κατά 6% μικρότερο, το δε μήκος του κατά 4% σε σχέση με του γενικού πληθιού του ίδιου φύλου και ηλικίας. Υπάρχουν όμως και ερευνητικές προσπαθείς πάντως που υποστηρίζουν ότι η εγκεφαλική ατροφία συνδέεται με την περιγεννητική βλάβη (Vita et al., 1994 στο Δικαίου, 2005) και άλλοι ότι αντίθετα συνδέεται με τη γενετική προδιάθεση (Cannon et al., 1993 στο Δικαίου, 2005).

Λειτουργικές μεταβολές

Ως προς τις λειτουργικές απεικονιστικές μέθοδοι όπως MRS, PET, SPECT, FMRI έχουν καταλήξει ότι ο περιορισμός του μεταβολισμού στους μετωπιαίους λοβούς με ταυτόχρονη αδυναμία εγερθείσης της αιματικής ροής στο πλαίσιο των προκλητικών ψυχολογικών δοκιμασιών, αύξηση του μεταβολισμού και της αιματικής ροής στις αριστερές κροταφικές περιοχές και αλλού. Η μελέτη των υποδοχέων σε διάφορες περιοχές δεν πρόσφερε αποτελέσματα που να μας διαφωτίζουν περισσότερο (Δικαίου, 2005).

Ηλεκτροφυσιολογία

Η ηλεκτροφυσιολογική διερεύνηση της σχιζοφρένειας συνδέεται με τη μελέτη του ηλεκτοεγκεφαλογραφήματος(HEΓ), των προκλητών δυναμικών της ηλεκτροδερματικής αντίδρασης και του ηλεκτροοφθαλμογραφήματος (Kaplan & Sadock's, 2010). Από τις ηλεκτροεγκεφαλικές έρευνες σχιζοφρενών προκύπτει ότι ένας σημαντικό μέγεθος αυτών παρουσιάζει ανώμαλες καταγραφές, αυξημένη ευαισθησία σε δοκιμασίες ενεργοποίησης, ελαττωμένη άλφα δραστηριότητα, πιθανόν μεγαλύτερη από τις σύνηθες ανωμαλίες από το αριστερό ημισφαίριο. Τα προκλητά εγκεφαλικά δυναμικά παρουσίασαν κυρίως μεταβολές, τόσο των πρώιμων όσο και των όψιμων κυματομορφών στο πλαίσιο της παρουσίασης ερεθισμάτων. Η γενετική εκτίμηση είναι ότι στη σχιζοφρένεια μετά από μια διωκόμενη αρχική κινητοποίηση, ακολουθεί σταδιακός περιορισμός της ικανότητας επεξεργασίας των ερεθισμάτων. Η ηλεκτροδερματική αντίδραση παρουσίασε εξαιρετικά περιορισμένη ή και απύουσα σε σημαντικό αριθμό σχιζοφρενών σε σχέση με μάρτυρες. Ακόμα ανώμαλες οφθαλμικές κινήσεις, που συνδέονται κυρίως στην ομαλή παρακολούθηση αντικειμένων και την

έκλυση σακκαδικών κινήσεων έχουν αναφερθεί σε σχιζοφρενείς καθώς και καθώς και στους πρώτους βαθμού συγγενείς τους (Στεφανής,2006).

2.1.6 Νευροψυχολογία

Νευροψυχολογικά στοιχεία κάνουν εμφανή ότι οι σχιζοφρενείς άρρωστοι παρουσιάζουν διαταραχές ως προς τη συνολικότερη επεξεργασία πληροφοριών καθώς και ελλειμματική λειτουργικότητα σε σχέση με τους μετωπιαίους λοβούς και το βρεγματικό λοβό δεξιά.

Ψυχονευροανοσολογία (Ιογενής υπόθεση)

Ένας σημαντικό πλήθος ανοσολογικών ανωμαλιών έχει συσχέτιση με τη σχιζοφρένεια. Στις ανωμαλίες αυτές περιλαμβάνονται: ο περιορισμός παραγωγής ιντερλευκίνης – δύο από τα T-κύτταρα, ο μειωμένος αριθμός και η απαντητικότητα των περιφερειακών λεμφοκυττάρων, η ανώμαλη κυτταρική και χημική αντίδραση στους νευρώνες και η εμφάνιση κατευθυνόμενων από τον εγκέφαλο αντισωμάτων. Τα δεδομένα αυτά πιθανόν να ερμηνευθούν είτε ως στοιχεία της δράσης ενός νευροτοξικού ιού είτε ως ένδειξη ενδογενούς αυτοάνοσης διαταραχής (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2013). Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί με μεγάλη προσοχή προς την κατεύθυνση της αναζήτησης ενδείξεων λοίμωξης από νευροτοξικούς ιούς ήταν αρνητικές, αν και τα επιδημιολογικά δεδομένα αναφέρουν ότι έχουν σημαντική επίπτωση σχιζοφρένειας μετά από προγενετική έκθεση στη γρίπη, στο πλαίσιο των επιδημιών της νόσου (Στεφανής,1996). Άλλα στοιχεία που υποστηρίζουν την ιογενή υπόθεση είναι ο διογκωμένος αριθμός σωματικών ανωμαλιών κατά τη γέννηση, ο μεγεθυμένος δείκτης επιπλοκών κατά την κύηση και τον τοκετό η εποχικότητα των γεννήσεων που σχετίζεται με ιογενείς λοιμώξεις, η γεωγραφική άθροιση περιπτώσεων στους ενήλικους και η εποχικότητα των εισαγωγών για νοσηλεία. Παρόλα αυτά, η αδυναμία ανίχνευσης γενετικής ένδειξης ιογενούς λοιμώξεων περιορίζει τη σημαντικότητα αυτών των δεδομένων (Στεφανής,1996). Η πιθανότητα αυτοάνοσων αντισωμάτων του εγκεφάλου υποστηρίζεται από ορισμένα στοιχεία αλλά η παθολογική διεργασία, αν υπάρχει είναι πιθανόν να συντελέσει στην ερμηνεία σε όσα συμβαίνουν μόνο σε μια υποομάδα σχιζοφρενών ασθενών.

Ψυχονευροενδοκρινολογία

Στην νευροενδοκρινολογική εκδοχή για τη μελέτη της σχιζοφρένειας η ανατομική σχέση που διακρίνεται ανάμεσα στην υπόφυση, τον υποθάλαμο και το κεντρικό νευρικό σύστημα. Για παράδειγμα η έκκριση των υποφυσιακών ορμονών προσδιορίζει κυρίως από νευροχημικούς μηχανισμούς. Ο αρχικός όμως ενθουσιασμός προς αυτή την κατεύθυνση περιορίστηκε λόγω των μη σαφών παθοφυσιολογικών ευρημάτων. Πάντως το νευροενδοκρινικό σύστημα εξακολουθεί να είναι αποτελεί ένα σημαντικό μοντέλο για την μελέτη της σχιζοφρένειας καθώς είναι ξεκάθαρος ο ρόλος που διαδραματίζει η ντοπαμίνη στη ρύθμιση της έκκρισης της προλακτίνης από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης καθώς και στη ρύθμιση των υποθαλαμικών πεπτιδίων που προσδιορίζουν την έκκριση της αυξητικής ορμόνης. Για τον ίδιο σκοπό έχουν ερευνηθεί ακόμη οι κορτιζόλη, η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη, η αδρενοκυρτικοτρόπος ορμόνη αν και τα ευρήματα έχουν δεχτεί κριτική (Kaplan & Sadock's, 2010).

2.2 Κλινική εικόνα σχιζοφρένειας

Κλινική Εικόνα και Συμπτωματολογία

Στην παρούσα ενότητα γίνεται μια προσπάθεια προσδιορίσου και περιγραφής της κλινικής συμπτωματολογία ατόμων που έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια. Αναλυτικότερα, παρατίθενται και περιγράφονται με επιγραμματικό τρόπο τα συνολικά χαρακτηριστικά όσο και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά συμπτώματα του ασθενούς όπως αυτά περιγράφονται σε σύνολο των φάσεων της νόσου όπως πρόδρομη, ενεργός, υπολειμματική). Πραγματοποιείται επίσης μια διάκριση μεταξύ του οξέος και του χρόνιου σχιζοφρενικού συνδρόμου. Με βάση την ταξινόμηση ου πραγματοποίησαν οι Lindenmayer & Khan (2006), τα στοιχεία που προσδιορίζουν τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας διαχωρίζονται σε πέντε κατηγορίες: θετικά ή παραγωγικά συμπτώματα, αρνητικά συμπτώματα, γνωστικές διαταραχές, διέγερση, καταθλιπτικά συμπτώματα (Περιογιάννης, 2010)..

2.2.1 Θετικά ή Παραγωγικά συμπτώματα

Θετικά συμπτώματα ή παραγωγικά καλούνται αυτά που προστίθενται στο σύνολο των συμπεριφορών του ατόμου με την ίδια μορφή ή προκύπτουν από την επίταση ή διαστρέβλωση των φυσικών λειτουργιών και είναι εφικτό να παρατηρηθούν σε οποιαδήποτε φάση της πορείας της νόσου, ακόμη και στην υπολειμματική αλλά με χαμηλότερη ένταση (Περιτογιάννης, 2010).

Σε αυτά εμπεριέχονται οι παραληρητικές ιδέες όπως διωκτικό, μεγαλείου κ.α. οι αντιληπτικές διαταραχές, η παράξενη συμπεριφορά, οι ψευδαισθήσεις και οι διαταραχές στη δομή και την ροή της σκέψης (Mary, 2012) (Getzfeld, 2009), (Περιτογιάννης, 2010).

Ψευδαισθήσεις

Αφορά τις αισθητηριακές αντιλήψεις που προκύπτουν με εσφαλμένο χαρακτήρα και πιθανόν να σχετίζονται με οποιαδήποτε από τις αισθήσεις. Μπορεί να είναι ακουστικές, οπτικές, απτικές, οσφρητικές και γευστικές (Mary, 2012).

Σε αρκετές περιπτώσεις είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, κατά τις οποίες το άτομο πιστεύει ότι ακούει φωνές που απευθύνονται σε εκείνον ή συζητούν για αυτόν και κριτικάρουν τις ενέργειες του (Περιτογιάννης, 2010).

Πρώτες σε συχνότητα έρχονται οι ακουστικές ψευδαισθήσεις και ακολουθούν οι οπτικές (Mary, 2012).

Οι οσφρητικές ψευδαισθήσεις είναι συχνές σε ασθενείς που πάσχουν από συγκεκριμένες μορφές επιληπτικής διαταραχής (Getzfeld, 2009).

Στις παραληρητικές ιδέες, το άτομο παρουσιάζει εσφαλμένες πεποιθήσεις που ανακύπτουν δίχως να υπάρξει κάποιο κατάλληλο ερέθισμα από το εξωτερικό περιβάλλον και δεν συνδέεται με την γνώση και την εμπειρία που διαθέτει το άτομο (Mary, 2012)..

όπως για παράδειγμα να νομίζει ότι κάποιος το κυνηγά για να τον απαγάγει, ότι κάποιος έχουν τη δυνατότητα να διαβάζουν τη σκέψη τους, ή ότι κάποιος ελέγχει το μυαλό τους, όπως επίσης και ιδέες ζήλιας ή μεγαλείου, θρησκευτικές, σωματικές και ιδέες αναφοράς (Jeffrey et. al., 2006).

Οι ιδέες αυτές δεν είναι εφικτό να αναδιαμορφωθούν μέσα από την χρήση λογικών επιχειρημάτων ή με αποδείξεις και χαρακτηρίζεται ότι πηγάζουν από την δυσλειτουργία των κυκλωμάτων επεξεργασίας πληροφοριών ανάμεσα στα ημισφαιρία (Mary, 2012).

Αλλόκοτη συμπεριφορά.

Εδώ περιλαμβάνονται η παράξενη αμφίεση και ενδυματολογία, η κοινωνική και σεξουαλική απόσυρση (Jeffrey et. al., 2006).

Οι διαταραχές δομής και ροής σκέψης από την άλλη, σχετίζεται με ηχολαλίες, ηχοπραξίες, ηχητικούς συνειρμούς, νεολογισμούς και γλωσσικές ασυναρτησίες (Mary, 2012).

2.2.2. Αρνητικά Συμπτώματα

Αρνητικά συμπτώματα είναι οι συμπεριφορές, οι λειτουργίες ή οι απαντήσεις που εκλείπουν ή απουσιάζουν από τον ασθενή και αφορούν απώλεια ή εξασθένηση των φυσιολογικών λειτουργιών (Getzfeld, 2009), (Περιογιάννης, 2010).

Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται η ανηδονία, η απάθεια, η ανεργία, αβουλησία, αμφιθυμία, διαταραχές του συναισθήματος (αμβλύτητα, επιπέδωση, απουσία εκφραστικότητας, απροσφορότητα), η κοινωνική απόσυρση, και η φτωχή σκέψη (Mary, 2012), (Περιογιάννης κ.α., 2010).

Ως προς τη συναισθηματική έκφραση, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια σε κάποιες περιπτώσεις παρουσιάζουν απρόσφορο συναίσθημα. Αυτό σημαίνει ότι τα

συναισθήματα του ατόμου δεν ανταποκρίνονται σε αυτά που αναφέρει ή σκέφτεται, όπως για παράδειγμα να υποστηρίζει πως καταδιώκεται από δαίμονες και παράλληλα να είναι χαμογελαστό ή γελά νευρικά αν τραυματιστεί ελαφρά μικροατύχημα, ή όταν περιγράφεται μια κατάσταση χαράς ενώ το άτομο κλαίει ή μένει ανέκφραστο (Getzfeld, 2009), (Jeffrey et. al., 2006).

Τα αρνητικά συμπτώματα παρουσιάζονται από το πρόδρομο κιόλας στάδιο και παραμένουν σταθερά σε όλη την πορεία της νόσου, ενώ προκαλούν σημαντικού βαθμού αναπηρία στο άτομο και δεν μπορούν να μεταβληθούν επαρκώς με τα φάρμακα που υπάρχουν μέχρι στιγμής (Περιτογιάννης, 2010), (Getzfeld, 2009).

2.2.3. Γνωστικές Διαταραχές

Σε αυτές περιλαμβάνονται οι διαταραχές της συγκέντρωσης και της προσοχής, η περιορισμένη επεξεργασία των πληροφοριών και η μειωμένη εκτελεστική δραστηριότητα, όπως και η διαταραχή στον σχηματισμό της σκέψης η οποία βρίσκει επίπτωση κατά κύριο λόγο κυρίως στον άρθρωση του ασθενούς (Περιτογιάννης, 2010).

Οι γνωστικές διαταραχές στη σχιζοφρένεια συχνά έχουν ανάγκη από ειδικές δοκιμασίες για να προσδιοριστούν όπως για παράδειγμα εκτίμηση της ικανότητας της μεταφορικής σκέψης και ερμηνεία παροιμιών. Στην ερμηνεία, για παράδειγμα, της παροιμίας «Μην κλαις πάνω από το χυμένο γάλα» ένας ασθενής απάντησε «Είναι οι αποφάσεις που παίρνουμε σχετικά με τη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Το κέντρο της λήψης των αποφάσεων από τους ανθρώπους». Τα γνωστικά ελλείμματα, κατά τους Goldberg et al.(2003), υπάρχουν ήδη από το πρόδρομο στάδιο και επιβαρύνονται κατά την έναρξη, υπάρχει πιθανότητα όμως από τα πρώτα χρόνια να σταθεροποιηθούν (Περιτογιάννης, 2010).

2.2.4 Διέγερση

Στη διέγερση περιλαμβάνονται τα επιμέρους συμπτώματα όπως η ψυχοκινητική ανησυχία, η επιθετικότητα, η εχθρική συμπεριφορά, η άρνηση για συνεργατικότητα και η ανυπαρξία έλεγχου των παρορμήσεων. Ακόμη, τα άτομα με σχιζοφρένεια πιθανόν να παρουσιάσουν άσκοπες ή τελετουργικές συμπεριφορές, ή βαδίζουν ασταμάτητα για μεγάλο χρονικό διάστημα, ενώ κάποιοι παρουσιάζουν παράδοξες κινήσεις στο πρόσωπο ή το σώμα (Mary, 2012).

2.2.5 Συμπτώματα Κατάθλιψης

Ένα ποσοστό κοντά στο 30% των ασθενών με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα στο διάστημα που νοσούν και τα οποία αποτελούν ισχυρό παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία. Υπαρχή σημαντική δυσκολία να γίνει διάκριση των αρνητικών συμπτωμάτων, ενώ συχνά παρουσιάζονται στην αποδρομή οξέως επεισοδίου και κατά την ανάκτηση της εναισθησίας, όπου και ο κίνδυνος της αυτοκτονίας αυξάνεται σημαντικά (Περιογιάννης κ.α., 2010).

Επισημαίνεται επίσης, ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν περιορισμένες κοινωνικές δεξιότητες με αποτέλεσμα να νοιώθουν κοινωνική απομόνωση, αυξάνοντας έτσι την αρνητική τους ψυχολογία (Jeffrey at. el., 2006),(Mary,2012).

2.2.6 Οξεία και Χρόνια Σχιζοφρένεια

Το 1985 ο Crow το πρότεινε μια διάκριση μεταξύ του οξέως και χρόνιο συνδρόμου σχιζοφρένειας: Το οξύ σύνδρομο προσδιορίζεται από τα θετικά συμπτώματα, έλλειψη εναισθησίας, αποδιοργανωτική σκέψη και συμπεριφορά, και πιθανή επιθετικότητα. Από την άλλη πλευρά, το χρόνιο σύνδρομο εκφράζεται από τα αρνητικά συμπτώματα, τα συμπτώματα κατάθλιψης και κατατονικότητας, τη περιορισμένη

πρωτοβουλία και την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, ενώ πιθανό να υπάρχουν θετικά συμπτώματα σε εξασθενημένο βαθμό που δεν προκαλούν την αντίδραση του ασθενούς. Στην πραγματικότητα της κλινικής πράξης όμως, διακρίνεται ένας συνδυασμός οξέος και χρόνιου συνδρόμου σε όλα τα στάδια της νόσου (Περιογιάννης κ.α., 2010).

2.2.6 Πορεία και Πρόγνωση

Όπως προαναφέρθηκε, η πιθανή έναρξη της νόσου σχιζοφρένειας γίνεται στην όψιμη εφηβεία και στην πρόιμη ενήλικη ζωή, μέχρι τα 30 με τους άνδρες να νοσούν σε μικρότερη ηλικία από τις γυναίκες. Η νόσος περιγράφεται από μια αρχική περίοδο πρόδρομων συμπτωμάτων ωστόσο η εμφάνιση της πιθανόν να παρακάμψει την πρόδρομη φάση ή πιο συχνά, να παρουσιάζεται ως προοδευτική περιλαμβάνοντας ορισμένου βαθμού διαταραχές στο βίωμα και στη συμπεριφορά διάρκειας κάποιων εβδομάδων ή και ετών (Χριστοδούλου, 2003)..

Πρόδρομη φάση.

Σε αυτήν ο ασθενής μπαίνει στην πρόδρομη φάση μετά από ένα σοκ στο περιβάλλον του ή στον κοινωνικό του περίγυρο, το οποίο λειτουργεί ως παράγοντας ενεργοποίησης της πρόδρομης φάσης, όπως οι σπουδές μακριά από το οικογενειακό περιβάλλον, ναρκωτικές ουσίες, ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου. Το άτομο κατά την πρόδρομη φάση δεν μπορεί να ολοκληρώσει αποδοτικά τις καθημερινές του υποχρεώσεις όπως για παράδειγμα εργασιακές, σχολικές κ.α., παρότι είναι πιθανό σε ορμόνες από αυτές να επιδείξει ακόμη πιο ανεπτυγμένες ικανότητες. Σε αυτό το στάδιο ακόμα, ξανακάνει να μην νοιάζεται να για την εμφάνιση του, την προσωπική του υγιεινή, ενώ φοβάται να κάνει εμφανή τα συναισθήματα του, αποσύρεται κοινωνικά και απομονώνεται, και γίνεται υπερευαίσθητος, οξύθυμος και αγχώδης. Η διάρκεια της φάσης αυτής κρατά ένα χρόνο αλλά πιθανόν και περισσότερο (Kaplan et. at., 2000).

Ενεργός φάση.

Ανεξαρτήτως ύπαρξης ή όχι του πρόδρομου σταδίου, όλοι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια περνούν την ενεργό φάση, κατά τη διάρκεια της οποίας είναι έντονο το χαρακτηριστικό της ψύχωσης (Karlan et. at., 2000). Μετά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ακολουθεί συνήθως μια περίοδος ύφεσης η οποία μπορεί να διαρκέσει και πέντε χρόνια. Ωστόσο, ο ασθενής συνήθως εμφανίζει υποτροπή (Χριστοδούλου κ.α., 2003). Η ίδια η κλινική μορφή της νόσου, εξάλλου, σχετίζεται με την πορεία της σχιζοφρένειας, η οποία χαρακτηρίζεται από εναλλαγές εξάρσεων και υφέσεων καθόλη τη διάρκεια αυτής (Karlan et. at., 2000).

Υπολειμματική Φάση.

Όταν απέλθει η ενεργός φάση, είτε με την χρήση θεραπείας στον ασθενή είτε όχι, επέρχεται η υπολειμματική φάση. Τα συμπτώματα εδώ είναι ίδια με αυτά της πρόδρομης φάσης, με το αμβλύ συναίσθημα και την ελλειμματική λειτουργικότητα σε κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο να είναι εντονότερες στην υπολειμματική. Εξακολουθούν πάντως να διακρίνονται παραληρηματικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, αν με χαμηλότερης έντασης συναισθηματική φόρτιση (Karlan et. at., 2000). δυσκολία όμως του σταδίου αυτού πηγάζει από το γεγονός ότι το άτομο δεν έχει τη δυνατότητα επιστροφής στην προνοσηρή του κατάσταση και λειτουργικότητα, αφού κάθε υποτροπή προκαλεί περαιτέρω έκπτωση σε αυτήν. Σε σχέση με την πρόγνωση, γενική πορεία που θα ακολουθήσει η νόσος την πρώτη πενταετία μετά την διάγνωση προκαθορίζει το υπόλοιπο της ζωής του (Χριστοδούλου, 2003).

Η πρόγνωση σε γενικές γραμμές δεν είναι και τόσο καλή (Sadock & Sadock, 2007): το ποσοστό αυτών που καταφέρνουν να εργάζονται σε ανταγωνιστικές θέσεις και έχουν φυσιολογική ζωή είναι χαμηλό, αφού στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η πορεία της νόσου κυλάει ανάμεσα σε περιόδους υποτροπών και περιόδους υφέσεων με αρνητικές επιπτώσεις στις κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις και δραστηριότητες των ασθενών. Ερευνητικά δεδομένα παρουσιάζουν ότι μετά τα πρώτα πέντε ως δέκα χρόνια της πρώτης νοσηλείας, μόνο το 10-20% των

σχιζοφρενών έχει ικανοποιητική έκβαση της νόσου. Ένα μικρό ποσοστό από την άλλη, με πολλή κακή πρόγνωση, παρουσιάζει πολλαπλές υποτροπές, μερική ανταπόκριση στις θεραπείες και απώλεια στις κοινωνικές τους δεξιότητες (Περιογιάννης κ.α, 2010).

Παραπάνω από το 50% έχει κακή έκβαση με νοσηλείες σε σύντομα χρονικά διαστήματα, εξάρσεις και απόπειρες αυτοκτονίας. Οι Kaplan & Sadock's σημειώνουν ακόμα πως η ηλικία έναρξης επιδρά σε μεγάλο σημαντικό ρόλο στην πορεία και την πρόγνωση της νόσου: Η πρόωμη εκδήλωση κυρίως στους άνδρες που είναι πιο ευάλωτοι λόγω υστέρησης στην ψυχολογική τους δομή και με περισσότερα συμπτώματα σχετίζεται με χειρότερη πρόγνωση σε σχέση με άτομα όπου η νόσος παρουσιάζεται αργότερα και που είναι συνήθως γυναίκες, οι οποίες τότε είναι πνευματικά και ψυχικά πιο συγκροτημένες. Πάντως η σχιζοφρένεια δεν είναι αναγκαίο πως θα έχει πάντοτε ηπιότερη πορεία, αφού υπάρχουν βασικά προγνωστικοί παράγοντες, όπως για παράδειγμα φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική αγωγή δεδομένου δε, ότι τα θετικά συμπτώματα ανταποκρίνονται καλύτερα στα αντιψυχωσικά φάρμακα από ότι τα αρνητικά, το φύλο, η ηλικία, η κοινωνική και επαγγελματική θέση, το κοινωνικό περιβάλλον, αλλά και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες παρουσιάζεται η νόσος (Kaplan et. al., 2000), (Getzfeld,2009).

2.3 Συμπτώματα σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που προσβάλλει πολλές ψυχικές λειτουργίες. Όπως αναλυτικότερα περιγράφηκε στις προγενέστερες ενότητες. Σε αυτό το πλαίσιο, τα χαρακτηριστικά συμπτώματα προκύπτουν από διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, της αίσθησης του εαυτού, της βούλησης, της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και σχέσης με τον εξωτερικό κόσμο.

Περιγραφικά διάλυση της προσωπικότητας που περιλαμβάνει:

1. Συμπτώματα πρώτης τάξης

α. Ηχηρή σκέψη

β. Φωνές που συζητούν ή διαφωνούν ή και τα δύο

- γ. Φωνές που σχολιάζουν
- δ. Εμπειρίες κάποιας παθητικής σωματικής φθοράς
- ε. Απόσυρση της σκέψης και άλλες εμπειρίες επηρεασμού της σκέψης
- ζ. Παραληρητική αντίληψη

2. Συμπτώματα δεύτερης τάξης

- α. Άλλες διαταραχές της αντίληψης
- β. Αιφνίδιες παραληρητικές ιδέες
- γ. Αμηχανία
- δ. Μεταβολές στη διάθεση καταθλιπτικού και ευφορικού τύπου
- ε. Αισθήματα συναισθηματικής φτώχιας
- στ. Παραληρηματικές εκδηλώσεις συνοδευόμενες με ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις (Κονταξής κ.α., 2008).

2.4 Διάγνωση σχιζοφρένειας

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι αναγκαίο να πραγματοποιείται μέσα από την μέθοδο της άτοπου απαγωγής, διότι οι συνέπειές της είναι αρκετά σοβαρές και περιορίζουν τις θεραπευτικές επιλογές. Αρχικά, πρέπει να πραγματοποιείται μια ενδελεχής φυσική εξέταση και μελέτη του ιστορικού, με στόχο τον αποκλεισμό από αλλά πιθανά παθολογικά αίτια των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων. Ψυχωτικά συμπτώματα πιθανόν να παρουσιαστούν σε ένα σύνολο άλλων παθήσεων, συμπεριλαμβανομένων της κατάχρησης ουσιών όπως για παράδειγμα των παραισθησιογόνων, φαινυλκυκλιδίνης, αμφεταμινών, κοκαΐνης, αλκοόλ κ.α, των ανεπιθύμητων ενεργειών ευρέως συνταγογραφούμενων φαρμάκων, των λοιμώξεων, μεταβολικών και ενδοκρινικών διαταραχών, όγκων και άλλων χωροκατακτητικών εξεργασιών. Οι συνήθεις εργαστηριακές εξετάσεις συμβάλουν προς την κατεύθυνση του αποκλεισμού των οργανικών αιτιών. Στις εξετάσεις αυτές επιβάλλεται να συμπεριλαμβάνονται η γενική αίματος, η γενική ούρων, η μέτρηση των ηπατικών ενζύμων, της κρεατινίνης, της ουρίας, η εξέταση της θυρεοειδικής λειτουργίας καθώς και ορολογικές εξετάσεις για σύφιλη ή λοίμωξη από HIV. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου επίσης μπορεί να βοηθήσει σε επιλεγμένους ασθενείς για τον αποκλεισμό εστιακών εγκεφαλικών βλαβών όπως για παράδειγμα όγκοι, ισχαιμικά έμφρακτα, και κυρίως σε ασθενείς με πρώτη εμφάνιση των σχετικών συμπτωμάτων. Η διαφορική

διάγνωση περιλαμβάνει κυρίως τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, τις διαταραχές της διάθεσης, την παραληρητική διαταραχή και τις διαταραχές προσωπικότητας. Η διάκριση της σχιζοφρένειας από τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και τις διαταραχές διάθεσης με ψυχωτικά συμπτώματα στηρίζεται στο ότι στη σχιζοφρένεια αποτελεί ένα πλήρες καταθλιπτικό ή μανιακό σύνδρομο είτε απουσιάζει εντελώς, είτε δημιουργείται μετά τα ψυχωτικά συμπτώματα, είτε έχει βραχεία διάρκεια σε σχέση με τη διάρκεια των ψυχωτικών συμπτωμάτων.

Αντίθετα από την παραληρητική διαταραχή, η σχιζοφρένεια διακρίνεται στις περισσότερες περιπτώσεις από αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις. Οι ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας, ιδιαίτερα εκείνοι με διαταραχές που περιλαμβάνονται στην ομάδα των εκκεντρικών προσωπικοτήτων όπως σχιζοειδής, σχιζότυπη και παρανοειδής είναι δυνατόν να αδιαφορούν για τις κοινωνικές σχέσεις και να παρουσιάζουν περισφιγμένοσυναίσθημα, παράδοξες πεποιθήσεις ή εκκεντρικό λόγο, μη έχοντας όμως ενεργό ψύχωση. Είναι αναγκαίο, ακόμα, να αποκλειστούν και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, η βραχεία ψυχωτική διαταραχή, η προσποιητή διαταραχή με ψυχολογικά συμπτώματα και η υπόκριση. (Black & Andreasen, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Σχιζοφρένεια και ο ρόλος του νοσηλευτή

3.1 Θεραπεία σχιζοφρένειας

Η παραγωγή ένα συνόλου φαρμάκων και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων έχει συντελέσει σε πολύ σημαντικό βαθμό στην μελλοντική εξέλιξη των ατόμων με σχιζοφρένεια. Τα καινούργια αντιψυχωτικά φάρμακα συμβάλουν στον έλεγχο των συμπτωμάτων της διαταραχής, ενώ προκαλούν λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες που στιγματίζουν τον ασθενή. Η εκπαίδευση καθώς και άλλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι πιθανόν να συμβάλουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους να αντιληφθούν να διαχειρίζονται την διαταραχή πιο αποτελεσματικά, περιορίζουν την κοινωνική και επαγγελματική δυσλειτουργία και διογκώνουν την κοινωνική επανένταξη όσων πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Παράλληλα οι έρευνες για πιο αποτελεσματικές θεραπείες εξελίσσονται διαρκώς. Επιπρόσθετα, οι συνεχιζόμενες έρευνες για την καλύτερη πρόγνωση της

σχιζοφρένειας που παρατηρείται στις αναπτυσσόμενες χώρες σε συγκρίσιμη τις αναπτυγμένες πιθανόν να υποδεικνύουν στρατηγικές που θα εφαρμοστούν παγκόσμια για να βελτιώσουν την έκβαση των ασθενών με σχιζοφρένεια σε παγκόσμιο επίπεδο (Θεοχαράκης, 2011: 45-47).

Για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας διακρίνονται οι ακόλουθες βασικές συνιστώσες:

- Φαρμακοθεραπεία για την ανακούφιση των συμπτωμάτων και την πρόληψη υποτροπών. Εκπαίδευση και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις ώστε να συμβάλουν τους ασθενείς και οι οικογένειές τους στην επίλυση των ζητημάτων, στην αντιμετώπιση του στρες, στο χειρισμό της νόσου και των επιπλοκών της καθώς και στην πρόληψη υποτροπών
- Κοινωνική αποκατάσταση για να βοηθηθούν οι ασθενείς στην κοινωνική επανένταξη και να αποκτήσουν την κοινωνική ζωή που είχαν πριν σταδιακά. Οι κλινικοί επαγγελματίες είναι αναγκαίο να γνωρίζουν τις αρχές που υπογραμμίζονται από την Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία στην Ανακοίνωση της Μαδρίτης, που εκδόθηκε το 1996, και τονίζεται η σπουδαιότητα της ενημέρωσης για τα νέα επιστημονικά δεδομένα, της μετάδοσης σύγχρονης γνώσης στους άλλους και της αποδοχής του ασθενούς ως συνοδοιπόρου με δικαιώματα στη θεραπευτική διαδικασία. Σε αυτό το σημείο κρίνεται αναγκαίο ότι παρά το σύνολο των προσπαθειών των επιστημόνων πάνω σε όλους τις σύγχρονες μεθόδους θεραπείας της σχιζοφρένεια συμπερασματικά προκύπτει, ότι δεν υπάρχει θεραπεία για την νόσο. Είναι ακόμα σημαντικό οι διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις να προσφέρονται με ενιαίο τρόπο, για παράδειγμα με την χρήση των αρχών των ομάδων διαχείρισης περιστατικού. Αυτό διασφαλίζει ότι όλες οι προσπάθειες εστιάζουν στον ίδιο στόχο και ότι ο ασθενής και η οικογένειά του θα αντιληφθούν την κοινή θεραπευτική γραμμή στον θεραπευτικό σχεδιασμό. Και τελικά οι κλινικοί είναι αναγκαίο να ενθαρρύνουν τους ασθενείς και τους συγγενείς τους να λαμβάνουν μέρος στις ομάδες βοήθειας ασθενών/οικογενειών, που έχουν τη δυνατότητα να προσφέρουν πολύτιμη συμβολή και καθοδήγηση για την καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας εμπίπτουν γενικά σε δύο κατηγορίες:

- Τυπικά αντιψυχωτικά (παλαιότερα αναφέρονταν ως νευροληπτικά)
- Νεότερα αντιψυχωτικά (αναφέρονται επίσης και ως δεύτερης γενιάς ή ‘άτυπα’ αντιψυχωτικά) (Θεοχαράκης,2013: 56-57)

Τυπικά αντιψυχωτικά

Τα πρώτα τυπικά αντιψυχωτικά φάρμακα μπήκαν στην κλινική πρακτική στις αρχές του '50. Ο όρος ‘τυπικά’ αντιψυχωτικά και χρησιμοποιείται για όλα τα αντιψυχωτικά φάρμακα που παρήχθησαν πριν την εισαγωγή της κλοζαπίνης. Αυτά τα αντιψυχωτικά καλούνταν στο παρελθόν νευροληπτικά, εξ’ αιτίας των χαρακτηριστικών εξωπυραμιδικών παρενεργειών, συμπεριλαμβανομένης της δυστονίας, του παρκινσονισμού, της δυσκινησίας και της ακαθισίας.

Αυτά τα φάρμακα είναι χρήσιμα για τον περιορισμό σε ορισμένες περιπτώσεις για την απάλειψη των θετικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, όπως η διαταραχή της σκέψης, οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες. Μπορούν ακόμα να περιορίσουν και άλλα συμπτώματα όπως η διέγερση, οι παρορμήσεις και η επιθετικότητα.

Ευστόχος δεν διακρίνεται να είναι το ίδιο αποτελεσματικά και στη μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, όπως η απάθεια, η κοινωνική απόσυρση και η πενία ιδεών. Αν αυτά τα φάρμακα λαμβάνονται με συνέπεια πιθανόν να ελαττώσουν τον κίνδυνο υποτροπών. Η εισαγωγή αποτελεσματικών αντιψυχωτικών φαρμάκων κατέστησε πολύ πιο εφικτή την αντιμετώπιση ασθενών με σχιζοφρένεια μέσα στην κοινότητα, ενώ παράλληλα αποφεύγεται η επανεισαγωγή στο νοσοκομείο. Η αντιψυχωτική αγωγή διευκολύνει τα άτομα με σχιζοφρένεια να ωφεληθούν ακόμα και από τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες.

Νεότερα αντιψυχωτικά

Ενώ τα προηγούμενα χρόνια η παραγωγή φαρμάκων επικεντρωνόταν στον περιορισμό των συμπτωμάτων όπως οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες, σχετικά πρόσφατα οι ερευνητικές προσπάθειες συντέλεσαν στην παραγωγή

αντιψυχωτικών φαρμάκων με βελτιωμένη αποτελεσματικότητα και περιορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Τα φάρμακα αυτά είναι πιο αποτελεσματικά κατά των αρνητικών αλλά και των θετικών συμπτωμάτων και συντελούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, παράγοντες που είναι καθοριστικοί για τις καινούργιες θεραπείες και τις προσπάθειες αποκατάστασης. Η κλοζαπίνη ήταν το πρώτο αντιψυχωτικό που παρήχθη και προκαλεί πολύ λίγες εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες (ΕΠΣ). Την κλοζαπίνη ακολούθησαν αρκετά νέα φάρμακα που μοιράζονται το ίδιο πλεονέκτημα. Οι όροι ‘νεότερα’, ‘δεύτερης γενιάς’ ή ‘άτυπα’ αντιψυχωτικά χρησιμοποιούνται για τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας, με τον όρο ‘νεα’ να επικρατεί μιας και το ‘άτυπο’ είναι δύσκολο να περιγραφεί. Ο χαμηλότερος κίνδυνος πρόκλησης εξωπυραμιδικού συνδρόμου (ΕΠΣ) είναι το ορόσημο που προσδιορίζει τα νεότερα αντιψυχωτικά. Παρουσιάζοντας ακόμα την υπέροχη τους έναντι των παραδοσιακών αντιψυχωτικών στην μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων και την περιορισμένη πρόκληση ή την ασήμαντη αύξηση των επιπέδων προλακτίνης.

Ψυχοκοινωνικές Θεραπείες

Πριν από ορισμένες δεκαετίες έγινε αντιληπτό ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επιδρούν στη θεραπεία, την πρόγνωση, την πορεία και την έκβαση της σχιζοφρένειας. Παρόλο που οι φαρμακευτικές θεραπείες προσέφεραν επανάσταση στη αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, τα τελευταία χρόνια διογκώνεται ολοένα και περισσότερο η αντίληψη, που υποστηρίζεται και από τα ερευνητικά στοιχεία, ότι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις έχουν σημαντική επίπτωση επίδραση στην θεραπευτική έκβαση της νόσου. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τη χρησιμοποίηση ψυχολογικών ή κοινωνικών στρατηγικών αντιμετώπισης καθώς και τεχνικές που περιορίζουν και σε ορισμένες περιπτώσεις εξαλείφουν γνωστικές, ψυχολογικές ή κοινωνικές μειονεξίες, αναπηρίες, και δυσλειτουργίες, έτσι ώστε να διευκολύνουν την κοινωνική επανένταξη και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Με πρακτικούς όρους, οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, έχουν ως σκοπό να περιορίσουν τα αρνητικά αλλά και τα θετικά συμπτώματα, να διογκώσουν τη κατανόηση και την πίστη στη

θεραπεία, να προλάβουν τις υποτροπές, να καλυτερεύσουν τις κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες και να προσφέρουν στρατηγικές και εργαλεία στους ασθενείς και τις οικογένειές τους έτσι ώστε να έχουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουν με το καλύτερο δυνατό τρόπο τα ζητήματα (Patel, et. al., 2016).

3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών

3.2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή πριν την έναρξη της θεραπείας

1. Διαμόρφωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος, το οποίο είναι αναγκαίο να δείχνει αληθινό. Για το σκοπό αυτό, είναι ανάγκη να υπάρχει καλή επικοινωνία ώστε να εκφράζονται τα συναισθήματα και οι ανησυχίες των ασθενών.
2. Η μονιμότητα του προσωπικού ώστε να διαμορφώνεται ένα κλίμα εμπιστοσύνης.
3. Ενημέρωση των ασθενών για τα δικαιώματά τους και τους όρους της διαδικασίας.
4. Εκτίμηση- νοσηλευτική διάγνωση. Συγκεντρώνονται πληροφορίες για το γενικό περιβάλλον του ασθενή όπως οικογενειακό, κοινωνικό μέσω παρατήρησης και συνομιλίας.
5. Συγκεντρώνει πληροφορίες για την υγεία του ασθενή, όπως εάν υπάρχουν και άλλες ασθένειες.
6. Υπολογισμός του κινδύνου ανάπτυξης βίαιης συμπεριφοράς, που συμπεριλαμβάνει λήψη πληροφοριών για (Χριστοδούλου, 2006) :
 - Προηγούμενες βίαιες πράξεις στο σπίτι
 - Κατάχρηση ουσιών
 - Παρανοειδείς παραληρητικές ιδέες
 - Ακουστικές ψευδαισθήσεις που διατάζουν τον ασθενή

- Η πιθανότητα ο ίδιος να αποτελεί θύμα βίας στο παρελθόν, καθώς η βία είναι συμπεριφορά εκμαθημένη (Χριστοδούλου, 2006).

3.2.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της θεραπείας

- Την καταγραφή ενοχλημάτων ή παραπόνων που πιθανόν να έχει ο ασθενής και θα μπορούσαν να είναι και ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και συνεπώς την ανακούφισή του.
- Τη συμμόρφωση του ασθενή με βάση τη φαρμακοθεραπεία.
- Τη διατήρηση και εξέλιξη της λειτουργικότητας του ασθενή, με σκοπό την αποκατάστασή του και την ανεξαρτητοποίησή του.
- Να φροντίζουν ώστε να συντηρείται καθ' όλη τη διαδικασία ο σεβασμός και η αξιοπρέπεια των ασθενών.
- Την παράλληλη υποστήριξη της βιολογικής θεραπείας με ψυχολογικές παρεμβάσεις, ώστε να καλυτέρευση η αυτοεκτίμηση του ασθενή.
- Αλληλεπίδραση με τον ασθενή, ώστε να αντιληφτεί ο νοσηλευτής τον τρόπο αλληλεπίδρασης του ασθενή με τους άλλους νοσηλευόμενους, αλλά και για να λειτουργήσει ως πρότυπο μίμησης και να τον εκπαιδεύει ως προς τις σωστές αντιδράσεις σε σχέση με το στρες και την απογοήτευση.
- Κατά τη χορήγηση αντιψυκτικών πρώτης γενιάς, ο νοσηλευτής είναι αναγκαίο να παρακολουθεί για τυχόν αντιχολινεργικά συμπτώματα, αύξηση του σωματικού βάρους, υπόταση, ταχυκαρδία, γαλακτόρροια, επιληπτικούς σπασμούς.
- Κατά τη χορήγηση αντιψυκτικών δεύτερης γενιάς, ο νοσηλευτής είναι αναγκαίο να παρακολουθεί για τυχόν ακοκκιοκυτταραιμία, υπεργλυκαιμία, σιελόρροια, καταστολή, ορθοστατική υπόταση.
- Κατά τη χορήγηση αντιψυκτικών τρίτης γενιάς, ο νοσηλευτής είναι αναγκαίο να παρακολουθεί για τυχόν υπόταση, ναυτία, δυσκοιλιότητα, κακήθες νευροληπτικό σύνδρομο, ορθοστατική υπόταση (Χριστοδούλου, 2006).

3.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας

3.3.1 Αντιμετώπιση ψυχωσικών επεισοδίων από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Κατά την οξεία φάση της σχιζοφρένειας, η θεραπεία είναι αναγκαίο να παραμένει μόνο στις βασικές ανάγκες του ασθενή, δηλαδή την ασφάλειά του, την θρέψη και την ανάπαυση. Η σωστή αντιμετώπιση του πρώτου επεισοδίου είναι αρκετά σημαντική για τη μετέπειτα εξέλιξή του. Ο νοσηλευτής, ανάλογα με τις πιθανές συμπεριφορές που υποπτεύεται-διαγιγνώσκει κάθε φορά, θα πρέπει να λάβει και τα αναγκαία μέτρα αντιμετώπισης και ειδικότερα:

- Ø Όταν ο νοσηλευτής κρίνει ότι ο πάσχων πιθανόν να παρουσιάσει βίαιη συμπεριφορά, θα πρέπει:
- Ø Να αποφύγει τη σωματική επαφή με τον ασθενή, ο οποίος πιθανόν να του επιτεθεί πιστεύοντας πως είναι σε άμυνα.
- Ø Να παρέμβει εγκαίρως σε περίπτωση ψυχοκινητικής διέγερσης, και να διαβεβαιώσει τον ασθενή ότι το περιβάλλον ασφαλές, ώστε να προλάβει την επιδείνωση της κατάστασής του. Βασική αιτία που πιθανόν να συμβεί κάτι τέτοιο αποτελεί ο φόβος.
- Ø Να αποφύγει την επιθετική στάση προς τον ασθενή. Σε περίπτωση που εκείνος έχει ακανόνιστη συμπεριφορά, καλό θα ήταν ο νοσηλευτής να του το μεταφέρει με ήπιο τόνο και να στρέψει την προσοχή του σε κάτι διαφορετικό. Ακόμα, η συμπεριφορά του νοσηλευτή είναι μεταδοτική.
- Ø Σε ανάρμοστη συμπεριφορά, η παρέμβαση πρέπει να ξεκινά με όσο το δυνατόν λιγότερο περιορισμό και σταδιακή κλιμάκωση των μέτρων. Αρχικά με λεκτική παρατήρηση, με απόσπαση προσοχής, χορήγηση φαρμάκου, απομόνωση και τέλος καθήλωση.
- Ø Να προσφέρει ένα περιβάλλον με περιορισμένα ερεθίσματα, καθώς η επεξεργασία αρκετών ερεθισμάτων πιθανόν να οδηγήσει σε διέγερση.
- Ø Να συζητήσουν με τον ασθενή για τους παράγοντες που τους παράγουν άγχος και για τεχνικές βελτίωσης.
- Ø Να παρατηρεί στενά τα άτομα που έχουν παρουσιάσει παραισθήσεις.

Όταν ο νοσηλευτής κρίνει ότι ο πάσχων πιθανόν να παρουσιάσει διαταραχές στη σκέψη, θα πρέπει:

- Να χορηγήσει αντιψυχωτικά φάρμακα και να παρακολουθήσει τις επιπτώσεις αυτών στους ασθενή.
- Να ενισχύσει την πραγματικότητα προς τον ασθενή. Στοιχείο το οποίο μπορεί να επιτευχθεί μέσω της συζήτησης, η οποία τον αποσπά από τις αποδιοργανωμένες σκέψεις.
- Να τον ενθαρρύνει να παρουσιάζει τα συναισθήματά του, ιδιαίτερα αν είναι φόβου ή άγχους. Η παραδοχή της δυσκολίας της κατάστασής του πιθανόν να αποβεί θετική για την πορεία του.

Αν οι διαταραχές της σκέψης παρουσιάζονται υπό τη μορφή ψευδαισθήσεων, ο νοσηλευτής είναι αναγκαίο να:

- Να περιορίσει τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, όπως ο θόρυβος, καθώς ο ασθενής παρουσιάζει δυσκολίες στο να επεξεργαστεί αρκετά ερεθίσματα παράλληλα και επιδεινώνεται η κατάστασή του. Κάθε φορά επιτρέπεται ένα μόνο άτομο να αλληλεπιδρά μαζί του.
- Να συμβάλει τον ασθενή να προσδιορίσει τους παράγοντες που του προκαλούν τις ψευδαισθήσεις και να βρει ένα τρόπο να τις αποφεύγει.
- Να μην διογκώνει τις ψευδαισθήσεις ως πραγματικές.
- Να τον ρωτήσει για το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων. Είναι καλό να ξέρει τι σκοπεύει να κάνει ο ασθενής. Δε θα πρέπει όμως διακρίνεται από μια συνέχεια.
- Να μην φέρνει αντιρρήσεις γι αυτό που βιώνει ο ασθενής, αλλά να του παρουσιάσει την πραγματικότητα με σκοπό να του δείξει ποιες είναι οι δικές του αντιλήψεις και όχι με σκοπό να τον πείσει ότι αυτές είναι οι σωστές.

- Να αποφύγει την επαφή με τον ασθενή κατά τη διάρκεια των ψευδαισθήσεων γιατί ο ασθενής πιθανόν να το εκλάβει ως κάτι απειλητικό και να μπει στη διαδικασία αυτοάμυνας.
- Να αποσπάσει την προσοχή του από τις ψευδαισθήσεις, προσφέροντας του μια απλή εργασία.

Σκοπός των προαναφερθέντων είναι να μπορέσει ο ασθενής να παρουσιάσει λιγότερες ψευδαισθήσεις, λιγότερο απειλητικές και να ενταχθεί σε ένα περιβάλλον που ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Αν οι διαταραχές της σκέψης εκδηλώνονται υπό τη μορφή παραισθήσεων, ο νοσηλευτής είναι αναγκαίος (Eby-Brown, 2010):

- Να μην αμφισβητήσει την παραληρητική ιδέα, καθώς ο ασθενής θα αναγκαστεί να προσκολληθεί με σκοπό να την αποδείξει. Αυτό όμως δε σημαίνει ότι μπορεί να δώσει στον ασθενή την εντύπωση ότι η ιδέα είναι αληθινή.
- Να προσπαθήσει να εντάξει τον ασθενή σε δραστηριότητες που σχετίζονται με την πραγματικότητα, προκειμένου να τον προσανατολίσει προς αυτήν.
- Να συμβάλει τον ασθενή να μάθει να διαχειρίζεται το άγχος του. Έτσι θα μπορέσει να επιδράσει στις παραληρητικές του ιδέες.

Αν ο ασθενής έχει δυσκολία στην φροντίδα του εαυτού του, ο νοσηλευτής είναι αναγκαίος:

- Να ενθαρρύνει τον ασθενή για να εκτελεί μόνος τους τις εργασίες αυτές. Αν βλέπει ότι δυσκολεύεται, τότε να του προσφέρει την κατάλληλη βοήθεια.
- Να δείξει στον ασθενή τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να φροντίζει τον εαυτό του και να του υπενθυμίζει ότι ξεχνάει.
- Να συγχαίρει τον ασθενή όταν το πτωχαίνει και με το παραπάνω, ώστε να είναι πιο πιθανό να συνεχίσει αυτή την επιθυμητή συμπεριφορά (Eby-Brown, 2010).

Αν ο ασθενής έχει δυσκολία στην κοινωνική αλληλεπίδραση, ο νοσηλευτής θα αναγκαίος:

- Να πλησιάσει τον ασθενή με αποδοχή και ειλικρίνεια, πράξεις που οδηγούν στην εμπιστοσύνη.

- Να αλληλεπιδρά με τον ασθενή και λειτουργεί ως πρότυπο κοινωνικής συμπεριφοράς.
- Να επιβραβεύει τις προσπάθειες του ασθενή για επαφή με τρίτους.
- Να ενθαρρύνει τον ασθενή να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες που διοργανώνει το νοσοκομείο.

3.3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά τη θεραπεία

1. Το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενή και τη δυνατότητα εργασίας.
2. Ενίσχυση της ικανότητας επικοινωνίας και από-ιδρυματοποίηση του ασθενή.
3. Υπολογισμός της γνωστικής λειτουργίας του ασθενή, δηλαδή, την μνήμη την κρίση και την ικανότητα αφαιρετικής του σκέψης, ώστε να ακολουθήσει η διδασκαλία που θα τον προετοιμάσει να εξέλθει από το νοσοκομείο.
4. Να προσφέρει συμβουλές στον ασθενή αλλά και στην οικογένειά του που εστιάζουν στην ενίσχυση της υγιούς συμπεριφοράς και την έγκαιρη αναγνώριση πιθανής επανεμφάνισης των συμπτωμάτων.
5. Να συμβάλει τον ασθενή να αντιληφθεί τη σημαντικότητα της συνέχειας της φαρμακευτικής θεραπείας (Χριστοδούλου, 2006).

3.3.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στην κοινότητα

Στο τελευταίο στάδιο της νοσηλευτικής φροντίδας εντοπίζεται η εκπαίδευση του ασθενή ώστε να περιχριστούν οι πιθανότητες μελλοντικής υποτροπής και να έχει τη δυνατότητα να ελέγχει η νόσο του. Αναγκαία προϋπόθεση για να είναι αποτελεσματική η διαδικασία είναι να πραγματοποιηθεί αξιολόγηση του ασθενή από τον νοσηλευτή και να κριθεί ικανός να μάθει, ώστε να μπορέσει να έχει αναπτύξει και την αυτοσυγκέντρωσή του. Το σημαντικότερο ίσως σημείο της διαδικασίας είναι να αντιληφθεί ο ασθενής τη σπουδαιότητα της λήψης των φαρμάκων του. Ακόμα, είναι αναγκαίο ο πάσχον να ενημερωθεί και για εναλλακτικούς τρόπους αυτοβοήθειας. Αν ο ασθενής έχει δυσκολία στην κοινωνική αλληλεπίδραση, ο νοσηλευτή είναι σημαντικό:

- Να πλησιάσει τον ασθενή με αποδοχή και ειλικρίνεια, να δημιουργήσει ένα περιβάλλον που οδηγεί στην εμπιστοσύνη.

- Να αλληλεπιδρά με τον ασθενή και δρα ως πρότυπο κοινωνικής συμπεριφοράς.
- Να επιβραβεύει οποιαδήποτε προσπάθεια του ασθενή για επαφή με τρίτους.
- Να ενθαρρύνει τον ασθενή να λαμβάνει μέρος σε ομαδικές δραστηριότητες του νοσοκομείου.

3.3.4. Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά τη θεραπεία

1. Το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενή και τη δυνατότητα εργασίας.
2. Ενίσχυση της ικανότητας επικοινωνίας και από-ιδρυματοποίηση του ασθενή.
3. Εκτίμηση της γνωστικής λειτουργίας του ασθενή, δηλαδή, την μνήμη την κρίση και την ικανότητα αφαιρετικής του σκέψης, ώστε να ακολουθήσει η διδασκαλία που θα τον προετοιμάσει να βγει από το νοσοκομείο.
4. Να δώσει συμβουλές στον ασθενή αλλά και στην οικογένειά του που θα επιδιώκουν την ενίσχυση της υγιούς συμπεριφοράς και την έγκαιρη αναγνώριση πιθανής επανεμφάνισης των συμπτωμάτων.
5. Να συμβάλει τον ασθενή να καταλάβει τη σημαντικότητα της συνέχειας της φαρμακευτικής θεραπείας (Χριστοδούλου, 2006).
6. Να διατηρούνται υγιείς, ακολουθώντας σωστή διατροφή κανονικό ύπνο και άσκηση.
7. Να σκέφτονται θετικά και να αποδεχτούν το γεγονός ότι κάποιες μέρες είναι δύσκολες και κάποιες άλλες εύκολες, όπως άλλωστε συμβαίνει και σε όλους μας.

Παρόλα αυτά, πολλοί συνεχίζουν να έχουν ψυχωσικά συμπτώματα που εμφανίζονται ως διαταραχές στη σκέψη (ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες). Στους τρόπους αντιμετώπισης τους από τον ασθενή συγκαταλέγονται (Dogan, 2013):

- Ο περισπασμός με διάφορες δραστηριότητες, όπως το διάβασμα δυνατά, η περιγραφή ενός αντικειμένου.
- Η αλληλεπίδραση, όπως το πρόσταγμα προς τις φωνές να σταματήσουν, η προσποιούμενη συνομιλία μαζί τους μέσω ενός κινητού, όπου θα αποφασίσουν να μιλήσουν αργότερα.
- Η στρατηγική της δραστηριότητας, όπως περπάτημα, μπάνιο, γυμναστική.

- Η κοινωνική στρατηγική που περιλαμβάνει συνομιλία με ένα έμπιστο άτομο, η σε κάποια γραμμή βοήθειας.

Τέλος, ο νοσηλευτής μπορεί να παραπέμψει τον ασθενή σε διάφορα κοινοτικά προγράμματα και να τον ενθαρρύνει να ξεκινήσει ψυχαγωγικές δραστηριότητες, προκειμένου να αναπτύξει κοινωνική συναναστροφή με άλλα άτομα. Είναι επίσης ένα σημαντικό βήμα, καθώς από μόνος του, χωρίς την απαραίτητη παρότρυνση, δεν έχουν κίνητρα για να αναπτύξουν διαπροσωπικές σχέσεις (Doran, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : Νοσηλευτική διεργασία

4.1 Ιστορικό ασθενούς

Ο ασθενής 42 ετών, άγαμος και άνεργος, εισήχθη στις 14-08-2018, στην ψυχιατρική κλινική το Πανεπιστημιακού Ρίου. Από πληροφορίες που παρήχθησαν από την ξαδέρφη τους του αλλά και από τον ίδιο, η νόσος ξεκίνησε πριν περίπου 10 χρόνια έπειτα από ψυχοπιεστικά γεγονότα, όπως χωρισμός από την γυναικά του και πτώχευση του μίνι μάρκετ που διατηρούσε, και έκτοτε αναφέρονται 3 ακούσιες νοσηλείες στο Δρομοκαίτειο με ταυτόχρονη χορήγηση αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής. Ακόμα, αναφέρθηκε διακοπή εδώ και μήνες της φαρμακευτικής αγωγής που λάμβανε για περίπου ένα χρόνο, και υποτροπή της νόσου για τρεις μήνες. Ο ασθενής κατά την παρούσα εισαγωγή του, παρουσιάζει τυπικά σχιζοφρενικά συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες κυρίως δίωξης, διαταραχές στον ύπνο του, ελλιπή αυτοφροντίδα και υγιεινή, επιθετική συμπεριφορά, καθώς και κοινωνική απομόνωση. Ο ίδιος επισήμανε ότι συχνά πωσ τον κυνηγάνε μυστικές υπηρεσίες, λέει ότι η μητέρα του είναι η Μαρινέλλα και ο πατέρας του ο Στέλιος Καζαντζίδης, ενώ σημειώνει πωσ έχει 1.000 παιδιά σε χαρτοπετσέτα. Ο ασθενής θα νοσηλεύτηκε έπειτα από οδηγία τους ψυχίατρου για θεραπεία και φροντίδα.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

1ο στάδιο: Αξιολόγηση ατόμου – αρρώστου. Ανάγκες προβλήματα. Νοσηλευτική διεργασία	2ο στάδιο: Αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας.	3ο στάδιο: Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας.	4ο στάδιο: Εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας.	5ο στάδιο: Εκτίμηση των αποτελεσμάτων – αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας
Παραληρητικές ιδέες που έχουν σχέση με την υποτροπή της νόσου.	Απαλλαγή του ασθενούς από τις παραληρητικές ιδέες, ώστε να είναι σε θέση να διακρίνει την πραγματικότητα του εαυτού του και των γύρω του.	Δημιουργία άνετου και φιλικού περιβάλλοντος, να χορηγηθεί αντιψυχωτική αγωγή και να εφαρμοστεί ψυχοθεραπεία, ώστε να μάθει να διακρίνει αποτελεσματικότερα την πραγματική από την παθολογική σκέψη.	Ο νοσηλευτής συζητά με τον ασθενή σε άνετο και φιλικό περιβάλλον και του χορηγεί από στόματος tabl. Risperdal των 4 mg (1mg x3) σύμφωνα πάντα με την ιατρική οδηγία, ενώ τον ενθαρρύνει για συμμετοχή σε ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες	Οι παραληρητικές ιδέες, με τη βοήθεια της αντιψυχωτικής αγωγής έχουν σταδιακά υποχωρήσει και ο ασθενής, έπειτα από σειρά ψυχοθεραπειών, μπορεί πλέον από μόνος να διακρίνει το παθολογικό αυτών των ιδεών σε σχέση με την πραγματικότητα.
Αϋπνία λόγω υπερδιέγερσης από τη νόσο.	Άμεση αντιμετώπιση της αϋπνίας και εκμάθηση στον ασθενή τεχνικών που επισπεύδουν τον ύπνο ο.	Να γίνει χορήγηση υπνωτικών φαρμάκων σύμφωνα πάντα με την ιατρική οδηγία και να δημιουργηθεί ένα σταθερό πρόγραμμα για την κατάκλιση του ασθενούς.	Χορηγείται, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, από στόματος tabl. Stedon των 10 mg (5 mgx3), γίνεται άσκηση του ασθενούς σε διάφορες τεχνικές χαλάρωσης ενώ εφαρμόζεται με ακρίβεια το ωράριο για τον ύπνο του.	Ο ασθενής με τη βοήθεια των αγχολυτικών φαρμάκων, της εκμάθησης τεχνικών επισπεύσεως του ύπνου, αλλά και της τήρησης ενός σταθερού προγράμματος βραδινής κατάκλισης, δεν παρουσιάζει πλέον σημάδια
Ελλιπή αυτοφροντίδα - υγιεινή λόγω έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών.	Άμεση αντιμετώπιση της επιθετικότητας του ασθενούς και δημιουργία ήρεμου – φιλικού περιβάλλοντος.	Άμεση αντιμετώπιση της επιθετικότητας του ασθενούς και δημιουργία ήρεμου – φιλικού περιβάλλοντος.	Εξασφάλιση εύκολης πρόσβασης του ασθενούς σε ρούχα, νερό, καθρέπτη και συμμετοχή του στην ομάδα με σκοπό την εκμάθηση διάφορων τεχνικών περιποίησης.	Ο ασθενής λόγω της βοήθειας του προσωπικού και της συμμετοχής του στην ομάδα, παρουσιάζει σημάδια περιποίησης στην εξωτερική του εικόνα και μπορεί πλέον μόνος του να πλυθεί, να ξυριστεί και να ντυθεί.
Επιθετική συμπεριφορά λόγω των αντιληπτικών διαταραχών και της έλλειψης εμπιστοσύνης.	Άμεση αντιμετώπιση της επιθετικότητας του ασθενούς και δημιουργία ήρεμου – φιλικού περιβάλλοντος.	Να γίνει χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, να εξασφαλιστεί ήρεμο χωρίς πολλά ερεθίσματα περιβάλλον, ενώ χρειάζεται να συμμετέχει ο ασθενής σε διάφορες δραστηριότητες με σκοπό τη συναισθηματική του εκτόνωση.	Με ήρεμο πλησίασμα και χαμηλό τόνο φωνής, ο νοσηλευτής χορηγεί την απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή (από στόματος, tabl. Akineton 1x1 το πρωί), τοποθετεί μόνο του τον ασθενή σε ένα δωμάτιο και μετά το πέρας της έντονης φάσης της επιθετικότητας, τον προτρέπει να συμμετέχει σε διάφορες δραστηριότητες	ασθενής με την βοήθειαι της αντιπαρκινσονικής αγωγής, του ήρεμου – φιλικού κλίματος και των δραστηριοτήτων που πλέον καθημερινά παρακολουθεί, δεν παρουσιάζει σοβαρά επεισόδια επιθετικότητας, ενώ υπάρχουν ικανοποιητικά σημάδια βελτίωσης.

<p>Κοινωνική απομόνωση λόγω ανασφάλειας και φόβου.</p>	<p>Αντιμετώπιση της απομόνωσης του ασθενούς και εκμάθηση σε αυτόν τρόπων λειτουργικότερης επικοινωνίας.</p>	<p>Να γίνει ήρεμη συζήτηση με τον ασθενή, με σκοπό την παρότρυνση του να επικοινωνεί με τους άλλους ανθρώπους της κλινικής, και να συμμετέχει σε ασχολίες που προάγουν την κοινωνική του ανάπτυξη.</p>	<p>όπως π.χ. κηπουρική και ζωγραφική. Ο ασθενής με τη παρότρυνση του νοσηλευτικού προσωπικού, συμμετέχει ενεργά στις εργασίες της κλινικής που προάγουν τις κοινωνικές του δεξιότητες, συζητώντας καθημερινά με τους γύρω του για διάφορα θέματα που τον απασχολούν.</p>	<p>Ο ασθενής με τη βοήθεια των κοινωνικών δραστηριοτήτων της κλινικής, στις οποίες καθημερινά συμμετέχει, έχει κάνει σημαντικά βήματα ως προς την ανάπτυξη των κοινωνικών του επαφών και δεξιοτήτων.</p>
---	---	--	--	--



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σχιζοφρένεια, είναι μια ασθένεια που επηρεάζει όχι μόνο το ίδιο το άτομο που την βιώνει, αλλά και ο περίγυρος του. Στις μέρες μας η σχιζοφρένεια εντάσσεται στις σημαντικούς και πιο επικίνδυνες ψυχικές ασθένειες, που προσβάλλουν σημαντικό αριθμό ασθενών και προκαλούν σημαντικά ζητήματα προβλήματα στα ίδια τα άτομα και τους οικείους τους. Η σχιζοφρένεια, επηρεάζει την προσωπικότητα του ατόμου και τον προκαλεί δυσκολίες στις λειτουργίες ώστε το άτομο να δρα με κατάλληλο τρόπο μέσα στην οικογένειά του αλλά και εν γένει ως μέλος συνολικότερα της κοινωνίας. Με την πάροδο των χρόνων, η συνολική προσέγγιση και αντιμετώπιση της νόσου έχει παρουσίαση σημαντική βελτίωση. Κυρίαρχη τάση πλέον στην Ψυχιατρική είναι η «κοινωνική ψυχιατρική». Αυτό σημαίνει ότι επιδιώκεται, κατά το δυνατόν, εκτός θεραπευτηρίου περίθαλψη με ψυχοθεραπευτικές μεθόδους, φαρμακευτική αγωγή και συμμετοχή της κοινότητας στην προσπάθεια πρόληψης αλλά και αντιμετώπισης της ασθένειας. Ο θεσμός του εγκλεισμού, του κλειστού ψυχιατρείου-ασύλου σταδιακά έχει δεχτεί έντονη κριτική.

Η έρευνα για την ανακάλυψη αποτελεσματικότερων και με λιγότερες παρενέργειες φαρμάκων δεν έχει σταματήσει, αν και τα αντιψυχωσικά φάρμακα που υπάρχουν στην αγορά 30 και πλέον χρόνια είναι αρκετά αποτελεσματικά για το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών, έχοντας παράλληλα και περιορισμένες παρενέργειες, συγκριτικά με τα παλαιότερα αντιψυχωσικά.

Η ανάπτυξη επίσης καινούργιων ψυχοθεραπευτικών μεθόδων και η εφαρμογή αυτών, πρέπει να είναι από τους σημαντικότερους και μόνιμους στόχους και σκοπού των ψυχοθεραπευτών - ψυχαναλυτών. Όλοι ανεξαιρέτως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που ασχολούνται με ασθενείς με σχιζοφρένεια, πέρα από την παροχή φροντίδας, είναι αναγκαίο να καταπολεμούν και το στίγμα που κουβαλούν σε καθημερινή βάση οι

περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς, και που αποτελεί τροχοπέδη στην ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση.

Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται με άτομα που υποφέρουν από ψυχώσεις, είναι ναυάγιο μέσα από την συσσωρευμένη εμπειρία παροχής φροντίδας να αναλύει την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται, το αν αυτή πετυχαίνει τους σκοπούς και τους στόχους της, καθώς και τα ζητήματα που σίγουρα προκύπτουν κατά την εφαρμογή της καθημερινής νοσηλευτικής φροντίδας. Με αυτό τον τρόπο πετυχαίνεται αφενός η διαρκής βελτίωσης της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς και αφετέρου διογκώνει την υπευθυνότητα και το αίσθημα συνεργασίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού. Ολοκληρώνοντας, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας του καιρού μας είναι αναγκαίο διαρκώς να εκπαιδεύονται πάνω σε νέες μεθόδους καλύτερης επικοινωνίας με τους ψυχωτικούς ασθενείς, αλλά και να διαθέτουν γνώσεις γύρω από την ψυχική υγεία και ασθένεια. Αξίζει να επισημανθεί, πως η ελπίδα του νοσηλευτή όσον αφορά την έκβαση της σχιζοφρένειας ενός ασθενή, μεγαθύνει τις πιθανότητες ίασης του ασθενούς και την καλύτερη συνεργασία μεταξύ ασθενούς – νοσηλευτή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Black Donald, Andreasen Nancy, Εισαγωγή στην ψυχιατρική, 5^η έκδοση, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2011.
- Γιαννοπούλου, Α., 2000. Ψυχιατρική Νοσηλευτική. 4η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ.Α.
- Getzfeld R. Andrew, (2009). μτφρ. Μεσσήνης Λάμπρος, «Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας,GOTSIS,
- Γκαρραμπέ Ζ. (2011). Η σχιζοφρένεια, 100 χρόνια για να κατανοήσουμε. Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου.
- Δικαίου, Δ.Γ. (2005). Κλινικός πολυμορφισμός σε μέλη οικογενειών με υψηλό ποσοστό ψυχιατρικής νοσήσεως. (Δημοσιευμένη στο Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών)
- Dorland S. (1997), Ιατρικό λεξικό: αγγλοελληνικό και ελληνοαγγλικό /προλ, Ιωάννης Δ., Σρατηγός Μετ., Αλεξανδρός Κ.,Κατούλης, Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Eby Brown (2010) Η νοσηλευτική στην ψυχική υγεία trans (ομάδα εκδόσεων) Αθήνα: Λαγός Δημήτριος.
- Ζερβής, Χ. (2010). Ψυχοπαθολογία του ενήλικα. (εκδ.2η), Αθήνα: Ηλεκτρονικές τέχνες.
- Θεοχαράκης Ν. (2001). Ψυχολογία του Βάθους και Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση των Ασθενών στο Βυζάντιο, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
- Θεοχαράκης Ν, Μαυρέας Β, Δαμίγος Δ, Ευτυχιάδης Α, Γερουλάνος Σ (2013). Νομικές Ρυθμίσεις για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση των Ασθενών στο Βυζάντιο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(5).

- Hogan M., επιμέλεια Καρανικόλα Ν.Μ. , Ζιώγου Ι.Θ. , Νταφογιάννη Π.Χ.,(2010).«Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας – Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις» , Πασχαλίδης.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. & Grebb, J.A. (2010). Ψυχιατρική. Β΄τόμος, (εκδ.7η), Αθήνα:Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Kring A. et all (2010 [2007]) Ψυχοπαθολογία, trans Καραμπά. Αθήνα: εκδόσεις Gutenberg.
- Καστορίνης Α., Κωστάκη-Αποστολοπούλου Μ., Δρ. Μπαρώνα-Μάμαλη Φ., Περάκη Β, Πιαλογλου Π. (Β' έκδοση 1999). «Κεφ. 9 Νευρικό σύστημα». Α' Γενικού Λυκείου-Βιολογία. Αθήνα: Οργανισμός εκδόσεων διδακτικών βιβλίων.
- Κατρίτση Ε.Δ. ,(1985). «Κεφ. 10 Νευρικό σύστημα». Ανατομία Φυσιολογία. Αθήνα: Ίδρυμα Ευγενίδου, σελ. 123-144.
- Κονταξής Π. Β., Κόλλιας Θ. Κ. ΚΑΙ Χαβάκη– ΚονταξάκηΙ. Μ., (2008), Πρώιμες ψυχωτικές εκδηλώσεις, σημεία, συμπτώματα και παρεμβάσεις, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 67-78.
- Linda E., Brown N.,(2010). Η νοσηλευτική στην ψυχική υγεία, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός, 2η έκδοση, Αθήνα, 2010.
- Lieberman j., T. Scott Stroup, Diana O. Perkins,(2006). The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia,
- Περιτογιάννης Κ. Βάιος, Ζακοπούλου Σ. Βικτωρία, (2010). «Διαταραχές της Επικοινωνίας σε ψυχιατρικές παθήσεις», ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
- Ραμπαβίλας, Α.Δ & Χριστοδούλου, Γ.Ν. Σχιζοφρένεια. Στο: Χριστοδούλου, Γ.Ν., Ραμπαβίλας, Σολδάτος Α.Δ., Αλεβίζος, Β.Η. & Κονταξάκης, Β.Π. (2003). Ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Στεφανής, Ν.Κ. (2006). Κατανομή της γονιδιακής έκφρασης του ντοπαμινεργικού υποδοχέα d4 στον ανθρώπινο εγκέφαλο και ο πιθανός ρόλος του στην παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας. (Δημοσιευμένη στο Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών).
- Σύρμος Ν,(2016). «Μαθήματα Φυσιολογίας -Νευρικό σύστημα Βασικές έννοιες». Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

- Χριστοδούλου, Γ.Ν., Ραμπαβίλας, Α.Δ., Σολδάτος, Κ.Ρ., Αλεβίζος, Β.Η. & Κονταξάκης, Β.Π.,(2003). «Ψυχιατρική», Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Χριστοδούλου Γ. (2006) Ψυχιατρική(I& II). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Χριστοδούλου Γ. (2006) Ψυχιατρική(II). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.

Ξένη

- Brachen P., Thomas P., (2005). Post Psychiatry: Mental health in a post modern world. Oxford University Press: New York.
- Cardno, A.G., Marshall E.J., Coid B. et al. (2009). Heritability estimates for psychotic disorders: The Maudsley twin psychosis series. Archives of General Psychiatry, 56, 162-168.
- Elixhauser A, Steiner C. (2010).Readmissions to U.S. Hospitals by Diagnosis, HCUP Statistical Brief #153. Agency for Healthcare Research and Quality. April 2013.
- Gattaz W.F., Abrahao A.R., Foccacia R.(2004). Childhood meningitis, brain maturation and the risk of psychosis. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 254:23-26.
- Hafner, H., Maurer K., Loffler W.,(1999). Onset and prodromal phase as determinants of the course. In: Gattaz, WF.; Hafner, H., editors. Search for the Causes of Schizophrenia: Vol IV--Balance of the Century. Darmstadt: Steinkopf Springer; 1999. p. 35-58.
- Kaplan and Saddock's (2007). Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (Synopsis of psychiatry) Tenth Edition Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mateos A. & Luis J.,(2000). "Global burden of schizophrenia in the year 2000
- Noiseux S., Ricard N., (2007). Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: A grounded theory, International Journal of Nursing Studies 45 (2008) 1148–1162

- Patel V, Saraceno B, Kleinman A (2006). Beyond evidence: the moral case for international mental health. *Am J Psychiatry* 163 (8):
- Tamminga C.A., (2012). Glutamatergic transmission in schizophrenia. American Psychiatric Association 155th Annual Meeting. May 18-23, Philadelphia.
- Van Os J., Kapur S.(2009). Schizophrenia. *Lancet*.;374(9690):635–45.
- Warner R. and de Girolamo G., (1995). Schizophrenia, Geneva, World Health Organization.
- World Health Organisation. The global burden of disease. (2004) update (<http://www.psychologia.gr>, προσπελάστηκε 9/8/2019).
- Wyatt, R.J. & Henter, I.D. (2017). Schizophrenia: an introduction. *Brain Work*, 7(3).



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ