



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**



**ΘΕΜΑ:**

**«ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ»**

**Σπουδάστρια:**

**ΠΑΠΑΝΙΚΑ ΙΩΑΝΝΑ**

**A.M.:**

**2812029**

**Όνοματεπώνυμο Επιβλέποντα:**

**κ. ΜΠΑΚΟΥΡΑΣ ΣΙΔΕΡΗΣ**

**Τριμελής Επιτροπή:**

**κ. ΑΛΕΞΗΣ ΘΩΜΑΣ**

**κ. ΚΑΡΑΟΥΛΑΝΗΣ ΣΩΚΡΑΤΗΣ**

**ΛΑΡΙΣΑ, 2014**

## *Ευχαριστίες*

*Για την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας,*

*θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέπων καθηγητή μου,*

*Dr Μπακούρα Σιδέρη, Ψυχίατρος – Νευρολόγος,*

*καθηγητής του ΤΕΙ Θεσσαλίας,*

*για την άριστη συνεργασία μας και την υποστήριξή του,*

*Επιθυμώ να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες προς την Ψυχίατρο κ. Δήμητρα  
Κρεμέτη.*

*Το δείγμα των ασθενών ελήφθη από τους χρονίως νοσηλευόμενους ασθενείς της  
ψυχιατρικής κλινικής «Ιπποκράτειο».*

*Η επιλογή του δείγματος ασθενών, η αξιολόγηση, η ορθή εφαρμογή των  
ερωτηματολογίων καθώς και η αξιολόγηση των απαντήσεων, έγινε εφικτή με την  
αμέριστη βοήθεια και επίβλεψη, της Διευθύντριας της κλινικής Ψυχιάτρου-  
Ψυχοθεραπεύτριας κ. Δήμητρας Κρεμέτη,*

*και τέλος ευχαριστώ το προσωπικό του «Ιπποκράτειο» Θεραπευτηρίου.*

## Περιεχόμενα

	Σελ.:
<b>Περίληψη</b>	<b>6</b>
<b>Abstract</b>	<b>7</b>
<b>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup></b>	
<b>Η Ψύχωση</b>	<b>8</b>
1.1 Εννοιολογική προσέγγιση	8
1.2 Συμπτωματολογία	10
1.3 Στάδια εξέλιξης	15
1.4 Μορφές της ψύχωσης	16
<b>Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup></b>	
<b>Ψυχική Ασθένεια και ψυχική Διαταραχή</b>	<b>18</b>
2.1 Ψυχική Ασθένεια	18
2.1.1 Ιστορική Αναδρομή	19
2.1.2 Διάκριση ψυχικής ασθένειας	23
2.2 Ψυχική Διαταραχή	24
2.2.1 Επικινδυνότητα	25
<b>Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup></b>	
<b>Η Σχιζοφρένεια</b>	<b>31</b>
3.1 Εννοιολογική προσέγγιση	31
3.2 Ιστορική Αναδρομή	33
3.3 Οι υπότυποι της σχιζοφρένειας	35

3.4 Συμπτώματα	36
3.5 Νευρογνωστικά ελλείμματα	39
3.6 Συχνότητα	44
3.7 Επιδημιολογία	46
3.8 Αιτιοπαθογένεια	49
3.8.1 Παράγοντες επικινδυνότητας (προκλητικοί ή προδιαθεσικοί)	53
3.8.2 Κληρονομικότητα	58
3.8.3 Γενετική	65
3.8.4 Το Περιβάλλον	67
3.9 Κλινικές Εκδηλώσεις	68
3.10 Διαγνωστικά Κριτήρια	73
3.11 Διαφορική Διάγνωση	76
3.12 Πορεία της Νόσου	79
3.13 Πρόγνωση	80
3.14 Θεραπεία	81
3.15 Η κατάσταση του ασθενούς πριν την εμφάνιση της νόσου	89
3.15.1 Το επόμενο στάδιο του ασθενή πριν την πλήρη κλινική εκδήλωση της νόσου	91

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>**

### **Ιδρύματα και Νόμος σχετικά με την νοσηλεία ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές**

4.1 Εισαγωγή	94
4.2 Ψυχιατρική φροντίδα ασθενών	95
4.2.1 Δημόσια ψυχιατρική φροντίδα	95
4.2.2 Ιδιωτική ψυχιατρική φροντίδα	96
4.3 Νομοθετικό πλαίσιο Νόμος 2071/92	96

4.4 Ακούσια νοσηλεία	97
<b>Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup></b>	
<b>Μεθοδολογία έρευνας</b>	<b>99</b>
5.1 Σκοπός έρευνας	99
5.2 Δείγμα έρευνας	99
5.3 Δομή ερωτηματολογίου	99
5.4 Επεξεργασία δεδομένων	101
<b>Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup></b>	
<b>Αποτελέσματα</b>	<b>102</b>
<b>Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup></b>	
<b>Συζήτηση αποτελεσμάτων</b>	<b>125</b>
<b>Βιβλιογραφία</b>	<b>131</b>

## Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία με θέμα την «Επιδημιολογική μελέτη των χρονίως νοσηλευόμενων ψυχιατρικών ασθενών», πραγματοποιείται για το Τεχνολογικό εκπαιδευτικό Ίδρυμα Λάρισας, το Τμήμα Νοσηλευτικής και συγκεκριμένα για το Μεταπτυχιακό πρόγραμμα στην Ψυχική Υγεία.

Σκοπός της εν λόγω διπλωματικής είναι η διερεύνηση των επιδημιολογικών στοιχείων των χρονίως νοσηλευόμενων ψυχιατρικών ασθενών της ψυχιατρικής κλινικής «Ιπποκράτειο».

Για την επίτευξη του σκοπού της η εργασία:

Στο 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο μελετά την ψύχωση, δηλαδή δίνεται η εννοιολογική προσέγγιση, η συμπτωματολογία, τα στάδια εξέλιξής και οι μορφές της.

Στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναλύει την ψυχική ασθένεια δηλαδή πραγματοποιείται ιστορική αναδρομή και διάκριση αυτής, και την ψυχική διαταραχή δίνοντας έμφαση στην επικινδυνότητά της.

Στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο διερευνάται η νόσος της σχιζοφρένειας, πιο συγκεκριμένα παρουσιάζεται η εννοιολογική προσέγγιση, πραγματοποιείται ιστορική αναδρομή, αναλύονται οι υπότυποί της, τα συμπτώματα, τα νευρογνωστικά ελλείμματα, η συχνότητά της, η επιδημιολογία της, η αιτιοπαθογένεια, οι κλινικές εκδηλώσεις, τα διαγνωστικά κριτήρια, η διαφορική διάγνωση, η πορεία της νόσου, η πρόγνωση, η θεραπεία και η κατάσταση του ασθενούς πριν την εμφάνιση της νόσου.

Στο 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο παρουσιάζονται τα ιδρύματα και ο νόμος σχετικά με την νοσηλεία ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές, δηλαδή αναλύεται η ψυχιατρική φροντίδα ασθενών (δημόσια και ιδιωτική), το νομοθετικό πλαίσιο - νόμος 2071/92 και η ακούσια νοσηλεία.

Στο 5<sup>ο</sup> κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας και συγκεκριμένα αναφέρεται ο σκοπός της, το δείγμα της, η δομή του ερωτηματολογίου και ο τρόπος επεξεργασίας των δεδομένων.

Στο 6<sup>ο</sup> κεφάλαιο παρουσιάζονται σε πίνακες με ποσοστά και συχνότητες, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

Και στο 7<sup>ο</sup> και τελευταίο κεφάλαιο της διπλωματικής πραγματοποιείται η συζήτηση των αποτελεσμάτων και η παράθεση άλλων σχετικών ερευνών.

## **Abstract**

The present diplomatic work on the subject the “Epidemiologic study of in-patient psychiatric patients”, is chronically realized for the Technological educational Institution Larissa, the Department Nursing and concretely for the Postgraduate program in the Mental Health.

Aim in question diplomatic is the investigation of epidemiologic elements of chronically in-patient psychiatric patients of psychiatric clinic “Ippokrateio”.

For the achievement of her aim the work:

In the 1st chapter study the psychosis, that is to say are given the conceptual approach, the symptomatology, the stages of development and her forms.

In the 2nd chapter analyze the mental illness that is to say are realized historical retrospection and discrimination of this, and the mental disturbance giving accent in her venturousness.

In the 3rd chapter is investigated the illness of schizophrenia, more concretely is presented the conceptual approach, is realized historical retrospection, is analyzed her ipotipoi, symptoms, the neurognostic deficits, her frequency, her epidemiology, aitiopathogenic, the clinical events, the diagnostic criteria, the differential diagnosis, the course of illness, the forecast, the treatment and the situation ill before the appearance of illness.

In the 4th chapter present themselves the institutions and the law with regard to the hospitalization of individuals with psychiatric disturbances, that is to say are analyzed the psychiatric care of patients (public and private), the legislative frame - law 2071/92 and the involuntary hospitalization.

In the 5th chapter is presented the methodology of research and concretely is reported her aim, her sample, the structure of questionnaire and the way of treatment of data.

In the 6th chapter are presented in tables with percentages and frequencies, the results of present research. And in the 7th and last capital of diplomatic are realized the discussion of results and the apposition of other relative researches.

## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

### Η Ψύχωση

#### 1.1 Εννοιολογική προσέγγιση

Ο όρος «**ψύχωση**» αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1845 από τον Ernst von Feuchtersleben εννοώντας πολύ γενικά «την ασθένεια του πνεύματος», σε αντιδιαστολή με τη νεύρωση που αφορούσε «όλες αυτές τις παράξενες διαταραχές του συναισθήματος και της κινητικότητας που δεν συνοδεύονται από πυρετό», με τη σημασία της «νοητικής διαταραχής» ή «τρέλας».

Στη συνέχεια, σημαντικοί κλινικοί, όπως ο Emil Kraepelin, διασαφήνισαν τα βασικά χαρακτηριστικά των ψυχωσικών διαταραχών, κυρίως σε αντιδιαστολή με τις νευρώσεις.

Εκφράζει μια ποικιλία σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών, που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της αντίληψης (ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές, απτικές και γευστικές ψευδαισθήσεις), της διαδικασίας (ασυνέπεια, διαταραχή στη σύνδεση και τη ροή των σκέψεων, φυγή ιδεών) και του περιεχομένου της σκέψης (παραληρητικές ιδέες), με αποτέλεσμα την αλλοίωση της πραγματικότητας.

Κατά συνέπεια ο ασθενής δυσκολεύεται να προσαρμοστεί στο περιβάλλον, ναιώσει αυθεντικά συναισθήματα προς άλλα πρόσωπα και να είναι λειτουργικός. Η συμπεριφορά του είναι παράξενη, αμυντική, αποδιοργανωμένη ή κατατονική. Δεν είναι εξακριβωμένοι οι αιτιολογικοί παράγοντες, αλλά είναι γενικά αποδεκτή η πολυπαραγοντική υπόθεση, σύμφωνα με την οποία, είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης γενετικών, βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων.

Στις πιο τυπικές μορφές τους, οι ψυχώσεις - οξείες ή χρόνιες - χαρακτηρίζονται από: μια μείζονα συμπτωματολογία (παραληρηματικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, διαταραχές της δομής της σκέψης), διάταραχή της επαφής με την πραγματικότητα, έλλειψη εναισθησίας όσον αφορά στο παθολογικό βίωμα, βαθιά προσβολή της προσωπικότητας που συνοδεύεται με διαταραχές στις σχέσεις με τους άλλους (παράδοξη συμπεριφορά ή απομόνωση), συχνά φτωχή πρόγνωση.



Πιθανόν να κληρονομείται μια βιολογική ευαλωτότητα που, σε συνδυασμό με συγκεκριμένες ψυχοκοινωνικές πιέσεις, να οδηγεί στην εμφάνιση αυτών των διαταραχών.

Οι ψυχωτικές διαταραχές συνήθως κάνουν την εμφάνισή τους στην εφηβεία και την πρώτη νεότητα. Φαίνεται ότι αυτές που έχουν οξεία εμφάνιση έχουν καλύτερη εξέλιξη από εκείνες, που αρχίζουν ύπουλα και προοδευτικά.

Διαπιστώνουμε δηλαδή ότι ο όρος «ψύχωση» έχει δυο κύριες συνιστώσες:

- η πρώτη είναι η έλλειψη επαφής με την πραγματικότητα – που εκδηλώνεται με τις ψευδαισθήσεις, το παραλήρημα, την παράξενη συμπεριφορά,
- η δεύτερη αφορά στη σοβαρή προοδευτική έκπτωση της λειτουργικότητας σε βαθμό που ο ασθενής δυσκολεύεται να εκπληρώσει τον κοινωνικό του ρόλο (Kaplan & Sadock, 1998).

Προκειμένου να αιτιολογηθεί η αναγκαιότητα της πρώιμης παρέμβασης στο πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο κρίνεται αναγκαίο να προσδιορίσουμε εν συντομία τον όρο «ψύχωση».

Η συγκεκριμένη διάγνωση δίδεται στο άτομο όταν παρουσιάζει δυσλειτουργίες στην ικανότητά του να αναγνωρίζει την πραγματικότητα, στις συναισθηματικές του αντιδράσεις και στις γνωστικές του διαδικασίες. Δίδεται ακόμα, στην περίπτωση κατά την οποία η ικανότητα κρίσης και διαπροσωπικής επικοινωνίας είναι σοβαρά διαταραγμένες, ενώ είναι εμφανείς και οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες, που συνιστούν χαρακτηριστικά συμπτώματα των ψυχώσεων, (Warner, 1999).

Με τον όρο, όμως, αυτό περιγράφεται μία ετερογενής ομάδα διαταραχών, παρά μία ομοιογενής μεμονωμένη ασθένεια. Η ψύχωση είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με μη προσαρμοστικούς τρόπους ή με συμπεριφορές που βλάπτουν τη ζωή του. Αυτή η αλλοίωση ή παραμόρφωση της πραγματικότητας -ο ψυχωσικός πυρήνας της ασθένειας- παρουσιάζεται με διαταραχές/συμπτώματα στην αντίληψη, στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα του ατόμου.

Η ψύχωση είναι πιθανότερο να παρουσιαστεί σε νεαρούς ενήλικες παρά σε μεγαλύτερης ηλικίας άτομα. Σχεδόν τρεις στους εκατό νεαρούς αντιμετωπίζουν κάποιο ψυχωσικό επεισόδιο. Το γεγονός αυτό καθιστά την ψύχωση πιο συχνά εμφανιζόμενη στον πληθυσμό από τον σακχαρώδη διαβήτη, σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε διεθνές επίπεδο, σε άτομα νεαρής ηλικίας.

## 1.2 Συμπτωματολογία

Με στόχο να καταστεί κατανοητή και να περιγραφεί πλήρως αυτή η ανομοιογενής ομάδα διαταραχών, η ψύχωση, κρίνεται σκόπιμο να παρατεθούν ορισμένα από τα πιο σημαντικά της συμπτώματα:

- **Διαταραχές της σκέψης**

Η κύρια διαταραχή του περιεχομένου της σκέψης σε άτομα με ψυχωσικά συμπτώματα είναι οι παραληρητικές ιδέες. Παραληρητική ιδέα είναι μία εσφαλμένη πεποίθηση του ατόμου, η οποία δεν μπορεί να εξηγηθεί από το πολιτισμικό του πλαίσιο και η οποία υποστηρίζεται σθεναρά από το άτομο ως πραγματική (McKenna, 1997).

Οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να έχουν τις ακόλουθες μορφές:

- διώξεως (το άτομο πιστεύει ότι συνωμοτούν εναντίον του ή ότι καταδιώκεται),
- ζηλοτυπίας (πιστεύει ότι ο/η σύντροφός του/ της έχει δεσμό με άλλο άτομο),
- μεγαλείου (το άτομο πιστεύει ότι έχει ιδιαίτερες δυνάμεις ή ικανότητες),
- θρησκευτικές (το άτομο «υπεραπασχολείται» με λανθασμένες πεποιθήσεις θρησκευτικής φύσεως),
- σωματικές (πιστεύει ότι το σώμα του είναι αρρωστημένο, ανώμαλο ή έχει αλλάξει),

- αναφοράς (όταν πιστεύει ότι ασήμαντα σχόλια ή γεγονότα αναφέρονται σε αυτόν ή έχουν κάποια ειδική σημασία γι' αυτόν),
- ελέγχου (πιστεύει ότι τα συναισθήματα ή οι σκέψεις του ελέγχονται από κάποια εξωτερική δύναμη),
- διαβάσματος της σκέψης (οι σκέψεις του γίνονται αντιληπτές από τους άλλους),
- εκπομπής της σκέψης (οι σκέψεις του εκπέμπονται, ώστε να μπορούν να ακουστούν από τους άλλους),
- παρεμβολής της σκέψης (το άτομο πιστεύει ότι οι σκέψεις του δεν ανήκουν σε αυτό, αλλά έχουν τοποθετηθεί από κάποιον άλλο),
- απόσυρσης της σκέψης (πιστεύει ότι οι σκέψεις του έχουν απομακρυνθεί από το κεφάλι του).

Άλλες διαταραχές της σκέψης που παρατηρούνται σε άτομα με ψυχωσικά συμπτώματα είναι η αλογία, η οποία αναφέρεται στη μειωμένη γνωστική δραστηριότητα και στις αργές ή κενές νοητικές διεργασίες, η θετική μορφολογική διαταραχή της σκέψης, κατά την οποία το άτομο αλλάζει χωρίς λογική ακολουθία θέμα, έχει διάσπαση προσοχής, εμφανίζει ηχητικούς συνειρμούς και νεολογισμούς κ.λπ. (Andreasen, et al.1994).

- **Διαταραχές της αντίληψης**

Οι πιο χαρακτηριστικές διαταραχές στην αντίληψη είναι οι ψευδαισθήσεις και ιδιαίτερα οι ακουστικές. Οι ψευδαισθήσεις στην ουσία είναι αντιλήψεις χωρίς αντικείμενο-ερέθισμα, δεν υπόκεινται στον έλεγχο της βούλησης του ατόμου και έχουν τη δύναμη και την επίδραση των πραγματικών αντιλήψεων.

Χαρακτηριστικές ακουστικές ψευδαισθήσεις σε άτομα με ψυχωσικά συμπτώματα είναι οι εξής:

- μη λεκτικές (διάφοροι ήχοι, θόρυβοι, μουσική κ.λπ.),

- σχολιασμού (φωνές που ακούει ο ασθενής να προέρχονται από μέσα ή έξω από το κεφάλι του, να τον σχολιάζουν και να αναφέρονται σε αυτόν σε τρίτο πρόσωπο),
- προστακτικές (δίνουν εντολή στον ασθενή να προβεί σε δράση, θεωρούνται πολύ επικίνδυνες γιατί μπορεί να τον διατάξουν να κάνει κακό στον εαυτό του ή στους άλλους),
- λειτουργικές (ο ασθενής ακούει φωνές που δημιουργούνται πάνω σε πραγματικούς ήχους του περιβάλλοντος, όπως θρόισμα φύλλων, στάλες νερού που πέφτουν κ.λπ.),
- εξωπραγματικές (ξεφεύγουν από τα όρια της φυσιολογικής αντίληψης, π.χ. ο ασθενής ακούει ένα παιδί που το βασανίζουν σε κάποια άλλη πόλη) (McKenna, 1997).

Πέρα από τις ακουστικές ψευδαισθήσεις, υπάρχουν και οπτικές, οσφρητικές, και γευστικές ψευδαισθήσεις, οι οποίες, όμως, είναι πιο σπάνιες στα άτομα με ψυχωσικά συμπτώματα. Στο σημείο αυτό κρίνεται αναγκαίο να δοθεί έμφαση στο γεγονός ότι οι οπτικές ψευδαισθήσεις συναντώνται κυρίως σε άτομα που έχουν κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών (αμφεταμινική ψύχωση). Τέλος, μία γενική υπερευαισθησία στον ήχο, στο φως και στις οσμές είναι συνηθισμένη σε αυτά τα άτομα.

- **Διαταραχές στο συναίσθημα**

Η συναισθηματική κατάσταση ενός ατόμου μπορεί να αναγνωρισθεί μέσα από την έκφραση του προσώπου, τον τόνο της φωνής, τις χειρονομίες, τη στάση και τη «γλώσσα» του σώματος. Αυτά τα σημάδια γίνονται αντιληπτά από το άλλο άτομο, το οποίο ανταποκρίνεται με ανάλογο τρόπο και έτσι λαμβάνει χώρα ένας «συναισθηματικός διάλογος» (emotional dialogue), που συνοδεύει και συμπληρώνει τη λεκτική αλληλεπίδραση. Αυτό ακριβώς το γεγονός είναι που χάνεται, διαταράσσεται ή μεταβάλλεται στα άτομα με ψυχωσικά συμπτώματα (McKenna, 1997).

Οι διαταραχές στο συναίσθημα που παρατηρούνται συχνά είναι το αμβλύ ή επίπεδο συναίσθημα και το απρόσφορο συναίσθημα. Αυτό εκδηλώνεται σαν μία

χαρακτηριστική μείωση στη συναισθηματική έκφραση/αντίδραση και στην υποκειμενική αντίληψη του συναισθήματος (Andreasen, et al.1994). Μπορεί να πάρει τη μορφή της μη συναισθηματικής απόκρισης (affective unresponsiveness) ή της συναισθηματικής απόσυρσης (emotional withdrawal). Το απρόσφορο συναίσθημα εκδηλώνεται ως μία τάση έκφρασης συναισθημάτων με τρόπο που δεν συμβαδίζει/συμφωνεί με το θέμα της συζήτησης. Στην κλινική πρακτική συνήθως παίρνει τη μορφή του γέλιου, όταν το άτομο μιλάει για αγχογόνα θέματα, όπως παραληρητικές ιδέες διώξεως, υποτιμητικές ακουστικές ψευδαισθήσεις ή αυτοκτονικές ιδέες (McKenna, 1997).

- **Διαταραχές της αίσθησης του εαυτού**

Συχνά στους ασθενείς με ψυχωσικά συμπτώματα διαταράσσεται η αίσθηση του εαυτού που δίνει σε ένα «φυσιολογικό» άτομο ένα αίσθημα ατομικότητας, μοναδικότητας και αυτοκατεύθυνσης. Πρόκειται για «απώλεια των ορίων του Εγώ», η οποία εκδηλώνεται με σύγχυση ταυτότητας, παραληρητικές ιδέες ελέγχου κ.λπ.

- **Διαταραχές στη βούληση**

Οι διαταραχές στη βούληση βρίσκονται έξω από το συνειδητό έλεγχο του ατόμου και αφορούν τη θέληση του ατόμου πριν τη δράση, παρά τη δράση αυτή καθαυτή (McKenna, 1997). Η διαταραχή στη βούληση επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου για αυτόνομη, πρωτοβουλιακή, στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα και κατά συνέπεια, την ικανότητά του για παραγωγική λειτουργία. Συνήθως εκδηλώνεται με τη μορφή ανεπαρκούς ενδιαφέροντος ή ανικανότητας να ακολουθήσει το άτομο μία πορεία ενεργειών μέχρι τη λογική του κατάληξη.

- **Διαταραχή της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και της σχέσης με τον έξω κόσμο**

Σχεδόν όλα τα άτομα με ψυχωσικά συμπτώματα έχουν δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Πολύ συχνή είναι η απόσυρση του ατόμου από τον εξωτερικό κόσμο και η υπέρμετρη ενασχόληση με εγωκεντρικές και παράλογες ιδέες, στις οποίες χάνεται η αντικειμενικότητα. Όταν αυτή η κατάσταση φτάσει σε ένα πολύ

έντονο επίπεδο, τότε έχουμε να κάνουμε με ένα είδος «αυτισμού», όπου το άτομο περιγράφεται από τους οικείους του ως «χαμένος στον κόσμο του» και συναισθηματικά αποκομμένος από τους άλλους. Επίσης, τα άτομα με ψυχωσικά συμπτώματα συχνά έχουν δυσκολία στο να βιώσουν ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση σε δραστηριότητες που φυσιολογικά θεωρούνται ευχάριστες (Andreasen, et al.1994).

- **Διαταραχή της ψυχοκινητικότητας**

Αυτή η διαταραχή χαρακτηρίζει πολύ έντονα τους ασθενείς που βρίσκονται σε οξεία φάση ή τους χρόνιους ασθενείς. Οι ασθενείς σε οξεία φάση χαρακτηρίζονται από έντονη διέγερση, ενώ, αντίθετα, οι χρόνιοι ασθενείς εμφανίζουν διαταραχές στην όλη ψυχοκινητική συμπεριφορά, όπως κατατονική καταπληξία (ο ασθενής παίρνει μία παράξενη και άβολη στάση για μεγάλο χρονικό διάστημα, κηρώδης ευκαμψία (κατά τις παθητικές κινήσεις των μελών του σώματος, δίνεται η εντύπωση σαν αυτά να είναι από κερί, καθώς παραμένουν στη θέση που τα μετακινήσαμε), μανιερισμοί, στερεοτυπίες κ.λπ.

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της ψύχωσης και κυρίως της σχιζοφρένειας, μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες, στα **θετικά** και τα **αρνητικά** συμπτώματα.

Τα θετικά συμπτώματα αναφέρονται στα «παραγωγικά» (productive) συμπτώματα της σχιζοφρένειας, δηλαδή σε αυτά που συνιστούν την ψυχοπαθολογία ακριβώς λόγω της παρουσίας τους και προέρχονται από την αύξηση ή διαστρέβλωση των φυσιολογικών λειτουργιών.

Αντίθετα, τα αρνητικά συμπτώματα συνιστούν την ψυχοπαθολογία εξαιτίας της απουσίας τους και προέρχονται από μείωση ή απώλεια των φυσιολογικών λειτουργιών (Garety, 1992).

Σύμφωνα με την Andreasen (1984), τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις, η θετική μορφολογική (τυπική) διαταραχή της σκέψης και η παράξενη συμπεριφορά, ενώ τα αρνητικά συμπτώματα είναι το επίπεδο ή αμβλύ συναίσθημα, η αλογία, η απάθεια-αβουλησία και η έλλειψη προσοχής και η κοινωνική απομόνωση.

### 1.3 Στάδια εξέλιξης

Τα ψυχωσικά συμπτώματα μπορεί να διαφέρουν από άτομο σε άτομο και μπορεί να αλλάξουν με την πάροδο του χρόνου. Εξέχουσα, όμως, σημασία κατέχει το πρώτο επεισόδιο ψύχωσης, δηλαδή η πρώτη φορά κατά την οποία αντιμετωπίζει κάποιο από τα παραπάνω συμπτώματα. Από την απλή παράθεση της συμπτωματολογίας καθίσταται κατανοητό το γεγονός ότι το άτομο τα βιώνει ως εξαιρετικά ενοχλητικά και πρωτόγνωρα. Αν συνδυαστεί αυτό με τα αρνητικά κοινωνικά στερεότυπα και το στίγμα που φέρει κάποιος με αυτά τα συμπτώματα είναι εύκολο να αντιληφθεί κανείς το ιδιαίτερο άγχος και την ανησυχία που βιώνει το άτομο.

Το ψυχωσικό επεισόδιο εξελίσσεται σε τρία στάδια:

- **Προδρομικό**

Τα πρώτα κλινικά σημεία είναι ασαφή και είναι ιδιαίτερα δύσκολο να εντοπιστούν. Σταθερό προσανατολιστικό άξονα διαδραματίζουν οι αλλαγές που το άτομο αναφέρει στην περιγραφή των συναισθημάτων, των σκέψεων και των αντιλήψεών του.

- **Οξύ**

Κατά το στάδιο αυτό η κλινική εικόνα του ατόμου γίνεται πιο σαφής αφού εμφανίζονται ψυχωσικά συμπτώματα, όπως παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και εμφανείς διαταραχές στη σκέψη.

- **Ανάρρωση**

Η ψύχωση θεραπεύεται και τα περισσότερα άτομα επανεντάσσονται ομαλά στο κοινωνικό σύνολο. Το πρότυπο της ανάρρωσης διαφέρει από άτομο σε άτομο, αφού ορισμένα άτομα ανταποκρίνονται καλά στην φαρμακοθεραπεία, άλλα στην ψυχοθεραπεία και άλλα σε συνδυασμό των προαναφερθέντων τεχνικών. Σημαντικό

κρίνεται το γεγονός ότι πολλά άτομα που λαμβάνουν έγκαιρη διάγνωση και αποκατάσταση από το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο δεν αντιμετωπίζουν πάλι ψυχωσικό επεισόδιο.

#### 1.4 Μορφές της ψύχωσης

Διακρίνουμε τις ακόλουθες κλινικές μορφές ψυχώσεων :

- Σχιζοφρένεια
- Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή
- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή
- Παραληρητική διαταραχή
- Βραχεία ψυχωτική διαταραχή
- Επινεμόμενη ψυχωτική διαταραχή (Folie á Deux)
- Ψυχωτική διαταραχή οφειλόμενη σε Γενική Σωματική Κατάσταση
- Προκαλούμενη από ουσίες ψυχωτική διαταραχή
- Ψυχωτική διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς

Όταν κάποιος αντιμετωπίζει ψυχωσικό επεισόδιο για πρώτη φορά είναι ιδιαίτερα δύσκολο να εντοπιστεί ο τύπος της διαταραχής, αφού τα συμπτώματα που εμφανίζει δεν είναι ξεκάθαρα. Ωστόσο, σε αυτό το σημείο προβάλλει επιτακτική η ανάγκη να γίνει μια σύντομη αναφορά στους διαφορετικούς τύπους ψυχωσικής διαταραχής που, ανάλογα με την παρουσία ή την απουσία κάποιων από τα προαναφερθέντα συμπτώματα, μπορεί να καταστήσουν εφικτή τη διάγνωση (σύμφωνα με το DSM –IV και το ICD-10).

- Ψύχωση που προκαλείται από χρήση ψυχοδραστικών ουσιών (ναρκωτικά αλκοόλ).
- Οργανική ψύχωση (που συνοδεύει την εμφάνιση κάποιας σωματικής ασθένειας, όπως εγκεφαλικός τραυματισμός ή εκφυλιστική ασθένεια του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος).



- Σύντομη αντιδραστική ψύχωση (εξαιτίας κάποιου ιδιαίτερα αγχογόνου γεγονότος, όπως ο ξαφνικός θάνατος ενός συγγενικού προσώπου ή έντονη αλλαγή στον καθημερινό τρόπο ζωής).
- Παραληρηματική διαταραχή (εμφανίζονται έντονες παραληρηματικές ιδέες, χωρίς ωστόσο να συνδυάζονται με συμπτώματα σχιζοφρένειας ή συναισθηματικής διαταραχής).
- Σχιζοφρένεια (όταν τα παραπάνω συμπτώματα εμφανίζονται έντονα για περισσότερο από έξι μήνες).
- Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή (όταν τα παραπάνω συμπτώματα εμφανίζονται για λιγότερο από έξι μήνες).
- Διπολική διαταραχή (έντονη εναλλαγή μανίας και κατάθλιψης σε συνδυασμό με ψυχωσικά συμπτώματα).
- Ψυχωσική κατάθλιψη (απουσιάζει η μανιακή διαταραχή, αλλά υπάρχουν ψυχωσικά συμπτώματα, όπως ψευδαισθήσεις και παραληρηματικές ιδέες).
- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή (έντονες εναλλαγές στην ψυχική διάθεση σε συνδυασμό με μείζονα ψυχωσικά συμπτώματα, που όμως δεν καλύπτουν τα κριτήρια για διάγνωση σχιζοφρένειας).

Συμπερασματικά, γίνεται εύκολα αντιληπτό το γεγονός ότι τα συμπτώματα της ψύχωσης είναι ιδιαίτερα έντονα και προκαλούν σημαντική αναστάτωση στη ζωή του ατόμου. Άλλωστε, το τελευταίο είναι αναγκασμένο από τη φύση της ασθένειας να μην μπορεί να αλληλεπιδρά με το κοινωνικό του περιβάλλον, καθώς διαμορφώνει μια εσωτερική πραγματικότητα που είναι διαφορετική από αυτό. Δεν θα ήταν άτοπο, λοιπόν, να υποστηρίξαμε το γεγονός ότι το άτομο που εμφανίζει ψυχωσικά συμπτώματα υποχρεώνεται να διακόψει το ρυθμό της ζωής του (Ψυχαργός – Β΄ Φάση, 2004).

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>

### Ψυχική Ασθένεια και ψυχική Διαταραχή

#### 2.1 Ψυχική Ασθένεια

Με τον ίδιο ξεκάθαρο τρόπο που λέει κάποιος ότι «βρέχει» ή «έχει ήλιο», όταν μιλάει κανείς για υγεία και αρρώστια είναι πολιτισμικά αναγκασμένος να δεχτεί έναν διαχωρισμό ανάμεσα σ' αυτές τις δυο διαμετρικά αντίθετες έννοιες. Οι δυο αυτές έννοιες μοιάζει να αναφέρονται σε μια απτή και αδιαμφισβήτητη πραγματικότητα.

Έτσι αν κάποιος αναρωτηθεί τι είναι υγεία και τι αρρώστια αναφορικά με τη ζωή, παραπέμπεται σ' έναν ορισμό που κάνει παράδοξη την ίδια την ερώτηση. Δηλαδή αρρώστια είναι να μην είναι κανείς υγιής και υγεία να μην είναι άρρωστος. Έτσι δεν παίρνουμε καμία πληροφορία για το περιεχόμενο της κάθε έννοιας και δεν μπορούμε να καταλάβουμε ποια είναι τα όρια που χωρίζουν τη μια απ' την άλλη.

Η υγεία και η αρρώστια λοιπόν δε μπορούν να οριστούν με βάση συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Δεν είναι συγκεκριμένες πραγματικότητες θετικές ή αρνητικές, αλλά καθορίζονται κάθε φορά μέσα από το σύνολο των αξιών που διαμορφώνουν την κουλτούρα μας και το σκέλος της κοινωνικής οργάνωσης της οποίας αυτή αποτελεί στήριγμα. Έτσι αρρώστια είναι αυτό που καθορίζει την αναστολή της κοινωνικής ζωής, δηλαδή της δραστηριότητας και της εργασίας (Basaglia F., 2008).

Στη συνέχεια αναφέρεται η άποψη του Szasz Th. (1989) για την ψυχική ασθένεια, κατά την οποία η ψυχιατρική ετικέτα εξαρτάται περισσότερο από την κοινωνική περίσταση, τις κοινωνικές πιέσεις μαζί μ' ένα πρωτόγονο είδος ψυχιατρικής λογικής που ενθαρρύνει τους ψυχιάτρους να χρησιμοποιήσουν οποιαδήποτε ψυχιατρική έννοια και να διατυπώσουν τις μορφές της παθολογικής συμπεριφοράς (Szasz Th., 1989).

Κάτι αντίστοιχο διαφαίνεται και στην άποψη του Γρίβα Κ. (1987) για την ψυχική ασθένεια, αφού αναφέρει ότι «πρόκειται για μια συγχυτική,

κατακερματισμένη και αδιέξοδη απάντηση της ατομικής προσωπικότητας, στη σύγχυση, τον κατακερματισμό και το αδιέξοδο που της επιβάλλει μια νοσογόνα κοινωνική δομή.

Είναι η τραγικότερη, ολοκληρωτικά αλλοτριωμένη, ατομική αντίδραση στην απόλυτα αλλοτριωτική δράση μιας κοινωνικής δομής που λειτουργεί με στόχο την καθυπόταξη και όχι την εξυπηρέτηση των μελών της. Και αυτό σημαίνει πως κάθε απόπειρα για προσέγγισή της, προϋποθέτει πριν απ' όλα έρευνα στο χώρο της κοινωνικής και όχι της σωματικής παθολογίας». (Γρίβας Κ., 1987 σελ. 17).

Η **ψυχική ασθένεια** ορίζεται ως ένα κλινικά σημαντικό ψυχολογικό σύνδρομο ή πρότυπο συμπεριφοράς, που εμφανίζεται σ' ένα άτομο και συνδέεται με δυσφορία (π.χ. ένα επώδυνο σύμπτωμα) ή δυσλειτουργία (δηλαδή περιορισμό σε μια ή περισσότερες σημαντικές περιοχές της λειτουργικότητας) ή με ένα σημαντικό αυξημένο κίνδυνο να υποστεί θάνατο, πόνο, αναπηρία ή μια σημαντική απώλεια της ελευθερίας του. Επιπλέον, αυτό το σύνδρομο δεν είναι μια αναμενόμενη και πολιτισμικά αποδεκτή αντίδραση σ' ένα συγκεκριμένο γεγονός, π.χ. στο θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου.

Οποιαδήποτε κι αν είναι η πρωταρχική του αιτία, πρέπει να θεωρηθεί εκδήλωση μιας συμπεριφορικής, ψυχολογικής ή βιολογικής δυσλειτουργίας στο άτομο. Ούτε οι παρεκκλίνουσες συμπεριφορές (πχ πολιτικές, θρησκευτικές ή σεξουαλικές), ούτε συγκρούσεις ανάμεσα στο άτομο και την κοινωνία δεν είναι ψυχικές διαταραχές, εκτός αν η παρέκκλιση ή η σύγκρουση είναι σύμπτωμα δυσλειτουργίας του ατόμου, όπως περιγράψαμε παραπάνω (American Psychiatric Association, 1994).

### **2.1.1 Ιστορική Αναδρομή**

#### **I) Αρχαίου Χρόνου**

(Από των αρχών του πολιτισμού μέχρι και τον Β' αιώνα μ.Χ.)

Οι μέχρι του Ιπποκράτους χρόνοι είναι περίοδο αγνοίας και δεισιδαιμονίας. Η ψυχοπάθεια εθεωρείτο ως κατοχή του ανθρώπου υπό κάποιας θεότητας, η οποία είτε

τον ευεργετούσε είτε τον τιμωρούσε. Ορισμένοι ψυχοπαθείς εθεωρούντο φίλοι των Θεών και τους απέδιδαν μαντικές ικανότητες. Η θεραπεία των ψυχοπαθών ανετίθετο στους ιερείς οι οποίοι χρησιμοποιούσαν για το σκοπό αυτό τη μαγεία σε συνδυασμό με θεάματα, μουσική, περιπάτους, λουτρά, γυμναστική, κ.λ.π. (Χριστοδούλου Γ. & συν. 2006; Υφαντής, 2006)

Τον 5<sup>ο</sup> αιώνα ο Ιπποκράτης διακήρυξε ότι οι ψυχικές παθήσεις δεν έχουν καμιά σχέση με τις υπερφυσικές δυνάμεις και απέρριψε με ενθουσιασμό τη δαιμονική αιτιολογία των ψυχικών παθήσεων.

Η ψυχική ασθένεια κατ' αυτόν είναι διαταραχή τεσσάρων παραγόντων της θερμότητας, του ψύχους, της υγρασίας και της ξηρασίας. Ο Ιπποκράτης ταξινόμησε τις διανοητικές διαταραχές σε τρεις κατηγορίες: τη μανία, τη μελαγχολία και τη φρενίτιδα. Οι περιγραφές του έφεραν στο φως αρκετά από τα κλασικά συμπτώματα της επιληψίας, της μανίας, της μελαγχολίας και της παράνοιας. Για τη θεραπεία των ψυχοπαθειών χρησιμοποιούσε τις αφαιμάξεις, τα καθαρτικά, τα εμετικά, τα λουτρά, τη φυτική διαίτα, τις ασκήσεις, τη μουσική, τα ταξίδια κ.λ.π., και συνιστούσε το γάμο ως το μεγαλύτερο φάρμακο για την υστερία. (Χριστοδούλου Γ. & συν. 2006; Υφαντής, 2006)

Ο Ιπποκράτης και οι μαθητές του υπήρξαν οι πρώτοι ιατροί που ασχολήθηκαν επιστημονικά με τις ψυχοπάθειες, δίδοντας έμφαση στις φυσικές αιτίες, την κλινική παρατήρηση και την παθολογία του εγκεφάλου. Στη συνέχεια πολλοί ιατροί ακολουθώντας το παράδειγμά τους ασχολήθηκαν σοβαρά με την ψυχιατρική. Οι ελληνορωμαϊκοί χρόνοι συνδέονται με τα ονόματα του Ασκληπιάδου, του Κέλσου, του Αρεταίου, του Σωρανού, του Καιλίου Αυρηλιανού και του Γαληνού, με την εργασία του οποίου η ιατρική σκέψη φτάνει σε υψηλό βαθμό. Αυτός ανακάλυψε ότι η ύπαρξη ενός συμπτώματος δεν σημαίνει απαραίτητως ότι το όργανο ή το μέρος του σώματος δια του οποίου εκδηλώθηκε το σύμπτωμα είναι το προσβεβλημένο. Τα πειράματά του και οι μελέτες του πάνω στις διανοητικές διαταραχές τον οδήγησαν στη δημιουργία της θεωρίας περί των δύο μερών της ψυχής, ενός εξωτερικού και ενός εσωτερικού. Το εξωτερικό συνιστούσαν οι πέντε αισθήσεις, ενώ οι λειτουργίες του εσωτερικού ήταν η φαντασία, η κρίση, η αντίληψη και η κίνηση. Όπως και ο Πλάτων, ο Γαληνός δεχόταν ότι ο εγκέφαλος κι όχι η καρδιά είναι η έδρα της ψυχής. (Χριστοδούλου Γ. & συν. 2006; Υφαντής, 2006)

## II) Μεσαίωνας και Αναγέννηση

Μετά το θάνατο του Γαλιηνού η πρωτόγονος περί της ψυχοπάθειας αντίληψη επέστρεψε. Η μαγεία και η δαιμονολογία κυριάρχησαν στην ιατρική σκέψη του μεσαίωνα και συνέχισαν να ασκούν επίδραση μέχρι και τον 19<sup>ο</sup> αιώνα. Μέχρι του 14<sup>ου</sup> αιώνα επιστεύετο ότι οι ψυχικά πάσχοντες ήταν μάγοι. Η εντύπωση ότι το μυαλό του ανθρώπου επηρεάζεται από τη σελήνη ήταν εμφανής και ως εκ τούτοι ο όρος σεληνιασμός εχρησιμοποιείτο για να περιγράψει ένα πρόσωπο με ψυχική ασθένεια.

Την εποχή αυτή οι συνθήκες διαβίωσης των ψυχοπαθών παραμένουν αξιοθρήνητες. Μόνον κατόπιν αποφάσεως της Γαλλικής βουλής το 1660 άρχισαν να εισάγονται οι ψυχοπαθείς της Γαλλίας στο HOTEL - DIEU, όπου διετέθησαν γι' αυτούς δύο μικρές σάλες, αλλά εάν εντός ορισμένου χρόνου δεν εθεραπεύοντο, εθεωρούντο ανίατοι και μεταφερόταν σε ειδικά οικήματα, όπου κακώς τρεφόμενοι, δεμένοι με αλυσίδες, ρακένδυτοι ζούσαν ζωή άθλια, έκθετοι στη θέα και τους εμπαιγμούς του κοινού. (Χριστοδούλου Γ. & συν. 2006; Υφαντής, 2006)

Με την αναστολή του 16<sup>ου</sup> αιώνα όμως, με την επίδραση μιας ομάδος φιλοσόφων με πρώτον τον Βάκωνα, κάνει πάλι την εμφάνισή της η επιστημονική έρευνα στο χώρο της ιατρικής.

## III) 19<sup>ος</sup> αιώνας

Παράλληλα με την επανεμφάνιση της επιστημονικής έρευνας και την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης βελτιώνεται η στάση της κοινής γνώμης απέναντι στους ψυχοπαθείς. Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα την ίδρυση των ψυχιατρικών νοσοκομείων και τη χρήση πιο ανθρωπιστικών μεθόδων θεραπείας. Η πρόοδος αυτή συντελέστηκε κυρίως χάρι στους αγώνες του Γάλλου ιατρού Pinel (1745-1826) ο οποίος κατήργησε τις αλυσίδες και τα υπόλοιπα βάνουσα μέσα και αντικατέστησε τις σκοτεινές φυλακές, όπου μέχρι τότε ετοποθετούντο οι ψυχοπαθείς με ευήλια δωμάτια. Παρόμοιους αγώνες διεξήγαγε στην Αγγλία ο William Tuke και ο γιος του Henry και στις Ηνωμένες Πολιτείες η Dorothea Dix. Οι Tukes με τη βοήθεια της SOCIETY OF FRIENDS ιδρύουν το 1796 την YORK RETREAT για ανθρώπινη μεταχείριση των ψυχοπαθών. Το 1844 ιδρύεται η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση, ενώ το 1862, στις 22 Μαρτίου ψηφίζεται στην Ελλάδα ειδικός νόμος «Περί

συστάσεως φρενοκομείων» (ΨΜΒ). Το πρώτο ψυχιατρείο ιδρύθηκε στην Κέρκυρα το 1866. (Χριστοδούλου Γ. & συν. 2006; Υφαντής, 2006)

#### **IV) 20ος αιώνας**

##### **1. Ψυχανάλυση - Φροϋδική εποχή: 1909-1945**

Την εποχή αυτή η φροντίδα των ψυχοπαθών δέχεται την επίδραση της διδασκαλίας του Freud, του «πατέρα της ψυχιατρικής», που με τις νέες απόψεις του και τη νέα θεραπεία που εφαρμόζει ανανεώνονται οι ελπίδες για τους ασθενείς αυτούς. Στην Αμερική έχουμε την δημιουργία κέντρων ψυχανάλυσης και προγραμμάτων άσκησης αυτής. Η ψυχανάλυση επηρέασε πολύ την ψυχιατρική στην Αμερική μέχρι και μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο και παραμένει μια σπουδαία θεραπευτική μέθοδος μέχρι σήμερα.

##### **2. Ιατρική θεραπευτική αγωγή: 1945-1960**

Μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο η ανανέωση του ενδιαφέροντος της κοινωνίας για τους ψυχοπαθείς προήλθε από διάφορες αιτίες:

- α) Βρέθηκε ότι μεγάλο ποσοστό νέων ήταν συναισθηματικά ακατάλληλο για να προσέλθει στις τάξεις του στρατού κατά τη διάρκεια του πολέμου.
- β) Στρατιώτες με ψυχικά προβλήματα επιστρέφοντας από τον πόλεμο είχαν ανάγκη καινούργιας θεραπευτικής αγωγής και αποκατάστασης.
- γ) Κριτική της πρωτόγονης και μερικές φορές απάνθρωπης θεραπείας των ψυχοπαθών. (Χριστοδούλου Γ. & συν. 2006; Υφαντής, 2006)

Το 1946 ψηφίζεται στην Αμερική ο πρώτος νόμος περί ψυχικής υγείας.

Τώρα αναπτύσσεται η Ψυχιατρική Νοσηλευτική σαν κλινική ειδικότητα. Η έρευνα επηρεάζει σημαντικά την φροντίδα των ασθενών και τις θεραπευτικές μεθόδους. Η παραγωγή και η αποτελεσματική χρήση των φενοθιαζινών και των ηρεμιστικών δίνουν την ελπίδα ότι τα σοβαρότερα συμπτώματα των ψυχώσεων θα μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο. Πράγματι η χρήση των φαρμάκων αυτών βοήθησε στην βελτίωση της συμπεριφοράς του ασθενούς και, καθώς ο ασθενής έγινε λιγότερο επικίνδυνος για τους γύρω του, επιτράπη η ελεύθερη διακίνηση ασθενών και

επισκεπτών στο νοσοκομείο και έγινε αποδεκτή η ιδέα της θεραπευτικής ομάδας στον νοσοκομείο.

3. Κοινοτική ψυχική υγεία: - 1960 - μέχρι σήμερα.

Η ιδέα της Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας σημείωσε μια σημαντική αλλαγή. Η φροντίδα του ψυχικά πάσχοντος ασθενούς μεταφέρθηκε από τα ιδρύματα - ψυχιατρεία στις υπηρεσίες της Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας.

Στην Αμερική το 1963 ψηφίζεται ο νόμος που προβλέπει την δημιουργία και λειτουργία των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας.

Στα κέντρα αυτά παρέχονται πέντε ειδών υπηρεσίες:

- α. Επείγοντα περιστατικά
- β. Εισαγωγή στο κέντρο για την παροχή φροντίδας
- γ. Εισαγωγή στο νοσοκομείο για λίγο διάστημα όταν χρειάζεται
- δ. Υπηρεσίες μετά την φροντίδα στο κέντρο
- ε. Συμβουλευτικός ρόλος

Έμφαση δίδεται στην συνεχή φροντίδα, τις νέες θεραπευτικές μεθόδους και στη χρήση της θεραπευτικής ομάδας.

Αυτά όσον αφορά στην ιστορική εξέλιξη της Ψυχιατρικής και τα στάδια από τα οποία πέρασε μέχρι να διαμορφωθεί σε πραγματική επιστήμη. (Χριστοδούλου Γ. & συν. 2006; Υφαντής, 2006)

### 2.1.2 Διάκριση ψυχικής ασθένειας

Οι ψυχικές παθήσεις διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- **Τις Νευρώσεις:** Οι οποίες αποτελούν ψυχικές διαταραχές χωρίς οργανικό υπόστρωμα κατά τις οποίες ο ασθενής διατηρεί σε μεγάλο βαθμό την

αντικειμενική σχέση με την πραγματικότητα και δεν συγχέει τα υποκειμενικά παθολογικά του ενοχλήματα, βιώματα και φαντασίες με αυτή. Η συμπεριφορά μπορεί να επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό, η προσωπικότητα όμως παραμένει ακέραια.

- **Τις Ψυχώσεις:** Οι οποίες αποτελούν την δεύτερη μεγάλη κατηγορία και είναι σχετικά βαρύτερο ψυχικό νόσημα από τις νευρώσεις. Ο ψυχωσικός ασθενείς δεν έχει επίγνωση της κατάστασης του και παρουσιάζει διασπασμένη και αποδιοργανωμένη προσωπικότητα με ακατανόητη και απρόσμενη συμπεριφορά. Τα άτομα αυτά δημιουργούν ένα φανταστικό κόσμο μέσα στον οποίο ζουν και κινούνται. Στις ψυχώσεις υπάγονται η σχιζοφρένεια, η μανία, η μελαγχολία και η υποστροφική μελαγχολία (Χριστοδούλου Γ. & συν., 2006).
- **Τις Νοητικές Καθυστερήσεις:** Σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν τα άτομα με πολύ χαμηλό δείκτη νοημοσύνης, με χαμηλή νοητική ανάπτυξη τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Τα άτομα αυτά συνήθως οδηγούνται σε διάφορα ιδρύματα ή σε ψυχιατρεία λόγω της δύσκολης προσαρμογής τους στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον (Kruger, 2004).

## 2.2 Ψυχική Διαταραχή

Ψυχική διαταραχή είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να εκφράσει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων και εμπειριών που προκαλούν προβλήματα στη σκέψη, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά του ανθρώπου αλλά και στην επικοινωνία του με τους άλλους. Η ψυχική διαταραχή μπορεί να προσβάλει άτομα κάθε ηλικίας, παιδιά, εφήβους, ενήλικες και ηλικιωμένους και μπορεί να παρουσιαστεί σε κάθε οικογένεια. Μπορεί να αναφέρεται σε καταστάσεις πολύ διαφορετικές μεταξύ τους, από την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές ή τις φοβίες, μέχρι την πιο σοβαρή διαταραχή, που είναι η σχιζοφρένεια. Δυστυχώς, παρόλη την επιστημονική πρόοδο και εξέλιξη στις μεθόδους αντιμετώπισης και θεραπείας, ακόμα και σήμερα η ψυχική διαταραχή, εξακολουθεί να είναι συνώνυμη με την «τρέλα», το ανεξήγητο, το μυστηριώδες, το τρομακτικό και να συνοδεύεται από πολλές λαθεμένες απόψεις,



προκαταλήψεις, δοξασίες και φόβους που της προσδίδουν το χαρακτήρα του μύθου και το στοιχείο του στίγματος (ΨΥΧΑΡΓΩΣ – Β΄ΦΑΣΗ 2004; Μάνου, 2007).

Ένας από τους μύθους που επικρατούν για την ψυχική διαταραχή είναι ότι πρόκειται για αδυναμία χαρακτήρα και ότι αυτοί που υποφέρουν μπορούν να συνέλθουν μόνοι τους αν προσπαθήσουν. Στην πραγματικότητα οι ψυχικές ασθένειες είναι πραγματικές ασθένειες – όπως οι καρδιοπάθειες και ο καρκίνος – και βελτιώνονται με την κατάλληλη θεραπεία.

Μια ψυχική διαταραχή μπορεί να είναι αποτέλεσμα σωματικής ασθένειας ή να εκδηλώνεται με σωματική συμπτωματολογία. Οι διάφορες ψυχικές διαταραχές εκδηλώνονται με μια ποικιλία συμπτωμάτων όπως είναι η ψυχική ένταση, η συναισθηματική αστάθεια, η διαταραγμένη συμπεριφορά, η έκπτωση της μνήμης, η μειωμένη επίγνωση της πραγματικότητας, οι ψευδαισθήσεις ή οι παραληρητικές ιδέες. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται ξαφνικά ή γίνονται έντονα μετά από μια περίοδο φυσιολογικής ζωής. Πολλές φορές υπάρχουν κάποια συμπτώματα στο παρελθόν που αν τους είχε δώσει κανείς σημασία, θα μπορούσε να προλάβει την εξέλιξή τους (ΨΥΧΑΡΓΩΣ – Β΄ΦΑΣΗ 2004; Μάνου, 2007).

### **2.2.1 Επικινδυνότητα**

Το ερώτημα εάν ένα άτομο με ψυχική διαταραχή είναι επικίνδυνο για το κοινωνικό σύνολο ή το άμεσο περιβάλλον του τίθεται με αυξημένη συχνότητα στις μέρες μας. Τίθεται από κοινωνικές υπηρεσίες, μέσα μαζικής ενημέρωσης, συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων, συγγενείς και –ακόμα συχνότερα ίσως– από άτομα που ουδέποτε έχουν σχετισθεί με κάποιον που έχει ή είχε ψυχιατρικό πρόβλημα.

Ο ψυχίατρος που αναλαμβάνει να εκτιμήσει την επικινδυνότητα πολύ συχνά το κάνει με «βαριά καρδιά», καθώς έχει συναίσθηση των δυσκολιών μιας τέτοιας εκτίμησης και των συνεπειών που μια λανθασμένη εκτίμηση μπορεί να έχει στον ενήλικα ο οποίος αξιολογείται. Δεν είναι λίγες οι φορές που επιστήμονες αρνούνται να αναλάβουν ή προσπαθούν να αποφύγουν το έργο αυτό έχοντας συνείδηση των δυσκολιών. Η αποφυγή όμως ανάληψης ενός ρόλου αφήνει το πεδίο ανοιχτό σε

άλλους με λιγότερες δεξιότητες και γνώσεις και στην ουσία λιγότερο «χρήσιμους» στην αναζήτηση της αλήθειας.

Στο επίκεντρο επομένως του προβληματισμού –τουλάχιστον όσον αφορά τους ψυχιάτρους– δεν θα πρέπει να τίθεται η συμμετοχή τους ή μη στην αξιολόγηση της πιθανολογούμενης επικινδυνότητας κάποιου ασθενούς, αλλά ο τρόπος με τον οποίο μπορούν να βοηθήσουν αυτή τη διαδικασία, ενημερώνοντας και διαφωτίζοντας εκείνους που τους ανέθεσαν αυτό το καθήκον, για τα θέματα που είναι αρμόδιοι. Η εκτίμηση της επικινδυνότητας είναι αναμφισβήτητα ένα ζήτημα για το οποίο είναι καλύτερα εφοδιασμένοι από οποιονδήποτε άλλο. Η σωστή ενημέρωση και πληροφόρηση βοηθάει επίσης στην αποφυγή της άκριτης αποδοχής στερεοτύπων και στιγματιστικών εικόνων, οι οποίες συχνά θεωρούνται «δεδομένες». Ο κινηματογράφος, για παράδειγμα, έχει δώσει εικόνες που πολλές φορές στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου αποκτούν χαρακτηριστικά στερεοτύπων, τα οποία επηρεάζουν αρνητικά την αντιμετώπιση και την επαφή με άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές.

Δεν πρέπει να μας διαφεύγει ότι η έννοια της επικινδυνότητας αυτή καθαυτή είναι διφορούμενη και επιδέχεται πολλές ερμηνείες: η νομική και η ψυχιατρική επικινδυνότητα συνιστούν δύο διαφορετικές έννοιες. Πολλές φορές, η επικινδυνότητα –όπως θεωρείται από τους νομικούς– βρίσκεται σε αντίθεση με τα πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα και τις θεωρίες για την ανθρώπινη συμπεριφορά. Ειδικότερα, η νομική έννοια της επικινδυνότητας –όπως έχει περιγραφεί (Shah 1978)– θεωρείται ότι πηγάζει «μέσα» από τον άνθρωπο και αποτελεί ένα μάλλον σταθερό χαρακτηριστικό ενός ατόμου (εξ ου και η ευκολία με την οποία οι δικηγόροι μιλούν για την «ορμέμφυτη» επιθετικότητα και επικινδυνότητα).

Από την άλλη πλευρά, η ψυχιατρική και η ψυχολογία έχουν δείξει ότι όλες οι ανθρώπινες συμπεριφορές είναι αποτέλεσμα πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων μεταξύ περιβαλλοντικών παραγόντων με την προσωπικότητα και τη βιολογική κατάσταση του υποκειμένου στη δεδομένη στιγμή. Αυτές οι πολύ μεγάλες αποκλίσεις οπτικής καθιστούν σχεδόν αδύνατο στον ψυχίατρο και τον ψυχολόγο να απαντήσουν με ένα «ναι ή ένα όχι» στο νομικό ερώτημα αν κάποιος είναι επικίνδυνος. Όποιος αγνοήσει αυτό το γεγονός οδηγείται σε εννοιολογική σύγχυση και μάταια προσπαθεί να απαντήσει σε σχετικά ερωτήματα («Θα διαπράξει αυτός ο άνθρωπος νέο έγκλημα;»), τα οποία δεν είναι δυνατόν να απαντηθούν επιστημονικά. Είναι ευθύνη των

παιδοψυχιάτρων και των ψυχιάτρων να εκπαιδεύσουν και να ενημερώσουν τους δικαστές και τους δικηγόρους ώστε να καταλάβουν ότι τα ερωτήματα που θέτουν δεν είναι δυνατόν να απαντηθούν μονολεκτικά.

Όπως ανέφερε και ο Prins (1986), «η πρόβλεψη της επικινδυνότητας είναι κάτι πολύ επικίνδυνο». Όσον αφορά στην ασφάλεια και την προστασία των παιδιών, έχει μεγαλύτερη σημασία η ελαχιστοποίηση των «εσφαλμένων αρνητικών» (των ατόμων δηλαδή που κρίνονται ως μη επικίνδυνα αλλά στην πραγματικότητα είναι επικίνδυνα και κακοποιούν παιδιά στο μέλλον) από την πλευρά της ατομικής ελευθερίας και των δικαιωμάτων του ανθρώπου, όμως είναι πιο σημαντική η ελαχιστοποίηση των «ψευδώς θετικών» (των ατόμων δηλαδή που κρίνονται ως επικίνδυνα και γι' αυτό στερούνται την ελευθερία τους, ενώ στην πραγματικότητα δεν είναι επιρρεπή στη βία και δεν εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά).

Η πρόβλεψη της επικινδυνότητας δεν γίνεται «από το τίποτα». Μπορεί να ζητηθεί για πράξεις ή συμπεριφορές που έχουν ήδη εκδηλωθεί τουλάχιστον μία φορά. Η πρόβλεψη, άρα, πρέπει να αφορά την εκτίμηση της πιθανότητας το μελετώμενο άτομο να επαναλάβει την ίδια δραστηριότητα. Δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθεί λόγω χάρη η επικινδυνότητα ενός ατόμου που έχει ήδη διαπράξει φόνο παρά μόνο για φόνο και βαρεία σωματική βλάβη. Η εκτίμηση της επικινδυνότητας για ανθρωποκτονία, επί παραδείγματι, ενός κλέφτη δεν διαφέρει από εκείνου που δεν έχει καταδίκες για κλοπές.

Οι παράγοντες κινδύνου για βίαιη συμπεριφορά παρατίθενται και αναλύονται με σειρά βαρύτητας. Πρώτα παρατίθενται οι σοβαρότεροι και σημαντικότεροι παράγοντες επικινδυνότητας και στη συνέχεια οι λιγότερο σημαντικοί.

Πρώτος λοιπόν παράγοντας επικινδυνότητας είναι το άρρεν φύλο και σε δεύτερο – αλλά σχεδόν εξίσου σημαντικό βαθμό– το νεαρό της ηλικίας. Εργασίες, επιδημιολογικές μελέτες αλλά και η κοινή εμπειρία επιβεβαιώνουν ότι η νεαρή ηλικία και το ανδρικό φύλο έχουν τη μεγαλύτερη συμμετοχή στην επιθετικότητα, επικινδυνότητα, παραβατικότητα.

Όταν βαδίζουμε τη νύχτα σε έναν έρημο δρόμο και διασταυρωθούμε με ένα νέο άνδρα, πρέπει να προσέχουμε πολύ περισσότερο απ' ό,τι εάν συναντήσουμε υπό τις ίδιες συνθήκες μια γυναίκα μεγάλης ηλικίας.

Περαιτέρω, το προηγούμενο ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς είναι το ισχυρότερο προγνωστικό στοιχείο για την πρόβλεψη. Η προηγούμενη λοιπόν πράξη/συμπεριφορά, πρέπει να μελετάται λεπτομερώς και να λαμβάνονται υπόψη όλες οι πληροφορίες που παρέχουν σχετικά στοιχεία. Στη διερεύνηση της προηγούμενης πράξης εξυπακούεται ότι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και πληροφορίες για την ψυχοδιανοητική κατάσταση του δράστη αλλά και στοιχεία από το περιβάλλον. Επομένως, όσο λεπτομερέστερο είναι το ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς τόσο πιο άρτια και χρήσιμη θα είναι η εκτίμηση επικινδυνότητας. Η βίαιη συμπεριφορά που έχει επαναληφθεί περισσότερο της μίας φορές προσφέρει πολλά επιπλέον στοιχεία.

Η ύπαρξη χρήσης ουσιών που επιδρούν στο ΚΝΣ πρέπει να αξιολογείται ειδικά, καθώς και οι «εξωτερικές» συνθήκες όταν διαπράχθηκε η πράξη της παιδικής κακοποίησης. Πρέπει σε τελική ανάλυση ο ειδικός να μπορεί να απαντήσει –στον βαθμό του εφικτού– σε ερωτήματα του τύπου: «Θα γίνονταν αυτή η πράξη αν ο δράστης δεν είχε πιεί καθόλου αλκοόλ;» ή «αν είχε πιεί παραπάνω θα γινόταν κάτι διαφορετικό;».

Όλα τα παραπάνω αποτελούν τα ασφαλέστερα προγνωστικά στοιχεία επικινδυνότητας και φυσικά είναι παντελώς άσχετα με το ψυχιατρικό ιστορικό ή την ψυχιατρική διάγνωση ενός ατόμου. Πρέπει να τονισθεί ότι τα στοιχεία αυτά έχουν μεγαλύτερη συμμετοχή στην επικινδυνότητα παρά η ψυχιατρική διάγνωση. Τα χαρακτηριστικά όμως αυτά σε κάποιον ο οποίος πάσχει και από μία ψυχιατρική διαταραχή (αλλά όχι όλες τις ψυχιατρικές διαταραχές) μπορεί να αυξήσουν περαιτέρω τον κίνδυνο. Ποιες είναι οι ψυχικές διαταραχές που ενδέχεται να αυξήσουν την επικινδυνότητα;

Κατ' αρχάς η εξάρτηση. Η εξάρτηση από τα ναρκωτικά σχετίζεται με τη μεγαλύτερη παραβατικότητα. Οι ελληνικές φυλακές κατακλύζονται από εξαρτημένους, οι οποίοι –στη συντριπτική τους πλειονότητα– κρατούνται για παραβάσεις του νόμου περί ναρκωτικών (ιδίως κατοχή και διακίνηση). Η παραβατικότητα αυτή (στο μεγαλύτερό της ποσοστό) δεν είναι βίαιη, στοιχίζει όμως πάρα πολύ τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο κοινωνικού συνόλου.

Όπως διαφαίνεται συχνά στις μελέτες, ο παράγοντας προσωπικότητα επίσης παίζει σημαντικό ρόλο στην παραβατική συμπεριφορά των ασθενών. Στην

παραβατικότητα εμπλέκονται ψυχοπαθητικά διαχρονικά χαρακτηριστικά, όπως η δίχως τύψεις καταπάτηση των δικαιωμάτων των συνανθρώπων, η παρορμητικότητα, η διακαής αναζήτηση νέων ερεθισμάτων, η αδυναμία βίωσης συμπάθειας και φιλαλληλίας.

Με δεδομένα όλα τα παραπάνω, τα οποία είναι ιδιαίτερα σημαντικά καθώς ο άδικος στιγματισμός των ψυχικά πασχόντων έχει δημιουργήσει πολύ μεγαλύτερα προβλήματα από όσα σκόπευε να επιλύσει (όπως λόγω χάρη τη μείωση του κινδύνου για το κοινωνικό σύνολο), πρέπει να αναφερθεί ότι η σχιζοφρένεια είναι η ψυχική διαταραχή για την οποία πλέον γνωρίζουμε χωρίς αμφιβολία ότι σχετίζεται σε ένα μικρό πλην όμως υπαρκτό ποσοστό της με τη βία.

Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά των βίαιων ατόμων με σχιζοφρένεια προσιδιάζουν με τα χαρακτηριστικά των βίαιων ατόμων χωρίς σχιζοφρένεια: άρρεν φύλο, νεαρή ηλικία, χρήση/εξάρτηση τοξικών του ΚΝΣ ουσιών (αλκοόλ, κάνναβης), μέλος μειονότητας είναι τα χαρακτηριστικά που αυξάνουν την επικινδυνότητα στα άτομα με σχιζοφρένεια.

Πέραν όμως αυτών των στοιχείων, έρευνες έδειξαν ότι υπάρχουν και κάποια στοιχεία της ψυχοπαθολογίας που επιβαρύνουν την κατάσταση. Αυτά είναι: παραληρητικές ιδέες απειλούμενης προσβολής της ατομικής ασφάλειας, της αξιοπρέπειας και της ατομικότητας της προσωπικής ζωής, διαταραγμένη αυτοεκτίμηση ή αξιολόγηση της ατομικής ακεραιότητας και παραληρητικές ιδέες ερωτικού βίου είναι δυνατό κυρίως στην οξεία φάση τους να εμπλέκονται με επικίνδυνη προς τους άλλους συμπεριφορά.

Οι ψευδαισθήσεις, η ψυχοκινητική ανησυχία και η κατατονική διέγερση αποτελούν επιπρόσθετα ενισχυτικά ερεθίσματα. Η επικινδυνότητα για βίαιη συμπεριφορά αυξάνεται σε άτομα που δεν έχουν τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση, δεν λαμβάνουν τακτικά την ενδεικνύομενη φαρμακευτική αγωγή και είναι άστεγοι.

Καταλήγοντας, αξίζει να τονισθεί ότι η βία των ψυχικά πασχόντων που σχετίζεται αιτιολογικά με τη διαταραχή τους αντιμετωπίζεται με καλύτερη θεραπεία των διαταραχών αυτών. Στη δε θεραπεία είναι απαραίτητο να περιλαμβάνεται τόσο η αποκατάσταση όσο και η κοινωνική επανένταξη των πασχόντων. Είναι απόλυτη ανάγκη να γίνουν όλες οι απαραίτητες ενέργειες προκειμένου να αποφευχθεί ο διπλός

στιγματισμός των ψυχικά πασχόντων. Ιδίως μετά από εγκληματικές πράξεις βίας που διαπράχθηκαν από πάσχοντες και προβάλλονται έντονα από τα μέσα πληροφόρησης, θα πρέπει οι ειδικοί να αποτελούν συνηγόρους της λογικής οι οποίοι στηρίζονται σε πραγματικά στοιχεία. Η γνώση των πραγματικών κινδύνων και η λήψη των κατάλληλων παρεμβατικών μέτρων είναι πολύ σημαντική, καθώς έτσι αποκαλύπτονται διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις της κοινής γνώμης και αποθαρρύνονται πολιτικές στιγματισμού.

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

### Η Σχιζοφρένεια

#### 3.1 Εννοιολογική προσέγγιση

Ο όρος Σχιζοφρένεια (από το ελληνικό σχίζω και φρήν) εισήχθη στην ψυχιατρική ορολογία από τον Bleuler, το 1911, για να δηλώσει μια ομάδα ψυχώσεων, οι οποίες παρουσιάζουν ένα κοινό θεμελιώδες σύμπτωμα, τη Σχάση του Εγώ (ή Διχασμό του Εγώ) (Splitting of the Ego, Διάσπαση, Διχασμός, Διάσχιση).

Ο όρος επικράτησε στην ψυχιατρική και στην ψυχανάλυση, παρ' όλες τις αποκλίνουσες απόψεις των διαφόρων συγγραφέων, όσον αφορά στο στοιχείο που συνιστά την ιδιοτυπία της σχιζοφρένειας και, κατ' επέκταση, τα όρια του νοσογραφικού αυτού πλαισίου.

Ο όρος εισήχθη από τον Φρόυντ, για να υποδείξει ένα παράδοξο φαινόμενο, που παρατηρείται κυρίως στον φετιχισμό και στις ψυχώσεις: την συνύπαρξη στους κόλπους του Εγώ δυο διαφορετικών ψυχικών στάσεων σε σχέση με την εξωτερική πραγματικότητα, όταν αυτή αντιτίθεται σε ενορμητικές απαιτήσεις. Από αυτό, η μεν μία λαμβάνει υπ' όψιν της την πραγματικότητα, η δε άλλη την αρνείται (την απορρίπτει) και βάζει στη θέση της παράγωγα της επιθυμίας. Οι δυο αυτές στάσεις συμπαράτασσονται χωρίς να αλληλοεπηρεάζονται.

Θα πρέπει εδώ να γίνεται διάκριση μεταξύ του όρου «Διχασμός του Εγώ», που μόλις αναφέρθηκε, και του όρου «Διχασμός του Αντικειμένου» (Splitting of the object), που αναφέρεται στον πλέον αρχαϊκό μηχανισμό άμυνας κατά του άγχους, και τον οποίο περιέγραψε η Melanie Klein, κατά τον οποίο το αντικείμενο στο οποίο προσβλέπουν οι ενορμήσεις διαχωρίζεται σε «καλό» και σε «κακό», και ο οποίος διχασμός συνοδεύεται από έναν ανάλογο διχασμό του εγώ σε «καλό» και «κακό» εγώ, μηχανισμό που αργότερα ο Kernberg ανέλυσε διεξοδικά στην ανάλυση της Οριακής Διαταραχής της προσωπικότητας.

Ευρύτερα, η έννοια της Διάσχισης του Εγώ εκφράζει την αποσάθρωση των διαφόρων τομέων της ψυχικής ζωής, όπως της νοημοσύνης, της σκέψης, του θυμικού, των διαπροσωπικών σχέσεων και της επίγνωσης της πραγματικότητας.

Με γνώμονα την αποσυνθετική αυτή διαδικασία, μπορούμε να διακρίνουμε ένα σύνολο κλινικών συνδρόμων. Δεν υπάρχει μια ενιαία οντότητα «Σχιζοφρένεια», αλλά σχιζοφρενείς ασθενείς, οι οποίοι εκφράζουν την έντονη και δραματική ψυχική τους οδύνη με συμπτώματα διαφορετικά μεταξύ τους, όπως η αποπροσωποποίηση, το παραλήρημα, οι ψευδαισθήσεις, η αυτιστική απόσυρση κ.α., μια οδύνη που τους αναγκάζει σε αποκοπή από την πραγματικότητα με παράλληλη αναδίπλωση στον εαυτό και στην επικράτηση μιας εσωτερικής ζωής παραδομένης στις φαντασιωτικές τους κατασκευές. Πρόκειται για συμπτώματα που υποδηλώνουν τη μαζική απάρνηση της πραγματικότητας και τη φαντασιωτική προβολή της.

Η σχιζοφρένεια είναι μια πολυπαραγοντική διαταραχή, στην οποία εμπλέκονται τόσο βιολογικοί όσο και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση της προσωπικότητας, διαστρέβλωση της πραγματικότητας, αλλαγές στη συνειδησιακή κατάσταση, διαταραχές στη σκέψη, τη διάθεση και τη συμπεριφορά καθώς και από νευρογνωστικά ελλείμματα (Kaplan & Sadock, 2007). Στη βιολογική προσέγγιση της σχιζοφρένειας συμπεριλαμβάνεται η πολυ-γονιδιακή γενετική.

Με τον όρο σχιζοφρένεια αυτό δηλώνεται μια ομάδα ψυχικών παθήσεων, οι οποίες παρουσιάζουν ένα κοινό και ουσιώδες σύμπτωμα, τη διάσχιση, δηλαδή την αποδιοργάνωση διαφόρων τομέων της ψυχικής ζωής, όπως της σκέψης, του συναισθήματος, της βούλησης κ.ά.

Η σχιζοφρένεια σήμερα θεωρείται σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας. Αυτή η αλλοίωση της πραγματικότητας παρουσιάζεται με διαταραχές στη σκέψη, την αντίληψη, το συναίσθημα, την ομιλία και την ψυχοκινητικότητα.

Οι διαταραχές αυτές αφορούν βασικές λειτουργίες που χαρακτηρίζουν κάθε ανθρώπινη ύπαρξη και τελικά οδηγούν σε μια αλλοίωση του αισθήματος της ατομικότητας, της μοναδικότητας και του ελέγχου του εαυτού.

Η σχιζοφρένεια δεν είναι μιας και μόνο μορφής ψυχική πάθηση. Εκδηλώνεται με πολλές μορφές. Οι ψυχίατροι την κατατάσσουν στην κατηγορία των Ψυχώσεων και



στα χαρακτηριστικά της περιλαμβάνονται τα πιο αντιπροσωπευτικά ψυχωτικά συμπτώματα (Μάνος Ν., 1988)

### 3.2 Ιστορική Αναδρομή

Υπάρχουν πολλές αναφορές συμπτωμάτων στην ιατρική βιβλιογραφία από την αρχαιότητα μέχρι τον 18ο αιώνα που ομοιάζουν με συμπτώματα σχιζοφρένειας (Αρεταίος, 1997; Ιπποκράτης, 1993). Ωστόσο η πρώτη προσπάθεια διαγνωστικής κατηγοριοποίησης έγινε στην αυγή του 19ου αιώνα.

Το 1850 ο Morel (1860) χρησιμοποιεί τον όρο *demensé precoce* προκειμένου να περιγράψει γνωσιακά ελλείμματα της εφηβείας. Ήδη στο δεύτερο μισό του 19<sup>ου</sup> αιώνα ο Kahlbaum (1874) έχει εισαγάγει τον όρο κατατονία και ο Hecker (1885) τον όρο ηβηφρένεια.

Ο Emil Kraepelin (1896, 1919) διαχώρισε τις μη συφιλιδικής αιτιολογίας ψυχώσεις σε πρώιμο άνοια (*dementia praecox*) και σε μανιοκαταθλιπτική ψύχωση. Ως διαφορά χρησιμοποίησε την έκβαση της νόσου- αποδιοργάνωση στην πρώιμο άνοια, καλύτερη λειτουργικότητα στην μανιοκαταθλιπτική ψύχωση. Στην πρώιμο άνοια συμπεριέλαβε την ηβηφρένεια, την παράνοια και την κατατονία.

Το 1911 ο Eugene Bleuler (1908, 1911) εισήγαγε τον όρο σχιζοφρένεια για να περιγράψει την διαταραχή, θεωρώντας ότι ο όρος πρώιμος άνοια περιορίζει την διάγνωση και δεν εκφράζει όλο το προγνωστικό της φάσμα.

Αναφέρθηκε μάλιστα σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή συμπτώματα, ορίζοντας ως πρωτοπαθή

- την χάλαση του συνειρμού
- την διαταραχή του συναισθήματος
- την αυτιστική σκέψη και συμπεριφορά και
- την αμφιθυμία.

Την δεκαετία του 1930 ο Kurt Schneider (1959) όρισε τα πρώτης και δευτέρας τάξης συμπτώματα, θεωρώντας τα πρώτης τάξεως απαραίτητα (όχι όμως και παθογνωμονικά) για τη διαταραχή.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο Kraepelin δίνει έμφαση στην πορεία της νόσου, ο Bleuler στις ψυχικές λειτουργίες και ο Schneider στα συμπτώματα. Το γεγονός αυτό δεν είναι άνευ σημασίας γιατί οδήγησε σε διαφορετικές σχολές διαγνωστικής σκέψης, με τους Ευρωπαίους, επηρεασμένους από τον Kraepelin να θέτουν τη διάγνωση λιγότερο συχνά από τους επηρεασμένους από τον Bleuler Βορειοαμερικανούς (Cooper J.E., Kendell R.E., Gurland B.J., Sharpe .L, Copeland J.R.M., Simon R., 1972).

Όπως όλα λοιπόν σε αυτή την διαταραχή, έτσι και η διάγνωση της σχιζοφρένειας υπήρξε αντικείμενο αντιπαράθεσης, όχι φυσικά τόσο έντονης όσο αυτή περί της φύσης και της αιτιολογίας της νόσου που θα δούμε παρακάτω, αλλά αρκετής για να προκαλέσει σύγχυση. Η ανάγκη όμως για σαφείς διαγνώσεις που ακολούθησε την ανακάλυψη δραστικών αντιψυχωτικών με πρώτη τη χλωροπρομαζίνη τη δεκαετία του 1950, οδήγησε σε αθεωρητικές προσεγγίσεις που συμπεριέλαβαν και τους τρεις πρωτοπόρους ψυχιάτρους στα σύγχρονα διαγνωστικά εγχειρίδια (World Psychiatric Association, 1994; American Psychiatric Association, 2000).

Ο συνδυασμός διάγνωσης και θεραπείας οδήγησε στην εντυπωσιακή μείωση (π.χ.50% στις ΗΠΑ) των νοσηλευόμενων σε ψυχιατρεία παρά την αλματώδη αύξηση του πληθυσμού. Έδωσε επιπλέον την ευκαιρία να γίνει σε παγκόσμιο επίπεδο πλήθος μελετών που οδήγησαν σε συναρπαστικά ευρήματα και ενίσχυσαν τις γνώσεις μας για την παθοφυσιολογία και την θεραπευτική προσέγγιση της διαταραχής.

Κατά πολλούς το πλαίσιο αυτό όπως το προσδιόρισαν ουσιαστικά οι σκαπανείς των αρχών του 20ου αιώνα πρέπει να παραμείνει η βάση κάθε μελλοντικής ταξινόμησης. Κατά άλλους ότι είχε να δώσει το έδωσε και λειτουργεί πλέον περιοριστικά στις προσπάθειες κατανόησης της σχιζοφρένειας. Άλλη μία γόνιμη αντιπαράθεση κεφαλαιώδους σημασίας για την πορεία των διαγνωστικών συστημάτων και τελικά για την αντιμετώπιση της ψύχωσης (Kupfer DJ, Regier DA, Kuhl EA., 2008).

### 3.3 Οι υπότυποι της σχιζοφρένειας

Οι υπότυποι της σχιζοφρένειας ορίζονται από την προεξάρχουσα συμπτωματολογία κατά τη χρονική στιγμή της αξιολόγησης.

- **ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΤΥΠΟΣ**

Ένας τύπος Σχιζοφρένειας, στον οποίον πληρούνται τα ακόλουθα κριτήρια:

- A. Έντονη ενασχόληση με μία ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες
- B. ή συχνές ακουστικές παραισθήσεις.
- C. Δεν προεξάρχει κανένα από τα ακόλουθα: αποδιοργανωμένος λόγος, αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά, επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα.

- **ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΣ ΤΥΠΟΣ**

Ένας τύπος Σχιζοφρένειας, στον οποίον πληρούνται τα ακόλουθα κριτήρια:

- A. Προεξάρχουν όλα τα ακόλουθα:
  - (1) αποδιοργανωμένος λόγος
  - (2) αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
  - (3) επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα
- B. Δεν πληρούνται τα κριτήρια του Κατατονικού Τύπου

- **ΚΑΤΑΤΟΝΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ**

Ένας τύπος Σχιζοφρένειας, στην κλινική εικόνα του οποίου κυριαρχούν τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα:

- (1) κινητική ακαμψία που εμφανίζεται με καταληψία (συμπεριλαμβανομένης της κηρώδους ευκαμψίας) ή εμβροντησία
- (2) υπέρμετρη κινητική δραστηριότητα (η οποία είναι εμφανώς άσκοπη και δεν επηρεάζεται από εξωτερικά ερεθίσματα)

(3) υπερβολικός αρνητισμός (μια αντίσταση με προφανή έλλειψη κινήτρων σε όλες τις οδηγίες ή διατήρηση μιας άκαμπτης στάσης ενάντια σε προσπάθειες να κινηθεί) ή βωβότητα

(4) ιδιορρυθμίες των εκούσιων κινήσεων που εμφανίζονται με στάσεις (εκούσια ανάληψη απρόσφορων ή αλλόκοτων στάσεων ), στερεότυπες κινήσεις ή χαρακτηριστικούς μαννερισμούς ή μορφασμούς

(5) ηχολαλία ή ηχοπραξία

- **ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΟΣ ΤΥΠΟΣ**

Ένας τύπος Σχιζοφρένειας, στον οποίον είναι παρόντα συμπτώματα που πληρούν το κριτήριο A, αλλά δεν πληρούνται τα κριτήρια του Παρανοειδούς, του Αποδιοργανωμένου ή του Κατατονικού Τύπου.

- **ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ**

Ένας τύπος Σχιζοφρένειας, στον οποίον πληρούνται τα ακόλουθα κριτήρια:

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

B. Υπάρχουν συνεχιζόμενες ενδείξεις της διαταραχής, όπως φαίνεται από την παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων ή δύο ή περισσότερων συμπτωμάτων που συγκαταλέγονται στο κριτήριο A, τα οποία είναι παρόντα σε πιο εξασθενημένη μορφή( π.χ. παράδοξες πεποιθήσεις, ασυνήθη αισθητηριακά συμπτώματα).

### **3.4 Συμπτώματα**

Η Σχιζοφρένεια είναι πάθηση που χαρακτηρίζεται από μεγάλο πλήθος συμπτωμάτων που διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή ή και στον ίδιο ασθενή σε διαφορετικές φάσεις της νόσου. Λόγω του πλήθους των συμπτωμάτων έχει γίνει προσπάθεια να ομαδοποιηθούν. Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενες ομαδοποιήσεις

είναι η ομαδοποίηση σε θετικά (ψυχωτικά και αποδιοργανωτικά) και αρνητικά και η ομαδοποίηση ανά νοητική λειτουργία. Ακολουθεί σύντομη αναφορά των κυριότερων συμπτωμάτων με χρήση της δεύτερης ομαδοποίησης.

- **Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης**

Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι παραληρητικές ιδέες δηλαδή πεποιθήσεις στις οποίες ακλόνητα πιστεύει ο ασθενής, στηριζόμενες σε ψευδή ερμηνεία η παρερμηνεία της πραγματικότητας, χωρίς να υπάρχει θόλωση της συνειδήσεως. Οι πεποιθήσεις αυτές είναι εκτός του πολιτισμικού πλαισίου του ατόμου. Ο ασθενής δεν πείθεται περί του αντιθέτου ακόμη και όταν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι η ιδέα δεν είναι αληθής. Κατά κάποιο τρόπο ο παραληρητικός ιδεασμός αυτονομείται από την πραγματικότητα αποτελώντας (μαζί με τις ψευδαισθήσεις) τον πυρήνα της ψύχωσης, της απώλειας δηλαδή ελέγχου της πραγματικότητας. Η ψύχωση είναι αναγκαία αλλά όχι ικανή συνθήκη για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας καθώς υπάρχει και σε άλλες ψυχιατρικές παθήσεις. Μπορεί να υπάρχει δηλαδή ψύχωση χωρίς σχιζοφρένεια, όμως για να διαγνωσθεί σχιζοφρένεια σε ένα ασθενή πρέπει υποχρεωτικά κάποια στιγμή να έχει εκδηλώσει ψύχωση (κριτήριο Α).

Οι παραληρητικές ιδέες στη σχιζοφρένεια μπορεί να είναι αλλόκοτες (σχεδόν παθογνωμονικές) ή να έχουν πιθανότητα να συμβούν στην αληθινή ζωή. Θεωρητικά μία παραληρητική ιδέα μπορεί και να είναι αληθής ως συμπέρασμα, στηρίζεται όμως πάντα σε παθολογική διεργασία σκέψης (π.χ. το να πιστεύει κάποιος ότι τον κυνηγά η Εφορία στα πλαίσια μιας παγκόσμιας συννομωσίας εις βάρος του είναι παραληρητικό, ακόμη και αν πράγματι χρωστά στην Εφορία και διώκεται για αυτό). Ο ασθενής μπορεί να δρα επί της παραληρητικής ιδέας ή να την έχει για χρόνια χωρίς να δρα αντίστοιχα. Μπορεί μετά από θεραπεία να αναγνωρίσει ότι αυτό που πίστευε δεν ισχύει, ή να πάψει να πιστεύει ότι ισχύει χωρίς να το αναγνωρίσει ως παθολογικό (π.χ. μετά από αντιψυχωτική αγωγή ένας ασθενής μπορεί να πει ότι δεν ήταν καλά και πίστευε ότι τον κυνηγούν ή να πει ότι τον κυνηγούσαν πράγματι και τώρα απλώς σταμάτησαν). Οι συνηθέστερες παραληρητικές ιδέες στη σχιζοφρένεια είναι: ιδέες διώξεως, μεγαλείου, αναφοράς, συσχέτισεως, επιδράσεως, σωματικού περιεχομένου, εκπομπής σκέψης, κλοπής σκέψης, τηλεπάθειας κ.λ.π.

- **Διαταραχές της αντίληψης**

Σε αυτή την κατηγορία υπάγονται διαταραχές της αντίληψης της πραγματικότητας μέσω των αισθήσεων: όρασης, ακοής, αφής, όσφρησης. Η παρερμηνεία μιας αίσθησης ονομάζεται παραίσθηση ενώ η αντίληψη ενός αισθητικού ερεθίσματος που δεν υπάρχει ονομάζεται ψευδαισθήση. Στη σχιζοφρένεια υπάρχουν παραισθήσεις αλλά οι ψευδαισθήσεις είναι κατά πολύ συχνότερες. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι συχνότερες όλων ενώ οι οπτικές, απτικές και οι οσφρητικές παρότι εμφανίζονται και στη σχιζοφρένεια είναι συχνότερες σε άλλες παθήσεις. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι απλοί ήχοι συνήθως όμως είναι μία η περισσότερες φωνές που σχολιάζουν ή δίνουν εντολές στον ασθενή, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις ο ασθενής ακούει τη σκέψη του/

- **Διαταραχές της δομής της σκέψης**

Σε αυτή την κατηγορία υπάρχουν διαταραχές που εκφράζουν αποδιοργάνωση, όπως η κατ' εφαπτομένη σκέψη, ο εκτροχιασμός της σκέψης, η χάλαση του συνειρμού έως ασυναρτησία, ο σχοινοτενής λόγος, οι νεολογισμοί, ο περιφερικός λόγος και διαταραχές που εκφράζουν απώλεια γνωσιακών ικανοτήτων ( αρνητικά συμπτώματα) όπως πτωχεία της σκέψης, πτωχεία του λόγου, διαταραχή της συγκέντρωσης, αδυναμία αφαιρετικής σκέψης.

- **Διαταραχές της διάθεσης**

Σε αυτή την κατηγορία υπάρχουν διαταραχές που εκφράζουν αποδιοργάνωση, όπως το απρόσφορο συναίσθημα, σχιζοευφορία και η ευερεθιστότητα και διαταραχές που εκφράζουν απώλεια συναισθηματικής ανταπόκρισης όπως το αμβλύ και το επίπεδο συναίσθημα. Συχνή είναι επίσης η κατάθλιψη και ιδιαίτερα ανάμεσα στα ψυχωτικά επεισόδια ( αναφέρονται ποσοστά έως και 65% εντός 36 μηνών από το επεισόδιο).

- **Διαταραχές της βούλησης της κινητικότητας και της συμπεριφοράς**

Σε αυτή την κατηγορία υπάρχουν διαταραχές που εκφράζουν αποδιοργάνωση, όπως η αμφιβουλησία και αρνητικά συμπτώματα όπως η αβουλία. Μία ξεχωριστή υποκατηγορία που υπάγεται εδώ είναι τα κατατονικά συμπτώματα. Η κατατονία είναι πλέον σπάνια στη σχιζοφρένεια.

### **3.5 Νευρογνωστικά ελλείμματα**

- **Διαταραχές των εκτελεστικών λειτουργιών**

Οι εκτελεστικές λειτουργίες αναφέρονται σε ένα σύνθετο «κεντρικό σύστημα» ανώτερων γνωστικών λειτουργιών που ευθύνονται για το σχεδιασμό και την εύρυθμη εκτέλεση στοχο-κατευθυνόμενων συμπεριφορών (Velligan & Bow-Thomas, 1999). Έτσι, στις εκτελεστικές λειτουργίες συγκαταλέγονται ο συντονισμός της συμπεριφοράς, η εναλλαγή στρατηγικών για επίτευξη ενός στόχου, η αναστολή απόκρισης και η οργάνωση των πληροφοριών (Baddeley, 1996. Nathaniel-James, Brown, & Ron, 1996). Πλήθος ερευνών (Bozikas, Kosmidis, Kiosseoglou, & Karavatos, 2006b. Fucetola, Seidman, Kremen, Faraone, Goldstein, & Tsuang, 2000. Kosmidis, Bozikas, Zafiri, & Karavatos, 2006) έχει εντοπίσει ως σημαντικό γνωστικό έλλειμμα της νόσου την έκπτωση των εκτελεστικών λειτουργιών.

Από έρευνα που διεξήγαγαν ο Bozikas και οι συνεργάτες του (Bozikas et al., 2006b) σε ασθενείς με σχιζοφρένεια εντοπίστηκε ένα ευρύ φάσμα γνωστικών ελλειμμάτων. Συγκεκριμένα, η επίδοση σε δοκιμασίες λεκτικής και μη λεκτικής μνήμης, οπτικοχωρικής αντίληψης, γλωσσικής ευχέρειας, προσοχής και εργαζόμενης μνήμης ήταν σημαντικά μειωμένη στην ομάδα των ασθενών. Μειωμένη επίδοση βρέθηκε και σε δοκιμασίες εκτελεστικών λειτουργιών, εύρημα σύμφωνο με τη δυσλειτουργία του προμετωπιαίου φλοιού σε ασθενείς με σχιζοφρένεια (Andreasen, O'Leary, Flaum, Nopoulos, Watkins, et al., 1997. Carter, Perlstein, Ganguli, Brar, Mintun, & Cohen, 1998). Δεδομένου του ρόλου των εκτελεστικών δεξιοτήτων στην αυτο-ρύθμιση των σκέψεων και της συμπεριφοράς, το έλλειμμα αυτό επηρεάζει αρνητικά την καθημερινή λειτουργικότητα των ασθενών (Green, Kern, Braff, & Mintz, 2000). Το γεγονός

ότι οι διαταραχές στις εκτελεστικές λειτουργίες αποτελούν κύριο γνώρισμα της σχιζοφρένειας καταδεικνύεται και από το εύρημα ότι εμφανίζονται από το πρώτο ήδη επεισόδιο της νόσου (Kravariti, Morgan, Fearon, Zanelli, Lappin, et al., 2009).

- **Διαταραχές της μνήμης**

Αρκετές έρευνες έχουν εντοπίσει δυσλειτουργίες σε διάφορα είδη μνήμης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια (Reichenberg, 2010). Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί έκπτωση της οπτικής και λεκτικής μνήμης (Young, Powell, Risbrough, Marston, & Geyer, 2009), πράγμα που δυσκολεύει την εκμάθηση και ανάκληση νέων πληροφοριών (Albus, Hubmann, Mohr, Scherer, Sobizack, et al., 1997. Riley, McGovern, Mockler, Doku, Ceallaigh, et al., 2000. Young et al., 2009). Η λεκτική μάθηση, βεβαίως, κατά ένα μέρος της οφείλει την έκπτωσή της στη δυσλειτουργία των εκτελεστικών λειτουργιών, όσον αφορά την καθυστερημένη ανάκληση των πληροφοριών (Albus et al., 1997. Riley et al., 2000). Κατά τη διαδικασία της ανάκλησης, ο προμετωπιαίος φλοιός είναι απαραίτητος όταν η ανάκληση αυτοπυροδοτείται. Κι αυτό διότι η ανάκληση εξαρτάται από τις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται από το κάθε άτομο όταν απουσιάζουν τα εξωτερικά ερεθίσματα (Fucetola et al., 2000). Ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς με δυσλειτουργία του μετωπιαίου λοβού τείνουν να παρουσιάζουν σημαντική έκπτωση στις δοκιμασίες ελεύθερης ανάκλησης, αλλά όχι στην υποβοηθούμενη ανάκληση (Pantelis, Wood, & Maruff, 2002).

Σε μία μετα-ανάλυση των Aleman, Hijman, de Haan, and Kami (1999) που αφορούσε την επίδοση ασθενών με σχιζοφρένεια σε δοκιμασίες μνήμης βρέθηκε ότι το έλλειμμα αυτό είναι αρκετά ευρύ και ανεξάρτητο του είδους της μνήμης (λεκτική ή οπτική μνήμη), της μεθόδου ανάκλησης πληροφοριών (ελεύθερη ή υποβοηθούμενη ανάκληση ή αναγνώριση), και του διαστήματος διατήρησης της πληροφορίας (άμεση ανάκληση ή μετά από καθυστέρηση). Επίσης, τα δεδομένα ερευνών με την εφαρμογή λειτουργικής απεικόνισης του εγκεφάλου έχουν εντοπίσει δυσλειτουργία του μέσου κροταφικού λοβού, σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, κατά τη διάρκεια ανάκλησης σε δοκιμασίες επεισοδιακής μνήμης (Heckers, Rausch, Goff, Savage, Schacter, et al., 1998).



Η σημασία των ελλειμμάτων της λεκτικής μνήμης για τη συμπεριφορά στη σχιζοφρένεια αναδεικνύεται από το γεγονός ότι η λεκτική μνήμη συσχετίζεται με κάθε τύπο λειτουργικότητας του ασθενούς, όπως προκύπτει από μετα-αναλυτική έρευνα του Green και των συνεργατών του (Green et al., 2000). Στη μελέτη αυτή βρέθηκε σχέση μεταξύ λειτουργικού αποτελέσματος (π.χ., ένταξη στο κοινωνικό σύνολο, απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων, ανταπόκριση στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής) και νευρογνωστικών ελλειμμάτων και τονίζεται το γεγονός ότι η λεκτική μνήμη επιδρά στις καθημερινές κοινωνικές δραστηριότητες, στην κοινωνική επίλυση προβλημάτων και στην απόκτηση ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων. Επιπλέον, η λεκτική μάθηση και μνήμη φαίνεται να παρουσιάζουν μεγαλύτερη έκπτωση με την πάροδο του χρόνου σε σχέση με άλλες γνωστικές λειτουργίες σε ασθενείς με σχιζοφρένεια μετά το πρώτο επεισόδιο (Schuerbach, Keshavan, Kmiec, & Sweeney, 2002).

- **Διαταραχές της προσοχής**

Η προσοχή αποτελεί και αυτή μια γνωστική λειτουργία υπό έκπτωση στη σχιζοφρένεια (Reichenberg, 2010), αφού μεγάλο ποσοστό των ασθενών εμφανίζει ελλείμματα τόσο στην οπτική και ακουστική, όσο και στην παρατεταμένη και επιλεκτική προσοχή (Bozikas et al., 2006b. Censits, Ragland, Gur, & Gur, 1997). Σε κάποιες μελέτες, ωστόσο, έχει αναφερθεί ότι η επιλεκτική προσοχή εμφανίζει διαφορετικό βαθμό έκπτωσης σε κάθε ασθενή (Albus, Hubmann, Mohr, Scherer, Sobizack, et al., 1997. Bozikas et al., 2006b), ενώ σε άλλες δεν έχει παρατηρηθεί σημαντική έκπτωσή της (Censits et al., 1997).

- **Άλλες διαταραχές**

Πέραν των παραπάνω ελλειμμάτων, έχει εντοπισθεί ένας αριθμός και άλλων γνωστικών δυσλειτουργιών στη σχιζοφρένεια. Έτσι, έχουν βρεθεί ελλείμματα στη γενική νοημοσύνη (Heinrich & Zakzanis, 1998), στην αντίληψη των συναισθημάτων (Bozikas, Kosmidis, Anezoulaki, Giannakou, Andreou, & Karavatos, 2006a) και στην ψυχοκινητική ταχύτητα, η οποία μπορεί να οφείλεται στην αργή γνωστική επεξεργασία (Riley et al., 2000). Επίσης, έχουν βρεθεί ελλείμματα στην οπτικο-χωρική αντίληψη, στην οποία πιθανώς εμπλέκεται η δυσλειτουργία του βρεγματικού

λοβού (Pantelis & Maruff, 2002). Οι διαταραχές στην ομιλία και στη γλωσσική ικανότητα έχουν αποδοθεί σε ελλείμματα στην προσοχή και στην εργαζόμενη μνήμη (Thomas, Kearney, Napier, Ellis, Leuder, & Johnson, 1996), στην έναρξη όσο και στο σχεδιασμό και στην αυτο-παρακολούθηση της συμπεριφοράς (Frith & Done, 1988. Kircher & Leube, 2003) αλλά και στην οργάνωση των πληροφοριών (Ragland, Moelter, McGrath, Hill, Gur, et al., 2003).

Αρκετοί ερευνητές συγκαταλέγουν στα νευροψυχολογικά ελλείμματα και τις κοινωνικές γνωστικές ικανότητες, όπως η αντίληψη, η μετάφραση και η επεξεργασία των κοινωνικών πληροφοριών (Bertrand, Sutton, Achim, Malla, & Lepage, 2007). Επίσης, η λεκτική και μη λεκτική νοημοσύνη φαίνεται να σχετίζονται με την επίδοση σε έργα «Θεωρίας του Νου» για την κοινωνική γνώση (Corcoran, Cahill, & Frith, 1997). Λόγω ελλείψεων στη θεωρία του νου, οι ασθενείς δυσκολεύονται να αποδώσουν προθέσεις σε άλλα άτομα, να προβλέψουν κοινωνικές συνέπειες, να εντοπίσουν κοινά χαρακτηριστικά σε διαφορετικά ερεθίσματα με συναισθηματική χροιά καθώς και να επεξεργαστούν ερεθίσματα κοινωνικού περιεχομένου (Addington, Saeedi, & Addington, 2006. Edwards, Pattison, Jackson, & Wales, 2001).

- **Νευρογνωστικά ελλείμματα σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου**

Το σύνολο των γνωστικών ελλειμμάτων που προαναφέρθηκαν συνήθως εκδηλώνονται ήδη από το πρώτο επεισόδιο της σχιζοφρένειας (Bilder, Goldman, Robinson, Reiter, Bell, et al., 2000) αλλά συχνά προηγούνται της εκδήλωσης της νόσου (Cannon, Bearden, Hollister, Rosso, Sanchez, & Hadley, 2000. Cornblatt, Obuchowski, Schnur, & O'Brien, 1998). Σε αυτό το συμπέρασμα έχει καταλήξει πλήθος ερευνών που έχουν διεξαχθεί με συμμετέχοντες άτομα που δεν έχουν εκδηλώσει τη νόσο, αλλά θεωρούνται άτομα υψηλού κινδύνου. Στις ομάδες αυτές έχουν εντοπισθεί ελλείμματα στη χωρική εργαζόμενη μνήμη (Bartok, Berecz, Glaub, & Degrell, 2005. Myles-Worsley, Ord, Ngiralmu, Weaver, Blailes, & Faraone, 2007), στη λεκτική μάθηση και μνήμη (Seidman, Giuliano, Meyer, Addington, Cadenhead, et al., 2010. Woodberry, Seidman, Giuliano, Verdi, Cook, & McFarlane, 2010), στην προσοχή (Niendam, Bearden, Johnson, McKinley, Loewy, et al., 2006. Woodberry et al., 2010), στις εκτελεστικές λειτουργίες (Myles-Worsley et al., 2007.

Woodberry et al., 2010) καθώς και στην ταχύτητα επεξεργασίας της πληροφορίας (Seidman et al., 2010. Woodberry et al., 2010).

- **Συσχέτιση νευροψυχολογικών ελλειμμάτων και συμπτωματολογίας**

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας διαχωρίζονται σε δύο ευρείες κατηγορίες: θετικά και αρνητικά. Τα θετικά συμπτώματα αναφέρονται σε υπερβολική έκφραση φυσιολογικών λειτουργιών (π.χ., ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες) ενώ τα αρνητικά συμπτώματα αναφέρονται σε απώλεια ή μείωση φυσιολογικών λειτουργιών (π.χ., μείωση της βούλησης, κοινωνική απόσυρση, αμβλύ συναίσθημα). Σχετικά με τα κλινικά αυτά συμπτώματα και τη βαρύτητά τους, έχει βρεθεί σαφής σχέση μεταξύ της σοβαρότητας των αρνητικών συμπτωμάτων και των εκτελεστικών λειτουργιών (Cameron, Oram, Ceffen, Kavanagh, McCrath, & Ceffen, 1996. Nieuwenstein, Aleman, & de Haan, 2001. Norman, Malla, Morrison-Stewart, Helmes, Williamson, et al., 1997), της οπτικόχωρικής (Cameron et al., 2002. Carter et al., 1996) και της λεκτικής εργαζόμενης μνήμης (Moritz et al., 2000). Επίσης, έχει βρεθεί αρνητική συσχέτιση μεταξύ των αρνητικών συμπτωμάτων και της διατήρησης της ακουστικής και οπτικής προσοχής και της κινητικής ταχύτητας (Nieuwenstein et al., 2001). Σε μια μετα-ανάλυση βρέθηκε μικρή αλλά σημαντική συσχέτιση των αρνητικών συμπτωμάτων με τη μακρόχρονη μνήμη, την ελεύθερη ανάκληση, την υποβοηθούμενη ανάκληση και την αναγνώριση λεκτικών και μη λεκτικών πληροφοριών καθώς και με την εργαζόμενη μνήμη (Aleman et al., 1999).

Μελέτες σχετικές με τη βελτίωση της κλινικής συμπτωματολογίας και των νευρογνωστικών ελλειμμάτων (Censits et al., 1997. Hoff, Sakuma, Wieneke, Horon, Kushner, et al., 1999. Schuepbach et al., 2002) έδειξαν ότι η βελτίωση των αρνητικών συμπτωμάτων συνεπάγεται βελτίωση σε ποικίλα γνωστικά πεδία (π.χ., αφαιρετική σκέψη, προσοχή, μνήμη, γλωσσική επεξεργασία, χωρική αντίληψη, γενικό και λεκτικό δείκτη νοημοσύνης), χωρίς να συμβαίνει το ίδιο και με τα θετικά συμπτώματα. Βεβαίως αυτό δε σημαίνει ότι τα νευρογνωστικά ελλείμματα προκαλούνται από τον ίδιο μηχανισμό που προκαλεί τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου (Heinrichs & Award, 1993). Επιπλέον, τα υψηλότερα επίπεδα της γνωστικής ικανότητας, ιδίως σε τομείς που συνδέονται με τις εκτελεστικές λειτουργίες, συνήθως συσχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα των αρνητικών συμπτωμάτων, αλλά δεν έχουν

σχέση με τη σοβαρότητα των θετικών συμπτωμάτων (Censits et al., 1997. Hawkins, Hoffman, Quinland, Rakfeldt, Docherty, & Sledge, 1997. Schuepbach et al., 2002). Ωστόσο, αυτή η συσχέτιση μεταξύ αρνητικής συμπτωματολογίας και νευρογνωστικών ελλειμμάτων δεν είναι πάντα εμφανής στην πρόδρομη φάση της ασθένειας, αλλά γίνεται πιο έντονη με την εξέλιξή της (Niendam et al., 2006).

Η προσπάθεια συσχέτισης των γνωστικών ελλειμμάτων με τα συμπτώματα αποδιοργάνωσης της συμπεριφοράς των ασθενών έδειξε ότι το απρόσφορο συναίσθημα, το φτωχό περιεχόμενο του λόγου και η διαταραχή της σκέψης είχαν σχέση με τη λεκτική μνήμη (Norman et al., 1997). Η χάλαση των συνειρμών, η εφαπτομενικότητα του λόγου (δηλαδή έντονα περιφραστικός λόγος χωρίς εστίαση στο θέμα συζήτησης), το επίπεδο ή το απρόσφορο συναίσθημα και η εκκεντρική συμπεριφορά βρέθηκαν να σχετίζονται με τις εκτελεστικές λειτουργίες και την αδυναμία αναστολής ανάρμοστων συμπεριφορών (Moritz, Krausz, Gottwalz, Lambert, Perro, et al., 2000). Η δυσκολία στην αφαιρετική σκέψη, η εννοιολογική αποδιοργάνωση και η φτωχότερη προσοχή είχαν σχέση με τα ελλείμματα στην οπτικοχωρική εργαζόμενη μνήμη όταν υπήρχαν διασπαστικά ερεθίσματα, με αδυναμία αναστολής σε δοκιμασίες λεκτικής ροής, εμμονές και αδυναμία στην κρίση εγκυρότητας ακόμη και απλών δηλώσεων (Cameron et al., 2002).

### 3.6 Συχνότητα

Στην Ελλάδα 70.000 με 80.000 άνθρωποι έχουν προσβληθεί από τη νόσο, ενώ στις Η.Π.Α. 3.000.000 άνθρωποι. Σε ολόκληρο το κόσμο υπολογίζονται 9.000.000 σχιζοφρενείς. Περίπου 1 με 1,5% του πληθυσμού πάσχει οποιαδήποτε στιγμή από σχιζοφρένεια σύμφωνα με διεθνείς στατιστικές. Αυτό σημαίνει για την Ελλάδα ότι υπάρχουν περίπου 100.000 με 150.000 σχιζοφρενείς ασθενείς. Υπολογίζεται ότι το 0,25% του πληθυσμού εμφανίζουν και ψυχωτική φάση κάθε χρόνο. Επιπλέον 0,01% του πληθυσμού εμφανίζει κάθε χρόνο για πρώτη φορά τη νόσο. Δηλαδή για την Ελλάδα 1.000 καινούριοι ασθενείς διαγιγνώσκονται ετησίως. Άλλες στατιστικές μιλάνε για 150 νέες σχιζοφρενικές ψυχώσεις σε 100.000 πληθυσμό κάθε χρόνο. Η νόσος προσβάλλει εξίσου συχνά άνδρες και γυναίκες. Η μέση ηλικία έναρξης της

νόσου όμως είναι λίγο νωρίτερα για τους άνδρες (15 - 25 έτη) σε σύγκριση με τις γυναίκες (25 - 35 έτη) (Barocca, 2004). Οι ηλικίες που εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό σχιζοφρενικών ψυχώσεων είναι μεταξύ 10 – 40 ετών με κορυφή το διάστημα 25 - 35 ετών (Παπαγεωργίου, 2004). Η εμφάνιση της σχιζοφρένειας πριν την ηλικία των 10 ετών και μετά τα 50 είναι εξαιρετικά σπάνια. Λιγότερο φανερά συμπτώματα όπως η κοινωνική απομόνωση ή απόσυρση, ασυνήθιστη ομιλία ή σκέψη ή συμπεριφορά, μπορεί να προηγούνται ή να έπονται των πρώτων ψυχωτικών συμπτωμάτων.

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

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

Οι διαφορές που παρουσιάζονται σε διάφορες κοινωνίες ή έθνη είναι ελάχιστες και αφορούν περισσότερο τη μορφή της νόσου. Το 60 % των περιπτώσεων αρχίζει μεταξύ εφηβείας και 30<sup>ου</sup> έτους ζωής. Στη τέταρτη δεκαετία ζωής εμφανίζεται 25% των περιπτώσεων και μόνο 14 % σε μεγαλύτερες ηλικίες (Barocca, 2004).

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

**Πίνακας 1: Οι διαφορές των δύο φύλων στην ηλικία εμφάνισης της σχιζοφρένειας (επιλεγμένες μελέτες) (David, J. 2003)**

### 3.7 Επιδημιολογία

Είναι σαφές ότι η περιγραφική διάγνωση της σχιζοφρένειας, χωρίς απολύτως αξιόπιστες «εργαστηριακές» μετρήσεις δημιουργεί προβλήματα στις επιδημιολογικές μελέτες.

Ωστόσο:

- η ένταση της κλινικής εικόνας,
- η μακροχρόνια «δοκιμασμένη» χρήση των διαγνωστικών εγχειριδίων και
- ένα μεγάλο πλήθος μελετών σε παγκόσμια κλίμακα με περίπου τα ίδια αποτελέσματα, αποτελούν εγγυήσεις για την κατά προσέγγιση ακρίβεια των επιδημιολογικών δεδομένων.

Έτσι ο επιπολασμός της διαταραχής κυμαίνεται από 0,4 μέχρι 1,4% στις διάφορες μελέτες και η επίπτωσή της από 0,14 έως 0,54 ανά 1000 κατοίκους το έτος (Keith SA, Regier DA, Rae DS., 1991; Kessler RC, et. al. 1994). Όσο παλαιότερες είναι οι μελέτες τόσο μεγαλύτερα είναι τα ποσοστά στην επίπτωση και τον επιπολασμό.

Αυτό οφείλεται σε μια πιο ευρεία διάγνωση της σχιζοφρένειας που ουσιαστικά ταυτιζόταν σε πολλές περιπτώσεις με την ψύχωση, συμπαρασύροντας και διαγνώσεις όπως διπολική διαταραχή, κατάθλιψη με ψυχωτικά, βραχεία ψυχωτική διαταραχή επί εδάφους διαταραχής προσωπικότητας, «οργανικές» ψυχώσεις, παραληρητικές διαταραχές κ.λ.π. (Eaton W.W., 1999).

Πράγματι σε μία μνημειώδη μελέτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας το 1978 σε δέκα αντιπροσωπευτικές περιοχές του πλανήτη, όταν χρησιμοποιήθηκε ευρεία διάγνωση της διαταραχής προέκυπταν στατιστικώς σημαντικές διαφορές, όταν όμως αναζητήθηκε αυτό που τότε ονομαζόταν πυρηνική σχιζοφρένεια –ουσιαστικά μία πιο αυστηρή και προσεκτική διάγνωση- τα ποσοστά μειώνονταν αλλά εξισώνονταν σχεδόν, ανά την υφήλιο (Jablensky A, et. al., 1992). Έκτοτε πολλές μελέτες επιβεβαίωσαν το βασικό συμπέρασμα αυτής της μελέτης, ότι δηλαδή η σχιζοφρένεια είναι μία διαταραχή με παγκόσμια κατανομή και συχνότητα περί το 1%.

Η έναρξη της νόσου μπορεί να συμβεί οποτεδήποτε από την παιδική ηλικία μέχρι το γήρας, η συντριπτική πλειοψηφία όμως των περιστατικών είναι ανάμεσα στο 15ο και το 54ο ηλικιακό έτος (Murray RM, Jones PB, Susser E, van Os J, Cannon M, eds. 2003; S. Beratis, J. Gabriel, S. Hoidas., 1994).

Αναλυτικότερα ενώ η αναλογία αντρών-γυναικών είναι περίπου ένα προς ένα, στους άντρες η κορύφωση στην καμπύλη της ηλικίας έναρξης είναι ανάμεσα στα 20 και τα 24 έτη, ενώ στις γυναίκες η καμπύλη είναι δικόρυφη με τη μία κορυφή στα 20 με 24 και την άλλη μετά τα 35. Μέχρι τα 35 η επίπτωση της νόσου είναι σημαντικά

μεγαλύτερη στους άντρες, από το σημείο αυτό και μετά αντιστρέφεται ( 1:2 στα 40, 1:4 για όψιμης ενάρξεως σχιζοφρένεια) (S. Beratis, J. Gabriel, S. Hoidas., 1997; S.E Childers, C.M Harding. 1990; P.E. Cowell, D.J. Kostianovsky, R.C. Gur, B.I. Turetsky, R.E. Gur. 1996).

Ένα ακόμη αξιοσημείωτο και σταθερά επαναλαμβανόμενο εύρημα στις επιδημιολογικές μελέτες είναι η αυξημένη συχνότητα της νόσου στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, στα αστικά κέντρα και στους μετανάστες. Δεν είναι ξεκάθαρο εάν οφείλεται στην επίπτωση της διαταραχής στη λειτουργικότητα (στροφή προς τα κάτω), ή η φτώχεια, η ζωή στο κέντρο μεγάλων πόλεων και η μετανάστευση αποτελούν στρες που πυροδοτούν τη διαταραχή σε άτομα με προδιάθεση (Selten JP, Cantor-Graae E., 2008; Harrison G, Fouskakis D, Rasmussen F, Tynelius P, Sipos A, Gunnell D., 2003).

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

Πάντως, πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η αδρή συχνότητα της νόσου (δηλαδή ο αριθμός των πρώτων εισαγωγών σε νοσοκομείο/ έτος) έχει μειωθεί κατά την τελευταία 20ετία. Δεν έχει όμως αποσαφηνιστεί εάν αυτό οφείλεται στην υιοθέτηση αυστηρότερων διαγνωστικών κριτηρίων, στη μετάθεση της φροντίδας των αρρώστων από το νοσοκομείο στο επίπεδο της κοινότητας ή σε διάφορες δημογραφικές μεταβολές που ενδέχεται να αφορούν στο σχιζοφρενικό πληθυσμό μιας περιοχής (Χριστοδούλου Γ. & συν., 2006).

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



## *Δημογραφικοί παράγοντες*

- **Ηλικία και φύλο**

Σε γενικές γραμμές φαίνεται ότι η σχιζοφρένεια προσβάλλει εξίσου και τα δύο φύλα. Είναι όμως γεγονός ότι υφίστανται διαφορές μεταξύ των φύλων ως προς την έναρξη της νόσου, την κλινική της πορεία, καθώς και ως προς την επίδραση διαφόρων παραγόντων επικινδυνότητας. Έτσι, έχει διαπιστωθεί ότι η κλινική συμπτωματολογία αρχίζει πρωιμότερα στους άνδρες (μέση ηλικία έναρξης τα 20 έτη) σε σχέση με τις γυναίκες (μέση ηλικία έναρξης τα 30 έτη) και προγνωστικά ευνοούνται περισσότερο οι γυναίκες.

- **Γεωγραφική και πληθυσμιακή κατανομή**

Παρά το γεγονός ότι η σχιζοφρένεια παρουσιάζει συγκρίσιμα ποσοστά συχνότητας στο γενικό πληθυσμό παγκοσμίως, εντούτοις φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές στην κατανομή των νοσούντων στις διάφορες περιοχές μιας χώρας. Στην Ελλάδα, π.χ., έχει βρεθεί ότι ορισμένοι νομοί, ορεινοί, απομονωμένοι, με κτηνοτροφική οικονομία και ενδογαμικό σύστημα ενδοοικογενειακών σχέσεων, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά σχιζοφρένειας (κυρίως στους άνδρες). Επίσης, στις ΗΠΑ, τη Σουηδία, την Κροατία κ.ά. έχουν επισημανθεί διαφορές ως προς την κατανομή της νόσου, όχι μόνο στις διάφορες περιοχές των χωρών αυτών αλλά και μεταξύ του είδους του πληθυσμού (αγροτικός-αστικός) καθώς και του μεγέθους των πόλεων. Έτσι, φαίνεται ότι η συχνότητα της νόσου στις μεγάλες πόλεις είναι μεγαλύτερη από αυτή που παρουσιάζεται σε μικρές πόλεις ή σε αγροτικές περιοχές (Χριστοδούλου Γ. & συν., 2006).

### **3.8 Αιτιοπαθογένεια**

Η μελέτη της αιτιοπαθογένειας μιας νόσου απαντά σε δύο ερωτήματα. Το ερώτημα γιατί ο συγκεκριμένος άνθρωπος ασθενεί απαντάται μέσω της αιτιολογίας

της νόσου (π.χ. κάποιος άνθρωπος πάσχει από στρεπτοκοκκική αμυγδαλίτιδα γιατί υπάρχουν αποικίες στρεπτόκοκκου στις αμυγδαλές του, δηλαδή η αιτία της στρεπτοκοκκικής αμυγδαλίτιδας είναι ο στρεπτόκοκκος). Το ερώτημα με ποιο μηχανισμό προκαλείται βλάβη στον ανθρώπινο οργανισμό απαντάται μέσω της παθολογικής φυσιολογίας της νόσου (π.χ. ο μηχανισμός της φλεγμονής είναι ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός πρόκλησης βλάβης στη στρεπτοκοκκική αμυγδαλίτιδα).

Η αιτιολογία της σχιζοφρένειας είναι άγνωστη. Σε όλο το φάσμα της ιατρικής και για τις περισσότερες νόσους αυτή είναι η συνήθης κατάσταση. Σπάνια είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε με ακρίβεια την αιτία μιας νόσου και αυτό συμβαίνει κυρίως για κληρονομικές νόσους, επαγγελματικές νόσους και λοιμώξεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις βρίσκουμε παράγοντες κινδύνου, δηλαδή παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο αλλά δεν προβλέπουν με βεβαιότητα μία νόσο (π.χ. το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο αλλά δεν την προκαλεί σε όλους τους καπνιστές, ενώ υπάρχουν και μη καπνιστές που νοσούν, συνεπώς το κάπνισμα είναι παράγοντας κινδύνου για τη στεφανιαία νόσο). Όσο περισσότεροι παράγοντες κινδύνου για μία νόσο συνυπάρχουν σε έναν άνθρωπο τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να νοσήσει.

Με βάση αυτά το κυρίαρχο μοντέλο ερμηνείας της αιτιολογίας της σχιζοφρένειας είναι το μοντέλο προδιάθεσης-στρες. Σύμφωνα με αυτό νοσεί από σχιζοφρένεια ένα άτομο με προδιάθεση για τη νόσο μετά από επίδραση στρες. Υπάρχουν δηλαδή προδιαθεσικοί και στρεσογόνοι παράγοντες κινδύνου. Οι προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου μπορεί να είναι γενετικοί, επιγενετικοί (π.χ. μαιευτικές επιπλοκές), ψυχοσυγκρουσιακοί (π.χ. καθηλώσεις), συνδυασμοί τους ή άλλοι παράγοντες που δεν έχουν ακόμη μελετηθεί. Οι στρεσογόνοι παράγοντες κινδύνου μπορεί να είναι οξείς ή χρόνιοι και το στρες μπορεί να είναι κατά κύριο λόγο βιολογικό (π.χ. λοίμωξη, χρήση ουσιών, κόπωση από εργασία κ.τ.λ.) ή κατά κύριο λόγο ψυχολογικό (π.χ. απώλεια, μετανάστευση, στρατός κ.τ.λ.) αν και τα όρια μεταξύ των δύο δεν είναι σαφή.

Εις ότι αφορά την παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας τα δεδομένα αθροίζονται με μεγαλύτερη ταχύτητα από τη δυνατότητα επεξεργασίας τους και μολονότι δεν υπάρχει σήμερα μία ενιαία θεωρία για την παθοφυσιολογία της διαταραχής μπορεί κανείς να ελπίζει ότι σύντομα θα υπάρξει. Τα σημεία κλειδιά θα

είναι μάλλον η ντοπαμίνη το γλουταμινικό οξύ, το μεταιχμιακό σύστημα, ο προμετωπιαίος φλοιός και η συναπτογένεση.

Οι κυριότερες αιτίες εμφάνισης της σχιζοφρένειας είναι οι εξής:

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

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

Στο ιστορικό πολλών ασθενών υπάρχουν τραυματικά γεγονότα από την παιδική ηλικία, π.χ. απέτυχε να πάρει ή να δείξει στοργή ιδιαίτερα στο δίπλο «βρέφος - μητέρα», που θεωρείται αναγκαία για τη φυσική ανάπτυξη ή οι γονείς του αρνήθηκαν να δώσουν συναισθηματική ζεστασιά.

Δεν είναι φανερό μέχρι πια σημείο η συναισθηματική απόσταση του ασθενούς είναι χαρακτηριστικό που κληρονομήθηκε και αν αυτή δημιουργήθηκε από την ψυχρότητα της μητέρας ή από την ανικανότητα του παιδιού να δεχθεί στοργή.

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

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

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

Πιο συγκεκριμένα σε διεθνείς μελέτες βρέθηκε (Πίνακας 2) ότι η συχνότητα της αυξάνει σε διάφορες ομάδες ανθρώπων, ανάλογα με τη στενότητα της συγγένειας με ήδη πάσχοντες. Έτσι στον πληθυσμό των αδελφών των σχιζοφρενών η συχνότητα είναι 8%, οκτώ φορές μεγαλύτερη από ότι στον γενικό πληθυσμό και φθάνει το 48% σε πληθυσμό μονοωγενών διδύμων ασθενών, σε πληθυσμό δηλαδή αδελφών πασχόντων που γεννήθηκαν από το ίδιο ωάριο (τα δύο αδέλφια έχουν τα ίδια γονίδια).

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

**Πίνακας 2: Σχιζοφρένεια – Κληρονομικότητα** (Χριστοδούλου Γ. & συν., 2006).

Το πιο παραστατικό μοντέλο της αιτιολογίας της νόσου ονομάζεται «μοντέλο προδιάθεσης - περιβαλλοντολογικής πίεσης». Δηλαδή ο ασθενής έχει μια οργανική ευαισθησία, που μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της κληρονομικότητας και όταν πάνω σε αυτή την ευαισθησία δράσουν ορισμένοι εξωγενείς στρεσογόνοι παράγοντες

(π.χ. αποτυχία, αποχωρισμός), τότε εμφανίζονται τα συμπτώματα της νόσου (Χριστοδούλου Γ. & συν., 2006).

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

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

Το μέγεθος του είναι της τάξης του 1/100.000 του χιλιοστομέτρου, δηλαδή είναι μικρότερο από ένα βακτήριο, αλλά μεγαλύτερο από έναν ιό. Δεν κατέστη δυνατή η ανίχνευση DNA στο εσωτερικό του, όπως επίσης και ο πολλαπλασιασμός του σε καλλιέργεια με διάφορα θρεπτικά υλικά. Σύμφωνα με τον καθηγητή Λ. Βέτερμπεργκ, έναν από τους συγγραφείς της μελέτης, το νέο στοιχείο είναι "πλησιέστερο στη μορφή του prion, που έχει ενοχοποιηθεί για την πρόκληση της νόσου των τρελών αγελάδων".

Οι ερευνητές από τη Στοκχόλμη δεν ισχυρίζονται ότι ανακάλυψαν το αίτιο της νόσου, αφού η ύπαρξη αυτού του σωματιδίου μπορεί να είναι αποτέλεσμα της. Ωστόσο, η ανακάλυψη τους αποτελεί ενδιαφέρον στοιχείο, στο οποίο θα μπορούσε να βασιστεί η διαμόρφωση μιας αξιόπιστης διαγνωστικής δοκιμασίας (Orgen – Rhein C. Et. al., 2004).

### **3.8.1 Παράγοντες επικινδυνότητας (προκλητικοί ή προδιαθεσικοί)**

- **Κληρονομική επιβάρυνση**

Ο ρόλος της κληρονομικότητας στην αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας τα τελευταία 60 χρόνια και η «γενετική

υπόθεση» φαίνεται να έχει σημαντικές βάσεις αναφορικά με την αιτιολογία της νόσου.

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

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

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

**γ) Μελέτες παιδιών σχιζοφρενικών γονέων.** Παιδιά σχιζοφρενών γονέων έχουν 40% πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο, σε σύγκριση με το 1% πιθανότητα που έχουν παιδιά μη σχιζοφρενών. Παρόμοια ευρήματα έδωσαν και μελέτες υιοθετημένων παιδιών με σχιζοφρενική μητέρα και επιβεβαίωσαν την αυξημένη επικινδυνότητα για τη νόσο στα υιοθετημένα παιδιά των σχιζοφρενών σε σύγκριση με υιοθετημένα παιδιά μη σχιζοφρενών ή φυσικά παιδιά των υιοθετούντων γονέων (Χριστοδούλου Γ. & συν., 2006).

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

Όλα τα παραπάνω δεδομένα δείχνουν ότι ο τρόπος κληρονομικής μεταβίβασης της νόσου είναι αρκετά περίπλοκος και το πλέον αποδεκτό σήμερα πρότυπο είναι ο συνδυασμός και η αλληλεπίδραση πολλών γονιδίων και περιβαλλοντικών συνθηκών (Χριστοδούλου Γ. & συν., 2006).

- **Προ και περιγεννητικές επιπλοκές**

Ανοξαιμικές καταστάσεις του εμβρύου (προεκλαμψία), καθώς και τροφική στέρηση, ασυμβατότητα Rh, προγεννητικό stress και ιώσεις (κυρίως από Coxsackie-B) ανευρίσκονται, συχνότερα στο ιστορικό των σχιζοφρενών σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Επίσης, οι σπασμοί, το μειωμένο βάρος του νεογνού, η μικρότερη περίμετρος του κρανίου και το μειωμένο βάρος της μητέρας έχουν ενοχοποιηθεί ως σημαντικοί παράγοντες επικινδυνότητας για τη σχιζοφρένεια.

- **Εποχή, τόπος και σειρά γέννησης**

Έχει παρατηρηθεί ότι ένας μεγαλύτερος συγκριτικά αριθμός σχιζοφρενών γεννιέται κατά τους χειμερινούς μήνες ή τους πρώτους μήνες της άνοιξης. Η παρατήρηση αυτή αποδόθηκε στην αυξημένη πιθανότητα έκθεσης του νεογνού σε ιώσεις ή και στην ενδεχόμενη γενετική υπεροχή των σχιζοφρενικών βρεφών ως προς την αντίσταση τους σε δυσμενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες (αυξημένη επιβιωσιμότητα των σχιζοφρενικών έναντι της αυξημένης θνησιμότητας των μη-σχιζοφρενικών βρεφών). Επίσης, έχει ενοχοποιηθεί ο τόπος γέννησης (αστικό περιβάλλον), ενώ έχει βρεθεί ότι η νόσος απαντάται συχνότερα στους πρωτότοκους ολιγομελών οικογενειών ή στα μικρότερα παιδιά των πολυτέκνων.

- **Αναπτυξιακές ανωμαλίες**

Μελέτες σε παιδιά αυξημένης επικινδυνότητας για σχιζοφρένεια (παιδιά σχιζοφρενικών γονιών), καθώς και μελέτες του ιστορικού γέννησης σε γενικό πληθυσμό (cohort), έδειξαν ότι ένα ποσοστό 25 - 50% των παιδιών αυξημένης επικινδυνότητας παρουσιάζουν υποτονία, καθυστέρηση των σταδίων ανάπτυξης, οβληγρά νευρολογικά σημεία (μειωμένη κινητική συνεργεία), καθώς και διαταραχές της προσοχής, της ομιλίας και της σχολικής επίδοσης (Χριστοδούλου Γ. & συν., 2006).

## **Αμφιλεγόμενη έρευνα συνδέει την παιδική κακοποίηση με τη σχιζοφρένεια**

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

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

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

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

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

Σύμφωνα με τη μελέτη, η έλλειψη βιταμίνης D κατά την κύηση, στην οποία συμβάλλει η απουσία ηλιοφάνειας, μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη του εγκεφάλου του εμβρύου. Πειράματα σε ποντίκια δείχνουν ότι ζώα που έχουν έλλειψη βιταμίνης D από την ώρα της σύλληψης τους, παρουσιάζουν ορισμένα ψυχοσωματικά χαρακτηριστικά όμοια με αυτά που εκδηλώνουν άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Οι επιστήμονες έδωσαν μεγάλη σημασία στο ρόλο της βιταμίνης D όσον αφορά στην ανάπτυξη του εγκεφάλου μετά την παρατήρηση ορισμένων περιεργων "τάσεων" του πληθυσμού (Karth, J., 2004).

Μελέτες στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν ποντίκια και έγιναν υπό τον Αυστραλό εμπειρογνώμονα Τζον Μακ Γκαρθ του ερευνητικού κέντρου που ασχολείται με τη σχιζοφρένεια στην πολιτεία Κουίνσλαντ της βόρειας Αυστραλίας, δείχνουν ότι η έλλειψη βιταμίνης D κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να συμβάλει στην



εκδήλωση σχιζοφρένειας σε άτομα με γενετική προδιάθεση για ψυχικά νοσήματα. Ποντίκια με έλλειψη βιταμίνης D είχαν ασυνήθιστα μεγάλο εγκέφαλο, στοιχείο που παραπέμπει στη νόσο, ενώ αιφνιδιάζονταν περισσότερο από το φυσιολογικό ύστερα από ένα δυνατό θόρυβο του οποίου είχε προηγηθεί ένας σιγανός, δηλαδή μια μορφή συμπεριφοράς που εκδηλώνουν οι σχιζοφρενείς (Karth, J., 2004).

Άτομα που εκδηλώνουν σχιζοφρένεια στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική είναι πιθανότερο να έχουν γεννηθεί κατά τις αρχές καλοκαιριού, γεγονός που σημαίνει ότι η σύλληψη τους έγινε τις μουντές φθινοπωρινές ημέρες, επισημαίνει η μελέτη. Άλλη μελέτη έδειξε ότι μετανάστες από την Αφρική και την Καραϊβική που ζουν στην Αγγλία διατρέχουν τετραπλάσιο κίνδυνο σε σχέση με άλλες πληθυσμιακές ομάδες να γεννήσουν παιδιά που θα εκδηλώσουν κάποιο ψυχικό νόσημα. Ο οργανισμός χρειάζεται ηλιακό φως, για να παράγει βιταμίνη D, και τα άτομα με σκουρότερη επιδερμίδα έχουν ανάγκη από περισσότερη ηλιοφάνεια, προκειμένου να παράγουν επαρκή ποσότητα βιταμίνης D για τον οργανισμό τους, καταλήγουν οι επιστήμονες (Karth, J., 2004).

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

Ερευνητές από το πανεπιστήμιο του Χάρβαρντ υπογραμμίζουν ότι δεν έχουν ακόμη ερμηνεύσει με σαφήνεια την παραπάνω συσχέτιση, αλλά πιστεύουν ότι η προσβολή της μέλλουσας μητέρας από έρπητα γεννητικών οργάνων μπορεί να αποτελέσει παράγοντα πυροδότησης ψυχιατρικών προβλημάτων κατά την ενηλικίωση σε παιδιά με προδιάθεση (Karth, J., 2004).

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

Ο Δρ Στέφαν Μπούκα και οι συνεργάτες του ανέλυσαν στοιχεία από 3.084 παιδιά που γεννήθηκαν στο Rhode Island στο χρονικό διάστημα 1959-1966 και μελέτησαν δείγματα αίματος που είχαν ληφθεί από τις μητέρες τους σε τακτά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι ερευνητές αναζήτησαν πιθανά παθογόνα αίτια τα οποία επηρεάζουν αρνητικά την ανάπτυξη του νευρικού

συστήματος, όπως ο ιός της ερυθράς, τα χλαμύδια. ο έρπητας των γεννητικών οργάνων και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Οι ερευνητές παρατήρησαν αυξημένη συχνότητα ψυχιατρικών προβλημάτων, που εμφανίστηκαν στην ενήλικη ζωή, σε παιδιά που οι μητέρες τους έπασχαν από έρπητα γεννητικών οργάνων (Buca, S., 2001).

### **3.8.2 Κληρονομικότητα**

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

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

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

Το απρόβλεπτο των παραγόντων του περιβάλλοντος και τα κενά που υπάρχουν στις σημερινές γνώσεις της γενετικής στις ψυχικές διαταραχές δεν επιτρέπουν τον προσδιορισμό του κινδύνου να νοσήσει κάποιο άτομο (McGuffin, P. 2004).

- **Κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και του τοκετού**

Ρόλος της οικογένειας στην εκδήλωση ψυχικής διαταραχής υπάρχει ήδη από την περίοδο της εγκυμοσύνης. Υγιείς γονείς που επιθυμούν ένα παιδί για υγιείς λόγους (π.χ. όχι για λόγους συμφέροντος ή αντίδρασης σε αυταρχικούς γονείς), με τον μέλλοντα πατέρα, και όλη την οικογένεια, να βοηθάει τη σύζυγο του στηρίζοντας

την ψυχολογικά κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης της, όταν είναι ευάλωτη, είναι οι καλές συνθήκες για την περίοδο της εγκυμοσύνης.

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

Ειδικά η περίπτωση της μητέρας που είχε ήδη ένα σχιζοφρενικό επεισόδιο χρειάζεται διπλή προσοχή: και για το ενδεχόμενο εκδήλωσης υποτροπής κατά την περίοδο του τοκετού και επειδή είναι αυξημένες οι πιθανότητες, στην περίπτωση αυτή, να εκδηλωθεί η νόσος στο παιδί. Επιπλέον, είναι γενικά ακατάλληλοι για γονείς τ' άτομα με σχιζοφρένεια. Είναι περιπτώσεις που χρειάζονται οπωσδήποτε παρέμβαση (Lai Ic. et. al., 2001).

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

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

Οι πρόσφατες μελέτες διδύμων επιβεβαίωσαν τις παλιότερες και λιγότερο εξονυχιστικές μελέτες. Το γενικό τους συμπέρασμα είναι ότι ζεύγη πανομοιότυπων διδύμων εμφανίζουν πολύ συχνότερα σχιζοφρένεια σε σχέση με ζεύγη διωγενών διδύμων (δηλαδή οι πανομοιότυποι δίδυμοι νοσούν πιο συχνά και οι δύο από σχιζοφρένεια σε σχέση με τους διωγενείς). Μολονότι οι μελέτες διδύμων φανερώνουν με τρόπο αδιαμφισβήτητο τη σημασία των γενετικών παραγόντων στη

γένεση της σχιζοφρένειας, ωστόσο δεν εξηγούν απόλυτα το φαινόμενο. Το γεγονός ότι ο πανομοιότυπος δίδυμος αδελφός ατόμου που πάσχει από σχιζοφρένεια δεν έχει πιθανότητα να νοσήσει 100% αλλά περίπου 40% -60%, σημαίνει ότι (όσο ψηλή και αν είναι η πιθανότητα αυτή - συγκρίνετε με το 1 % του γενικού πληθυσμού) και άλλοι παράγοντες του περιβάλλοντος πρέπει να συμμετέχουν.

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

Όλες οι έρευνες δείχνουν ότι η σχιζοφρένεια έχει κληρονομική βάση, αλλά ο βαθμός της γενετικής επίδρασης παραμένει ακόμη αδιευκρίνιστος. Οι περισσότεροι επιστήμονες συμφωνούν ότι αυτό που μπορεί να κληρονομείται είναι η ευπάθεια προς τη νόσο, μια κληρονομική προδιάθεση η οποία σε συνδυασμό με κάποιους άλλους παράγοντες μπορεί να οδηγεί στη σχιζοφρένεια. Αυτή η προδιάθεση μπορεί να έχει την μορφή κάποιας βιοχημικής ή ενζυμικής ανωμαλίας, μιας λεπτής νευρολογικής βλάβης, ή κάποια άλλη μορφή ή ακόμη και συνδυασμό τους.

Μέχρι σήμερα δεν γνωρίζουμε πως μεταβιβάζεται η κληρονομική αυτή προδιάθεση και έτσι δεν είμαστε σε θέση να προβλέψουμε με ακρίβεια εάν ένα συγκεκριμένο άτομο πρόκειται να νοσήσει ή όχι. Σε μερικούς ανθρώπους, ο γενετικός παράγοντας μπορεί να είναι κρίσιμος για την ανάπτυξη της νόσου, σε άλλους μπορεί να μην είναι (Lai Ic. et. al., 2001).

Το ερώτημα για τον ρόλο της κληρονομικότητας στις ψυχικές διαταραχές είχε απασχολήσει από παλαιά την ιατρική σκέψη. Ήδη από τα τέλη του 19ου αιώνα, όταν ο γερμανός ψυχίατρος Kraepelin διαχώρισε τις μείζονες ψυχικές διαταραχές σε πρώιμη άνοια (σχιζοφρένεια) και μανιοκαταθλιπτική ψύχωση (συναισθηματική

διαταραχή), εμπειρικές παρατηρήσεις ανέφεραν ότι οι διαταραχές αυτές εκδηλώνονταν συχνότερα στις οικογένειες των πασχόντων.

Η συστηματική διερεύνηση του ρόλου των γενετικών παραγόντων στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών γίνεται τις τελευταίες δεκαετίες χάρη στην πρόοδο που έχει συντελεσθεί στη μεθοδολογία των μελετών και στη θέσπιση αυστηρότερων κριτηρίων για τη διάγνυσή τους, στη σύγκριση των αποτελεσμάτων με ομάδες υγιών μαρτύρων, στην εγκυρότερη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων και κυρίως στην αλματώδη πρόοδο της μοριακής βιολογίας και στην εφαρμογή μοριακών τεχνικών που άνοιξε νέους ορίζοντες στη σύγχρονη ψυχιατρική γενετική. Οι πρόσφατες, μάλιστα, ανακοινώσεις για την ολοκλήρωση της χαρτογράφησης του ανθρώπινου γονιδιώματος (το σύνολο του γενετικού υλικού ενός οργανισμού) συντηρούν και αυξάνουν το επιστημονικό ενδιαφέρον των ερευνητών.

Ως μέθοδοι για τη διερεύνηση της γενετικής συμμετοχής στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών εξακολουθούν να θεωρούνται οι κλασικές κλινικές μελέτες σε οικογένειες, σε διδύμους και σε υιοθετημένους, καθώς και οι μελέτες συσχέτισης και σύνδεσης των ψυχικών διαταραχών με γενετικούς δείκτες στο πλαίσιο της μοριακής γενετικής.

- **Μελέτες οικογενειών**

Οι μελέτες οικογενειών, που προϋποθέτουν την κατά το δυνατόν πληρέστερη καταγραφή του οικογενειακού γενεαλογικού δέντρου του ασθενούς, δίνουν τη δυνατότητα διερεύνησης αν η νόσος είναι οικογενής, αν δηλαδή αρκετά μέλη στην ίδια οικογένεια πάσχουν και μάλιστα σε διαδοχικές γενεές, ή αν είναι σποραδική, δηλαδή εκτός από τον ασθενή δεν πάσχει κανένα άλλο μέλος της οικογένειας ή αν πάσχει βρίσκεται σε απομακρυσμένη θέση στο οικογενειακό δέντρο. Επίσης, υπολογίζεται ο κίνδυνος νόσησης, ο κίνδυνος δηλαδή που εμφανίζει το άτομο να νοσήσει όταν διανύει την ηλικία νόσησης, που για τη σχιζοφρένεια θεωρείται το ηλικιακό φάσμα μεταξύ 15 και 45 ετών, για τη μανιοκατάθλιψη το ηλικιακό φάσμα μεταξύ 15 και 60 ετών, ενώ για την υποτροπιάζουσα κατάθλιψη αυτό των 15-70 ετών. Ο κίνδυνος αυτός ελαττώνεται ανάλογα με την ηλικία και, παρότι είναι εμπειρικός προσδιορισμός, θεωρείται, μέχρι την ανακάλυψη ενός ισχυρού δείκτη που

να συνδέεται με τη νόσο, το μοναδικό ίσως στοιχείο στο οποίο βασίζεται η ψυχιατρική γενετική συμβουλευτική.

Οι μελέτες σε οικογένειες επαλήθευσαν τις προϋπάρχουσες εμπειρικές παρατηρήσεις της οικογενούς εκδήλωσης των μειζόνων ψυχικών διαταραχών με τη διαπίστωση ότι οι πρώτου βαθμού συγγενείς (γονείς, αδέρφια, παιδιά) του πάσχοντος εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν την ίδια ή άλλη ψυχική διαταραχή, σε σύγκριση με τους συγγενείς των υγιών μαρτύρων. Συγκεκριμένα, για τη διπολική συναισθηματική διαταραχή με συχνότητα εμφάνισης περίπου 1% στον γενικό πληθυσμό, ο κίνδυνος νόσησης κυμαίνεται στα επίπεδα του 13% για τα αδέρφια και 15% για τα παιδιά.

Αντίθετα, για τη μονοπολική συναισθηματική διαταραχή, με κίνδυνο νόσησης περίπου 5% στον γενικό πληθυσμό, οι πρώτου βαθμού συγγενείς των ασθενών εμφανίζουν κίνδυνο 12% να νοσήσουν από την ίδια διαταραχή, ενώ ο κίνδυνος να εκδηλώσουν διπολική συναισθηματική διαταραχή κυμαίνεται περίπου στο 3%. Παιδιά δύο γονέων πασχόντων από διπολική διαταραχή εμφανίζουν κίνδυνο να εκδηλώσουν την ίδια διαταραχή που κυμαίνεται μεταξύ 44-74%.

Πέρα από την εμφάνιση της συναισθηματικής διαταραχής, γενετικοί παράγοντες φαίνεται να ενοχοποιούνται και για την εκδήλωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, αφού καταθλιπτικοί ασθενείς με θετικό ιστορικό αυτοκτονίας προβαίνουν συχνότερα σε απόπειρα αυτοκαταστροφής. Εκείνοι που χρησιμοποιούν βίαιη μέθοδο εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερο κληρονομικό φορτίο αυτοκτονιών από την πλευρά της μητέρας στην οικογένεια, ενώ εκείνοι που καταφεύγουν σε μη βίαιη μέθοδο εμφανίζουν πιο βεβαρημένο κληρονομικό φορτίο από την πατρική πλευρά.

Για τη σχιζοφρένεια, που ο επιπολασμός της κυμαίνεται γύρω στο 1% στον γενικό πληθυσμό, τα ποσοστά εκδήλωσης της νόσου στους πρώτου βαθμού συγγενείς κυμαίνονται γύρω στο 5% για τους γονείς του πάσχοντος, 9% για τα αδέρφια του και 15% για τα παιδιά του. Οι απόγονοι με δύο γονείς πάσχοντες εμφανίζουν κίνδυνο να νοσήσουν που φθάνει στο 45%.

Ο κίνδυνος νόσησης είναι ανάλογος προς τον βαθμό συγγένειας του πάσχοντος με τους συγγενείς του. Έτσι, για τους δεύτερου βαθμού συγγενείς (ετεροθαλή αδέρφια, παππούδες, θείους, εγγόνια, ανίψια), ο κίνδυνος νόσησης

υπολείπεται σαφώς του αντίστοιχου των συγγενών πρώτου βαθμού, εξακολουθεί όμως να κυμαίνεται σε επίπεδα διπλάσια εκείνων του γενικού πληθυσμού. Αντίθετα, για τους συγγενείς τρίτου βαθμού (πρώτα εξαδέλφια) διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος νόσησης είναι ελαφρά υψηλότερος από τον αντίστοιχο κίνδυνο στον γενικό πληθυσμό. Ο κίνδυνος νόσησης αυξάνει ανάλογα με τον αριθμό των πασχόντων συγγενών και την κλινική βαρύτητα της εκδήλωσης της διαταραχής. Η ηλικία έναρξης της νόσου φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο, αφού ασθενείς με μείζονα ψυχική διαταραχή και πρώιμη ηλικία έναρξης (μικρότερη των 20 ετών) παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη συχνότητα εκδήλωσης της ίδιας διαταραχής στους πρώτου βαθμού συγγενείς τους.

- **Μελέτες διδύμων και υιοθετημένων**

Οι μελέτες σε διδύμους έριξαν περισσότερο φως στη διερεύνηση του ρόλου της κληρονομικότητας στις μείζονες ψυχικές διαταραχές. Όπως είναι γνωστό, υπάρχουν οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι που έχουν κοινά όλα τα γονίδιά τους και οι διζυγωτικοί δίδυμοι που έχουν κοινά τα μισά τους γονίδια, όπως και τα μη δίδυμα αδέλφια τους.

Τα αποτελέσματα των μελετών έδειξαν σημαντικά υψηλότερο βαθμό συμφωνίας (να πάσχουν δηλαδή και οι δύο δίδυμοι) στους μονοζυγωτικούς διδύμους για την εμφάνιση διπολικής συναισθηματικής διαταραχής που φτάνει μέχρι το 70% (για τη μονοπολική διαταραχή σε 55%) σε σχέση με τους διζυγωτικούς διδύμους (όπου το ποσοστό κυμαίνεται γύρω στο 15-20%). Για τη σχιζοφρένεια, τα ποσοστά για τους μονοζυγωτικούς διδύμους κυμαίνονται γύρω στο 50%, ενώ για τους διζυγωτικούς διδύμους στο 15-20%. Τα ποσοστά συμφωνίας για τη συναισθηματική διαταραχή και τη σχιζοφρένεια παρουσιάζονται ανεξάρτητα από το εάν οι δίδυμοι μεγάλωσαν μαζί ή χωριστά, γεγονός που συνηγορεί υπέρ της γενετικής συμμετοχής.

Θα πρέπει να τονισθεί ότι αν επρόκειτο αποκλειστικά για γενετικό χαρακτηριστικό θα όφειλε ο βαθμός συμφωνίας στους μονοζυγωτικούς διδύμους να είναι 100%, αφού οι δίδυμοι αυτοί φέρουν πανομοιότυπο γενετικό υλικό. Το γεγονός, όμως, ότι υπολείπεται του 100% επιβεβαιώνει την υπόθεση ότι και μη γενετικοί παράγοντες –όπως περιβαλλοντικοί παράγοντες, περιγεννητικές επιπλοκές,

τραυματισμός κατά τη γέννηση, διατροφή, μόλυνση κ.ά.– φαίνεται να παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση μείζονος ψυχικής διαταραχής.

Οι μελέτες σε υιοθετημένους μπορούν να διαχωρίσουν πληρέστερα τους γενετικούς από τους περιβαλλοντικούς συντελεστές στη διερεύνηση της αιτιοπαθογένειας των ψυχικών διαταραχών. Έτσι, διαπιστώθηκε ότι οι βιολογικοί γονείς των υιοθετημένων ασθενών με συναισθηματική διαταραχή ή σχιζοφρένεια παρουσιάζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα την ίδια διαταραχή, σε σύγκριση με τους θετούς γονείς τους. Επίσης, οι υιοθετημένοι με βιολογικούς γονείς πάσχοντες από μείζονα ψυχική διαταραχή εκδηλώνουν σε υψηλά επίπεδα την ίδια ψυχοπαθολογία, σε σχέση με υιοθετημένους των οποίων οι βιολογικοί γονείς είναι ψυχικά υγιείς.

- **Μελέτες συσχέτισης και σύνδεσης των ψυχικών διαταραχών με γενετικούς δείκτες**

Τα αποτελέσματα των μελετών συσχέτισης και σύνδεσης των μειζόνων ψυχικών διαταραχών με διάφορους γενετικούς δείκτες δεν έχουν καταλήξει, προς το παρόν, σε ασφαλή συμπεράσματα, αφού και τα θετικά αποτελέσματα σε ορισμένες μελέτες δεν επιβεβαιώθηκαν από μεταγενέστερες έρευνες. παλαιότερα, ως γενετικοί δείκτες χρησιμοποιήθηκαν τόσο νοσήματα (π.χ. αχρωματοψία) όσο και αντιγόνα της κυτταρικής μεμβράνης (π.χ. σύστημα ομάδων αίματος ABO, αντιγόνα ιστοσυμβατότητας, HLA) όπου είναι γνωστή η άμεση σχέση τους με κάποια γονίδια. Τελευταία, χρησιμοποιούνται νεότεροι γενετικοί δείκτες, όπως αλληλουχίες του DNA που διαφέρουν από άτομο σε άτομο (πολυμορφισμοί DNA) και κληρονομούνται κατά μεντελιανό τρόπο. Επίσης, γίνεται προσπάθεια ανεύρεσης συσχέτισης ή σύνδεσης με υποψήφια γονίδια, όπως εκείνα που κωδικοποιούν υποδοχείς, πρωτεΐνες ή ένζυμα σχετιζόμενα με τη νευρομεταβίβαση. Πρόσφατα πραγματοποιούνται και μελέτες σάρωσης ολόκληρου του γονιδιώματος.

Βάσιμες ενδείξεις για πιθανές περιοχές που φαίνεται να συνδέονται με τις συναισθηματικές διαταραχές είναι στο μακρό σκέλος των χρωμοσωμάτων 4, 8, 12, 13, 18, 21, 22 και X και στο βραχύ σκέλος των χρωμοσωμάτων 2, 4 και 18. Για τη δε σχιζοφρένεια, στο μακρό σκέλος των χρωμοσωμάτων 1, 5, 13, 15, 22 και στο βραχύ σκέλος των χρωμοσωμάτων 6 και 8. Επίσης, αναφέρθηκαν κοινοί γενετικοί τόποι και για τις δύο διαταραχές στα χρωμοσώματα 6, 8, 18, 22 που καλλιεργούν την υπόθεση



της ύπαρξης ενός συνεχούς (continuum) στην εκδήλωση των δύο μειζόνων ψυχικών διαταραχών.

Τα αρνητικά, όμως, αποτελέσματα που αναφέρθηκαν σε πολλές μελέτες οφείλονται κυρίως στον βαθμό της γενετικής ετερογένειας των διαταραχών, στη διαφορετική ηλικία έναρξης της νόσου, στην ατελή γονιδιακή διεισδυτικότητα, στην ποικιλία της φαινοτυπικής έκφρασης, καθώς και σε μη τυχαία γονεϊκή σύζευξη.

### 3.8.3 Γενετική

Ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου για να νοσήσει ένα άτομο από σχιζοφρένεια είναι το να πάσχει συγγενής πρώτου βαθμού. Η πιθανότητα νόσου είναι περίπου 1% στο γενικό πληθυσμό, 8% όταν πάσχει αδερφός, 12% όταν πάσχει γονέας, 12% όταν πάσχει διζυγωτικός δίδυμος αδερφός, 40% όταν πάσχουν και οι δύο γονείς και 50% όταν πάσχει μονοζυγωτικός δίδυμος αδερφός. Είναι συνεπώς προφανές ότι υπάρχει γενετική επιβάρυνση στη νόσο (Frangos E, Athanassenas G, Tsitourides S, Katsanou N, Alexandrakou P., 1985; Kendler KS, Diehl SR., 1993).

Ένα πρώτο ερώτημα είναι το κατά πόσο αυτή η επιβάρυνση οφείλεται περισσότερο σε γενετικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες. Απάντηση σε αυτό το ερώτημα δίνουν μελέτες υιοθεσίας και μελέτες διδύμων. Εάν η γενετική επιβάρυνση οφειλόταν σε περιβαλλοντικούς παράγοντες (επίδραση της ανατροφής) τότε δεν θα διέφερε ο κίνδυνος νόσου ανάμεσα σε μονοζυγωτικούς και διζυγωτικούς διδύμους (μελέτες διδύμων) (Kendler KS, Robinette CD., 1983; Cannon TD, Kaprio J, Lönnqvist J, Huttunen M, Koskenvuo M., 1998; Onstad S, Skre I, Torgersen S, Kringlen E., 1991), ενώ υιοθετημένα παιδιά από πάσχοντες βιολογικούς γονείς θα είχαν τον κίνδυνο του γενικού πληθυσμού ή τον αναλογούντα στην θετή οικογένεια κίνδυνο(μελέτες υιοθεσίας) (Kety SS, Wender PH, Jacobsen B, Ingraham LJ, Jansson L, Faber B, Kinney DK., 1994; Tienari P, et. al., 2000).

Καμία από τις υποθέσεις αυτές δεν ισχύει. Τόσο οι μελέτες διδύμων όσο και οι μελέτες υιοθεσίας επιβεβαιώνουν ότι η γενετική επιβάρυνση της νόσου είναι γενετικής φύσεως.

Ένα δεύτερο ερώτημα είναι το κατά πόσο μπορεί να βρεθούν συγκεκριμένα γονίδια και χρωμοσώματα σχετιζόμενα με τη νόσο.

Υπάρχει ένα πλήθος μελετών, άλλες μονήρεις άλλες επαναλαμβανόμενες, με πλήθος αποτελεσμάτων, τα κυριότερα από τα οποία αφορούν το χρωμόσωμα 22 στις θέσεις q12-q13.1, όπου είναι το γονίδιο για την COMT, λειτουργικά πολυμορφικό με τα αλληλία VAL και MET, το χρωμόσωμα 8 στις θέσεις p22-p21 όπου βρίσκεται το γονίδιο για την neuregulin NRG1, καθώς και θέσεις στα χρωμοσώματα 6,13,5,10,15 με πλήθος γονιδίων υπό έλεγχο. Είναι προφανές ότι δεν αναμένεται να βρεθεί ένας γονιδιακός τύπος υπεύθυνος για την νόσο και ότι η γενετική επιβάρυνση οφείλεται στην ασθενή αθροιζόμενη δράση πολλών γονιδίων σε διάφορα χρωμοσώματα (Sun J, Kuo PH, Riley BP, Kendler KS, Zhao Z., 2008; Egan MF, et. al., 2001; Lewis CM, et. al., 2003; Stefansson H, et. al., 2004).

Το τρίτο και σημαντικότερο ίσως ερώτημα είναι το κατά πόσο η σχιζοφρένεια είναι μία κληρονομική, γενετικά μεταβιβαζόμενη νόσος.

Προφανώς δεν είναι διότι αλλιώς το ποσοστό συνοσηρότητας μεταξύ μονοζυγωτικών διδύμων θα ήταν 100%. Πέραν αυτού η διάγνωση της νόσου στηρίζεται σε κριτήρια και όχι σε αντικειμενικά ευρήματα και αυτό ίσως είναι πολύ σημαντικό σε σχέση με την γονιδιακή επιβάρυνση δεδομένου ότι τα γονίδια δεν “διαβάζουν” DSM-IV. Επιπλέον υπάρχουν ουσίες που μπορούν να προκαλέσουν κλινική εικόνα προσομοιάζουσα σε σχιζοφρένεια (phenocopies), κάτι που δεν συνηθίζεται σε κληρονομικά νοσήματα. Άλλωστε η γενετική επιβάρυνση στις οικογένειες συχνά αφορά γενικότερα ψυχιατρικές διαταραχές και όχι συγκεκριμένα την σχιζοφρένεια, ενώ και η γεωγραφική κατανομή είναι σε γενικές γραμμές ισόρροπη.

Τέλος δεδομένης της τάσης των ασθενών με σχιζοφρένεια ως γκρουπ να μην παντρεύονται και να μην αποκτούν απογόνους, θα έπρεπε να υπήρχε σαφώς καταγεγραμμένη τάση μείωσης της συχνότητας της νόσου-εάν ήταν κληρονομικά μεταβιβαζόμενη- κάτι που δεν προκύπτει από τις επιδημιολογικές μελέτες (Crow TJ., 2007).

Συμπερασματικά οι μελέτες αποδεικνύουν πέραν πάσης αμφιβολίας ότι υπάρχει γενετική επιβάρυνση για τη νόσο, η οποία δεν μπορεί να εντοπιστεί σε

κάποιο συγκεκριμένο γονιδιακό τόπο και δεν επαρκεί για να εξηγήσει την ύπαρξη της νόσου και την εμφάνισή της ανά άτομο.

Επομένως η παλαιά φιλονικία για το αν η νόσος είναι γενετική ή οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες (nature vs nurture) είναι αντιπαραγωγική και έχει αντικατασταθεί από την αναζήτηση μοντέλων αλληλεπίδρασης γονιδίων και περιβάλλοντος (gene-environment interplay) που να μπορούν να ερμηνεύσουν πειστικότερα την κλινική εικόνα που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε στην καθ' ημέρα κλινική πράξη (McCabe J., o Raly O., Murray R. McGuffin P., 2006).

### **3.8.4 Το Περιβάλλον**

Υπάρχουν αρκετές μελέτες που αναδεικνύουν περιγεννητικούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση σχιζοφρένειας αν και οι συσχετίσεις είναι ασθενείς και η συντριπτική πλειοψηφία των νεογνών που εκτίθενται σε αυτούς τους παράγοντες κινδύνου δεν εμφανίζουν τη διαταραχή. Επιπλοκές κύησης όπως (π.χ. αιμορραγία, προεκλαμψία, διαβήτη κύησης), επιπλοκές τοκετού (π.χ. ασφυξία εμβρύου, ατονία μήτρας, επείγουσα καισαρική), διαταραχές εμβρυικής ανάπτυξης (π.χ. χαμηλό βάρος γέννησης, συγγενείς δυσπλασίες, μικρή περίμετρος κεφαλής), προβλήματα σίτισης της μητέρας κατά την κύηση και Rh ασυμβατότητα είναι οι μαιευτικές επιπλοκές που έχουν συσχετισθεί με την εμφάνιση σχιζοφρένειας (Cannon M, Jones PB, Murray RM., 2002; Geddes JR, Lawrie SM., 1995).

Μία άλλη θεωρία για την αιτιολογία της σχιζοφρένειας είναι η συσχέτισή της με λοιμώξεις και συγκεκριμένα με εμβρυική ή νεογνική έκθεση στον ιό της ινφλουέντζα, συμβατή και με το εύρημα ότι η πλειοψηφία των ασθενών με σχιζοφρένεια στο Βόρειο Ημισφαίριο έχει γεννηθεί χειμερινούς μήνες. Ο τομέας της ψυχοανοσολογίας ασχολείται ιδιαίτερα με αυτή την υπόθεση (μεταλοιμώδης ή αυτοάνοση αιτιολογία), ωστόσο τα ευρήματα ορισμένων μελετών (π.χ. μειωμένη παραγωγή IL 2 από T λεμφοκύτταρα) πρέπει να επαναληφθούν σε πολλές μελέτες και να ερμηνευθούν στη συνέχεια (Mortensen PB, 1999; Brown AS., 2008; Torrey EF, Miller J, Rawlings R, Yolken RH., 1997; Brown AS., 2006).

Τέλος υπάρχουν και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου της ενηλίκου ζωής που προκύπτουν από επιδημιολογικές μελέτες, όπως η μετανάστευση, η ζωή σε μεγάλες πόλεις, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η χρήση τοξικών ουσιών, κυρίως κάνναβης (Andréasson S, Allebeck P, Engström A, Rydberg U., 1987; Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE., 2002; Lewis G, David A, Andréasson S, Allebeck P., 1992; Fearon P, et. al., 2006).

### 3.9 Κλινικές Εκδηλώσεις

- **Παραληρητικές Ιδέες**

Οι παραληρητικές ιδέες είναι λανθασμένες πεποιθήσεις, οι οποίες δεν ανασκευάζονται με λογική επιχειρηματολογία. Δεν συνοδεύονται από διαταραχές της συνείδησης.

Είναι συνήθως συναισθηματικά φορτισμένες και το περιεχόμενό τους επηρεάζεται από την ατομική πολιτισμική εμπειρία του ατόμου. Αναλόγως του περιεχομένου τους διακρίνονται σε:

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

- Ερωτομανιακές (όπου το άτομο πιστεύει ότι το έχουν ερωτευθεί σημαντικές προσωπικότητες).
- Ζηλοτυπικές (όπου κυριαρχούν οι πεποιθήσεις απιστίας του συντρόφου).

Οι παραληρητικές ιδέες στη σχιζοφρένεια είναι συνήθως πρωτογενές στην προέλευσή τους (πρωτογενές ή αυτόχθον παραλήρημα) και χαρακτηρίζονται από την αιφνίδια, εκ κενού, ανάδυσή τους, την άμεση αποδοχή τους από το άτομο, το ανεξήγητο και απρόβλεπτο της εμφάνισής τους την πρώτη φορά και το «αποκαλυπτικό» του περιεχομένου τους. Μια άλλη κατηγορία παραληρητικών ιδεών είναι οι δευτερογενείς (δευτερογενές ή επεξηγηματικό παραλήρημα), που η προέλευσή τους πρέπει να αναζητηθεί στην προσπάθεια του αρρώστου να εξηγήσει τα παθολογικά του βιώματα (π.χ. να εξηγήσει τις ακουστικές του ψευδαισθήσεις με την παραληρητική ιδέα ότι του έχουν εμφυτεύσει έναν πομπό στον εγκέφαλο (Χριστοδούλου Γ. & συν., 2006).

- **Ψευδαισθήσεις**

Ο κόσμος του σχιζοφρενικού αρρώστου μπορεί να κυριαρχεί από ψευδαισθήσεις, δηλαδή μπορεί να αντιλαμβάνεται πράγματα που στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν. Για παράδειγμα, μπορεί να ακούει φωνές που να του λένε να κάνει συγκεκριμένα πράγματα, να βλέπει ανθρώπους ή αντικείμενα που στην πραγματικότητα δεν είναι μπροστά του ή να αισθάνεται αόρατα χέρια να αγγίζουν το σώμα του. Οι ψευδαισθήσεις αυτές μπορεί να είναι αρκετά τρομακτικές. Το άκουσμα φωνών που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν είναι ο πιο συχνός τύπος ψευδαίσθησης στη σχιζοφρένεια. Οι φωνές αυτές μπορεί να σχολιάζουν τις ενέργειες του αρρώστου, να μιλούν μεταξύ τους για τον άρρωστο, να τον προειδοποιούν για επερχόμενους κινδύνους ή να δίνουν εντολές στο άτομο για το τι να κάνει (Hunt, J., et. al., 1999).

- **Αποδιοργανωμένη Σκέψη**

Συχνά, η σκέψη του σχιζοφρενικού αρρώστου επηρεάζεται από την ασθένεια, μπορεί για ώρες να μην μπορεί να σκεφτεί «κανονικά». Οι σκέψεις μπορεί να έρχονται και να φεύγουν πολύ γρήγορα από το μυαλό του και να μην μπορεί να τις

«πιάσει». Ο άρρωστος μπορεί να μην έχει την δυνατότητα να συγκεντρωθεί για αρκετό χρόνο σε μια του σκέψη και μπορεί εύκολα να αποσπάται και να μην είναι ικανός να εστιάσει κάπου την προσοχή του. Ο άρρωστος με σχιζοφρένεια μπορεί να μην είναι σε θέση να ξεχωρίσει τι είναι σχετικό και τι όχι σε μια κατάσταση. Επίσης μπορεί να μην είναι σε θέση να συνδέσει τις σκέψεις του με τρόπο λογικό, και έτσι αυτές χάνουν τον φυσιολογικό τους ειρμό και γίνονται ακατανόητες και αποσπασματικές. Αυτή η έλλειψη φυσιολογικού ειρμού, που αποτελεί διαταραχή στην δομή και οργάνωση της σκέψης, μπορεί να κάνει τη συνομιλία με ένα σχιζοφρενικό άρρωστο πραγματικά δύσκολη και μπορεί να συνεισφέρει στην κοινωνική απομόνωση του ατόμου. Όταν οι άλλοι άνθρωποι δεν μπορούν να καταλάβουν τι λέει ο συνομιλητής τους είναι πιθανότερο να μην αισθάνονται άνετα μαζί του και να έχουν την τάση να τον αφήσουν μόνο του (Green, M.E., 1999).

- **Διαφορετική Πραγματικότητα**

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

Ζώντας σε έναν κόσμο που μπορεί να εμφανίζεται παραμορφωμένος, ευμετάβλητος και χωρίς τα στοιχεία εκείνα που όλοι χρησιμοποιούμε για να δεθούμε με την πραγματικότητα, ο άρρωστος με σχιζοφρένεια μπορεί να παρουσιάζεται εξαιρετικά ανήσυχος και συγχυσμένος. Μπορεί να φαίνεται απόμακρος, ξεκομμένος, απορροφημένος από τις ιδέες του, ή ακόμη να μένει ακίνητος για ώρες χωρίς να βγάζει ούτε έναν ήχο. Ή μπορεί να κινείται ασταμάτητα και να βρίσκεται σε υπερδιέγερση και εγρήγορση. Ο σχιζοφρενικός ασθενής μπορεί να εμφανίζει πολλές διαφορετικές συμπεριφορές σε διαφορετικούς χρόνους (Green, M.E., 1999).

- **Συναισθηματική Έκφραση**

Οι άρρωστοι με σχιζοφρένεια μερικές φορές εμφανίζουν αυτό που έχει ονομαστεί «απρόσφορο συναίσθημα». Αυτό σημαίνει ότι το συναίσθημα του αρρώστου δεν είναι συμβατό με αυτά που λέει ότι καταδιώκεται από δαίμονες και

ταυτόχρονα να γελάει. Αυτή η συμπεριφορά δεν πρέπει να συγχέεται με εκείνη που παρουσιάζουν φυσιολογικά άτομα όταν, π.χ. γελούν νευρικά ύστερα από κάποιο μικροατύχημα. Μερικές φορές οι άρρωστοι με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν το λεγόμενο «επίπεδο» ή «αμβλύ» συναίσθημα. Ο όρος υποδηλώνει μια σοβαρή μείωση της συναισθηματικής εκφραστικότητας. Ο σχιζοφρενικός ασθενής μπορεί να μην δείχνει σημεία φυσιολογικής διακύμανσης του συναισθήματος, μιλώντας για παράδειγμα με μια μονότονη χροιά στην φωνή του ή παρουσιάζοντας κατάργηση των εκφράσεων του προσώπου. Ο άρρωστοι με αμβλύ συναίσθημα φαίνεται αδιάφορος, απαθής, συνεχώς, δηλαδή η έκφραση του γενικά δεν αλλάζει είναι ίδια είτε συμβαίνουν χαρούμενα γεγονότα, είτε άσχημα γεγονότα. Επιπλέον οι άρρωστοι αυτοί δηλώνουν αδυναμία να αισθανθούν οποιοδήποτε συναίσθημα. Μερικοί ασθενείς που παρουσιάζουν σχιζοφρενικά συμπτώματα εμφανίζουν επίσης και μεγάλη ευφορία ή κατάθλιψη. Είναι πολύ σημαντικό να καθορίζεται για αυτούς εάν πράγματι πάσχουν από σχιζοφρένεια ή από κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή όπως μανιοκατάθλιψη ή μείζονα κατάθλιψη. Κάποιοι από αυτούς δεν μπορούν να ενταχθούν σε καμία από αυτές τις κατηγορίες και λέγεται ότι πάσχουν από σχιζοσυναισθηματική διαταραχή (Erausqula, G.A., 2004).

- **Φυσιολογικό έναντι μη - Φυσιολογικού**

Κατά καιρούς, φυσιολογικά άτομα μπορεί να αισθάνονται, σκέπτονται ή να ενεργούν με τρόπους που θυμίζουν σχιζοφρένεια. Μερικές φορές φυσιολογικοί άνθρωποι δεν είναι σε θέση να σκεφτούν καθαρά. Μπορεί να γίνουν εξαιρετικά ανήσυχοι μιλώντας, για παράδειγμα, μπροστά σε πολλούς ανθρώπους έτσι ώστε να νιώσουν ότι βρίσκονται σε σύγχυση, ότι δεν μπορούν να σκεφτούν καθαρά, ή ότι ξεχνούν αυτό που είχαν σκοπό να πουν (Λυκούρας, Ε., Μπότσης, Α., Ούλης Π. 2005).

- **Η πτωχή σκέψη και ομιλία**

Χαρακτηρίζεται από ένα αίσθημα που έχει ο καθένας που συζητάει με έναν σχιζοφρενή άρρωστο ότι δεν πήρε καμιά πληροφορία παρόλη την καλή προσπάθεια να ακούσει προσεκτικά και για αρκετό χρονικό διάστημα.

- **Η Ψυχοκινητική διέγερση**

Η Ψυχοκινητική διέγερση εκφράζει εξωτερικά την εσωτερική ανησυχία του αρρώστου, που εκδηλώνεται κυρίως με υπερκινητικότητα, που δεν αποσκοπεί σε συγκεκριμένη ενέργεια, δεν μπορεί να καθίσει ήρεμος σε ένα μέρος, περπατάει πάνω-κάτω, αλλάζει συνέχεια θέση κλπ. (Cooper, et. al., 1998).

- **Ο ελαττωμένος αυθορμητισμός**

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

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

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

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

Για να γίνει η διάγνωση της σχιζοφρένειας, ο άρρωστος χρειάζεται να έχει συμπτώματα για τουλάχιστον 6 μήνες συνεχώς. Επίσης για ένα μήνα είναι ανάγκη να έχει εμφανή θετικά συμπτώματα και παράλληλα να παρατηρείται σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα του (εργασία, κοινωνική, οικογενειακή ζωή κ.λ.π.). (Paurovsky, M. et. al., 2004).



### 3.10 Διαγνωστικά Κριτήρια

- **DSM-IV-TR**

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

(1) Παραληρητικές ιδέες

(2) Ψευδαισθήσεις

(3) Αποδιοργάνωση του λόγου (π.χ. συχνός εκτροχιασμός ή ασυναρτησία)

(4) Έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά

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

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

**B. Κοινωνική/ επαγγελματική δυσλειτουργία:** Για σημαντικό μέρος του χρόνου μετά την έναρξη της διαταραχής, μία ή περισσότερες μείζονες περιοχές της λειτουργικότητας, όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις ή η αυτοφροντίδα βρίσκονται καταφανώς κάτω από το επίπεδο που είχε επιτευχθεί πριν την έναρξη της διαταραχής (ή όταν η έναρξη τοποθετείται στην παιδική ηλικία ή την εφηβεία, αποτυχία να επιτευχθεί το αναμενόμενο επίπεδο διαπροσωπικών, σχολικών ή επαγγελματικών επιτευγμάτων) (Kaplan & Sadocs, 2004).

**Γ. Διάρκεια:** Συνεχή σημεία της διαταραχής επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες. Αυτή η περίοδος των 6 μηνών πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον 1 μήνα συμπτωμάτων (ή λιγότερο εφόσον αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς) που πληρούν το κριτήριο A (ενεργός φάση) και μπορεί να περιλαμβάνει περιόδους με πρόδρομα ή

υπολειμματικά συμπτώματα. Κατά τη διάρκεια της πρόδρομης ή της υπολειμματικής φάσης, η διαταραχή μπορεί να εκδηλώνεται μόνο με αρνητικά συμπτώματα ή με δύο περισσότερα συμπτώματα που συγκαταλέγονται στο κριτήριο A, αλλά σε ήπια μορφή (π.χ. παράδοξες πεποιθήσεις, ασυνήθη αντιληπτικά βιώματα).

**Δ. Αποκλεισμός επίδρασης της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και διαταραχής της διάθεσης:** Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η διαταραχή της διάθεσης με ψυχωσικά στοιχεία έχουν αποκλεισθεί διότι είτε

(1) δεν έχει εμφανιστεί μείζον καταθλιπτικό, μανιακό ή μικτό επεισόδιο ταυτόχρονα με συμπτώματα της ενεργού φάσης είτε

(2) αν έχουν εμφανιστεί επεισόδια διαταραχής της διάθεσης κατά τη διάρκεια της ενεργού φάσης των συμπτωμάτων, η συνολική τους διάρκεια ήταν βραχεία σε σχέση με τη διάρκεια της ενεργού και της υπολειμματικής περιόδου.

**Ε. Αποκλεισμός επίδρασης ουσιών/ σωματικής νόσου:** Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσίας που υπόκειται σε κατάχρηση, φαρμάκου) ή σε σωματική νόσο (Kaplan & Sadoes, 2004).

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

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

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

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

Μοναδικό επεισόδιο σε πλήρη ύφεση

Άλλος ή απροσδιόριστος τύπος (Kaplan & Sadocs, 2004).

- **ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ EMIL KRAEPELIN**

- Διαταραχές της προσοχής και της κατανόησης
- Ψευδαισθήσεις, ιδίως ακουστικές (φωνές)
- Ηχηρές σκέψεις
- Βιώματα επίδρασης στη σκέψη
- Διαταραχές της ροής της σκέψης, πρωτίστως χάλαση των συνειρμών
- Έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών και της κρίσης
- Συναισθηματική επιπέδωση
- Παθολογική συμπεριφορά
- Ελάττωση της πρωτοβουλίας
- Αυτόματη υπακοή
- Ηχολαλία, ηχοπραξία
- Εκδραμάτιση
- Κατατονική διέγερση
- Στερεοτυπίες
- Αρνητισμός
- Αυτισμός (αυτιστική συμπεριφορά)
- Διαταραχή της λεκτικής έκφρασης (Kaplan & Sadocs, 2004).

- **ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ - ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ EUGEN BLEULER**

Βασικές ή θεμελιώδεις διαταραχές

- Διαταραχές της δομής της σκέψης
- Διαταραχές του συναισθήματος
- Διαταραχές της υποκειμενικής βίωσης του εαυτού
- Διαταραχές της βούλησης και της συμπεριφοράς
- Αμφιτιμία
- Αυτισμός

#### Δευτερεύοντα συμπτώματα

- Διαταραχές της αντίληψης (ψευδαισθήσεις)
- Παραληρητικές ιδέες
- Ορισμένες διαταραχές της μνήμης
- Μεταβολή της προσωπικότητας
- Μεταβολές στον προφορικό και γραπτό λόγο
- Σωματικά συμπτώματα
- Κατατονικά συμπτώματα
- Οξύ σύνδρομο (όπως μελαγχολικό, μανιακό, κατατονικό και άλλα)  
(Kaplan & Sadocs, 2004).

### 3.11 Διαφορική Διάγνωση

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

κρίσεις (π.χ. κροταφική επιληψία) και εκφυλιστικά νοσήματα (π.χ. νόσος του Huntingron).

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

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

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

**Ε. Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.** Τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης αναπτύσσονται παράλληλα με συμπτώματα σχιζοφρένειας ωστόσο, σε κάποια φάση κατά την πορεία της νόσου, είναι ανάγκη να υπάρχει μία περίοδος τουλάχιστον 2 εβδομάδων κατά την οποία να υπάρχουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις και να μην υπάρχουν προεξάρχοντα συμπτώματα από τη διάθεση. Η πρόγνωση αυτής της διαταραχής είναι καλύτερη από την πρόγνωση της σχιζοφρένειας και χειρότερη από την πρόγνωση των διαταραχών της διάθεσης.

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

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

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

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

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

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

**Μ. Κοινές πεποιθήσεις πολιτισμικών ομάδων.** Κάποιες φαινομενικά παράδοξες πεποιθήσεις που αποτελούν τα πιστεύω μιας πολιτισμικής ομάδας και τυγχάνουν αποδοχής απ' αυτήν, δεν θεωρούνται ψυχωσικές (Kaplan & Sadocs, 2004).

### 3.12 Πορεία της Νόσου

Η πορεία της σχιζοφρένειας διαφέρει από άτομο σε άτομο. Μπορεί να είναι επεισοδιακή χωρίς ελλείμματα μεταξύ των επεισοδίων, επεισοδιακή με υπολειμματικά συμπτώματα (κυρίως αρνητικά) μεταξύ των επεισοδίων ή συνεχής (πληρείται συνεχώς το κριτήριο Α).

Μελέτες έχουν δείξει ότι το 10-20% έχει καλή εξέλιξη, χωρίς σημαντικά αποτυπώματα της νόσου στη λειτουργικότητα, 20-30% έχουν μέτρια έκπτωση της λειτουργικότητας σε βαθμό που τους επιτρέπει ωστόσο να διαβιούν σχετικά καλά, ενώ περίπου το 40-50% έχει κακή πορεία με πολλά επεισόδια και αποδιοργανωμένη εξέλιξη. Σε αυτούς ανήκει και το 10-20% που χρειάζονται προστατευμένο περιβάλλον για να ζήσουν. Οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια ως γκρουπ ζουν 15 περίπου χρόνια λιγότερο από τον γενικό πληθυσμό λόγω μειωμένης φροντίδας της

υγείας τους, κακών κατά τεκμήριο συνθηκών διαβίωσης, χρόνιας χρήσης φαρμακευτικής αγωγής και αυτοκτονικότητας. Σε γενικές γραμμές όσο αργότερα αρχίσει η νόσος, όσο περισσότερο έχει προλάβει να οργανώσει την προνοσηρή ζωή του ο ασθενής, όσο καλύτερο υποστηρικτικό περιβάλλον και πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαθέτει και όσο νωρίτερα από την εκδήλωση της νόσου αρχίσει φαρμακευτική αγωγή, τόσο το καλύτερο για την πρόγνωση.

Η νόσος ακολουθεί χρόνια πορεία και μέχρι πρόσφατα η επικρατούσα άποψη ήταν ότι οι άρρωστοι συνεχώς χειροτέρευαν ως επί το πλείστον. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες όμως μακροχρόνιες μελέτες που αξιολόγησαν την έκβαση της νόσου ανέτρεψαν αυτή την άποψη.

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

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

Μεγάλες ήταν οι διαφορές από χώρα σε χώρα στην πορεία της νόσου: Στη Δανία 40% ουδέποτε ανέρρωσε από το πρώτο επεισόδιο, ενώ σε μη αναπτυγμένες χώρες το ποσοστό ήταν 10- 23% (Παπαδημητρίου, 2008).

### **3.13 Πρόγνωση**

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

Μελέτες που παρακολούθησαν αρρώστους με σχιζοφρένεια για μεγάλο χρονικό διάστημα αποκάλυψαν ότι η πορεία και η πρόγνωση της ασθένειας μπορεί να



ποικίλει ιδιαίτερα. Μια ανασκόπηση 2000 περίπου αρρώστων στη διαδρομή του χρόνου, έδειξε ότι περίπου το 25% των αρρώστων αναρρώνει πλήρως, 50% παρουσιάζει μέτρια βελτίωση και το υπόλοιπο 25% απαιτεί μακροχρόνια φροντίδα πιθανότατα σε ίδρυμα. Μελέτες μεγάλου αριθμού σχιζοφρενών αρρώστων έχουν δείξει ότι ορισμένοι παράγοντες συσχετίζονται με καλύτερη πρόγνωση - π.χ. η καλή προνοσηρή προσαρμογή στο κοινωνικό, σχολικό ή εργασιακό περιβάλλον.

Χρειάζεται ωστόσο να τονιστεί ότι οι γνώσεις μας μέχρι σήμερα δεν επιτρέπουν την ακριβή πρόληψη της πορείας και της πρόγνωσης σε ατομική βάση.

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

Η παρανοειδής, όταν εισβάλλει αιφνίδια, έχει εξ ίσου καλή πρόγνωση. Δυσμενή πρόγνωση έχει η ηβηφρενική και κυρίως η απλή, που πολύ λίγο επηρεάζεται από τα σύγχρονα θεραπευτικά μέσα (Bartolote, et. al., 2004).

### **3.14 Θεραπεία**

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

Η θεραπεία περιλαμβάνει:

- Ψυχοφάρμακα: για την καταστολή των συμπτωμάτων.
- E.C.T. Τα ηλεκτροσόκ σε συνδυασμό με ψυχοφάρμακα μακραίνουν τον χρόνο επανεμφάνισης της νόσου. Μπορούν να φέρουν αποτέλεσμα εκεί όπου έχουν αποτύχει όλες οι άλλες θεραπείες.
- Χειρουργική θεραπεία (λοβεκτομή). Ο ασθενής μετατρέπεται σε φυτό.
- Ψυχοθεραπεία. Εφαρμόζεται, αφού προηγηθεί η φαρμακοθεραπεία. Η ψυχοθεραπεία έχει σκοπό να κρατήσει τον ασθενή σε επαφή με τον έξω κόσμο.

- Ινσουλινοθεραπεία.
- Ψυχολογική κινητοποίηση (ατόμου, οικογένειας, κοινότητας).
- Ψυχοκοινωνικές θεραπείες.

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

- **Θεραπεία συμπεριφοράς**

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

- **Ομαδική θεραπεία**

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

- **Οικογενειακή θεραπεία**

Οι τεχνικές οικογενειακής θεραπείας μπορούν να ελαττώσουν σημαντικά τη συχνότητα των υποτροπών του πάσχοντος μέλους της οικογένειας. Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να μειώσει τα υψηλά επίπεδα εκπεφρασμένου συναισθήματος μέσα στην οικογένεια. Ιδιαίτερα χρήσιμες έχουν αποδειχθεί οι ομάδες πολλών οικογενειών, στις οποίες τα μέλη των οικογενειών σχιζοφρενών αρρώστων συζητούν και μοιράζονται τα προβλήματα τους.

- **Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.**

Περιλαμβάνει συμβουλευτική, ενθάρρυνση, εκπαίδευση, παροχή προτύπων, οριοθέτηση και βελτίωση του ελέγχου της πραγματικότητας. Σε γενικές γραμμές, είναι καλό να παρέχεται στον κάθε ασθενή ο βαθμός της ευαισθησίας που επιθυμεί

και που μπορεί να αντέξει. Μία μορφή υποστηρικτικής θεραπείας, η προσωπική θεραπεία, στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στη θεραπευτική σχέση, σ' αυτήν ο γιατρός εμπνέει ελπίδα στον αρρώστο και του παρέχει πληροφορίες.

- **Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες**

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

- **Διαχείριση περιστατικού**

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

- **Ομάδες υποστήριξης**

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

**Ψυχοφάρμακα** εννοούμε εκείνες τις ουσίες που δρουν πάνω στις ψυχικές διεργασίες, ουσίες που τις περισσότερες φορές διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τη

δομή και τον τρόπο παραγωγής πράγματι, ορισμένες προέρχονται από τα φυτά, άλλες είναι συνθετικές, άλλες προέρχονται ακόμα και από ανώτερους οργανισμούς.

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

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

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

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

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

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

Ένα θεραπευτικό μέσο που μπορεί να θεωρηθεί ενδιάμεσο μεταξύ της ψυχοφαρμακολογίας και της ψυχοθεραπείας είναι το **πλασέμπο**. Το πλασέμπο είναι ένα ψεύτικο φάρμακο, είναι μια αδρανής και αθώα ουσία (ζάχαρη, άμυλο, νερό κτλ)

που χορηγείται με την πρόθεση να αρέσει στον αρρώστο. Αυτό πρέπει να έχει όλα τα εξωτερικά χαρακτηριστικά ενός αληθινού φαρμάκου (χρώμα, γεύση, μορφή κτλ) εκτός από το θεραπευτικό.

Οι εφαρμογές του πλασέμπο είναι πολλαπλές. Χρησιμοποιείται όταν θέλουμε να πειραματισθούμε για την πραγματική επάρκεια ενός νέου φαρμάκου ή όταν χρειάζεται να διακοπεί μια θεραπεία χωρίς να το αντιληφθεί ο αρρωστος ή ακόμα όταν θέλουμε να εκμεταλλευθούμε την επίδραση της υποβολής σε μερικούς ειδικά ευαίσθητους αρρώστους (Φερεντίνος, 2003).

Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται πιο συχνά είναι οι παρακάτω:

- **Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση**

Περιλαμβάνει προγράμματα σχετικά με την κοινωνική και επαγγελματική εκπαίδευση των ασθενών. Τα προγράμματα αυτά είναι απαραίτητα για την επιτυχία της θεραπείας της σχιζοφρένειας στην κοινότητα (εκτός δηλαδή των ιδρυμάτων), διότι τους παρέχουν τις επιδεξιότητες εκείνες που είναι απαραίτητες για να ζήσουν παραγωγικά και εκτός των τειχών των ειδικών ιδρυμάτων (Martin, 1999).

- **Ατομική ψυχοθεραπεία**

Οι άρρωστοι με το να μοιράζονται τις εμπειρίες τους με έναν ειδικά εκπαιδευμένο επαγγελματία Ψυχικής Υγείας, μπορούν σταδιακά να κατανοήσουν καλύτερα τον εαυτό τους και τα προβλήματα τους. Μπορούν επίσης να μάθουν να ξεχωρίζουν πιο εύκολα το πραγματικό από το μη πραγματικό και παραμορφωμένο. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ψυχοθεραπείες που βοηθούν πιο πολύ είναι η υποστηρικτική και εκείνες που επικεντρώνονται στην επίλυση των πρακτικών ζητημάτων. Αντίθετα οι ψυχαναλυτικού τύπου δυναμικές θεραπείες δεν φαίνεται να βοηθούν ιδιαίτερα.

- **Οικογενειακή θεραπεία**

Πολύ συχνά, την φροντίδα των αρρώστων μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο αναλαμβάνουν οι οικογένειες του. Είναι απαραίτητο λοιπόν, τα μέλη της οικογένειας να έχουν σαφή γνώση και κατανόηση για το τι είναι σχιζοφρένεια καθώς και με ποιον τρόπο μπορούν να βοηθήσουν καλύτερα τον αρρωστό τους. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για την πρόληψη υποτροπών, αφού έχει βρεθεί από μελέτες ότι άρρωστοι που ζουν σε οικογένειες, που είναι ιδιαίτερα επικριτικές προς αυτούς και που δεν τους αφήνουν ελεύθερο χώρο «να αναπνεύσουν» εμπλεκόμενες σε όλες τις πτυχές της ζωής τους, υποτροπιάζουν πιο συχνά (Corradi, 2004).

- **Ομαδική θεραπεία**

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

- **Ηλεκτροσπασμοθεραπεία**

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

- **Σπασμοθεραπεία**

ονομάζουμε την πρόκληση μιας σειράς από σύντομες γενικευμένες επιληπτικές εκφορτίσεις για θεραπευτικούς σκοπούς, σε ορισμένες μείζονες ψυχικές διαταραχές. Παρότι η εκφόρτιση των εγκεφαλικών νευρώνων μπορεί να προκληθεί με διάφορες

φαρμακευτικές ουσίες ή χρήση σύντομου και μικρής έντασης ηλεκτρικού ερεθίσματος έχει επικρατήσει ως η πλέον ασφαλής, αξιόπιστη και καλά ανεκτή από τον αρρώστο, μέθοδος.

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

Ο παλαιότερος και ανακριβής όρος **ηλεκτροσόκ** χρησιμοποιείται πλέον μόνον όταν αναφέρεται κανείς σε πρόκληση σπασμών σε πειραματόζωα για ερευνητικούς σκοπούς. Η ΗΣΘ, σήμερα, εφαρμόζεται αποκλειστικά, με τη συνεργασία αναισθησιολόγου, ως **τροποποιημένη ΗΣΘ**, δηλαδή με την τροποποιητική επίδραση αναισθητικού, μυοχαλαρωτικού και συνεχή οξυγόνωση, που μετριάζουν κατά πολύ την ανησυχία του αρρώστου και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας.

Η ΗΣΘ, σύμφωνα με τις σύγχρονες διεθνείς προδιαγραφές, πρέπει να εφαρμόζεται με βάση αυστηρά καθορισμένες ενδείξεις, συνθήκες και τεχνικές, μετά από λεπτομερή ενημέρωση και γραπτή συγκατάθεση του αρρώστου και της οικογένειάς του. Λόγω της αναισθησίας και της μυοχαλάρωσης κατά την εφαρμογή της δεν προκαλούνται παρά υποτυπώδεις περιφερικοί σπασμοί, έτσι ώστε ο όρος ηλεκτροσπασμοθεραπεία να έχει καταστεί λιγότερο δόκιμος (Naber, 2004).

- **Τα αντιψυχωτικά φάρμακα**

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

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

Η επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου και η απαραίτητη δοσολογία πρέπει να γίνεται μόνο από κατάλληλα εκπαιδευμένους γιατρούς, δηλαδή γιατρούς

ειδικευμένους στην ψυχιατρική. Η δοσολογία δεν είναι σταθερή αλλά εξατομικεύεται για κάθε άρρωστο, διότι οι ασθενείς μπορεί να διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την ποσότητα του φαρμάκου που απαιτείται για να μειώσει την ένταση των συμπτωμάτων χωρίς την εμφάνιση σημαντικών ανεπιθύμητων παρενεργειών.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι πάρα πολύ αποτελεσματικά στην θεραπεία συγκεκριμένων συμπτωμάτων (π.χ. ψευδαισθήσεων 1 Tf.7 0 και παραληρηματικών ιδεών). Η μεγάλη πλειοψηφία των αρρώστων εμφανίζει σημαντική βελτίωση. Μερικοί άρρωστοι, ωστόσο, δεν βοηθούνται αρκετά από αυτά ενώ λίγοι φαίνεται ότι δεν τα έχουν ανάγκη καθόλου. Δυστυχώς είναι πολύ δύσκολο να προβλέψουμε τους ασθενείς που ανήκουν σε μια από τις τελευταίες δύο κατηγορίες και να τους διακρίνουμε από τη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που πραγματικά βοηθούνται από την θεραπεία με τα αντιψυχωτικά φάρμακα.

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

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

Αν και μερικοί άρρωστοι με σχιζοφρένεια παίρνοντας τα φάρμακα αυτά μπορεί να παρουσιάσουν υπνηλία και μειωμένη εγρήγορση, στις κατάλληλες δόσεις



τα φάρμακα αυτά δεν αποτελούν χημικά μέσα περιορισμού. Συνήθως, με προσεκτική αξιολόγηση, οι δόσεις μπορούν να μειωθούν σταδιακά και έτσι να ελαχιστοποιήσουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Η επικρατούσα τάση στην σύγχρονη ψυχιατρική είναι να χρησιμοποιούνται οι ελάχιστες δόσεις που απαιτούνται για να ρυθμίσουν τα ψυχωτικά συμπτώματα χωρίς να προκαλούνται ανεπιθύμητες ενέργειες (Ζήσης, 2001).

### **3.15 Η κατάσταση του ασθενούς πριν την εμφάνιση της νόσου**

Ένα από τα σημαντικότερα ερωτήματα στη μελέτη της σχιζοφρένειας είναι το ποια είναι η κατάσταση του ασθενούς προ της εμφάνισης της διαταραχής. Γενική είναι η πεποίθηση ότι η διαταραχή δεν εμφανίζεται ξαφνικά, σε ένα άτομο απολύτως υγιές την προηγούμενη ημέρα. Η περίοδος που προηγείται της πλήρους εμφάνισης της νόσου, που σηματοδοτείται με το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, διακρίνεται σε προνοσηρή, που αποτελεί το αντικείμενο αυτής της παραγράφου και πρόδρομη.

Η προνοσηρή περίοδος εκτείνεται από τη γέννηση μέχρι την εμφάνιση των πρώτων προδρόμων συμπτωμάτων. Είναι μία περίοδος σταθερή από πλευράς ψυχοπαθολογίας, σημαντικότερη όμως αναπτυξιακά δεδομένου ότι ταυτίζεται στην ουσία με την βρεφική, παιδική και εφηβική ζωή.

Είναι απαραίτητο να τονισθεί ότι το άτομο που αργότερα θα εμφανίσει σχιζοφρένεια όταν βρίσκεται στην προνοσηρή περίοδο δεν νοσεί. Ως εκ τούτου δεν τελεί υπό τακτική ιατρική παρακολούθηση και η όποια καταγραφή δεδομένων δεν μπορεί να είναι λεπτομερής και πέραν πάσης αμφιβολίας ακριβής. Τα δεδομένα αυτά είτε προκύπτουν αναδρομικά, από πληροφορίες του ίδιου του ασθενούς, συγγενών, ή από μελέτη δεδομένων όπως βίντεο της παιδικής ηλικίας, σχολικών αρχείων κ.λ.π., είτε προκύπτουν από μελέτες προδρομικές, που μελετούν δηλαδή από μικρή ηλικία χιλιάδες παιδιά για χρόνια και αναζητούν διαφορές ανάμεσα σε αυτά που ανέπτυξαν τελικά σχιζοφρένεια και σε αυτά που δεν ανέπτυξαν.

Οι μελέτες αυτές δεν καταλήγουν σε ένα συγκεκριμένο μοντέλο προνοσηρής περιόδου που όλοι οι μετέπειτα ασθενείς εμφανίζουν, το οποίο θα μπορούσε να

λειτουργήσει π.χ. ως συναγερμός. Δεν υπάρχει δηλαδή τρόπος να προβλέψουμε στην προνοσηρή περίοδο ότι κάποιος άνθρωπος θα νοσήσει. Όταν όμως συγκρίνονται όσοι τελικά νόσησαν, ως γκρουπ, σε σχέση με όσους δεν νόσησαν, ως γκρουπ, προκύπτουν ενδιαφέροντα συμπεράσματα.

Ορισμένες σημαντικές μελέτες της προνοσηρής περιόδου είναι οι εξής:

- The Finnish school records study, (Cannon et al. 1999): Σε αυτή τη μελέτη συγκρίθηκαν τα σχολικά αρχεία του δημοτικού 400 παιδιών που εκδήλωσαν σχιζοφρένεια και 400 παιδιών που δεν εμφάνισαν σχιζοφρένεια. Τα παιδιά είχαν γεννηθεί από το 1951 έως το 1960 στο Ελσίνκι. Τα παιδιά που αργότερα εκδήλωσαν σχιζοφρένεια, ως γκρουπ, υστερούσαν στα σπορ και στη χειροτεχνία, γεγονός που ίσως σημαίνει έλλειμμα στο συντονισμό των κινήσεων.
- The Philadelphia Study (Bearden et al., 2000): Σε αυτή τη μελέτη συγκρίθηκαν 72 ασθενείς με σχιζοφρένεια, 62 συγγενείς τους (που δεν έπασχαν από τη διαταραχή) και 7941 άτομα ως κοντρόλ γκρουπ. Ελέγχθηκαν λεκτικά και μη λεκτικά γνωσιακά τεστ, των ηλικιών 4 και 7. Κοινωνικές, γνωσιακές και κινητικές δυσλειτουργίες αποτελούν σημαντικούς δείκτες ευαλωτότητας για τη νόσο σύμφωνα με τη μελέτη αυτή.
- The 1946 British birth cohort (Jones et al., 1994): Μελετήθηκαν 5000 παιδιά για 40 χρόνια. 30 από αυτά τα παιδιά εκδήλωσαν σχιζοφρένεια. Ως γκρουπ τα παιδιά που εκδήλωσαν σχιζοφρένεια καθυστέρησαν στην επίτευξη των αναπτυξιακών ορόσημων, είχαν περισσότερα προβλήματα λόγου, χαμηλότερα αποτελέσματα στα τεστ και λιγότερες κοινωνικές δεξιότητες.
- The Swedish Army Study (David et al., 1997): Μελετήθηκαν 50000 δεκαοκτάχρονοι Σουηδοί στρατιώτες που κατετάγησαν το 1969-1970 για 12 χρόνια. 195 εξ αυτών νοσηλεύθηκαν για σχιζοφρένεια. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα σε χαμηλά IQ scores και την εμφάνιση σχιζοφρένειας.
- The Northern Finland 1966 cohort (Isohanni et al., 2001): 12000 παιδιά μελετήθηκαν από τη γέννηση μέχρι την ηλικία των 30. 100 εξ αυτών

ανέπτυξαν σχιζοφρένεια και 55 άλλες ψυχώσεις. Βρέθηκε γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στην καθυστέρηση επίτευξης των αναπτυξιακών ορόσημων και του κινδύνου για ψύχωση.

- The Dunedin study (Cannon et al., 2002): Μελετήθηκαν 1000 παιδιά που γεννήθηκαν στο Dunedin της Νέας Ζηλανδίας το 1972-1973. 3,7% εξ αυτών εμφάνισαν σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, όταν εξετάστηκαν σε ηλικία 26 ετών. Όσοι σε αυτή την ηλικία παρουσίασαν οποιαδήποτε ψυχιατρική διάγνωση είχαν περισσότερα συναισθηματικά και διαπροσωπικά προβλήματα ως παιδιά, σε σχέση με τους υπόλοιπους. Γνωσιακές και νευροαναπτυξιακές δυσκολίες είναι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση σχιζοφρενικόμορφης διαταραχής σε αυτή τη μελέτη.

Συμπερασματικά η παλαιά κλινική γνώση ότι οι έφηβοι που αργότερα εκδηλώνουν σχιζοφρένεια τείνουν να είναι πιο απομονωμένοι επιβεβαιώνεται (δυσκολίες στην κοινωνική προσαρμογή) και πιθανόν εξηγείται από το γεγονός ότι φαίνεται να υπάρχουν γνωσιακές και νευροαναπτυξιακές δυσχέρειες που δυσκολεύουν τις κοινωνικές σχέσεις στο ιδιαίτερα ανταγωνιστικό εφηβικό περιβάλλον. Φυσικά πλήθος περιπτώσεων ατόμων με σχιζοφρένεια που παρουσίασαν υψηλές ακαδημαϊκές, κοινωνικές, αθλητικές ή άλλες επιδόσεις, σε οποιοδήποτε τομέα της ανθρώπινης δραστηριότητας προ της εμφάνισης της νόσου, μας υποδεικνύουν ότι όσα ισχύουν σε ένα γκρουπ ατόμων δεν εξατομικεύονται.

### **3.15.1 Το επόμενο στάδιο του ασθενή πριν την πλήρη κλινική εκδήλωση της νόσου**

Η προνοσηρή περίοδος είναι ασυμπτωματική. Ανάμεσα στην περίοδο αυτή και στην πλήρη κλινική εκδήλωση της διαταραχής παρεμβάλλεται η πρόδρομη περίοδος. Η περίοδος αυτή είναι συμπτωματική (σε αντίθεση με την προνοσηρή), τα συμπτώματα όμως, που ονομάζονται πρόδρομα, δεν έχουν την ένταση, την βαρύτητα, την διάρκεια και την ποιότητα των συμπτωμάτων της ενεργού φάσης.

Πολλοί ερευνητές πιστεύουν- μάλλον δίκαια- ότι το κλειδί για την ερμηνεία και την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας βρίσκεται σε αυτή ακριβώς την περίοδο. Το ζήτημα είναι ότι οι γνώσεις μας για αυτή τη φάση είναι λιγότερες από τα ερωτήματα που χρήζουν απάντησης. Ας ξεκινήσουμε από αυτά που γνωρίζουμε.

Γνωρίζουμε καταρχήν ότι η πρόδρομη περίοδος υπάρχει. Τα ποσοστά αναφοράς μιας τέτοιας φάσης σε άτομα που εκδήλωσαν σχιζοφρένεια υπερβαίνουν το 90%. Είναι φυσικά σημαντικό να ξεκαθαριστεί εάν υπάρχει ένα ποσοστό που δεν εμφανίζει πρόδρομα συμπτώματα και γιατί, η γενική πεποίθηση ωστόσο είναι ότι κάποια πρόδρομη περίοδος προηγείται του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου στη σχιζοφρένεια. Η χρονική διάρκεια των προδρόμων ποικίλλει από μερικές εβδομάδες έως πέντε (κατά άλλους επτά) χρόνια με μέσο όρο από ένα έως δύο έτη στις περισσότερες μελέτες. Συνήθως αρχικά υπάρχουν χαμηλής εντάσεως και γενικής φύσεως συμπτώματα (αρχική πρόδρομη φάση- early prodrome) στα οποία προστίθενται στη συνέχεια πιο ειδικά, προψυχωτικά συμπτώματα ( ύστερη πρόδρομη φάση- late prodrome).

Σε μία μελέτη της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Πατρών τα πρόδρομα συμπτώματα ομαδοποιήθηκαν ως εξής:

- αρνητικά συμπτώματα: απομόνωση, απόσυρση, έκπτωση λειτουργικότητας, έκπτωση προσωπικής υγιεινής και περιποίησης, αμβλύ συναίσθημα, επίπεδο συναίσθημα, πτωχεία του λόγου, έκπτωση πρωτοβουλίας, ενδιαφερόντων ή ενεργητικότητας, έκπτωση συγκέντρωσης
- θετικά-προψυχωτικά συμπτώματα: παράδοξες πεποιθήσεις/μαγικός ιδεασμός, καχυποψία, πίστη σε μαντική ικανότητα, τηλεπάθεια, έκτη αίσθηση, “οι άλλοι μπορούν να νοιώσουν τα συναισθήματά μου”, υπερεκτιμημένες ιδέες, ιδέες αναφοράς, ασυνήθεις αισθητηριακές εμπειρίες/ αισθητηριακές παρεκκλίσεις/ παρεκκλίσεις της σωματικής εικόνας
- θετικά-αποδιοργανωτικά συμπτώματα: ιδιόρρυθμη συμπεριφορά, απρόσφορο συναίσθημα, παρεκβατικός λόγος, αόριστος λόγος, υπερλεπτομερειακός λόγος, περιστασιακός λόγος, πτωχεία του περιεχομένου του λόγου

- λιγότερο ειδικά, αφορώντα τη διάθεση, νευρωτικά, σωματικά, συμπεριφορικά και άλλα: καταθλιπτική διάθεση, ιδέες αυτοκτονίας, εναλλαγές διάθεσης, άγχος, ευερεθιστότητα/ θυμός, ανησυχία, διαταραχές του ύπνου, σωματικά/ κιναισθητικά, μείωση της όρεξης, φιλονικίες, επιθετικότητα, υπερακουσία, επίμονη ενασχόληση, καταναγκαστική συμπεριφορά.

Στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι η πρόδρομη συμπτωματολογία διαφοροποιείται ανάλογα με τον υπότυπο της σχιζοφρένειας και μπορούν να υπάρξουν συμπτώματα με ειδική διαγνωστική αξία για τον κάθε υπότυπο.

Ένα πολύ σημαντικό ερώτημα που προκύπτει είναι το κατά πόσον χρειάζονται αναδρομικές (retrospective) ή προδρομικές (prospective) μελέτες της πρόδρομης συμπτωματολογίας. Το ερώτημα βέβαια έχει αξία μόνο εάν κανείς θεωρήσει ότι κάποιο από τα δύο είδη μελετών δεν παράγει αποτελέσματα. Στην πραγματικότητα και τα δύο είναι απαραίτητα καθώς εξυπηρετούν διαφορετικούς σκοπούς. Η αρχική μεθοδολογία μελέτης της πρόδρομης φάσης ήταν αναδρομική. Δεν μπορούσε να γίνει αλλιώς, δεδομένου ότι τα πρόδρομα είναι εκ φύσεως μία αναδρομική έννοια.

Θεωρούμε εκ των υστέρων ως πρόδρομα όσα συμπτώματα αναφέρονται από τον ασθενή, ή τους οικείους του, με δεδομένο ότι έχει διαγνωσθεί σχιζοφρένεια. Τα ίδια τα συμπτώματα δεν επαρκούν για να θέσουν τη νόσο, άρα την στιγμή που τα έχει ο ασθενής δεν μπορούν να ονομάζονται πρόδρομα. Ένα τεράστιο πλήθος ατόμων έχει συμπτώματα όπως αυτά που αναφέρθηκαν στη μελέτη του Πανεπιστημίου Πατρών χωρίς να πάσχει από σχιζοφρένεια. Κάποιοι από αυτούς ίσως πάσχουν από άλλες ψυχικές παθήσεις και άλλοι δεν εμπίπτουν σε καμία από τις διαγνωστικές κατηγορίες του DSM-IV-TR.

Μάλιστα τα πράγματα περιπλέκονται ακόμη περισσότερο καθώς υπάρχουν πολλές αναφορές για πρόδρομη συμπτωματολογία στις διαταραχές της διάθεσης( ιδίως στην κατάθλιψη) και στις αγχώδεις διαταραχές( ιδίως στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή) που ομοιάζει κατά πολύ με την πρώιμη πρόδρομη φάση της σχιζοφρένειας σε βαθμό που πολλοί μελετητές να θέτουν το ερώτημα μήπως υπάρχει μία κοινή πολύ αρχική πρόδρομη φάση, εν γένει για τις ψυχικές διαταραχές (Correll CU, Penzner JB, Frederickson AM, Richter JJ, Auther AM, Smith CW, et al., 2007).

## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>

### Ιδρύματα και Νόμος σχετικά με την νοσηλεία ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές

#### 4.1 Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2005) η ψυχική και η σωματική υγεία είναι στενά συνδεδεμένες, δεν υπάρχει υγεία χωρίς ψυχική υγεία. ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων του γενικού πληθυσμού μπορεί να εμφανίσει ψυχικές διαταραχές, καταστάσεις που επηρεάζουν την προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή και αποτελούν σημαντική αιτία ανικανότητας. Εκτιμάται ότι ένας στους τέσσερις ενήλικες Ευρωπαίους αντιμετωπίζει τουλάχιστον μια μορφή ψυχικής νόσου κάθε χρόνο. (Μαλλιώρα & συν. 2007) Στην πρώτη θέση βρίσκεται η μονοπολική κατάθλιψη και ακολουθούν οι διαταραχές από τη χρήση αλκοόλ, η σχιζοφρένεια, η διπολική συναισθηματική διαταραχή και η άνοια. Στον κατάλογο αναφέρονται, επίσης, η απώλεια ακοής στους ενήλικες και το AIDS, που συνοδεύονται από ψυχολογικά προβλήματα. Αν προστεθούν δε και κάποια από τα τροχαία ατυχήματα που πιθανότατα αποτελούν απόπειρες αυτοκτονίας, τότε πραγματικά είναι μεγάλο το φάσμα των καταστάσεων που οφείλονται σε ψυχιατρικά αίτια και οδηγούν το άτομο στην ανικανότητα. (Παπαδημητρίου, 2008)

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το κόστος για την ψυχική υγεία υπολογίζεται στο 3–4% του ακαθάριστου προϊόντος, κυρίως λόγω της μειωμένης παραγωγικότητας των πασχόντων, ενώ οι ψυχικές διαταραχές θεωρείται ότι αποτελούν πρωταρχική αιτία πρώιμης συνταξιοδότησης. Κατά το έτος 2020, η κατάθλιψη, από την τέταρτη θέση που βρίσκεται σήμερα παγκοσμίως για όλα τα νοσήματα, αναμένεται ότι θα αποτελεί την πρώτη αιτία νόσησης του αναπτυγμένου κόσμου. Οι ψυχίατροι είναι συχνά οι κατ' εξοχήν γιατροί που αντιμετωπίζουν τα άτομα με μείζονες ψυχικές διαταραχές (σχιζοφρένεια και διπολική συναισθηματική διαταραχή). (Παπαδημητρίου, 2008)

Η νοσηλεία και συχνά η ιδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών ήταν παλαιότερα μια συνηθισμένη εξέλιξη. Σήμερα, όμως, οι δυνατότητες που παρέχει η

φαρμακευτική θεραπεία και η μεγάλη πρόοδος που έχει συντελεσθεί στην κοινωνική ψυχιατρική με τα προγράμματα αποκατάστασης, τη λειτουργία των Νοσοκομείων Ημέρας και των ενδιάμεσων θεραπευτικών δομών έχουν αλλάξει σημαντικά επί τα βελτίω την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου.

Σύμφωνα με την Μαλλιώρα & συν., (2007), τα ψυχοφάρμακα, πενήντα και πλέον χρόνια μετά την ανακάλυψη της χλωροπρομαζίνης, εξακολουθούν να αποτελούν την πρώτη και άμεση θεραπευτική επιλογή, ενώ σημαντική είναι η πρόοδος και η συμβολή των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων και της ψυχοεκπαίδευσης των ασθενών και των συγγενών τους στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Με τα αντιψυχωσικά φάρμακα «πρώτης γενιάς», τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα αποτελούσαν το κύριο πρόβλημα, ενώ τα «δεύτερης γενιάς», που χορηγούνται κυρίως σήμερα, έχουν διαφορετικές ανεπιθύμητες ενέργειες, που εστιάζονται συνήθως στις μεταβολικές διαταραχές. Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους είναι περισσότερο ενημερωμένοι αναφορικά με τη συμπτωματολογία, την πρόληψη και τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.

## **4.2 Ψυχιατρική φροντίδα ασθενών**

### **4.2.1 Δημόσια ψυχιατρική φροντίδα**

Στις δομές της δημόσιας ψυχιατρικής νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνονται, σύμφωνα με το πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ, (2011-2020), τα παρακάτω :

- Εξωτερικά ιατρεία ψυχιατρικών κλινικών γενικών νοσοκομείων ή ψυχιατρείων
- Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Κ.Ψ.Υ.)
- Κινητές μονάδες παρακολούθησης ασθενών στο σπίτι
- Υπηρεσίες τηλεφωνικής υποστήριξης

- Ψυχιατρικές Κλινικές Γενικών Νοσοκομείων
- Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
- Υπηρεσίες ημερησίας φροντίδας / Κέντρα ημέρας
- Λέσχες ασθενών
- Ομάδες αυτοβοήθειας
- Υπηρεσίες στέγασης βραχείας, μέσης και μακράς παραμονής
- Μετανοσοκομειακή ξενώνες
- Οικοτροφεία
- Προστατευόμενα διαμερίσματα

#### **4.2.2 Ιδιωτική ψυχιατρική φροντίδα**

Στον ιδιωτικό τομέα ανήκουν οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές που υπάρχουν στην Ελλάδα από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Οι κλινικές αυτές λειτουργούν με συμβάσεις που έχουν με ασφαλιστικούς οργανισμούς.

#### **4.3 Νομοθετικό πλαίσιο Νόμος 2071/92**

Η νοσηλεία των ψυχιατρικών ασθενών στηρίζεται στο Ν. 2071/92, στο άρθρο 47 αναφέρεται στα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς.

- Το δικαίωμά του να προσεγγίζει τις υπηρεσίες του νοσοκομείου.
- Το δικαίωμα να του παρέχεται φροντίδα με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του.
- Το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σ' αυτόν. Το τελευταίο κάμπτεται σε



περίπτωση μερικής ή πλήρους διανοητική ανικανότητας, οπότε ασκείται από το πρόσωπο που ενεργεί για λογαριασμό του ασθενούς.

- Το δικαίωμα να πληροφορηθεί ότι αφορά την κατάστασή του.
- Το δικαίωμα να πληροφορηθεί πλήρως και εκ των προτέρων για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιαστούν ή να προκύψουν με την αφορμή της εφαρμογής πειραματικών ή ασυνήθιστων διαγνωστικών ή θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή τέτοιων πράξεων γίνεται μόνο μετά από συγκατάθεση του ασθενούς.
- Το δικαίωμα να προστατεύεται η ιδιωτική του ζωή, μέσω που απόρρητου χαρακτήρα των πληροφοριών που τον αφορούν και του ιατρικού του φακέλου.
- Το δικαίωμα του σεβασμού και αναγνώρισης των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.
- Το δικαίωμά του να καταθέτει διαμαρτυρίες και ενστάσεις στις αρμόδιες αρχές και να λαμβάνει γνώση για τα αποτελέσματα που επιφέρουν αυτές.

#### **4.4 Ακούσια νοσηλεία**

Η ακούσια θεραπεία πρέπει να ανταποκρίνεται σε ειδικά κλινικά σημάδια και συμπτώματα, να είναι αναλογική προς την κατάσταση της υγείας του προσώπου, να αποτελεί μέρος ενός γραπτού σχεδίου και, στο μέτρο του δυνατού, να έχει γίνει αποδεκτή από τον ενδιαφερόμενο (άρθρο 19.1). Το σχέδιο θεραπείας πρέπει να επανεξετάζεται σε κατάλληλα χρονικά σημεία και ενδεχομένως να τροποποιείται (άρθρο 19.2). Κατά την ακούσια εισαγωγή σε ψυχιατρικό ίδρυμα και την ακούσια νοσηλεία αποτελούν εξαιρετικές περιπτώσεις κατά τις οποίες κάμπτεται η αρχή ότι κανείς δεν στερείται την ελευθερία του παρά μόνο εφόσον έχει διαπράξει εγκληματική ενέργεια και η αρχή ότι κανείς δεν υποβάλλεται σε καμιάς μορφής ιατρική πράξη χωρίς τη θέλησή του. Η ακούσια νοσηλεία είναι ένα ζήτημα εξαιρετικά ευαίσθητο στο οποίο συγκρούονται διαφορετικές λογικές.

Σύμφωνα με τον Αλεβίζο, (1997), «Οι δύο κύριες αρχές που διέπουν την ακούσια νοσηλεία του ψυχικά ασθενή είναι η αρχή της ανάγκης θεραπείας (*parens patriae*) και η αρχή της ευθύνης του κράτους (*police power*). Η πρώτη εκφράζει την υποχρέωση της πολιτείας να φροντίσει τα άρρωστα μέλη της, ενώ η δεύτερη τοποθετεί την πολιτεία προστάτη των άλλων πολιτών από ενδεχόμενα επικίνδυνους ψυχικά ασθενείς. Με την αρχή της ευθύνης του κράτους, οι υπέρμαχοι της ευθύνης του κράτους δικαιολογούν την πολιτεία να ενεργήσει για ακούσια νοσηλεία μόνο όταν η συμπεριφορά του αρρώστου τον καθιστά επικίνδυνο για τον εαυτό του και για τρίτους και αυτή είναι αποδεδειγμένη. Υποστηρίζουν ότι τότε μόνο μπορεί να στερηθεί το άτομο το υπέρτατο αγαθό της ατομικής ελευθερίας. Οι ψυχίατροι υπέρμαχοι της ωφελιμιστικής αρχής *parens patriae*, υποστηρίζουν ότι η ηθική μιας πράξης προσδιορίζεται από το ευεργετικό αποτέλεσμά της στο άτομο και την κοινωνία. Αντίθετα οι υπέρμαχοι των ατομικών ελευθεριών θεωρούν ότι, το γεγονός ότι οι ασθενείς μπορούν να ωφεληθούν από τον αναγκαστικό εγκλεισμό, δεν αποτελεί τη μοναδική θεώρηση της ηθικής μιας πράξης, όταν αυτή συνεπάγεται τη στέρηση του υπέρτατου αγαθού της προσωπικής ελευθερίας, που επισκιάζει τις άλλες αξίες».

## **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>**

### **Μεθοδολογία έρευνας**

#### **5.1 Σκοπός έρευνας**

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των επιδημιολογικών στοιχείων των χρονίως νοσηλευομένων ασθενών στην ψυχιατρική κλινική «Ιπποκράτειο». Ταξινομούνται διαγνωστικά (ICD-10) οι ψυχιατρικές διαταραχές και επιχειρείται η καταγραφή της υφιστάμενης ψυχοπαθολογίας καθώς και η λειτουργικότητα των ασθενών.

#### **5.2 Δείγμα έρευνας**

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 55 ασθενείς με ψυχιατρική πάθηση της ψυχιατρικής κλινικής «Ιπποκράτειο». Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στους ερωτηθέντες και ακολούθησε η συμπλήρωσή του. Είναι ανώνυμο και συμπληρώθηκε απ όλους. Δεν παρουσιάστηκαν δυσκολίες.

#### **5.3 Δομή ερωτηματολογίου**

Αφού πρώτα πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος και συντάχτηκε το θεωρητικό μέρος της εργασίας, δημιουργήθηκε το ερωτηματολόγιο με άξονα τα παραπάνω. Τα κύρια ερευνητικά εργαλεία της εργασίας αποτελούν οι εφαρμογές:

A. της κλίμακας BPRS (Βραχεία Ψυχομετρική κλίμακα εκτίμησης)

Β. της κλίμακας C.G.I. (σφαιρική κλινική εκτίμηση) και

Γ. της κλίμακας σφαιρικής εκτίμησης λειτουργικότητας

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν ο διαχωρισμός του ερωτηματολογίου σε μέρη, δηλαδή:

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, αποτελείται από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών όπως: η ημερομηνία εισαγωγής του στην κλινική, η ηλικία του, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η επαγγελματική του κατάρτιση κ.ά. Επίσης, στο ίδιο μέρος αναφέρονται στοιχεία σχετικά με την ασθένεια του ερωτηθέντα δηλαδή: η ηλικία έναρξης του προβλήματος του, το είδος της ψυχικής ασθένειας για την οποία νοσηλεύεται, η ημερομηνία εμφάνισης της νόσου, η διάρκεια νοσηλείας του, το είδος της θεραπείας του και η διάρκειά της. Οι ερωτήσεις αυτές είναι ανοιχτού τύπου.

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου διερευνώνται τα συμπτώματα των ασθενών της ψυχιατρικής κλινικής «Ιπποκράτειο» με 18 ερωτήσεις κλειστού τύπου (1=Ανύπαρκτο, 2= Πολύ Ελαφρύ, 3= Ελαφρύ, 4= Μέτριο, 5= Μετρίως Βαρύ, 6= Βαρύ, 7= Εξαιρετικά Βαρύ) εφαρμογή της κλίμακας BPRS.

Στο τρίτο μέρος μελετάται η σφαιρική εκτίμηση του ασθενή με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Μία ερώτηση αφορά την βαρύτητα της νόσου με κλίμακα 0= Δε μετρήθηκε, 1= Φυσιολογικός, καθόλου νόσων, 2= Οριακά ψυχικά νόσων, 3= Ήπια νόσων, 4= Μέτρια νόσων, 5= Σημαντικά νόσων, 6= Βαρέως νόσων, 7= Μεταξύ των εξαιρετικά νοσούντων ασθενών. Η επόμενη ερώτηση αφορά την σφαιρική βελτίωση του ασθενή με κλίμακα 0= Δε μετρήθηκε, 1= Φυσιολογικός, καθόλου νόσων, 2= Οριακά ψυχικά νόσων, 3= Ήπια νόσων, 4= Μέτρια νόσων, 5= Σημαντικά νόσων, 6= Βαρέως νόσων, 7= Μεταξύ των εξαιρετικά νοσούντων ασθενών. Έπειτα ακολουθεί ερώτηση κλειστού τύπου που αφορά τον δείκτη αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής που ακολουθήθηκε από τον κάθε ασθενή. Και τέλος βαθμολογείται με κλίμακα η σφαιρική εκτίμηση της λειτουργικότητας του ασθενή.

#### **5.4 Επεξεργασία δεδομένων**

Η επεξεργασία και η ανάλυση των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό Microsoft Office Word 2003 και με την βοήθεια των στατιστικών πακέτων SPSS. Στο επόμενο κεφάλαιο, παρουσιάζονται αρχικά κάποιοι περιγραφικοί δείκτες των στοιχείων των ερωτηθέντων, και στη συνέχεια γίνεται στατιστική ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια.

## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>

### Αποτελέσματα

#### Στατιστικά στοιχεία περιστατικών

##### 1. Ηλικία ερωτηθέντων

Ηλικία	Frequency	Percent (%)
<20	1	1.8
21-30	1	1.8
31-40	4	7.2
41-50	16	28.8
51-60	21	37.8
61-70	10	18
71-80	1	1.8
81<	1	1.8
Σύνολο	55	100
Αναπάντητη	0	0

**Πίνακας 1: Η ηλικία των ερωτηθέντων**

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 1, οι περισσότεροι ασθενείς με ποσοστό 37.8% (21ασθενείς) που νοσηλεύονται στην ψυχιατρική κλινική «Ιπποκράτειο» είναι ηλικίας 51-60 ετών, έπειτα ακολουθούν με ποσοστό 28.8% (16ασθενείς) ηλικίες 41-50 ετών και μετέπειτα ηλικίες 31-40 ετών με ποσοστό 7.2% (4ασθενείς).

## 2. Φύλο ερωτηθέντων

Φύλο	Frequency	Percent (%)
Άνδρας	35	63.6
Γυναίκα	19	34.5
Σύνολο	54	98.2
Αναπάντητη	1	1.8

**Πίνακας 2: Το φύλο των ερωτηθέντων**

Με βάση τον πίνακα 2, οι περισσότεροι ασθενείς είναι άνδρες με ποσοστό 63.6% (35ασθενείς) και έπειτα ακολουθούν με ποσοστό 34.5% (19ασθενείς) οι γυναίκες.

### 3. Οικογενειακή κατάσταση ερωτηθέντων

Οικογενειακή κατάσταση	Frequency	Percent (%)
Έγγαμος/η	4	7.3
Άγαμος/η	46	83.6
Διαζευγμένος/η	1	1.8
Χήρος/α	3	5.5
Σύνολο	54	98.2
Αναπάντητη	1	1.8

**Πίνακας 3: Η οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων**

Σύμφωνα με τον πίνακα 3, οι περισσότεροι ερωτηθέντες είναι άγαμοι με ποσοστό 83.6% (46ασθενείς), ακολουθούν οι έγγαμοι με ποσοστό 7.3% (4ασθενείς), και οι χήροι με ποσοστό 5.5% (3ασθενείς) και τέλος οι διαζευγμένοι με ποσοστό 1.8% (1ασθενείς).



#### 4. Μορφωτικό επίπεδο ερωτηθέντων

Μορφωτικό επίπεδο	Frequency	Percent (%)
Δημοτικό	18	32.7
Γυμνάσιο	13	23.6
Λύκειο/ΕΠΑΛ	4	7.3
Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ	2	3.6
Σύνολο	37	67.3
Αναπάντητη	18	32.7

**Πίνακας 4: Το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων**

Οι περισσότεροι ασθενείς με ποσοστό 32.7% (18 ασθενείς) είναι απόφοιτοι του δημοτικού, το αμέσως επόμενο μεγαλύτερο ποσοστό είναι 23.6% (13ασθενείς) όπου οι ασθενείς είναι απόφοιτοι γυμνασίου, ακολουθούν με ποσοστό 7.3% (4ασθενείς) οι απόφοιτοι λυκείου/ΕΠΑΛ και τέλος οι απόφοιτοι πανεπιστήμιου/ΤΕΙ με ποσοστό 3.6% (2ασθενείς). Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό 32.7% (18ασθενείς) δεν έχουν απαντήσει την εν λόγω ερώτηση.

## 5. Βιοτικό επίπεδο ερωτηθέντων

Βιοτικό επίπεδο	Frequency	Percent (%)
Μέτριο	25	45.5
Χαμηλό	26	47.3
Σύνολο	51	92.7
Αναπάντητη	4	7.3

**Πίνακας 5: Το βιοτικό επίπεδο των ερωτηθέντων**

Το 47.3% (26ασθενείς) έχουν χαμηλό βιοτικό επίπεδο και το 45.5% (25ασθενείς) έχουν μέτριο βιοτικό επίπεδο, όπως παρουσιάζονται στον τον πίνακα 5.

## 6. Ηλικία έναρξης προβλήματος

Ηλικία προβλήματος	έναρξης	Frequency	Percent (%)
1-10		3	5.5
11-20		24	43.2
21-30		12	21.6
31-40		3	5.5
41-50		4	7.2
51-60		1	1.8
61-70		1	1.8
Εκ Γενετής		6	10.8
Σύνολο		54	98.2
Αναπάντητη		1	1.8

**Πίνακας 6: Η ηλικία έναρξης του προβλήματος των ερωτηθέντων**

Από τον πίνακα 6, παρατηρούμε ότι το 43.2% (24ασθενείς) των ασθενών άρχισε να εμφανίζει το πρόβλημα σε ηλικία 11-20 ετών, το 21.6% (12ασθενείς) των ασθενών άρχισε σε ηλικία 21-30 ετών, ακολουθεί το ποσοστό 10.8% (6ασθενείς) όπου είχαν το πρόβλημα εκ γενετής. Σε ηλικία 41-50 ετών άρχισε να εμφανίζεται το πρόβλημα το 7.2% (4ασθενείς) των ασθενών και από 5.5% (3ασθενείς) αντίστοιχα έχουν οι ηλικίες 1-10 ετών και 31-40 ετών. Σε ηλικία 51-60 ετών και 61-70 ετών εμφάνισαν το πρόβλημα με ποσοστό 1.8% (1ασθενείς), αντίστοιχα.

## 7. Είδος ψυχιατρικής διαταραχής

Είδος ψυχιατρικής διαταραχής	Frequency	Percent (%)
<b>F06.2</b>	2	3.6
<b>F10</b>	3	5.5
<b>F20.0</b>	22	39.6
<b>F20.8</b>	1	1.8
<b>F20.9</b>	3	5.5
<b>F20.1</b>	2	3.6
<b>F20.2</b>	2	3.6
<b>F20.6</b>	4	7.3
<b>F22</b>	1	1.8
<b>F23</b>	3	5.5
<b>F25</b>	1	1.8
<b>F29</b>	2	3.6
<b>F31.5</b>	1	1.8
<b>F32.2</b>	2	3.6
<b>F33.3</b>	1	1.8
<b>F70</b>	1	1.8
<b>F71</b>	1	1.8
<b>F72</b>	2	3.6
<b>F73</b>	1	1.8

Σύνολο	55	100
--------	----	-----

**Πίνακας 7: Το είδος της ψυχιατρικής διαταραχής των ερωτηθέντων**

Είδος ψυχιατρικής διαταραχής	Ταξινόμησης Νόσων της ICD-10
F06.2	Οργανική παραληρητική [σχιζοφρενικόμορφη] διαταραχή
F10	Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση οινοπνευματωδών
F20.0	Παρανοειδής σχιζοφρένεια
F20.1	Ηβηφρενική σχιζοφρένεια
F20.2	Κατατονική σχιζοφρένεια
F20.6	Απλή σχιζοφρένεια
F20.8	Κοινωνιοπαθητική σχιζοφρένεια
F20.9	Σχιζοφρένεια, μη καθορισμένη
F22	Χρονίζουσες παραληρητικές διαταραχές
F23	Οξείες και παροδικές ψυχωσικές διαταραχές
F25	Σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές
F29	Μη καθορισμένη μη οργανική ψύχωση
F31.5	Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαριάς κατάθλιψης με ψυχωσικά συμπτώματα
F32.2	Βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα

F33.3	Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαρύ με ψυχωσικά συμπτώματα
F70	Ελαφρά νοητική καθυστέρηση
F71	Μέτρια νοητική καθυστέρηση
F72	Σοβαρή νοητική καθυστέρηση
F73	Βαριά νοητική καθυστέρηση

**Πίνακας 7<sup>α</sup>: Ταξινόμησης των νόσων των ερωτηθέντων με βάση το ICD-10**

Σύμφωνα με τους πίνακες 7 και 7<sup>α</sup>, οι περισσότεροι ασθενείς πάσχουν με ποσοστό 39.6% (22ασθενείς) παρανοειδή σχιζοφρένεια (F20.0), το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό είναι 7.3% (4ασθενείς) και οι ασθενείς πάσχουν από απλή σχιζοφρένεια (F20.6). Ποσοστό από 5.5% (3ασθενείς) κατέχουν αντίστοιχα οι ασθενείς που πάσχουν από: ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση οιοπνευματωδών (F10), σχιζοφρένεια, μη καθορισμένη (F20.9), οξείες και παροδικές ψυχωσικές διαταραχές (F23). Έπειτα, ποσοστό από 3.6% (2ασθενείς) κατέχουν αντίστοιχα οι ασθενείς που πάσχουν από: οργανική παραληρητική [σχιζοφρενικόμορφη] διαταραχή (F06.2), ηβηφρενική σχιζοφρένεια (F20.1), κατατονική σχιζοφρένεια (F20.2), μη καθορισμένη μη οργανική ψύχωση (F29), βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα (F32.2), σοβαρή νοητική καθυστέρηση (F72). Και τέλος, ποσοστό από 1.8% (1ασθενείς) κατέχουν αντίστοιχα οι ασθενείς που πάσχουν από: κοιναισθητικοπαθητική σχιζοφρένεια (F20.8), χρονίζουσες παραληρητικές διαταραχές (F22), σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές (F25), διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαριάς κατάθλιψης με ψυχωσικά συμπτώματα (F31.5), υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαρύ με ψυχωσικά συμπτώματα (F33.3), ελαφρά νοητική καθυστέρηση (F70), μέτρια νοητική καθυστέρηση (F71), βαριά νοητική καθυστέρηση (F73).

## 8. Χρονική διάρκεια νοσηλείας

Χρονική διάρκεια νοσηλείας	Frequency	Percent (%)
<1 έτος	6	10.8
1-5	30	54
6-10	10	18
11-15	7	12.6
Σύνολο	53	95.4
Αναπάντητη	2	3.6

**Πίνακας 8: Η χρονική διάρκεια νοσηλείας των ερωτηθέντων**

Η χρονική διάρκεια νοσηλείας των περισσότερων ασθενών, σύμφωνα με τον πίνακα 8, είναι 1-5έτη με ποσοστό 54% (30ασθενείς) και έπειτα ακολουθούν οι ασθενείς που νοσηλεύονται 6-10έτη με ποσοστό 18% (10ασθενείς). Με ποσοστό 12.6% (7ασθενείς) νοσηλεύονται 11-15έτη και με ποσοστό 10.8% (6ασθενείς) νοσηλεύονται λιγότερο από 1έτος.

## 9. Είδος αγωγής

Είδος αγωγής	Frequency	Percent (%)
Φαρμακευτική αγωγή	52	94.5
Φαρμακευτική αγωγή και συνεδρίες	1	1.8
Σύνολο	53	96.4
Αναπάντητη	2	3.6

**Πίνακας 9: Το είδος της αγωγής των ερωτηθέντων**

Όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 9, το 94.5% (52ασθενείς) των ασθενών ακολουθούν κάποια Φαρμακευτική αγωγή. Μόλις το 1.8% (1ασθενείς) ακολουθεί Φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες συστηματικά.



## 10. Χρονική διάρκεια φαρμακευτικής αγωγής

Χρονική διάρκεια φαρμακευτικής αγωγής	Frequency	Percent (%)
<1 έτος	1	1.8
1-10	9	16.2
11-20	18	32.4
21-30	12	21.6
31-40	9	16.2
41-50	5	9
Εκ Γενετής	1	1.8
Σύνολο	55	100
Αναπάντητη	0	0

**Πίνακας 10: Η χρονική διάρκεια της φαρμακευτικής αγωγής των ερωτηθέντων**

Με βάση τον πίνακα 10, οι περισσότεροι ασθενείς με ποσοστό 32.4% (18ασθενείς) ακολουθούν κάποια φαρμακευτική αγωγή 11-20 έτη. 21-30έτη ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή το 21.6% (12ασθενείς) των ασθενών, 1-10έτη και 31-40 έτη ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή αντίστοιχα, το 16.2% (9ασθενείς) των ασθενών. 41-50έτη ακολουθεί το 9% (5ασθενείς) των ασθενών και εκ γενετής ακολουθεί το 1.8% (1ασθενείς).

## Συμπτώματα:

### 11. Τα 18 συμπτώματα των ασθενών

Συμπτώματα	Ανύπαρκτο	Πολύ ελαφρύ	Ελαφρύ	Μέτριο	Μετρίως βαρύ	Βαρύ	Εξαιρετικά βαρύ
Σωματική ενασχόληση	61.2% (n=34)	7.2% (n=4)	5.5% (n=3)	9% (n=5)	12.6% (n=7)	3.6% (n=2)	-
Άγχος	45% (n=25)	7.2% (n=4)	18% (n=10)	12.6% (n=7)	10.8% (n=6)	3.6% (n=2)	-
Συναισθηματική αναδίπλωση	21.6% (n=12)	5.5% (n=3)	27% (n=15)	18% (n=10)	18% (n=10)	5.5% (n=3)	-
Αποδιοργάνωση	34.2% (n=19)	12.6% (n=7)	7.2% (n=4)	21.6% (n=12)	16.2% (n=9)	5.5% (n=3)	-
Αισθήματα ενοχής	59.4% (n=33)	10.8% (n=6)	12.6% (n=7)	7.2% (n=4)	3.6% (n=2)	1.8% (n=1)	-
Υπερένταση & Ψυχική τάση	28.8% (n=16)	19.8% (n=11)	21.6% (n=12)	16.2% (n=9)	7.2% (n=4)	1.8% (n=1)	-
Μαννερισμοί & Στάσεις	43.2% (n=24)	12.6% (n=7)	27% (n=15)	5.5% (n=3)	7.2% (n=4)	1.8% (n=1)	-
Μεγαλομανία	77.4% (n=43)	9% (n=5)	9% (n=5)	1.8% (n=1)	-	-	-
Καταθλιπτική διάθεση	41.4% (n=23)	9% (n=5)	27% (n=15)	14.4% (n=8)	3.6% (n=2)	1.8% (n=1)	-

<b>Εχθρότης</b>	59.4% (n=33)	10.8% (n=6)	16.2% (n=9)	7.2% (n=4)	3.6% (n=2)	-	-
<b>Καχυποψία</b>	36% (n=20)	7.2% (n=4)	18% (n=10)	23.4% (n=13)	9% (n=5)	3.6% (n=2)	-
<b>Ψευδαισθησιακή συμπεριφορά</b>	32.4% (n=18)	10.8% (n=6)	19.8% (n=11)	16.2% (n=9)	14.4% (n=8)	3.6% (n=2)	-
<b>Επιβράδυνση κινήσεων</b>	30.6% (n=17)	27% (n=15)	10.8% (n=6)	25.2% (n=14)	1.8% (n=1)	1.8% (n=1)	-
<b>Έλλειψη συνεργασίας</b>	45% (n=25)	16.2% (n=9)	21.6% (n=12)	5.5% (n=3)	3.6% (n=2)	3.6% (n=2)	1.8% (n=1)
<b>Ασύνηθες περιεχόμενο σκέψεως</b>	32.4% (n=18)	10.8% (n=6)	18% (n=10)	23.4% (n=13)	9% (n=5)	1.8% (n=1)	1.8% (n=1)
<b>Άμβλυνση συναισθήματος</b>	25.2% (n=14)	7.2% (n=4)	25.2% (n=14)	23.4% (n=13)	7.2% (n=4)	7.2% (n=4)	-
<b>Αναστάτωση</b>	39.6% (n=22)	28.8% (n=16)	10.8% (n=6)	9% (n=5)	7.2% (n=4)	-	-
<b>Διαταραχή του προσανατολισμού</b>	55.8% (n=31)	16.2% (n=9)	19.8% (n=11)	3.6% (n=2)	1.8% (n=1)	-	-

**Πίνακας 11: Τα συμπτώματα των ερωτηθέντων**

Σύμφωνα με τον πίνακα 11 όπου αξιολογούνται τα συμπτώματα των ασθενών, παρατηρείται ότι η σωματική ενασχόληση είναι ανύπαρκτη στο 61.2% (34 ασθενείς), στο 12.6% (7ασθενείς) είναι μετρίως βαρύ σύμπτωμα, στο 9% (5 ασθενείς) είναι

μέτριο το σύμπτωμα στο 7.2% (4 ασθενείς) είναι πολύ ελαφρύ, στο 5.5% (3 ασθενείς) είναι ελαφρύ και στο 3.6% (2 ασθενείς) είναι βαρύ σύμπτωμα.

Το άγχος στο 45% (25 ασθενείς) είναι ανύπαρκτο, στο 18% (10 ασθενείς) είναι ελαφρύ, στο 12.6% (7 ασθενείς) είναι μέτριο το σύμπτωμα, στο 10.8% (6 ασθενείς) είναι μετρίως βαρύ σύμπτωμα, στο 7.2% (4 ασθενείς) είναι πολύ ελαφρύ και στο 3.6% (2 ασθενείς) είναι βαρύ σύμπτωμα.

Η συναισθηματική αναδίπλωση είναι ελαφρύ σύμπτωμα στο 27% (15 ασθενείς), στο 21.6% (12 ασθενείς) είναι ανύπαρκτη, μέτριο και μετρίως βαρύ σύμπτωμα είναι στο 18% (10 ασθενείς) αντίστοιχα, και τέλος πολύ ελαφρύ και βαρύ σύμπτωμα είναι στο 5.5% (3 ασθενείς), αντίστοιχα.

Η αποδιοργάνωση είναι ανύπαρκτη ως σύμπτωμα στο 34.2% (19 ασθενείς) των ασθενών, στο 21.6% (12 ασθενείς) είναι μέτριο το σύμπτωμα, μετρίως βαρύ σύμπτωμα είναι στο 16.2% (9 ασθενείς), στο 12.6% (7 ασθενείς) είναι πολύ ελαφρύ, στο 7.2% (4 ασθενείς) είναι ελαφρύ, και τέλος στο 5.5% (3 ασθενείς) είναι βαρύ σύμπτωμα.

Τα αισθήματα ενοχής είναι ανύπαρκτα ως συμπτώματα στο 59.4% (33 ασθενείς) των ασθενών, στο 12.6% (7 ασθενείς) είναι ελαφρύ, στο 10.8% (6 ασθενείς) είναι πολύ ελαφρύ, στο 7.2% (4 ασθενείς) είναι μέτριο το σύμπτωμα, μετρίως βαρύ σύμπτωμα είναι στο 3.6% (2 ασθενείς), και τέλος στο 1.8% (1 ασθενείς) είναι βαρύ σύμπτωμα.

Η υπερένταση – ψυχική τάση είναι ανύπαρκτη ως σύμπτωμα στο 28.8 (16 ασθενείς), στο 21.6% (12 ασθενείς) είναι ελαφρύ, στο 19.8% (11 ασθενείς) είναι πολύ ελαφρύ, στο 16.2% (9 ασθενείς) είναι μέτριο το σύμπτωμα, μετρίως βαρύ σύμπτωμα είναι στο 7.2% (4 ασθενείς), και τέλος στο 1.8% (1 ασθενείς) είναι βαρύ σύμπτωμα.

Οι μαννερισμοί & στάσεις στο 43.2% (24 ασθενείς) είναι ανύπαρκτο, στο 27% (n=15 ασθενείς) είναι ελαφρύ, στο 12.6% (7 ασθενείς) είναι πολύ ελαφρύ, μετρίως βαρύ σύμπτωμα είναι στο 7.2% (4 ασθενείς), στο 5.5% (3 ασθενείς) είναι μέτριο το σύμπτωμα, και τέλος στο 1.8% (1 ασθενείς) είναι βαρύ σύμπτωμα.

Η μεγαλομανία είναι ανύπαρκτη ως σύμπτωμα στο 77.4% (43 ασθενείς), πολύ ελαφρύ και ελαφρύ σύμπτωμα είναι στο 9% (5 ασθενείς), αντίστοιχα και τέλος στο 1.8% (1 ασθενείς) είναι μετρίως βαρύ σύμπτωμα.

Η καταθλιπτική διάθεση είναι ανύπαρκτη ως σύμπτωμα στο 41.4% (23 ασθενείς) των ασθενών, είναι ελαφρύ σύμπτωμα είναι στο 27% (15 ασθενείς), στο 14.4% (8 ασθενείς) είναι μέτριο το σύμπτωμα, στο 9% (5 ασθενείς) είναι πολύ ελαφρύ, μετρίως βαρύ σύμπτωμα είναι στο 3.6% (2 ασθενείς), και τέλος στο 1.8% (1 ασθενείς) είναι βαρύ σύμπτωμα.

Η εχθρότης είναι ανύπαρκτη ως σύμπτωμα στο 59.4% (33 ασθενείς) των ασθενών, στο 16.2% (9 ασθενείς) είναι ελαφρύ, στο 10.8% (6 ασθενείς) είναι πολύ ελαφρύ, στο 7.2% (4 ασθενείς) είναι μέτριο το σύμπτωμα, και τέλος μετρίως βαρύ σύμπτωμα είναι στο 3.6% (2 ασθενείς).

Η καχυποψία είναι ανύπαρκτη ως σύμπτωμα στο 36% (20 ασθενείς) των ασθενών, στο 23.4% (13 ασθενείς) είναι μέτριο το σύμπτωμα, στο 18% (10 ασθενείς) είναι ελαφρύ, μετρίως βαρύ σύμπτωμα είναι στο 9% (5 ασθενείς), στο 7.2% (4 ασθενείς) είναι πολύ ελαφρύ, και τέλος βαρύ σύμπτωμα είναι στο 3.6% (2 ασθενείς).

Η ψευδαισθησιακή συμπεριφορά είναι ανύπαρκτη ως σύμπτωμα στο 32.4% (18 ασθενείς) των ασθενών, στο 19.8% (11 ασθενείς) είναι ελαφρύ, στο 16.2% (9 ασθενείς) είναι μέτριο το σύμπτωμα, μετρίως βαρύ σύμπτωμα είναι στο 14.4% (8 ασθενείς), στο 10.8% (6 ασθενείς) είναι πολύ ελαφρύ, και τέλος βαρύ σύμπτωμα είναι στο 3.6% (2 ασθενείς).

Η επιβράδυνση κινήσεων είναι ανύπαρκτη ως σύμπτωμα στο 30.6% (17 ασθενείς) των ασθενών, στο 27% (15 ασθενείς) είναι πολύ ελαφρύ, στο 25.2% (14 ασθενείς) είναι μέτριο το σύμπτωμα, στο 10.8% (6 ασθενείς) είναι ελαφρύ, και τέλος μετρίως βαρύ και βαρύ σύμπτωμα είναι στο 1.8% (1 ασθενείς), αντίστοιχα.

Η έλλειψη συνεργασίας είναι ανύπαρκτη ως σύμπτωμα στο 45% (25 ασθενείς) των ασθενών, στο 21.6% (12 ασθενείς) είναι ελαφρύ, στο 16.2% (9 ασθενείς) είναι πολύ ελαφρύ, στο 5.5% (3 ασθενείς) είναι μέτριο το σύμπτωμα, μετρίως βαρύ και βαρύ σύμπτωμα είναι στο 3.6% (2 ασθενείς), αντίστοιχα, και τέλος εξαιρετικά βαρύ σύμπτωμα είναι στο 1.8% (1 ασθενείς).

Το ασύνηθες περιεχόμενο σκέψεως στο 32.4% (18 ασθενείς) είναι ανύπαρκτο, στο 23.4% (13 ασθενείς) είναι μέτριο το σύμπτωμα, στο 18% (10 ασθενείς) είναι ελαφρύ, στο 10.8% (6 ασθενείς) είναι πολύ ελαφρύ, μετρίως βαρύ σύμπτωμα είναι στο 9% (5 ασθενείς), και τέλος βαρύ σύμπτωμα και εξαιρετικά βαρύ σύμπτωμα είναι στο 1.8% (1 ασθενείς).

Η άμβλυση συναισθήματος είναι ανύπαρκτη και ελαφρύ ως σύμπτωμα στο 25.2% (14 ασθενείς) των ασθενών, στο 23.4% (13 ασθενείς) είναι μέτριο το σύμπτωμα, και τέλος πολύ ελαφρύ, μετρίως βαρύ και βαρύ σύμπτωμα είναι στο 7.2% (4 ασθενείς), αντίστοιχα.

Η αναστάτωση είναι ανύπαρκτη ως σύμπτωμα στο 39.6% (22 ασθενείς) των ασθενών, στο 28.8% (16 ασθενείς) είναι πολύ ελαφρύ, στο 10.8% (6 ασθενείς) είναι ελαφρύ, στο 9% (5 ασθενείς) είναι μέτριο το σύμπτωμα, και τέλος, μετρίως βαρύ σύμπτωμα είναι στο 7.2% (4 ασθενείς).

Η διαταραχή του προσανατολισμού είναι ανύπαρκτη ως σύμπτωμα στο 55.8% (31 ασθενείς) των ασθενών, στο 19.8% (11 ασθενείς) είναι ελαφρύ, στο 16.2% (9 ασθενείς) είναι πολύ ελαφρύ, στο 3.6% (2 ασθενείς) είναι μέτριο το σύμπτωμα, και τέλος, μετρίως βαρύ σύμπτωμα είναι στο 1.8% (1 ασθενείς).

## Σφαιρική κλινική εκτίμηση (C.G.I.)

### 12.Βαρύτητα της νόσου

Βαρύτητα της νόσου	Frequency	Percent (%)
Δε μετρήθηκε	-	-
Φυσιολογικός, καθόλου νόσων	-	-
Οριακά ψυχικά νόσων	1	1.8
Ήπια νόσων	8	14.4
Μέτρια νόσων	17	30.6
Σημαντικά νόσων	21	37.8
Βαρέως νόσων	7	12.6
Μεταξύ των εξαιρετικά νοσούντων ασθενών	-	-
Σύνολο	54	98.2
Αναπάντητη	1	1.8

#### Πίνακας 12: Η βαρύτητα της νόσου των ερωτηθέντων

Σύμφωνα με τον πίνακα 12, οι περισσότεροι ασθενείς με ποσοστό 37.8% (21ασθενείς) είναι σημαντικά νοσούντες. Έπειτα με ποσοστό 30.6% (17ασθενείς) είναι μέτρια νοσούντες, μετέπειτα το 12.6% (7ασθενείς) είναι βαρέως νοσούντες, επιπρόσθετα το 14.4% (8ασθενείς) είναι ήπια νοσούντες κα τέλος το 1.8% (1ασθενείς) είναι οριακά ψυχικά νοσούντες.

### 13.Σφαιρική βελτίωση

Σφαιρική βελτίωση	Frequency	Percent (%)
Δε μετρήθηκε	-	-
Πολύ μεγάλη βελτίωση	3	5.5
Μεγάλη βελτίωση	23	41.8
Ελάχιστη βελτίωση	19	34.5
Καμία αλλαγή	7	12.7
Ελάχιστη επιδείνωση	2	3.6
Μεγάλη επιδείνωση	-	-
Πολύ μεγάλη επιδείνωση	-	-
Σύνολο	54	98.2
Αναπάντητη	1	1.8

**Πίνακας 13: Η σφαιρική βελτίωση των ερωτηθέντων**

Η σφαιρική (συνολική) βελτίωση των περισσότερων ασθενών με ποσοστό 41.8% (23ασθενείς) κρίνεται με μεγάλη, έπειτα με ελάχιστη βελτίωση κρίνεται το 34.5% (19ασθενείς) η κατάσταση των ασθενών, ουδεμία αλλαγή στην κατάστασή τους παρουσίασαν το 12.7% (7ασθενείς) των ασθενών, πολύ μεγάλη βελτίωση παρουσίασαν το 5.5% (3ασθενείς) και τέλος, ελάχιστη επιδείνωση παρουσίασαν το 3.6% (2ασθενείς).



#### 14. Δείκτης αποτελεσματικότητας φαρμάκων

Δείκτης αποτελεσματικότητας φαρμάκων	Frequency	Percent (%)
Μεγάλη βελτίωση. Καμία ανεπιθύμητη ενέργεια	4	7.4
Μεγάλη βελτίωση. Δεν επηρέασαν σημαντικά την λειτουργικότητα του ασθενή	5	9.1
Σχετική βελτίωση. Καμία ανεπιθύμητη ενέργεια	2	3.6
Σχετική βελτίωση. Δεν επηρέασαν σημαντικά την λειτουργικότητα του ασθενή	16	29.1
Σχετική βελτίωση. Επηρέασαν σημαντικά την λειτουργικότητα του ασθενή	7	12.7
Ελάχιστη βελτίωση. Δεν επηρέασαν σημαντικά την λειτουργικότητα του ασθενή	6	10.9
Ελάχιστη βελτίωση. Επηρέασαν σημαντικά την λειτουργικότητα του ασθενή	7	12.7
Καμία αλλαγή ή επιδείνωση. Καμία ανεπιθύμητη ενέργεια	7	12.7
Σύνολο	54	98.2
Αναπάντητη	1	1.8

**Πίνακας 14: Ο Βαθμός της θεραπευτικής δράσης και των ανεπιθύμητων ενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής των ερωτηθέντων**

Ο βαθμός της θεραπευτικής δράσης και των ανεπιθύμητων ενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής των περισσότερων ασθενών κρίνεται με σχετική βελτίωση και δεν επηρέασε σημαντικά την λειτουργικότητα του ασθενή με ποσοστό 29.1% (16ασθενείς), το αμέσως επόμενο μεγαλύτερο ποσοστό είναι 12.7% (7ασθενείς) αντίστοιχα για τις παρακάτω περιπτώσεις: καμία αλλαγή ή επιδείνωση - καμία

ανεπιθύμητη ενέργεια, ελάχιστη βελτίωση - επηρέασε σημαντικά την λειτουργικότητα του ασθενή και σχετική βελτίωση - επηρέασε σημαντικά την λειτουργικότητα του ασθενή. Έπειτα ακολουθεί η ελάχιστη βελτίωση - δεν επηρέασε σημαντικά την λειτουργικότητα του ασθενή με ποσοστό 10.9% (6ασθενείς), μετέπειτα η μεγάλη βελτίωση - δεν επηρέασε σημαντικά την λειτουργικότητα του ασθενή με ποσοστό 9.1% (5ασθενείς), ακολούθως η μεγάλη βελτίωση - καμία ανεπιθύμητη ενέργεια με ποσοστό 7.4% (4ασθενείς) και τέλος, η σχετική βελτίωση - καμία ανεπιθύμητη ενέργεια με ποσοστό 3.6% (2ασθενείς).

## Κλίμακα σφαιρικής εκτίμησης λειτουργικότητας

### 15. Λειτουργικότητα

Λειτουργικότητα	Frequency	Percent (%)
Η συμπεριφορά είναι σημαντικά επηρεασμένη από παραλήρημα ή ψευδαισθήσεις ή εμφανίζει σοβαρή έκπτωση στην επικοινωνία ή στην κρίση ή αδυναμία να λειτουργήσει σχεδόν σε όλους τους τομείς (21-30).	5	9.1
Κάποια έκπτωση στον έλεγχο της πραγματικότητας ή επικοινωνίας ή μείζων έκπτωση σε αρκετούς τομείς (31-40).	10	18.2
Σοβαρά συμπτώματα ή σοβαρή έκπτωση στην κοινωνική, επαγγελματική και σχολική λειτουργικότητα (41-50).	6	10.9
Μέτρια συμπτώματα ή μέτρια δυσκολία στην κοινωνική, επαγγελματική και σχολική λειτουργικότητα (51-60).	16	29.1
Υπάρχουν ελαφρά συμπτώματα ή κάποια δυσκολία στην κοινωνική, επαγγελματική και σχολική λειτουργικότητα αλλά γενικά λειτουργεί σχετικά καλά και έχει κάποιες σωστές διαπροσωπικές σχέσεις (61-70).	7	12.7
Υπάρχουν περιστασιακά συμπτώματα και αναμενόμενες αντιδράσεις σε ψυχοκοινωνικές πιέσεις. Υπάρχει ελάχιστη έκπτωση στην κοινωνική, επαγγελματική και σχολική λειτουργικότητα (71-80).	7	12.7

Δεν υπάρχουν συμπτώματα ή αν υπάρχουν είναι ελάχιστα. Καλή λειτουργικότητα σε όλους τους τομείς. Έχει ενδιαφέροντα και αρκετές δραστηριότητες, είναι κοινωνικό άτομο (81-90).	2	3.6
<b>Σύνολο</b>	53	96.4
<b>Αναπάντητη</b>	2	3.6

**Πίνακας 15: Η λειτουργικότητα των ερωτηθέντων**

Η λειτουργικότητα των ερωτηθέντων ασθενών με το μεγαλύτερο ποσοστό 29.1% (16ασθενείς) κρίνεται με μέτρια συμπτώματα ή μέτρια δυσκολία στην κοινωνική, επαγγελματική και σχολική λειτουργικότητα, έπειτα ακολουθεί με ποσοστό 18.2% (10ασθενείς) η κάποια έκπτωση στον έλεγχο της πραγματικότητας ή επικοινωνίας ή μείζων έκπτωση σε αρκετούς τομείς, μετέπειτα με ποσοστό 12.7% (7ασθενείς) αντίστοιχα κρίνεται ότι υπάρχουν ελαφρά συμπτώματα ή κάποια δυσκολία στην κοινωνική, επαγγελματική και σχολική λειτουργικότητα αλλά γενικά λειτουργεί σχετικά καλά και έχει κάποιες σωστές διαπροσωπικές σχέσεις και ότι υπάρχουν περιστασιακά συμπτώματα και αναμενόμενες αντιδράσεις σε ψυχοκοινωνικές πιέσεις - υπάρχει ελάχιστη έκπτωση στην κοινωνική, επαγγελματική και σχολική λειτουργικότητα. Με ποσοστό 10.9% (6ασθενείς) κρίνεται ότι έχουν σοβαρά συμπτώματα ή σοβαρή έκπτωση στην κοινωνική, επαγγελματική και σχολική λειτουργικότητα. Με ποσοστό 9.1% (5ασθενείς) κρίθηκαν οι ασθενείς όπου η συμπεριφορά είναι σημαντικά επηρεασμένη από παραλήρημα ή ψευδαισθήσεις ή εμφανίζει σοβαρή έκπτωση στην επικοινωνία ή στην κρίση ή αδυναμία να λειτουργήσει σχεδόν σε όλους τους τομείς και τέλος, με ποσοστό 3.6% (2ασθενείς) κρίθηκαν ότι δεν υπάρχουν συμπτώματα ή αν υπάρχουν είναι ελάχιστα - καλή λειτουργικότητα σε όλους τους τομείς - έχει ενδιαφέροντα και αρκετές δραστηριότητες, είναι κοινωνικό άτομο.

## Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>

### Συζήτηση αποτελεσμάτων

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε 55 ασθενείς με ψυχιατρική πάθηση της ψυχιατρικής κλινικής «Ιπποκράτειο», με σκοπό την διερεύνηση των επιδημιολογικών στοιχείων τους.

Τα σημαντικότερα ευρήματα είναι τα ακόλουθα:

1. Σύμφωνα με την Συνοπτική Ψυχιατρική Κλίμακα Εκτιμήσεων (BPRS) τα συμπτώματα των ερωτηθέντων που αξιολογούνται ως ανύπαρκτα είναι: η μεγαλομανία με 77.4% (43 ασθενείς), η σωματική ενασχόληση με 61.2% (34 ασθενείς), τα αισθήματα ενοχής με 59.4% (33 ασθενείς), η εχθρότης με 59.4% (33 ασθενείς), η διαταραχή του προσανατολισμού με 55.8% (31 ασθενείς), το άγχος με 45% (25 ασθενείς), η έλλειψη συνεργασίας με 45% (25 ασθενείς), οι μαννερισμοί & στάσεις με 43.2% (24 ασθενείς), η καταθλιπτική διάθεση με 41.4% (23 ασθενείς), η αναστάτωση με 39.6% (22 ασθενείς), η καχυποψία με 36% (20 ασθενείς), η αποδιοργάνωση με 34.2% (19 ασθενείς), η ψευδαισθησιακή συμπεριφορά με 32.4% (18 ασθενείς), το ασύνηθες περιεχόμενο σκέψεως με 32.4% (18 ασθενείς), η επιβράδυνση κινήσεων με 30.6% (17 ασθενείς) και η υπερένταση – ψυχική τάση με 28.8% (16 ασθενείς). Η άμβλυνση συναισθήματος είναι ανύπαρκτη και ελαφρύ ως σύμπτωμα με 25.2% (14 ασθενείς) των ασθενών αντίστοιχα, ενώ η συναισθηματική αναδίπλωση είναι ελαφρύ σύμπτωμα με 27% (15 ασθενείς).

Αντίθετα από την εν λόγω έρευνα, σε μία μελέτη της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Πατρών υπάρχουν πολλές αναφορές για συμπτωματολογία στις διαταραχές της διάθεσης (ιδίως στην κατάθλιψη) και στις αγχώδεις διαταραχές (ιδίως στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή) (Correll CU, Penzner JB, Frederickson AM, Richter JJ, Auther AM, Smith CW, et al., 2007). Επίσης, πλήθος ερευνών (Bozikas, Kosmidis, Kiosseoglou, & Karavatos, 2006b. Fucetola, Seidman, Kremen, Faraone, Goldstein, & Tsuang, 2000. Kosmidis, Bozikas, Zafiri, & Karavatos, 2006) έχει εντοπίσει ως σημαντικό γνωστικό έλλειμμα της νόσου της σχιζοφρένειας την έκπτωση των εκτελεστικών λειτουργιών.

Επίσης αντιθέτως άλλα μπορούν να χαρακτηριστούν και συμπληρωματικά της εν λόγω έρευνας, εντοπίζονται τα εξής: αρκετές έρευνες έχουν εντοπίσει δυσλειτουργίες σε διάφορα είδη μνήμης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια (Reichenberg, 2010). Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί έκπτωση της οπτικής και λεκτικής μνήμης (Young, Powell, Risbrough, Marston, & Geyer, 2009), πράγμα που δυσκολεύει την εκμάθηση και ανάκληση νέων πληροφοριών (Albus, Hubmann, Mohr, Scherer, Sobizack, et al., 1997. Riley, McGovern, Mockler, Doku, Ceallaigh, et al., 2000. Young et al., 2009). Η προσοχή αποτελεί και αυτή μια γνωστική λειτουργία υπό έκπτωση στη σχιζοφρένεια (Reichenberg, 2010), αφού μεγάλο ποσοστό των ασθενών εμφανίζει ελλείμματα τόσο στην οπτική και ακουστική, όσο και στην παρατεταμένη και επιλεκτική προσοχή (Bozikas et al., 2006b. Censits, Ragland, Gur, & Gur, 1997). Σε κάποιες μελέτες, ωστόσο, έχει αναφερθεί ότι η επιλεκτική προσοχή εμφανίζει διαφορετικό βαθμό έκπτωσης σε κάθε ασθενή (Albus, Hubmann, Mohr, Scherer, Sobizack, et al., 1997. Bozikas et al., 2006b), ενώ σε άλλες δεν έχει παρατηρηθεί σημαντική έκπτωσή της (Censits et al., 1997). Έτσι, έχουν βρεθεί ελλείμματα στη γενική νοημοσύνη (Heinrich & Zakzanis, 1998), στην αντίληψη των συναισθημάτων (Bozikas, Kosmidis, Anezoulaki, Giannakou, Andreou, & Karavatos, 2006a) και στην ψυχοκινητική ταχύτητα, η οποία μπορεί να οφείλεται στην αργή γνωστική επεξεργασία (Riley et al., 2000). Επίσης, έχουν βρεθεί ελλείμματα στην οπτικο-χωρική αντίληψη, στην οποία πιθανώς εμπλέκεται η δυσλειτουργία του βρεγματικού λοβού (Pantelis & Maruff, 2002). Οι διαταραχές στην ομιλία και στη γλωσσική ικανότητα έχουν αποδοθεί σε ελλείμματα στην προσοχή και στην εργαζόμενη μνήμη (Thomas, Kearney, Napier, Ellis, Leuder, & Johnson, 1996), στην έναρξη όσο και στο σχεδιασμό και στην αυτο-παρακολούθηση της συμπεριφοράς (Frith & Done, 1988. Kircher & Leube, 2003) αλλά και στην οργάνωση των πληροφοριών (Ragland, Moelter, McGrath, Hill, Gur, et al., 2003). Αρκετοί ερευνητές συγκαταλέγουν στα νευροψυχολογικά ελλείμματα και τις κοινωνικές γνωστικές ικανότητες, όπως η αντίληψη, η μετάφραση και η επεξεργασία των κοινωνικών πληροφοριών (Bertrand, Sutton, Achim, Malla, & Lepage, 2007).

2. Σχετικά με την Σφαιρική Κλινική Εκτίμηση (C.G.I.) η βαρύτητα της νόσου για τους περισσότερους ασθενείς με ποσοστό 37.8% (21ασθενείς) είναι σημαντική και με ποσοστό 30.6% (17ασθενείς) είναι μέτρια.

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας διαχωρίζονται σε δύο ευρείες κατηγορίες: θετικά και αρνητικά. Τα θετικά συμπτώματα αναφέρονται σε υπερβολική έκφραση φυσιολογικών λειτουργιών (π.χ., ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες) ενώ τα αρνητικά συμπτώματα αναφέρονται σε απώλεια ή μείωση φυσιολογικών λειτουργιών (π.χ., μείωση της βούλησης, κοινωνική απόσυρση, αμβλύ συναίσθημα). Σχετικά με τα κλινικά αυτά συμπτώματα και τη βαρύτητά τους, έχει βρεθεί σαφής σχέση μεταξύ της σοβαρότητας των αρνητικών συμπτωμάτων και των εκτελεστικών λειτουργιών (Cameron, Oram, Ceffen, Kavanagh, McCrath, & Ceffen, 1996. Nieuwenstein, Aleman, & de Haan, 2001. Norman, Malla, Morrison-Stewart, Helmes, Williamson, et al., 1997), της οπτικόχωρικής (Cameron et al., 2002. Carter et al., 1996) και της λεκτικής εργαζόμενης μνήμης (Moritz et al., 2000). Επίσης, έχει βρεθεί αρνητική συσχέτιση μεταξύ των αρνητικών συμπτωμάτων και της διατήρησης της ακουστικής και οπτικής προσοχής και της κινητικής ταχύτητας (Nieuwenstein et al., 2001). Σε μια μετα-ανάλυση βρέθηκε μικρή αλλά σημαντική συσχέτιση των αρνητικών συμπτωμάτων με τη μακρόχρονη μνήμη, την ελεύθερη ανάκληση, την υποβοηθούμενη ανάκληση και την αναγνώριση λεκτικών και μη λεκτικών πληροφοριών καθώς και με την εργαζόμενη μνήμη (Aleman et al., 1999).

3. Η σφαιρική (συνολική) βελτίωση των περισσότερων ασθενών με ποσοστό 41.8% (23ασθενείς) κρίνεται μεγάλη και με ελάχιστη βελτίωση κρίνεται το 34.5% (19ασθενείς).

Στο ίδιο συμπέρασμα με το παραπάνω καταλήγουν και άλλες μελέτες. Πιο συγκεκριμένα, μελέτες σχετικές με τη βελτίωση της κλινικής συμπτωματολογίας και των νευρογνωστικών ελλειμμάτων (Censits et al., 1997. Hoff, Sakuma, Wieneke, Horon, Kushner, et al., 1999. Schuerbach et al., 2002) έδειξαν ότι η βελτίωση των αρνητικών συμπτωμάτων συνεπάγεται βελτίωση σε ποικίλα γνωστικά πεδία (π.χ., αφαιρετική σκέψη, προσοχή, μνήμη, γλωσσική επεξεργασία, χωρική αντίληψη, γενικό και λεκτικό δείκτη νοημοσύνης), χωρίς να συμβαίνει το ίδιο και με τα θετικά συμπτώματα. Βεβαίως αυτό δε σημαίνει ότι τα νευρογνωστικά ελλείμματα προκαλούνται από τον ίδιο μηχανισμό που προκαλεί τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου (Heinrichs & Award, 1993). Επιπλέον, τα υψηλότερα επίπεδα της γνωστικής ικανότητας, ιδίως σε τομείς που συνδέονται με τις εκτελεστικές λειτουργίες, συνήθως συσχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα των αρνητικών συμπτωμάτων, αλλά δεν έχουν σχέση με τη σοβαρότητα των θετικών συμπτωμάτων (Censits et al., 1997. Hawkins,

Hoffman, Quinland, Rakfeldt, Docherty, & Sledge, 1997. Schuerpbach et al., 2002). Ωστόσο, αυτή η συσχέτιση μεταξύ αρνητικής συμπτωματολογίας και νευρογνωστικών ελλειμμάτων δεν είναι πάντα εμφανής στην πρόδρομη φάση της ασθένειας, αλλά γίνεται πιο έντονη με την εξέλιξή της (Niendam et al., 2006).

4. Ο βαθμός της θεραπευτικής δράσης και των ανεπιθύμητων ενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής των περισσότερων ασθενών κρίνεται με σχετική βελτίωση και δεν επηρέασε σημαντικά την λειτουργικότητα του ασθενή με ποσοστό 29.1% (16ασθενείς).
5. Τέλος, όσον αφορά την σφαιρική κλινική εκτίμηση της λειτουργικότητα των ερωτηθέντων ασθενών, με το μεγαλύτερο ποσοστό 29.1% (16ασθενείς) κρίνεται με μέτρια συμπτώματα ή μέτρια δυσκολία στην κοινωνική, επαγγελματική και σχολική λειτουργικότητα.

Σύμφωνα με τον Barocca (2004), στην Ελλάδα 70.000 με 80.000 άνθρωποι έχουν προσβληθεί από τη νόσο της σχιζοφρένειας, ενώ στις Η.Π.Α. 3.000.000 άνθρωποι. Σε ολόκληρο το κόσμο υπολογίζονται 9.000.000 σχιζοφρενείς. Περίπου 1 με 1,5% του πληθυσμού πάσχει οποιαδήποτε στιγμή από σχιζοφρένεια σύμφωνα με διεθνείς στατιστικές. Αυτό σημαίνει για την Ελλάδα ότι υπάρχουν περίπου 100.000 με 150.000 σχιζοφρενείς ασθενείς. Υπολογίζεται ότι το 0.25% του πληθυσμού εμφανίζουν και ψυχωτική φάση κάθε χρόνο. Επιπλέον 0,01% του πληθυσμού εμφανίζει κάθε χρόνο για πρώτη φορά τη νόσο. Δηλαδή για την Ελλάδα 1.000 καινούριοι ασθενείς διαγιγνώσκονται ετησίως. Άλλες στατιστικές μιλάνε για 150 νέες σχιζοφρενικές ψυχώσεις σε 100.000 πληθυσμό κάθε χρόνο. Η νόσος προσβάλλει εξίσου συχνά άνδρες και γυναίκες. Η μέση ηλικία έναρξης της νόσου όμως είναι λίγο νωρίτερα για τους άνδρες (15 - 25 έτη) σε σύγκριση με τις γυναίκες (25 - 35 έτη).

Σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά στοιχεία των ασθενών της εν λόγω έρευνας παρατηρούμε τα εξής:

6. οι περισσότεροι ασθενείς με ποσοστό 37.8% (21ασθενείς) είναι ηλικίας 51-60 ετών και έπειτα ακολουθούν με ποσοστό 28.8% (16ασθενείς) ηλικίες 41-50 ετών.
7. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι άνδρες με ποσοστό 63.6% (35ασθενείς) και έπειτα ακολουθούν με ποσοστό 34.5% (19ασθενείς) οι γυναίκες.



8. Έπειτα, όσον αφορά τα στοιχεία που σχετίζονται με την νόσο των ερωτηθέντων διαπιστώνουμε τα παρακάτω: στο 43.2% (24ασθενείς) των ασθενών άρχισε να εμφανίζει το πρόβλημα σε ηλικία 11-20 ετών, το 21.6% (12ασθενείς) των ασθενών άρχισε σε ηλικία 21-30 ετών, έπειτα ακολουθεί το ποσοστό 10.8% (6ασθενείς) όπου είχαν το πρόβλημα εκ γενετής.

Η έρευνά μας επιβεβαιώνεται με τον Παπαγεωργίου (2004), διότι αναφέρει ότι οι ηλικίες που εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό σχιζοφρενικών ψυχώσεων είναι μεταξύ 10 – 40 ετών με κορυφή το διάστημα 25 - 35 ετών. Η εμφάνιση της σχιζοφρένειας πριν την ηλικία των 10 ετών και μετά τα 50 είναι εξαιρετικά σπάνια.

Σε μία μνημειώδη μελέτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας το 1978 σε δέκα αντιπροσωπευτικές περιοχές του πλανήτη, διαπιστώθηκε ότι η αναλογία αντρών-γυναικών είναι περίπου ένα προς ένα, στους άντρες η κορύφωση στην καμπύλη της ηλικίας έναρξης είναι ανάμεσα στα 20 και τα 24 έτη, ενώ στις γυναίκες η καμπύλη είναι δικόρυφη με τη μία κορυφή στα 20 με 24 και την άλλη μετά τα 35. Μέχρι τα 35 η επίπτωση της νόσου είναι σημαντικά μεγαλύτερη στους άντρες, από το σημείο αυτό και μετά αντιστρέφεται (1:2 στα 40, 1:4 για όψιμης έναρξεως σχιζοφρένεια) (S. Beratis, J. Gabriel, S. Hoidas., 1997; S.E Childers, C.M Harding. 1990; P.E. Cowell, D.J. Kostianovsky, R.C. Gur, B.I. Turetsky, R.E. Gur. 1996).

9. Το είδος της ασθένειας των ερωτηθέντων είναι με ποσοστό 39.6% (22ασθενείς) παρανοειδή σχιζοφρένεια (F20.0), το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό είναι 7.3% (4ασθενείς) και οι ασθενείς πάσχουν από απλή σχιζοφρένεια (F20.6). Ποσοστό 5.5% (3ασθενείς) κατέχουν αντίστοιχα οι ασθενείς που πάσχουν από: ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση οινόπνευματών (F10), σχιζοφρένεια, μη καθορισμένη (F20.9), οξείες και παροδικές ψυχωσικές διαταραχές (F23). Έπειτα, ποσοστό 3.6% (2ασθενείς) κατέχουν αντίστοιχα οι ασθενείς που πάσχουν από: οργανική παραληρητική [σχιζοφρενικόμορφη] διαταραχή (F06.2), ηβηφρενική σχιζοφρένεια (F20.1), κατατονική σχιζοφρένεια (F20.2), μη καθορισμένη μη οργανική ψύχωση (F29), βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα (F32.2), σοβαρή νοητική καθυστέρηση (F72). Και τέλος, ποσοστό 1.8% (1ασθενείς) κατέχουν αντίστοιχα οι ασθενείς που πάσχουν από: κοιναισθητικοπαθητική σχιζοφρένεια (F20.8), χρονίζουσες παραληρητικές διαταραχές (F22), σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές (F25),

διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαριάς κατάθλιψης με ψυχωσικά συμπτώματα (F31.5), υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαρύ με ψυχωσικά συμπτώματα (F33.3), ελαφρά νοητική καθυστέρηση (F70), μέτρια νοητική καθυστέρηση (F71), βαριά νοητική καθυστέρηση (F73).

10. Η χρονική διάρκεια νοσηλείας των περισσότερων ασθενών είναι 1-5έτη με ποσοστό 54% (30ασθενείς) και έπειτα ακολουθούν οι ασθενείς που νοσηλεύονται 6-10έτη με ποσοστό 18% (10ασθενείς). Με ποσοστό 12.6% (7ασθενείς) νοσηλεύονται 11-15έτη και με ποσοστό 10.8% (6ασθενείς) νοσηλεύονται λιγότερο από 1έτος.
11. Το είδος της θεραπείας που ακολουθούν οι ερωτηθέντες είναι με ποσοστό 94.5% (52ασθενείς) Φαρμακευτική αγωγή και μόλις το 1.8% (1ασθενείς) ακολουθεί Φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες συστηματικά. Η διάρκεια αυτής της φαρμακευτικής αγωγής είναι για τους περισσότερους ασθενείς με ποσοστό 32.4% (18ασθενείς) 11-20 έτη, 21-30έτη ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή το 21.6% (12ασθενείς) των ασθενών, 1-10έτη και 31-40 έτη ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή αντίστοιχα, το 16.2% (9ασθενείς) των ασθενών. 41-50έτη ακολουθεί το 9% (5ασθενείς) των ασθενών και εκ γενετής ακολουθεί το 1.8% (1ασθενείς).

## Βιβλιογραφία

- Addington, J., Saeedi, H., & Addington, D. (2006). Facial affect recognition: A mediator between cognitive and social functioning in psychosis? *Schizophrenia Research*, 85, 142-150.
- Albus, M., Hubmann, W., Mohr, F., Scherer, J., Sobizack, N., Franz, U., et al. (1997). Are there gender differences in neuropsychological performance in patients with first-episode schizophrenia? *Schizophrenia Research*, 28, 39-50.
- Aleman, A., Hijman, R., de Haan, E. H. F., & Kahn, R. S. (1999). Memory impairment in schizophrenia: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1358-1366.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th Eds) Washington: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed, text revision, Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Andréasson S, Allebeck P, Engström A, Rydberg U. Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet*. 1987 Dec 26;2(8574):1483-6.
- Andreasen NC Akiskal HS The specificity of Bleulerian and Schneiderian symptoms: a critical reevaluation. *Psychiatric Clinics of North America*, 6, 41-54
- Andreasen, N.C., Nopoulos, P., Schultz, S., Miller, D., Gupta, S., Swayze, V., & Flaum, M. (1994). Positive and negative symptoms of schizophrenia: past, present, and future. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 384, 51-59
- Andreasen, N. C., O'Leary, D. S., Flaum, M., Nopoulos, P., Watkins, G. L., Boles Ponto, L. L., et al. (1997). Hypofrontality in schizophrenia: Disturbed dysfunctional circuits in neuroleptic naive patients. *Lancet*, 349, 1730- 1734.
- Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ*. 2002 Nov 23;325(7374):1212-3.

- Baddeley, A. (1996). Exploring the central executive. *Quarterly Journal of Experimental Psychology: Human Experimental Psychology*, 49A, 5-28.
- Bartok, E., Berecz, R., Glaub, T., & Degrell, i. (2005). Cognitive functions in prepsychotic patients. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 29, 621-625.
- Basaglia Franco, (2008). *Οι θεσμοί της βίας και άλλα κείμενα – Ειδική Έκδοση των «Τετραδίων Ψυχιατρικής» στα 30 χρόνια από το κλείσιμο των ιταλικών ψυχιατρείων*. Αθήνα: BIBΛΙΟΤΕΧΝΙΑ.
- Bearden CE, Rosso IM, Hollister JM, Sanchez LE, Hadley T, Cannon TD. (2000). A prospective cohort study of childhood behavioral deviance and language abnormalities as predictors of adult schizophrenia. *Schizophr Bull.* 26(2):395-410.
- Beratis S., J. Gabriel, S. Hoidas. Age at onset in subtypes of schizophrenic disorders. *Schizophr Bull* 1994; 20: 287-296.
- Beratis S., J. Gabriel, S. Hoidas. Gender differences in the frequency of schizophrenic subtypes in unselected hospitalized patients. *Schizophr Res* 1997; 23:239-244.
- Bertrand, M. C., Sutton, H., Achim, A. M., Malla, A. K., & Lepage M. (2007). Social cognitive impairments in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 95, 124-133.
- Bilder, R. M., Goldman, R. S., Robinson, D., Reiter, G., Bell, L., Bates, J. A., Bilder, R. M., Goldman, R. S., Robinson, D., Reiter, G., Bell, L., Bates, J. A., Papadopoulos, E., Wilson, D. F., Alvir, J. M., Woerner, M. G., Geisler, S., Kane, J. M., & Lieberman, J. A. (2000). Neuropsychology of first-episode schizophrenia: initial characterization and clinical correlates. *American Journal of Psychiatry*, 157, 549-559.
- Bleuler E Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Franz Deuticke, Leipzig 1911
- Bleuler E Die prognose der Dementia praecox-Schizophreniegruppe Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 65 436-64 1908
- Bozikas, V. P., Kosmidis, M. H., Anezoulaki, D., Giannakou, M., Andreou C., & Karavatos, A. (2006a). Impaired perception of affective prosody in schizophrenia. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 18, 81-85.

- Bozikas, V. P., Kosmidis, M. H., Kiosseoglou, G., & Karavatos, A. (2006b). Neuropsychological profile of cognitively impaired patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, *47*, 136-143.
- Brown AS. The risk for schizophrenia from childhood and adult infections. *Am J Psychiatry*. 2008 Jan;165(1):7-10.
- Brown AS: Prenatal infection as a risk factor for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006; 32:200–202
- Cameron, A. M., Oram, J., Ceffen, C. M., Kavanagh, D. J., McCrath, J. J., & Ceffen, L. B. (2002). Working memory correlates of three symptom clusters in schizophrenia. *Psychiatry Research*, *110*, 49-61.
- Cannon TD, Kaprio J, Lönnqvist J, Huttunen M, Koskenvuo M. The genetic epidemiology of schizophrenia in a Finnish twin cohort. A population-based modeling study. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 Jan;55(1):67-74.
- Cannon M, Jones P, Huttunen MO, Tanskanen A, Huttunen T, Rabe-Hesketh S, Murray RM. (1999). School performance in Finnish children and later development of schizophrenia: a population-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*. May;56(5),457-63.
- Cannon, T. D., Bearden, C. E., Bliser, J. M., Rosso, I. M., Sanchez, L. E., & Hadley, T. (2000). Childhood cognitive functioning in schizophrenia patients and their unaffected siblings: A prospective cohort study. *Schizophrenia Bulletin*, *26*, 379-393.
- Cannon M, Jones PB, Murray RM. Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. *Am J Psychiatry*. 2002 Jul;159(7):1080-92.
- Carter, C. S., Perlstein, W., Ganguli, R., Brar, J., Mintun, M., & Cohen, J. D. (1998). Functional hypofrontality and working memory dysfunction in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 1285-1287.
- Carter, C., Robertson, L., Nordahl, T., Chaderjian, M., Kraft, L., & O'Shara-Celaya, L. (1996). Spatial working memory deficits and their relationship to negative symptoms in unmedicated schizophrenia patients. *Biological Psychiatry*, *40*, 930-932.
- Censits, D. M., Ragland, J. D., Gur, R. C., & Gur, R. E. (1997). Neuropsychological evidence supporting a neurodevelopmental model of schizophrenia: A longitudinal study. *Schizophrenia Research*, *24*, 289-298.

Childers S.E, C.M Harding. Gender, premorbid social functioning and long term outcome in DSM-III schizophrenia. *Schizophr Bull* 1990; 16:309-318.

Cooper J.E., Kendell R.E., Gurland B.J., Sharpe .L, Copeland J.R.M., Simon R. *Psychiatric diagnosis in New York and London*. Oxford University Press, 1972

Corcoran, R., Cahill, C., & Frith, C. D. (1997). The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia: A study of 'mentalizing' ability. *Schizophrenia Research*, 24, 319-327.

Cornblatt, B., Obuchowski, M., Schnur, D., & O'Brien, J. D. (1998). Hillside study of risk and early detection in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, Suppl 172*, 26-32.

Correll CU, Penzner JB, Frederickson AM, Richter JJ, Auther AM, Smith CW, et al. Differentiation in the preonset phases of schizophrenia and mood disorders: evidence in support of a bipolar mania prodrome. *Schizophr Bull* 2007;33:703-714.

Cowell P.E., D.J. Kostianovsky, R.C. Gur, B.I. Turetsky, R.E. Gur. Sex differences in neuroanatomical and clinical correlations in schizophrenia. *Am J Psychiatr* 1996; 153:799-805

Crow TJ. How and why genetic linkage has not solved the problem of psychosis: review and hypothesis. *Am J Psychiatry*. 2007 Jan;164(1):13-21. Review.

David AS, Malmberg A, Brandt L, Allebeck P, Lewis G. IQ and risk for schizophrenia: a population-based cohort study. *Psychol Med*. 1997 Nov;27(6):1311-23.

Eaton W.W., Evidence for universality and uniformity of schizophrenia around the world. Assessment and implications. In Gattaz WF, Hafner H. eds, *Search for the causes of schizophrenia*, 4th edition Berlin Springer-Verlag 1999.

Edwards, J., Pattison, P. E., Jackson, H. J., & Wales, R. J. (2001). Facial affect and affective prosody recognition in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48, 235-253.

Egan MF, Goldberg TE, Kolachana BS, Callicott JH, Mazzanti CM, Straub RE, Goldman D, Weinberger DR. Effect of COMT Val108/158 Met genotype on frontal lobe function and risk for schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2001 Jun 5;98(12):6917-22.

Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D , Jameson L , Loscalzo J  
Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th Edition McGraw Hill Medical New  
York

Fearon P, Kirkbride JB, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Lloyd T, Hutchinson G,  
Tarrant J, Fung WL, Holloway J, Mallett R, Harrison G, Leff J, Jones PB, Murray  
RM; Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups:  
results from the MRC AESOP Study. AESOP Study Group. *Psychol Med.* 2006  
Nov;36(11):1541-50.

Frangos E, Athanassenas G, Tsitourides S, Katsanou N, Alexandrakou P. Prevalence  
of DSM III schizophrenia among the first-degree relatives of schizophrenic probands.  
*Acta Psychiatr Scand.* 1985 Oct;72(4):382-6.

Frith, C. D., & Done, D. J. (1988). Towards a neuropsychology of schizophrenia.  
*British Journal of Psychiatry, 153*, 437-443.

Fucetola, R., Seidman, L. J., Kremen, W. S., Faraone, S. V., Goldstein, J. M., &  
Tsuang, M. T. (2000). Age and neuropsychologic function in schizophrenia: A  
decline in executive abilities beyond that observed in healthy volunteers. *Biological  
Psychiatry, 48*, 137-146.

Garety, P.,A., (1992), Making sense of delusions, *psychiatry 55(3)*,282-91, 292-296.

Geddes JR, Lawrie SM. Obstetric complications and schizophrenia: a meta-analysis.  
*Br J Psychiatry.* 1995 Dec;167(6):786-93.

Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L., & Mintz, J., (2000). Neurocognitive deficits  
and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the "right stuff"?  
*Schizophrenia Bulletin, 26*, 119-136.

Harrison G, Fouskakis D, Rasmussen F, Tynelius P, Sipos A, Gunnell D. Association  
between psychotic disorder and urban place of birth is not mediated by obstetric  
complications or childhood socioeconomic position: a cohort study. *Psychol Med.*  
2003 May;33(4):723-31.

Hawkins, K. A., Hoffman, R. E., Quinlan, D. M., Rakfeldt, J., Docherty, N. M., &  
Sledge, W. H. (1997). Onegative symptoms, and diagnosis: A comparison of  
schizophrenic, bipolar, and control samples. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical  
Neuroscience, 9*, 81-89.

- Heckers, S., Rauch, S. L., Goff, D., Savage, C. R., Schacter, D. L., Fischman, A. J., & Alpert, N. M. (1998). Impaired recruitment of the hippocampus during conscious recollection in schizophrenia. *Nature Neuroscience*, *1*, 318-323.
- Heinrichs, R. W., & Awad, A. G. (1993). Neurocognitive subtypes of chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *9*, 49-58.
- Heinrichs, R. W., & Zakzanis, K. K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: A quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, *12*, 426- 445.
- Hoening J. The concept of Schizophrenia. Kraepelin-Bleuler- Schneider.Br J Psychiatry. 1983 Jun;142:547-56.
- Hoff, A. L., Sakuma, M., Wieneke, M., Horon, R., Kushner, M., & DeLisi, L. E. (1999). Longitudinal neuropsychological follow-up study of patients with first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 1336-1341.
- Isohanni M, Jones PB, Moilanen K, Rantakallio P, Veijola J, Oja H, Koiranen M, Jokelainen J, Croudace T, Järvelin M. Early developmental milestones in adult schizophrenia and other psychoses. A 31-year followup of the Northern Finland 1966 Birth Cohort.Schizophr Res. 2001 Oct 1;52(1-2):1-19.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl*. 1992;20:1-97
- Jones P, Rodgers B, Murray R, Marmot M. Child development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort.Lancet. 1994 Nov 19;344(8934):1398-402.
- Kahlbaum KL Die Katatonie. Eine neue klinische krankheitsform. Berlin, Hirshwald, 1874
- Kaplan H., Sadock B. (1998). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry*. (eds) Maryland: Williams & Wilkins
- Kaplan, E., & Sadock, B. (2007). *Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής*. (I. Τριποδιανάκης & Κ. Ζερβός, Μετ.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.



Keith SA, Regier DA, Rae DS. Schizophrenic disorders. In Psychiatric Disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study pp. 33-52. Free Press New York 1991

Kendler KS, Diehl SR. The genetics of schizophrenia: a current, genetic-epidemiologic perspective. *Schizophr Bull.* 1993;19(2):261-85. Review.

Kendler KS, Robinette CD. Schizophrenia in the National Academy of Sciences-National Research Council Twin Registry: a 16-year update. *Am J Psychiatry.* 1983 Dec;140(12):1551-63.

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Shleeman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1994 Jan;51(1):8-19.

Kety SS, Wender PH, Jacobsen B, Ingraham LJ, Jansson L, Faber B, Kinney DK. Mental illness in the biological and adoptive relatives of schizophrenic adoptees. Replication of the Copenhagen Study in the rest of Denmark. *Arch Gen Psychiatry.* 1994 Jun;51(6):442-55.

Kircher, T. T. J., & Leube, D. T. (2003). Self-consciousness, self-agency, and schizophrenia. *Consciousness and Cognition, 12*, 656-669.

Kosmidis, M. H., Bozikas, V. P., Zafiri, M., & Karavatos, A. (2006). Shared cognitive processes in the Wisconsin Card Sorting Test and the Stroop Test. *Neuroscience Letters, 409*, 234-238.

Kraepelin E *Psychiatrie* (5th edn) pp 425-71 Barth, Leipzig 1896

Kraepelin E *Dementia praecox and paraphrenia* (transl. RM Barclay, GM Robertson) Livingstone, Edinburgh 1919

Kravariti, E., Morgan, K., Fearon, P., Zanelli, J. W., Lappin, J. M., Dazzan, P., Morgan, C., Doody, G. A., Harrison, G., Jones, P. B., Murray, R. M., & Reichenberg, A. (2009). Neuropsychological functioning in first-episode schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 195*, 336-345.

Kruger, T., et. al., 2004. Neurocognition Psychosocial Outcome and Vocational Integration *Psychiatry Prax*

Kupfer DJ, Regier DA, Kuhl EA On the road to DSM-V and ICD-11 Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2008 Nov; 258 Suppl 5:2-6

Lewis G, David A, Andréasson S, Allebeck P. Schizophrenia and city life. Lancet. 1992 Jul 18;340(8812):137-40.

Lewis CM, Levinson DF, Wise LH, DeLisi LE, Straub RE, Hovatta I, Williams NM, Schwab SG, Pulver AE, Faraone SV, Brzustowicz LM, Kaufmann CA, Garver DL, Gurling HM, Lindholm E, Coon H, Moises HW, Byerley W, Shaw SH, Mesen A, Sherrington R, O'Neill FA, Walsh D, Kendler KS, Ekelund J, Paunio T, Lönqvist J, Peltonen L, O'Donovan MC, Owen MJ, Wildenauer DB, Maier W, Nestadt G, Blouin JL, Antonarakis SE, Mowry BJ, Silverman JM, Crowe RR, Cloninger CR, Tsuang MT, Malaspina D, Harkavy-Friedman JM, Svrakic DM, Bassett AS, Holcomb J, Kalsi G, McQuillin A, Brynjolfson J, Sigmundsson T, Petursson H, Jazin E, Zoëga T, Helgason T. Genome scan meta-analysis of schizophrenia and bipolar disorder, part II: Schizophrenia. Am J Hum Genet. 2003 Jul;73(1):34-48.

McCabe J., O'Raly O., Murray R. McGuffin P. Wright P. Beyond nature and nurture in Psychiatry. Informa 2006

Myles-Worsley, M., Ord, L. M., Ngiralmu, H., Weaver, S., Blailes, F., & Faraone, S. V. (2007). The Palau Early Psychosis Study: Neurocognitive functioning in high risk adolescents. *Schizophrenia Research*, 89, 299-307.

Morel BA *Traité des maladies mentales*, pp516-566 Masson, Paris 1860

Moritz, S., Krausz, M., Gottwalz, E., Lambert, M., Perro, C., Ganzer, S., & Naber, D. (2000). Cognitive dysfunction at baseline predicts symptomatic 1-year outcome in first-episode schizophrenics. *Psychopathology*, 33, 48-51.

Murray RM, Jones PB, Susser E, van Os J, Cannon M, eds. *The Epidemiology of Schizophrenia*. Cambridge University Press; 2003

Mortensen PB, Pedersen CB, Westergaard T, Wohlfahrt J, Ewald H, Mors O, Andersen PK, Melbye M. Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. N Engl J Med. 1999 Feb 25;340(8):603-8.

Nathaniel-James, D. A., Brown, R., & Ron, M. A. (1996). Memory impairment in schizophrenia: Its relationship to executive function. *Schizophrenia Research*, 21, 85-96.

Niendam, T. A., Bearden, C. E., Johnson, J. K., McKinley, M., Loewy, R., O'Brien, M., Nuechterlein, K. H., Green, M. F., & Cannon, T. D. (2006). Neurocognitive performance and functional disability in the psychosis prodrome. *Schizophrenia Research, 84*, 100-111.

Nieuwenstein, M. R., Aleman, A., & de Haan, E. H. (2001). Relationship between symptom dimensions and neurocognitive functioning in schizophrenia: A meta-analysis of WCST and CPT studies. *Journal of Psychiatric Research, 35*, 119-125.

Norman, R. M. C., Malla, A. K., Morrison-Stewart, S. L., Helmes, E., Williamson, P. C., Thomas, J., & Qjrtese, L. (1997). Neuropsychological correlates of syndromes in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 170*, 134-139.

Onstad S, Skre I, Torgersen S, Kringlen E. Twin concordance for DSM-III-R schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 1991 May;83(5):395- 401.

Pantelis, C., & Maruff, P. (2002). The cognitive neuropsychiatric approach to investigating the neurobiology of schizophrenia and other disorders. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 655- 664.

Pantelis, C., Wood, S. J., & Maruff, P. (2002). Schizophrenia. In J. E. Harrison & A. M. Owen (Eds.), *Cognitive deficits in brain disorders* (pp. 217-248). London: Martin Dunitz.

Ragland, J. D., Moelter, S. T., McGrath, C., Hill, S. K., Gur, R. E., Bilker, W. B., Siegel, S. J., & Gur, R. C. (2003). Levels-of-processing effect on word recognition in schizophrenia. *Biological Psychiatry, 54*, 1154-1161.

Reichenberg, A. (2010). The assessment of neuropsychological functioning in schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 12*, 383-392.

Riley, E. M., McGovern, D., Mockler, D., Doku, V. C. K., Ceallaigh, S., Fannon, D. G., Tennakoon, L., Santamaria, M., Soni, W., Morris, R. G., & Sharma, T. (2000). Neuropsychological functioning in first-episode psychosis: Evidence of specific deficits. *Schizophrenia Research, 43*, 47-55.

Sedler MJ The legacy of Ewald Hecker: a new translation of “ Die Hebephrenie”, translated by Schoelly ML *Am J Psychiatry* 1985; 145 1265-1271

Selten JP, Cantor-Graae E. Hypothesis: social defeat is a risk factor for schizophrenia? *Br J Psychiatry Suppl.* 2007 Dec;51:s9-12. Erratum in: *Br J Psychiatry Suppl.* 2008 Mar;192(3):234.

Schneider K *Clinical Psychopathology* New York Grune and Stratton 1959

Schuepbach, D., Keshavan, M. S., Kmiec, J. A., & Sweeney, J. A. (2002). Negative symptom resolution and improvements in specific cognitive deficits after acute treatment in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 53, 249-261. Seidman, L. J., Giuliano, A. J., Meyer, E. C., Addington, J., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., McGlashan, T. H., Perkins, D.O., Tsuang, M. T., Walker, E. F., Woods, S. W., Bearden, C. E., Christensen, B. K., Hawkins, K., Heaton, R., Keefe, R. S., Heinssen, R., Cornblatt, B. A., & North American Prodrome Longitudinal Study (NAPLS) Group (2010). Neuropsychology of the prodrome to psychosis in the NAPLS consortium: Relationship to family history and conversion to psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 67, 578-588.

Stefansson H, Steinthorsdottir V, Thorgeirsson TE, Gulcher JR, Stefansson K. Neuregulin 1 and schizophrenia. *Ann Med.* 2004;36(1):62- 71. Review.

Sun J, Kuo PH, Riley BP, Kendler KS, Zhao Z. Candidate genes for schizophrenia: a survey of association studies and gene ranking. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2008 Oct 5;147B(7):1173-81.

Szasz Thomas, (1973). *Η Βιομηχανία της Τρέλας*. Θεσσαλονίκη: ΙΑΝΟΣ.

Szasz Thomas, (1989). *Νόμος, Ελευθερία και Ψυχιατρική – Μια έρευνα του ρόλου των ψυχιατρικών πρακτικών στην κοινωνία*. Αθήνα: ΑΡΧΙΠΕΛΑΓΟΣ.

Thomas, P., Kearney, G., Napier, E., Ellis, E., Leuder, I., & Johnson, M. (1996). Speech and language in first onset psychosis differences between people with schizophrenia, mania, and controls. *British Journal of Psychiatry*, 168, 337-343.

Tienari P, Wynne LC, Moring J, Läksy K, Nieminen P, Sorri A, Lahti I, Wahlberg KE, Naarala M, Kurki-Suonio K, Saarento O, Koistinen P, Tarvainen T, Hakko H, Miettunen J. Finnish adoptive family study: sample selection and adoptee DSM-III-R diagnoses. *Acta Psychiatr Scand.* 2000 Jun;101(6):433-43.

Torrey EF, Miller J, Rawlings R, Yolken RH: Seasonality of births in schizophrenia and bipolar disorder: a review of the literature. *Schizophr Res* 1997; 28:1–38

Velligan, D. I., & Bow-Thomas, C. C. (1999). Executive function in schizophrenia. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 4, 24-33.

Warner, R., (1999). Schizophrenia and the environment: speculative interventions. *Epidemiology Psychiatry Society*, 8(1),19-34.

Woodberry, K. A., Seidman, L. J., Giuliano, A. J., Verdi, M. B., Cook, W. L., & McFarlane, W. R. (2010). Neuropsychological profiles in individuals at clinical high risk for psychosis: Relationship to psychosis and intelligence. *Schizophrenia Research*, 123, 188-198.

World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental Health: new understandings, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001. Report from the WHO European Ministerial Conferenc. Copenhagen, Denmark. WHO Regional Office for Europe, 2005

World Psychiatric Association The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research Geneva 1994

Young, J. W., Powell, S. B., Risbrough, V., Marston H. M., & Geyer, M. A. (2009). Using the MATRICS to guide development of a preclinical cognitive test battery for research in schizophrenia. *Pharmacology & Therapeutics*, 122, 150-202.

## **Ελληνική Βιβλιογραφία**

Αλεβίζος Β. *Το σκεπτικά του Νόμου 2071/92 για την ακούσια νοσηλεία*. Τετράδια Ψυχιατρικής No 60, 1997

Αρεταίος, *Άπαντα*. Αθήνα, Εκδόσεις Κάκτος, 1997

Γρίβας Κλεάνθης, (1987). *Ψυχιατρικός ολοκληρωτισμός – ιστορική και κοινωνική θεώρηση της ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: ΙΑΝΟΣ.

Ζήσης Α. 2001. *Αξιολόγηση παρεμβάσεων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης μεθοδολογικά – ζητήματα και ερευνητικές κατευθύνσεις*. Τετράδια Ψυχιατρικής, No 75.

- Ιπποκράτης. *Απαντα: Παθήσεις-Επιληψία*. Αθήνα, Εκδόσεις Κάκτος, 1993
- Λυκούρας Ε., Μπότσης Α., Ούλης Π. 2005. *Η κλίμακα θετικού και αρνητικού συνδρόμου (Ranss) Εισαγωγή – Μετάφραση – Προτύπωση*. Αθήνα.
- Μαλλιώρα Μ, Οικονόμου-Λαλιώτη Μ, Πλουμπίδης Δ, Κουρέα-Κρεμαστινού Τζ. Ψυχική δημόσια υγεία: Στο: Κουρέα-Κρεμαστινού Τζ. *ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ, Θεωρία-Πράξη-Πολιτικές*. Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα, 2007:535–556
- Μάνος Νίκος, (1988). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: UNIVERSITY STUDIO PRESS Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών.
- Μάνου Νικ., Εννοιολογική προσέγγιση Ψυχική Υγεία, 2007, διαθέσιμο μέσω διαδικτύου : <http://www.stress.gr>, ημερομηνία πρόσβασης 8/1/2014
- ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ & ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ – Β΄ ΦΑΣΗ»  
Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων – Ιατρική Σχολή – Ψυχιατρική Κλινική Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ) Όμιλος Μελετών & Αναπτυξιακού Σχεδιασμού (ΟΜΑΣ ΑΕ) Αθήνα 2004
- ΝΟΜΟΣ 2071/92 «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας»
- Παπαγεωργίου, Ε. 2004. *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Παρισιάνου
- Παπαδημητρίου Γεώργιος, *Ψυχική υγεία, φροντίδα κ αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών*. Ψυχιατρική 19 (3), 2008
- Υφαντής Θ., (2006), *Η ψυχοδυναμική ψυχιατρική στην κλινική πράξη*. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα
- Φερεντίνος Π., Κονταξάκης Β. 2003. *Θεραπεία στην σχιζοφρένεια*. Ψυχιατρική κλινική Παν/μίου Αθηνών. Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Αθήνα: Καστανιώτη
- Χριστοδούλου Γ. & συν., *Ψυχιατρική*, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2006