

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας

Σχολή: ΣΕΥΠ

Τμήμα: Νοσηλευτικής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

"Μακράς δράσης αντιψυχωτική αγωγή σε ασθενείς με σχιζοφρένεια: πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα".



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : ΣΟΥΜΠΑΣΗ ΕΥΑΝΘΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ : ΠΑΣΑΙ ΚΛΙΝΤΑ

ΡΑΘΩΣΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΠΑΤΡΑ, 2017

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τις οικογένειές μας που πάντοτε μας παροτρύνουν να επιδιώκουμε το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στις προσπάθειές μας, τόσο σε προσωπικό, όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο. Επιπλέον, οφείλουμε να ευχαριστήσουμε καθηγήτριά μας την κυρία Ευανθία Σούμπαση, που καθόλη τη διάρκεια της συγγραφής μας καθοδηγούσε, ώστε επιτυχώς να ολοκληρώσουμε την εργασία μας. Τέλος, σπουδαία ήταν η συμβολή της κυρίας Σωτηριάδου, Ψυχιάτρου, υπεύθυνη του Κέντρο Ψυχικής Υγείας Τερψηθέας στο οποίο πραγματοποιήθηκε η έρευνά μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	2
Περιεχόμενα.....	3-4
Πρόλογος.....	5
Εισαγωγή.....	6
Περίληψη.....	7
Summary.....	8
Λέξεις - κλειδιά.....	9
Γενικό μέρος Ορισμός σχιζοφρένειας.....	10
Επιδημιολογικά στοιχεία.....	12
Ιστορική αναδρομή.....	13
Ιστορία σχιζοφρένειας.....	16
Τύποι σχιζοφρένειας.....	17
Αιτιολογία παθοφυσιολογίας.....	24
Συμπτώματα.....	29
Πρόγνωση.....	34
Λόγοι υποτροπής.....	37
Τυπικά στάδια σχιζοφρένειας.....	38
Διάγνωση.....	39
Διαφορική διάγνωση.....	40
Θεραπεία.....	41
Ειδικές ομάδες σχιζοφρενών.....	45
Μύθοι για τη σχιζοφρένεια.....	58
Αντιψυχωτικά φάρμακα.....	61
1. Πρώτης γενιάς αντιψυχωτικά.....	62
2. Δεύτερης γενιάς αντιψυχωτικά.....	64
Αντίσταση στη θεραπεία.....	80
Μη ικανοποιητική ανταπόκριση στη θεραπεία.....	82
Μη συμμόρφωση στη συνταγογραφούμενη θεραπεία.....	86

Αίτια μη συμμόρφωσης.....	89
Στρατηγικές αντιμετώπισης της πτωχής συμμόρφωσης.....	90
Στρατηγικές αλλαγές της φαρμακευτικής αγωγής	91
Ειδικό μέρος	
1. Γενικά.....	94
2. Σκοπός μελέτης.....	95
3. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας.....	96
4. Υλικό και μέθοδος.....	97
5. Στατιστική ανάλυση.....	98
6. Αποτελέσματα έρευνας.....	99
7. Αποτελέσματα ερωτηματολογίου QoL-36.....	101
8. Έγγραφο Συγκατάθεση Ασθενούς.....	119
9. Ερωτηματολόγιο QoL -36.....	121
Συμπεράσματα.....	127
Συζήτηση	129
Προτάσεις για μελλοντικές μελέτες.....	130
Βιβλιογραφία.....	131

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο άνθρωπος αποτελεί μία σύνθεση σωματικών, ψυχικών και πνευματικών λειτουργιών και δεξιοτήτων που ιδανικά θα έπρεπε να συνεργάζονται μεταξύ τους. Παρόλα αυτά συχνά παρατηρούνται δυσλειτουργίες των επιμέρους λειτουργιών και τότε το σώμα και ο νους κλονίζονται και ορισμένες φορές καταρρέουν.

Στην περίπτωση των ψυχικών παθήσεων, παρουσιάζεται μία ποικιλομορφία δυσλειτουργιών που σχετίζεται με τη μορφή, τη βαρύτητα, και την εκδήλωση της νόσου. Οι ψυχικές νόσοι είναι πολυάριθμες και χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής και φροντίδας από όλους τους επαγγελματίες υγείας, καθώς οι ψυχικά ασθενείς συχνά δεν έχουν ενσυναίσθηση της νόσου και οδηγούνται στην κοινωνική απομόνωση. Μία εξ' αυτών των παθήσεων η σχιζοφρένεια αποτελεί και το θέμα της εργασίας μας. Χαρακτηρίζεται ως μία αόρατη απειλή που και μόνο στο άκουσμά της χιλιάδες συνάνθρωποί μας τρομοκρατούνται. Δυστυχώς η άγνοια που τους διακατέχει και η πληθώρα των μύθων που την περιβάλλουν έχουν δημιουργήσει δυσμενείς συνθήκες απέναντι στους πάσχοντες.

Η σχιζοφρένεια είναι μία τόσο αινιγματώδης και σύνθετη ασθένεια που δεν μπορεί παρά μόνο να μας παρασύρει στην αναζήτηση της αλήθειας και στην αδιάλλειπτη προσπάθεια για μελλοντική πλήρη ίαση της νόσου.

Ακριβώς αυτή η ιδιαιτερότητα της σχιζοφρένειας ήταν ο κύριος λόγος, που την επιλέξαμε ως βασικό πυλώνα της έρευνάς μας, αφού πρόκειται για μία πρόκληση για εμάς η διερεύνηση της παθοφυσιολογίας και η καταλληλότητα της φαρμακευτικής αγωγής που ευρέως χορηγείται στους ασθενείς. Ήρθε πλέον η στιγμή που η γνώση θα ξεπεράσει την άγνοια και το θάρρος θα υπερνικήσει το φόβο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένεια είναι μία πάθηση τόσο γνωστή ώστε συχνά να γίνεται θέμα συζήτησης ή ακόμα και κύριο θέμα για τη δημιουργία μυθιστορημάτων ή ταινιών. Τι είναι όμως αυτό που πραγματικά μας ελκύει στη σχιζοφρένεια; Το ρίγος που προκαλεί το άκουσμά της ή οι θρύλοι που έχουν δημιουργηθεί γύρω από αυτή;

Η σχιζοφρένεια είναι μία από τις πιο αμφιλεγόμενες ψυχικές παθήσεις για την οποία υπάρχουν αναφορές ήδη από την αρχαιότητα τόσο στον ελλαδικό χώρο, όσο και στις γειτονικές χώρες. Εκείνη την εποχή οι περισσότεροι άνθρωποι αμφισβητούσαν την παθοφυσιολογία που υποβόσκει και θεωρούσαν πως η σχιζοφρένεια όπως και καθετί το ανεξήγητο πήγαζε από θεϊκή παρέμβαση ως μορφή τιμωρίας ή ως αποτέλεσμα ύπαρξης κακών πνευμάτων που βασάνιζαν τις ψυχές αμαρτωλών ανθρώπων ταλαντεύοντας τους μεταξύ του πραγματικού και του μη πραγματικού. Πλέον όμως χάρη στην ανάπτυξη των θετικών επιστημών και στην ταυτόχρονη επίτευξη της δημιουργίας νέων τεχνολογιών και απεικονιστικών εξετάσεων γνωρίζουμε την πραγματική βάση της παθοφυσιολογίας της σχιζοφρένειας καταρρίπτοντας μύθους και εικασίες χιλιάδων ετών.

Ο ακρογωνιαίος λίθος και κοινό συστατικό όλων σχεδόν των ψυχικών διαταραχών είναι οι σοβαρές βλάβες που εντοπίζονται στον εγκέφαλο. Ο εγκέφαλος δικαίως χαρακτηρίζεται ως το κέντρο ελέγχου του οργανισμού μας, αφού ρόλος του είναι ο συντονισμός των επιμέρους λειτουργιών του σώματος και η διατήρηση της ισορροπίας των συναισθημάτων. Ακριβώς σε αυτό το όργανο εμφανίζονται απεικονιστικές αλλοιώσεις σε σύγκριση με τα υγιή άτομα. Παρόλα αυτά οι βλάβες αυτές δεν αποτελούν το μοναδικό αίτιο της παρουσίας των ψυχωσικών συμπτωμάτων. Αντιθέτως η σχιζοφρένεια είναι πολυπαραγοντική πάθηση δυσχερένοντας μ'αυτόν τον τρόπο την πλήρη κατανόησή της και την μόνιμη ίασή της. Σύμφωνα με τα ψυχιατρικά εγχειρίδια, η σχιζοφρένεια κατατάσσεται στις ψυχώσεις και έχει εξαιρετικά έντονη κλινική εικόνα. Πιο συγκεκριμένα επηρεάζεται η σκέψη, η αντίληψη, η συμπεριφορά, το συναίσθημα και η λειτουργικότητα του ατόμου. Είναι πλέον αναμφισβήτητο ότι κατά τους δύο τελευταίους αιώνες οι γνώσεις μας για το σύνολο των ψυχικών ασθενειών έχουν αυξηθεί ραγδαία. Παρόλα αυτά όμως δεκάδες ερωτήματα παραμένουν αναπάντητα διαιωνίζοντας την παραγωγή νέων υποθέσεων και ερωτημάτων για το πότε θα έρθει επιτέλους η στιγμή που με σθένος και αποφασιστικότητα θα είμαστε σε θέση να αντιμετωπίσουμε ισάξια το πολυκέφαλο τέρας που αποκαλείται σχιζοφρένεια. (Hogan M. A, 2008).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην εργασία που ακολουθεί παρουσιάζονται στατιστικά αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη στους ασθενείς που λαμβάνουν μακράς δράσης αντιψυχωτική αγωγή στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αγυιάς. Η έρευνα αφορά την αποτελεσματικότητα των βραδέως αποβαλλόμενων αντιψυχωτικών φαρμάκων σε ασθενείς με διαγνωσμένη σχιζοφρένεια. Παρουσιάζονται συγκριτικές μετρήσεις που αφορούν τη σχέση πλεονεκτημάτων-μειονεκτημάτων των σκευασμάτων αυτών και οδηγούμαστε σε συμπεράσματα σχετικά με την αποδοτικότητά τους.

SUMMARY

At work below presents statistical survey conducted in patients receiving this treatment to the Mental Health Center of Aguia. Research on the effectiveness of slowly discharged antipsychotic drugs in patients with diagnosed schizophrenia. They are presented comparative measurements of the relation "advantages- disadvantages " of these drugs and led to conclusions about their efficiency.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ

σχιζοφρένεια, αντιψυχωτικά, μακράς δράσης, ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη, κουετίαπινη, κλονζαπίνη, ζιπραζιδόνη, αριπιπραζόλη

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Ως σχιζοφρένεια θεωρούμε τη νόσο που προκαλεί διάσχυση του εγκεφάλου. Η πάθηση προέρχεται από τις λέξεις ‘‘σχιζο’’ (εκ του ‘‘σχίζω’’, δηλαδή κατακερματισμένος ή χωρισμένος στα δύο) και ‘‘φρένεια’’ (εκ του ‘‘φρην’’, νους), διότι οι πάσχοντες έχουν μεγάλη δυσχέρεια στο να σκεφτούν με διαύγεια, ενώ ταυτόχρονα αδυνατούν να νοιώσουν τα φυσιολογικά και αναμενόμενα μίας περίπτωσης συναισθήματα. (Black D, Andreasen N, 2015).

Ορίζεται ως μία σοβαρή, χρόνια, νευροαναπτυξιακή διαταραχή που περιλαμβάνει νευροεκφυλιστικούς μηχανισμούς. (<https://doi.org/10.2147/PPA.s.53795>, Kaplan, G, Gasay, J, Zummo, J, 13/11/13, page 1171(6/12/16). Χαρακτηρίζεται από περιόδους πλήρους ή μερικής ύφεσης και από συχνές υποτροπές. Ανήκει σε μία ομάδα σχετιζόμενων ψυχωσικών διαταραχών του εγκεφάλου, αγνώστου αιτιολογίας. Η δράση της ασθένειας θα μπορούσε να αποκαλεσθεί ποικιλόμορφη διότι αποτελεί ένα συνδυασμό διαταραχών της σκέψης, της αντίληψης, της συμπεριφοράς, του συναισθήματος και της κοινωνικής λειτουργικότητας. (Hogan M. A, 2008).

Η σχιζοφρένεια αποτελεί κορυφαία πρόκληση για όλους τους επαγγελματίες υγείας καθώς καλούνται να αντιμετωπίσουν την πλέον πιο καταστροφική πάθηση της ψυχικής υγείας . Τα χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας είναι η πλειονότητα του πρώτων επεισοδίων άρχεται κατά εφηβείας ή αμέσως μετά τη λήξη της δηλαδή λίγο μετά τα 20 έτη. Τα άτομα αυτά καθίστανται αδύναμα έως και ανίκανα να αντιμετωπίσουν τις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής τους που μέρα με τη μέρα αλλάζει. (Black D, Andreasen N, 2015). Οι αλλαγές αυτές συμβαίνουν με τόσο ταχείς ρυθμούς που ακόμα και ο περίγυρός τους αδυνατεί να κατανοήσει και να συμβαδίσει. Οι πιθανότητες να επιστρέψουν στην προηγούμενη λειτουργικότητά τους είναι πολύ μικρές εάν δε λάβουν την κατάλληλη θεραπεία.

Ο αντίκτυπος και οι επακόλουθες συνέπειές της την κατατάσσουν σε μία εκ των δέκα αιτιών αναπηρίας σύμφωνα πάντοτε με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Η επιβάρυνση αφορά τους δείκτες καθημερινής, κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας στις αναπτυγμένες χώρες (<https://www.el.wikipedia.org/wiki/σχιζοφρένεια>, 14/1/17)

Κυρίαρχα συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι τα λεγόμενα θετικά που δε συναντώνται στον υγιή

πληθυσμό, τα αρνητικά που διαταράσσουν τα κανονικά συναισθήματα και τις συμπεριφορές, τα γνωσιακά που σχετίζονται με τη μνήμη και τη συγκέντρωση και τέλος τα συναισθηματικά που αναφέρονται σε διακυμάνσεις της διάθεσης. (<https://www.onhealth.com/content/1/schizophrenia/symptoms>, types, causes, treatment, 6/12/16).

Ως οξεία φάση στη σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται το διάστημα στο οποίο ο ασθενής παρουσιάζει ψυχωτικού τύπου συμπτωματολογία. Στην οξεία φάση που απαιτεί ιδιαίτερη φροντίδα και άμεση χορήγηση αντιψυχωτικών. Επιπλέον είναι απαραίτητο να αναφέρουμε ότι στο σχιζοφρενικό φάσμα δεν συναντάμε μόνο τη σχιζοφρένεια, αλλά και άλλες ψυχωτικές διαταραχές όπως τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή (κατάσταση στην οποία εμφανίζεται η συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας με ταυτόχρονη συνύπαρξη κάποιου επεισοδίου διαταραχής διάθεσης καταθλιπτικού, μανιακού ή μεικτού) και τη σχιζοφρεμικόμορφη διαταραχή (πάθηση που επικρατούν τα συμπτώματα όμοια της σχιζοφρένειας με διάρκεια 1 με 6 μήνες). (https://kratoumenoi.blogspot.com/2009/12/blog-post_8258.html, 26/2/17).

Τέλος υπάρχουν κι άλλες ψυχωτικές διαταραχές τις οποίες θα αναφέρουμε επιγραμματικά :

- ◆ Η παραλητική διαταραχή
- ◆ Η βραχεία ψυχωτική διαταραχή
- ◆ Η επινεμόμενη ψυχωτική διαταραχή
- ◆ Η ψυχωτική διαταραχή οφειλούμενη σε ουσίες και τέλος
- ◆ Η ψυχωτική διαταραχή οφειλούμενη στη γενικότερη σωματική κατάσταση του ασθενούς. (Hogan M. A, 2008).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Υπολογίζεται ότι η σχιζοφρένεια επηρεάζει περίπου το 1% του πληθυσμού σε παγκόσμια κλίμακα. Ο Π.Ο.Υ. την κατατάσσει σε 1 από τις 10 νόσους με τη σοβαρότερη επιβάρυνση σε δείκτες καθημερινής, κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας στις ανεπτυγμένες χώρες (<https://www.el.wikipedia.org/wiki/σχιζοφρένεια>, 12\12\16)

Ετησίως ο αριθμός των νέων περιστατικών ανά 1.000 άτομα είναι στο 0,67. Στη χώρα μας υπάρχουν περίπου 100.000 ασθενείς με διαγνωσμένη σχιζοφρένεια με μόνο το 10% να χρήζει ανάγκη για προγράμματα αποκατάστασης. (<https://www.iatropedia.gr/σχιζοφρένεια>, 26/1/17).

Παγκοσμίως περίπου 24.000.000 άτομα φέρουν αυτή την πάθηση με το 50% να δέχεται ελλιπή φροντίδα και περίθαλψη, ενώ το 90% των πασχόντων στα αναπτυσσόμενα κράτη να μην έχει πρόσβαση σε ψυχιατρικές κλινικές και θεραπεία. Σε αυτήν οφείλεται το 1% της αναπηρίας παγκοσμίως.

Στατιστικά φαίνεται πως εμφανίζεται κατά 1,4 φορές περισσότερο στους άντρες απ' ότι στις γυναίκες στους οποίους συνήθως εκδηλώνεται νωρίτερα. Οι ηλικίες στις οποίες κατά μέσο όρο αρχίζει η ασθένεια είναι 20-28 χρονών για τους άντρες και 26-32 χρονών για τις γυναίκες. Σε άτομα άνω των 40 η πρωτοεμφάνιση ενδείξεων σχιζοφρένειας αποτελεί εξαίρεση. (<https://www.el.wikipedia.org/wiki/σχιζοφρένεια>, 12/12/16).

Σχιζοφρένεια σε μικρά παιδιά είναι σπάνια. Το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας υπολογίζει λιγότερο από 1 στα 40.000 παιδιά βιώνουν την έναρξη των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας πριν από την ηλικία των 13 ετών (<https://www.onhealth.com/content/1/schizophrenia/symptoms>, types, causes, treatment, 6/12/16).

Επιπλέον επιδημιολογικά δεδομένα είναι ότι ένας στους τρεις ασθενείς με διαγνωσμένη σχιζοφρένεια θα αποπειραθεί να αυτοκτονήσει με το 10% να καταφέρει να ολοκληρώσει επιτυχώς την προσπάθειά του εντός των πρώτων 20 ετών από τη στιγμή της διάγνωσης. Κύρια αιτία της απόπειρας αυτοτραυματισμού είναι η συνύπαρξη διαταραχών διάθεσης με κυριότερη την κατάθλιψη. Συνήθως τα άτομα αυτά είναι νεαροί άνδρες κάτω των 30 με πρόσφατη έξοδο από το νοσοκομείο. (<https://www.psychcentral-schizophrenia12\12\16>)

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Προϊστορικοί χρόνοι:

Κατά τους προϊστορικούς χρόνους δε γινόταν διάκριση μεταξύ σωματικών και ψυχικών διαταραχών. Οι άνθρωποι τότε πίστευαν πως τα κακά πνεύματα ήταν το αίτιο της ασθένειας. Συνεπώς το 4.000-5.000 π.Χ. ως θεραπεία των ψυχικών διαταραχών ήταν ο "τρυπανισμός". Προκειται για μία βάρβαρη μορφή απόπειρας θεραπείας στην οποία τρυπούσαν το κεφάλι του ασθενούς προς διαφυγή των κακών πνευμάτων.

Αρχαία Ελλάδα :

Εκείνη την εποχή παρουσιάστηκαν οι πρώτες ενδείξεις για την προστασία και προαγωγή της υγείας των ψυχικά ασθενών. Για παράδειγμα ο Ιπποκράτης θεώρησε την ψυχοπαθολογία σαν το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τεσσάρων χυμών: αίμα, μαύρη χολή, κίτρινη χολή και φλέγμα. Αυτός ήταν που περιέγραψε πρώτος τις κύριες ψυχικές διαταραχές, τις λεγόμενες φρενίτιδες, ενώ ο Αριστοτέλης θεωρούσε πως το θέατρο απαλλάσσει την ψυχή από ότι μας βλάπτει. ([https://www.e-psychology.gr/ιστορική αναδρομή ψυχοπαθολογίας](https://www.e-psychology.gr/ιστορική_αναδρομή_ψυχοπαθολογίας), 07/03/17).

Επιπλέον κάθε παράλογη, ριψοκίνδυνη, παρανοϊκή συμπεριφορά, κάθε διαταραχή του μυαλού και της λογικής σκέψης αναγόταν όχι σε οργανικές ή ψυχολογικές αιτίες, αλλά θεωρούσαν ότι οφειλόταν στη δράση ενός αόρατου υγρού που έστελνε στους ανθρώπους μία εξωτερική, δαιμονική δύναμη ή μία εξοργισμένη οντότητα. Πιο συγκεκριμένα ο Όμηρος πίστευε πως η ψυχική ασθένεια ή η παράνοια, η επανομαζόμενη "Άτη " ήταν θεϊκής προέλευσης και κάθε είδους ψυχικά και σωματικά συμβάντα αποδίδονταν σε παρεμβάσεις από δαίμονες "αλάστωρ" ή από τους θεούς.

Ρωμαϊκή εποχή:

Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου θεσπίστηκαν οι πρώτοι νόμοι που αφορούσαν ελαφρυντικά μέτρα για τους πάσχοντες από ψυχικές ασθένειες. Λίγο αργότερα ξεκίνησε η λειτουργία των πρώτων ιδρυμάτων θεραπείας και αποκατάστασης των ψυχικά νοσούντων. Παράλληλα εκείνη την εποχή ταξινομήθηκαν πολλές ψυχολογικές διαταραχές.

Μεσαίωνας:

Κατά τη σκοτεινή εποχή του Μεσαίωνα η περίθαλψη των ψυχικά ασθενών θα μπορούσε να

χαρακτηρισθεί τουλάχιστον ως τραγική. Πιο συγκεκριμένα η συνήθη εικόνα των ασθενών αυτών ήταν να βρίσκονται διαρκώς εγκλεισμένοι, υποσιτισμένοι και απεριποίητοι, στοιβαγμένοι σαν ζώα σε άθλια ιδρύματα. Όπως και κατά τους προϊστορικούς χρόνους έτσι και στην εποχή του Μεσαίωνα συνεχίστηκε ως θεραπεία ο τρυπανισμός του κρανίου, ενώ πίστευαν και στις θεωρίες περί χυμών της ελληνιστικής περιόδου. Εξαιτίας της πεποίθησης ότι κακά πνεύματα έχουν κυριεύσει το μυαλό του ασθενούς υπάρχουν πολλές μαρτυρίες για εξορκισμό των “δαιμονισμένων” προς απομάκρυνση των πνευμάτων. Ο κοινωνικός αποκλεισμός και η σχεδόν μηδαμινή παροχή φροντίδας των πασχόντων ήταν τα κοινά σημεία όπου ανεξαρτήτως της παθήσης που είχαν, όλοι οι ψυχικά ασθενείς αντιμετώπιζαν σε καθημερινή βάση. Εξαιρεση αποτελούν οι Άραβες οι οποίοι με βάση την μουσουλμανική πίστη πίστευαν ότι ο ψυχικά ασθενής είναι αγαπητός και διαλεγμένος από το θεό αναπτύσσοντας ανθρωπιστική αντιμετώπιση και δημιουργώντας άσυλα για τους ψυχικά ασθενείς.

Αναγέννησης (15ος-17ος αιώνας)

Η επικράτηση της λογικής και της επιστημονικής σκέψης άλλαξε το τοπίο την περίοδο της Αναγέννησης (15ος-17ος αιώνας). Τότε ουσιαστικά δόθηκε για πρώτη φορά έμφαση στην ανθρώπινη ευημερία και στη μοναδικότητα του ατόμου. Μέχρι τότε τα περισσότερα άσυλα ήταν σε άθλια κατάσταση και οι εγκλεισμένοι σε αυτά ήταν δεμένοι και συχνά επιδεικνύονταν στο κοινό σαν ζώα ενός αλλόκοτου ζωολογικού κήπου. Όμως σύμφωνα με τον ανθρωπισμό της αναγέννησης οι άνθρωποι δεν ήταν δαιμονισμένοι αλλά ψυχικά ασθενείς που έχρηζαν θεραπεία. Το 1563 ο Γιόχαν Βέγερ δημοσίευσε ένα βιβλίο εναντίον της θεωρίας της μαγείας. Το βιβλίο του κατακρίθηκε και απαγορεύτηκε από τη εκκλησία και την πολιτεία, αλλά αποδείχτηκε να είναι ο πρόδρομος της επικράτησης του ανθρωπισμού στην ψυχική υγεία.

Το Κίνημα της Αναμόρφωσης (18ος και 19ος αιώνας):

Στη Γαλλία τον 18ο αιώνα ένας γιατρός ονόματι Πινέλ οργάνωσε αυτό που ονομάστηκε κίνημα της ηθικής θεραπείας. Πιο συγκεκριμένα έβγαλε τις αλυσίδες από τους ασθενείς, τους έβαλε σε φωτεινά δωμάτια, τους προέτρεπε να γυμνάζονται στην εξοχή και απαίτησε σε όλους τους επαγγελματίες υγείας να τους φέρονται με ευγένεια και καλοσύνη. Στην Αγγλία ο Ουίλλιαμ Τιούκ

ίδρυσε ένα ίδρυμα «ηθικής θεραπείας» στην εξοχή. Εκεί οι ασθενείς δούλευαν, προσεύχονταν και μιλούσαν για τα προβλήματά τους. Στις ΗΠΑ οι Ρας, Ντιξ και Μπηρς δημιούργησαν ανάλογες δομές ηθικής θεραπείας και άλλαξαν τη στάση του κόσμου, της πολιτείας και της εκκλησίας προς τους ασθενείς. Ο Μπηρς το 1908 έγραψε το βιβλίο "Ένα μυαλό που βρέθηκε μόνο του σχετικά με την προσωπική του περιπέτεια όταν κατέρρευσε ψυχολογικά". Το βιβλίο του περιγράφει την απαίσια μεταχείριση που είχε μαζί με τους άλλους ασθενείς σε τρία ψυχιατρικά ιδρύματα. Εκεί τους χτυπούσαν τους έδεναν τους ταπεινώναν και τους φορούσαν ζουρλομανδύες. Προσέλκυσε το ενδιαφέρον και την υποστήριξη των ψυχιατρικών υπηρεσιών. (<https://www.Ατη.ΕλληνικήΨυχιατροδικαστικήΕταιρεία,τεύχος6σελίδες9-16.>)

Ελλάδα:

Μέχρι και τη δεκαετία του 80 οι συνθήκες κράτησης των ψυχικά νοσούντων ήταν ιδιαίτερα σκληρές και δεν αντιπροσώπευαν ένα δημοκρατικό κράτος στο οποίο αιώνες πριν αρχαίοι σοφοί είχαν κάνει το πρώτο βήμα για την κατανόηση και την αποκατάσταση των ασθενών αυτών.

Πιο συγκεκριμένα μόνο κατά τις δεκαετίες του 80 και του 90 άρχισε ο εξανθρωπισμός των ψυχιατρείων και η πολιτεία έδειξε κάποιο ενδιαφέρον για τους ψυχικά ασθενείς, βγήκαν στην επιφάνεια οι άθλιες συνθήκες του ψυχιατρείου της Λέρου και η χώρα μας κατακρίθηκε διεθνώς. (https://www.e-psychology.gr/ιστορική_αναδρομή_ψυχοπαθολογίας,7/3/17).

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η σχιζοφρένεια ήταν γνωστή στην αρχαιότητα από τους Έλληνες γιατρούς του 2ου αιώνα μ.Χ. και συγκεκριμένα από τον Αρεταίο τον Καππαδόκη και τον Σωρανό τον Εφέσιο που πρώτοι την περιέγραψαν. (<https://www.el.wikipedia.org/wiki/σχιζοφρένεια>, 14/1/17).

Αρχικά ο Γάλλος Benedict Morel το 1853 την αποκάλεσε “πρόωρη άνοια” όχι όμως υπό την αυστηρή έννοια και τη διέκρινε ως ξεχωριστή πάθηση των εφήβων και των ενηλίκων.

Το 1893 ο Emil Kraepelin πρότεινε την ταξινόμηση των ψυχικών παθήσεων με το ένα άκρο να είναι η πρόωρη άνοια(σχιζοφρένεια) και το άλλο άκρο η διαταραχή της διάθεσης (δηλαδή η μανιακή κατάθλιψη που περιλαμβάνει την μονοπολική και την διπολική κατάθλιψη). Πίστευε ότι η σχιζοφρένεια δεν αποτελούσε πραγματική μορφή άνοιας γι’αυτό το λόγο την αποκαλούσε “ψευδοάνοια”.

Ο όρος “σχιζοφρένεια” επινοήθηκε από τον Eugen Bleuler το 1911 για να περιγράψει το πώς βασικές νοητικές λειτουργίες όπως η προσωπικότητα, η σκέψη, η μνήμη και η αντίληψη χάνουν την μεταξύ τους επικοινωνία. Ο Bleuler περιέγραψε τα 4 κύρια συμπτώματα: διαταραχές ισορροπίας, αυτισμός, διαταραγμένη σκέψη και κυκλοθυμία. (<https://www.psychologia.gr/διαταραχές/σχιζοφρένεια>, 6/3/17).

ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Τα είδη συμπτωμάτων που χρησιμοποιούνται για να γίνει η διάγνωση της σχιζοφρένειας διαφέρουν μεταξύ των ατόμων που έχουν προσβληθεί και μπορεί να αλλάξουν καθώς η νόσος εξελίσσεται. Διαφορετικοί υπότυποι της σχιζοφρένειας ορίζονται σύμφωνα με τα πιο κυρίαρχα χαρακτηριστικά που υπάρχουν σε κάθε άτομο σε κάθε χρονικό σημείο. Το αποτέλεσμα είναι ότι ένα άτομο μπορεί να διαγνωστεί με διαφορετικούς υποτύπους κατά τη διάρκεια της ασθένειάς του.

Σύμφωνα με το DSM 5 υπάρχουν οι ακόλουθοι 5 τύποι σχιζοφρένειας, ενώ σύμφωνα με το ICD 10 υπάρχουν επιπρόσθετα δύο ακόμα τύποι που αναφέρονται στο τέλος της συγκεκριμένης ενότητας.

- ◆ **παρανοϊκός τύπος,**
- ◆ **αποδιοργανωμένος,**
- ◆ **κατατονικός,**
- ◆ **αδιαφοροποίητος και**
- ◆ **υπολλειματικός.**

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΠΑΡΑΝΟΪΚΟΥ ΤΥΠΟΥ

Πρόκειται για την πιο σύνηθη μορφή σχιζοφρένειας. Το καθοριστικό χαρακτηριστικό του παρανοϊκού υποτύπου (επίσης γνωστή ως παρανοϊκή σχιζοφρένεια) είναι η παρουσία ακουστικών ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών με διωκτικό περιεχόμενο ή σκέψεις συνομωσίας.

Ωστόσο, οι άνθρωποι με αυτόν τον υπότυπο μπορεί να είναι πιο λειτουργικοί στην ικανότητά τους να εργάζονται και να συμμετέχουν σε σχέσεις από ό,τι τα άτομα με τους άλλους υπότυπους της σχιζοφρένειας. Οι λόγοι δεν είναι απολύτως σαφείς, αλλά μπορεί εν μέρει να αντανακλά στο γεγονός ότι οι άνθρωποι που πάσχουν από αυτόν τον υπότυπο συχνά δεν εμφανίζουν συμπτώματα

για ένα μεγάλο διάστημα στη ζωή τους και έχουν επιτύχει ένα υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας πριν από την έναρξη της ασθένειάς τους. Τις περισσότερες φορές παρουσιάζεται σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, έγγαμους, με παιδιά και εργαζόμενους.

Συμπτώματα παρανοϊκού τύπου είναι:

Κατά βάση οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες περιστρέφονται γύρω από κάποιο χαρακτηριστικό θέμα το οποίο συχνά παραμένει αρκετά σταθερό μέσα στο χρόνο. Οι ιδιοσυγκρασίες ενός ασθενούς και η γενική συμπεριφορά του συχνά σχετίζονται με το περιεχόμενο της διαταραχής της σκέψης. Για παράδειγμα, οι άνθρωποι που πιστεύουν ότι διώκονται αδίκως μπορεί εύκολα να εξοργισθούν και να γίνουν εχθρικοί. Αίτιο της επιδείνωσης των συμπτωμάτων τους είναι συνήθως κάποια σημαντικά στρεσογόνα κατάσταση στη ζωή τους.

Σε εκείνο το σημείο, οι πάσχοντες μπορούν να αναγνωρίζουν την ανάγκη για εξωτερική βοήθεια. Στην οξεία φάση παρουσιάζουν έντονη καχυποψία με αποτέλεσμα να μην είναι συζητήσιμοι. (<https://www.psychcentral.news.com/lib/paranoid-12\12\16-schizophrenia,12\12\16>)

Υπάρχει πιθανότητα να αυτοτραυματιστούν, ή να γίνουν επικίνδυνοι προς τους άλλους ακόμα και να οδηγηθούν σε ανθρωποκτονία. (Hogan M. A, 2008). Γενικότερα υπάρχει ένα ευρύ φάσμα για τη φύση και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που μπορεί να λαμβάνουν χώρα σε οποιαδήποτε στιγμή. Όταν τα συμπτώματα είναι σε φάση έξαρσης μπορεί να υπάρχει κάποια αποδιοργάνωση των διαδικασιών σκέψης. Σε αυτή τη φάση οι άνθρωποι μπορούν να έχουν περισσότερα προβλήματα απ 'ότι συνήθως, θυμούνται τα πρόσφατα γεγονότα μιλώντας συνεκτικά και συμπεριφέρονται με έναν πιο οργανωμένο και ορθολογικό τρόπο. Κατά βάση αυτά τα χαρακτηριστικά είναι περισσότερο συχνά ως χαρακτηριστικά άλλων υποτύπων, αλλά μπορεί να είναι παρόν σε διαφορετικό βαθμό σε άτομα με παρανοϊκό υπότυπο, ανάλογα με την τρέχουσα κατάσταση της ασθένειάς τους. (<https://www.psychcentralnews.com/lib/paranoid-12\12\16-schizophrenia,12\12\16>)

Κοινά συμπτώματα της σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου:

- ◆ Παραληρητικές ιδέες δίωξης, αναφοράς, υπερυψωμένα γέννησης, ειδικής αποστολής, σωματικής αλλαγής ή ζήλιας.
- ◆ Ακουστικές παραισθήσεις που ενδεχομένως να απειλούν τον ασθενή ή να του δίνουν εντολές προστακτικού τύπου.

- ◆ Ακουστικές ψευδαισθήσεις χωρίς λεκτική μορφή, όπως σφύριγμα, βουητό ή το γέλιο.
- ◆ Ψευδαισθήσεις αισθήσεων κυρίως της όσφρησης και της γεύσης, ενώ οι οπτικές ψευδαισθήσεις είναι σπάνια εμφανιζόμενες σε αυτόν τον υπότυπο.
- ◆ Ενδεχομένως εχθρική συμπεριφορά ή θυμός.
- ◆ Απουσιάζουν απρόσφορο συναίσθημα, αποδιοργανωμένος λόγος ή συμπεριφορά, καθώς και κατατονική συμπεριφορά. (Hogan M. A, 2008)

Διάγνωση:

Τα γενικά κριτήρια για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας, πρέπει να πληρούνται. Επιπλέον, παραισθήσεις ή και αυταπάτες μπορεί να είναι εμφανή, ενώ διαταραχές του συναισθήματος, της βούλησης και λόγου, και κατατονικά συμπτώματα δεν συγκαταλέγονται στη συμπτωματολογία. Συχνά οι αυταπάτες προκαλούν ανάγκη για πλήρη έλεγχο και την ανάγκη για άσκηση έντονης επιρροής προς τον περίγυρό του καταβάλλοντας ο πάσχων τεράστιες προσπάθειες για να τραβηξει την προσοχή. Στον αντίποδα είναι η παθητικότητα, και οι ιδέες δίωξης.

Διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή αφού η σύγχυση του πάσχοντα ίσως οφείλεται σε αποπροσανατολισμό λόγω επιληπτικής κρίσης ή σε ψυχώσεις προκαλούμενες από φάρμακα π.χ. ψυχοδιεγερτικά ή ψευδαισθησιογόνα. (Sinicola, R., Peters - Strichland ,T.,2009)

Επιπρόσθετα πρέπει να αποκλειστεί η πιθανότητα των διωκτικών παραισθήσεων να είναι απόρροια παιδικών τραυμάτων, πρόσφατης κακοποίησης ή της σκληρής διαπαιδαγώγησης από την οικογένειά του ή τη χώρα προέλευσής του (κυρίως χώρες του μουσουλμανικού κόσμου).

ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΣ ΤΥΠΟΣ:

Ένας ασθενής που έχει διαγνωσθεί με αυτόν τον τύπο σχιζοφρένειας παρουσιάζει ανοργάνωτο ή τουλάχιστον δυσνόητο λόγο και συμπεριφορά καθώς και αμβλύ ή επίπεδο συναίσθημα. Σε αυτή τη μορφή η παρουσία παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων έχει διαφορετική μορφή σε σύγκριση με τον παρανοειδή τύπο. Πιο συγκεκριμένα είναι αποσπασματικές και λιγότερο οργανωμένες. (Black D, Andreasen N, 2015)

Όσον αφορά τη λειτουργικότητά τους εμφανίζεται αξιόλογη κάμψη και επηρεάζεται το σύνολο των δραστηριοτήτων τους και γενικότερα η καθημερινότητά τους. Απαιτείται παρουσία φροντιστή

επί εικοσιτετραώρου βάσεως, αφού αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν ακόμη και για τις πιο προφανείς και βασικές τους ανάγκες.

Συχνά, παρουσιάζονται βλάβες στις συναισθηματικές διεργασίες του ατόμου. Για παράδειγμα, αυτοί οι άνθρωποι μπορεί να φαίνεται συναισθηματικά ασταθείς ή τα συναισθήματά τους μπορεί να χαρακτηρισθούν ακατάλληλα στο πλαίσιο της παρούσας κατάστασης. Δεν θεωρείται σπάνιο συμβάν κάποιος ασθενής να κλαίει σε ευχάριστες κοινωνικές εκδηλώσεις π.χ. γάμος ή να γελάει απροκάλυπτα με απρόσμενους γέλωτες ή κάνοντας μορφασμούς σε επώδυνες περιστάσεις όπως σε μία κηδεία. Συχνά γίνονται θύματα παρεξηγήσεων εξαιτίας της παιδόμορφης συμπεριφοράς τους, ενώ άλλες φορές θεωρούνται απρόσιτοι και απορροφημένοι στον εαυτό τους.

Συνοπτικά τα συμπτώματα του αποδιοργανωμένου τύπου :

- ◆ Αποδιοργανωμένος λόγος
- ◆ Αποδιοργανωμένη και ανόητη συμπεριφορά
- ◆ Το μη οργανωμένο παραλήρημα (αποτελείται από διασπασμένες παραλητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, χωρίς οργανωμένο περιεχόμενο)
- ◆ Οι μαννερισμοί
- ◆ Τα υποχονδριακά συμπτώματα
- ◆ Η κοινωνική απόσυρση και η κοινωνική έκπτωση
- ◆ Απρόσφορο ή επίπεδο συναίσθημα
- ◆ Ιδιορρυθμίες στη συμπεριφορά (π.χ. μορφασμοί, ιδιοτροπισμοί).

ΚΑΤΑΤΟΝΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ:

Τα κυρίαρχα κλινικά χαρακτηριστικά στον κατατονικό υπότυπο περιλαμβάνουν διαταραχές στην κίνηση και στην ομιλία. Για τη διάγνωση ενός ατόμου ως σχιζοφρενή κατατονικού τύπου είναι αναγκαία η συνύπαρξη τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα συμπτώματα: ακινησία (π.χ. καταληψία, εμβροντησία), υπερβολική δραστηριότητα ακραίο αρνητισμό, ηχολαλία, ηχοπραξία εκούσια ή

επανάληψη κινήσεων (στερεοτυπίες, μανιερισμοί, μορφασμοί). (Σικελιανού Δ. 2010)

Πληγέντες της νόσου μπορεί να παρουσιάζουν μια δραματική μείωση της δραστηριότητας γνωστή ως κατατονικός stupor ή στον αντίποδα είναι πιθανή η δραματική αύξηση της δραστηριότητάς τους. Αυτή η κατάσταση χαρακτηρίζεται από τους επαγγελματίες υγείας ως κατατονική διέγερση.

Επιπρόσθετες διαταραχές της κίνησης μπορεί να είναι οι θεωρητικά άσκοπες, αλλά επανειλημμένα εκτελέσιμες κινήσεις, γνωστές ως στερεοτυπική συμπεριφορά που μπορεί να επηρεάζουν σε τέτοιο βαθμό την καθημερινότητα του πάσχοντος ώστε να περιορισθεί στο ελάχιστο η παραγωγική του δραστηριότητα. Η παρουσία των στερεοτυπικών πράξεων του προκαλεί μία μορφή ικανοποίησης και ηρεμίας, ενώ εάν δεν τις παραγματοποιήσει νοιώθει αφόρητη δυσφορία, ταραχή και θλίψη ή άγχος. Οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν μια ακινησία ή αντίσταση σε κάθε προσπάθειά τους. Μπορούν να διατηρήσουν μια στάση στην οποία κάποιος τους τοποθετεί, μερικές φορές για μεγάλες χρονικές περιόδους. Αυτό το σύμπτωμα αναφέρεται ως κηρώδης ευκαμψία.

Ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν σημαντική φυσική αντοχή σε αντίσταση στις προσπάθειες επανατοποθέτησης, ακόμα κι αν φαίνεται να είναι δυσάρεστη για τους περισσότερους ανθρώπους. Δεν θεωρείται σπάνιο ή μεμονωμένο συμβάν το να συναντήσουμε κατατονικούς ασθενείς σε πραγματικά ασυνήθιστες θέσεις του σώματος, σε ασυνήθιστες ακροβασίες του προσώπου ή κινήσεις των άκρων. Αυτό το σύνολο των συμπτωμάτων μερικές φορές συγχέεται με άλλη διαταραχή που ονομάζεται όψιμη δυσκινησία, η οποία συνήθως παρατηρείται ως παρενέργεια φαρμάκων. (<https://www.psychcentralnews.com/lib/paranoid-12\12\16-schizophrenia,12\12\16>)

Άλλα συμπτώματα που σχετίζονται με τον κατατονικό υπότυπο περιλαμβάνουν την επανάληψη του τι λέει ένα άλλο πρόσωπο (ηχολαλία) ή τη μίμηση των κινήσεων του άλλου προσώπου (ηχοπραξία).

Επιγραμματικά τα χαρακτηριστικά του κατατονικού τύπου:

- ◆ Εμβροντησία.
- ◆ Η καταληψία (άκαμπτη διατήρηση μίας θέσης του σώματος για μεγάλο χρονικό διάστημα).
- ◆ Η κηρώδης ευκαμψία (κατά την εξέταση οι κινήσεις των μελών φαίνονται να είναι σαν από κερί καθώς παραμένουν στη θέση που μετακινήθηκαν).
- ◆ Έντονος αρνητισμός ή άρνηση του ασθενούς να μιλήσει.

- ◆ Ακατάλληλες ή παράδοξες στάσεις του σώματος.
- ◆ Ηχολαλία και ηχοπραξία. (Σικελιανού Δ. 2010)

ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΟΣ ΤΥΠΟΣ:

Σε αυτόν τον υπότυπο εντάσσονται όσοι πλήρουν τη στοιχειώδη συμπτωματολογία των σχιζοφρενών, αλλά δεν έχουν κάποιο άλλο ιδιαίτερο χαρακτηριστικό που θα τους εντάξει σε κάποια από τις προαναφερθέντες υποκατηγορίες. Ας μην ξεχνάμε ότι για τη συντριπτική πλειοψηφία των σχιζοφρενών, τα συμπτώματα δεν παραμένουν αναλλοίωτα στο χρόνο, αλλά αντιθέτως τροποποιούνται. Αυτό πρακτικά σημαίνει πως κατά πάσα πιθανότητα θα διαφοροποιηθεί η αρχική διάγνωση όσον αφορά τον υπεύθυνο υπότυπο, με το πέρασμα των χρόνων. (Black D, Andreasen N, 2015)

Συμπτώματα αδιαφοροποίητου τύπου:

- ◆ Η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
- ◆ Τα ψυχωσικά συμπτώματα (συμπεριλαμβανομένων των παραλητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων). (Hogan M. A, 2008)

ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ:

Αυτός ο υπότυπος διαγιγνώσκεται όταν ο ασθενής δεν εμφανίζει πλέον εξέχοντα συμπτώματα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, τα σχιζοφρενικά συμπτώματα γενικά έχουν μειωθεί σε σοβαρότητα. Παισιθήσεις, ψευδαισθήσεις, ιδιοσυγκρασιακές ή εκκεντρικές συμπεριφορές μπορεί να εξακολουθεί να είναι παρούσες, αλλά οι εκδηλώσεις τους να μειώθηκαν σημαντικά σε σύγκριση με την οξεία φάση της νόσου. (Σικελιανού Δ. 2010)

Συμπτώματα υπολειμματικού τύπου:

- ◆ Απουσία έντονων ψυχωσικών συμπτωμάτων.

- ◆ Κοινωνική απόσυρση και απρόσφορο συναίσθημα.
- ◆ Εκκεντρική συμπεριφορά.
- ◆ Έλλειψη ενδιαφερόντων, κινήτρων και ενεργητικότητας.
- ◆ Ιστορικό στο παρελθόν ενός τουλάχιστον επεισοδίου σχιζοφρένειας. (Αγγελόπουλος Ν, 2009)

Το ICD-10 καθορίζει δύο πρόσθετες υποκατηγορίες:

- ◆ **Μετα-ψυχωτική κατάθλιψη:** Καταθλιπτικό επεισόδιο που προκύπτει ως συνέπεια μιας σχιζοφρενούς ασθένειας όπου μερικά χαμηλού επιπέδου σχιζοφρενικά συμπτώματα μπορούν ακόμα να είναι παρόντα.
- ◆ **Απλή σχιζοφρένεια:** Ύπουλη και προοδευτική εξέλιξη των προεξεχόντων αρνητικών συμπτωμάτων χωρίς ιστορικό ψυχωτικών επεισοδίων.
(<https://www.el.wikipedia.org/wiki/σχιζοφρένεια>, 14/1/17).

ΑΠΛΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Αρχίζει νωρίς στη ζωή του ασθενούς και εξελίσσεται με βραδύ ρυθμό. Χαρακτηρίζεται από τη βραδεία και ύπουλη μείωση των εξωτερικών ενδιαφερόντων, την απάθεια και την αδιαφορία που οδηγούν σε περιορισμό των διαπροσωπικών σχέσεων και σε μείωση της λειτουργικότητας του στα κατώτερα δυνατά επίπεδα. Πρόκειται για αμφιλεγόμενη διάγνωση, που προϋποθέτει αφενός τον αποκλεισμό ύπαρξης θετικών συμπτωμάτων στην έναρξη της νόσου (συμβαίνει σπάνια) και αφετέρου τη μακροχρόνια παρακολούθηση του ασθενούς για επιβεβαίωση της σταδιακής έκπτωσης της λειτουργικότητάς του. (<https://www.iatropedia.gr/σχιζοφρένεια>,26/1/17).

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

Παρά την πληθώρα των ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο της διερεύνησης της παθοφυσιολογίας της σχιζοφρένειας, η αιτιολογία της νόσου παραμένει ένα άλυτο μυστήριο. Παρόλα αυτά πολλά αίτια ανεξάρτητα μεταξύ τους φαίνεται πως σχετίζονται με την εμφάνιση και την εξέλιξή της. Σήμερα, είναι ευρέως αποδεκτό ότι υπάρχει μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση των γονιδίων και του περιβάλλοντος. Για να προσδιοριστεί εάν η γενετική παίζει κανένα ρόλο στην παρουσία της σχιζοφρένειας έχουν διεξαχθεί δεκάδες έρευνες η πλεοψηφία τω οποίων δείξει ότι..... Είναι η σχιζοφρένεια κληρονομική;



Μελέτες έχουν δείξει ότι η σχιζοφρένεια τρέχει σε οικογένειες και έχει υψηλό ποσοστό κληρονομικότητας ειδικά μεταξύ μονοζυγωτικών δίδυμων. Άλλες έρευνες αποκάλυψαν ότι τα παιδιά των οποίων οι βιολογικοί γονείς είναι σχιζοφρενείς (ανεξάρτητα αν η εμφάνιση ήταν πριν ή μετά την έκδοση) βρίσκονταν σε αυξημένο κίνδυνο για ψύχωση. (<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia,6/3/17>).

Πιο συγκεκριμένα η συχνότητα εμφάνισης της σχιζοφρένειας σε συγγενή πρώτου βαθμού φθάνει το τραγικό 10%, ενώ ο παγκόσμιος επιπολασμός του γενικού πληθυσμού είναι μόνο 1%. Ο κίνδυνος είναι ακόμα πιο ανυσηχητικός στην περίπτωση που αναφερόμαστε σε μονοζυγωτικούς δίδυμους ένα εκ των οποίων ήδη πάσχει. (<https://www.onhealth.com/content/1/schizophrenia/symptoms>).

types,causes,treatment,6/12/16). Γενικότερα όσο μεγαλύτερη ομοιότητα υπάρχει στη γενετική σύσταση τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος. (<https://www.Open the Doors>Overview,18/4/17>).

Μελέτες σε άτομα που υιοθετήθηκαν κατά τη βρεφική τους ηλικία, απέδειξαν ότι η αυξημένη επικινδυνότητα για εκδήλωση της νόσου σε συγγενείς ατόμων διαγνωσμένων με σχιζοφρένεια σχετίζεται περισσότερο με την κληρονομικότητα παρά με το περιβάλλον. Τα παιδιά ατόμων με σχιζοφρένεια έχουν εξίσου αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης της ασθένειας είτε ανατράφηκαν από τους βιολογικούς γονείς τους, είτε από τους θετούς, συνεπώς η υιοθεσία κατά τη βρεφική ηλικία δε φαίνεται να λειτουργεί σαν ασπίδα για αυτά τα παιδιά.

Οι περισσότερες έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η κληρονομικότητα διαδραματίζει μακράν πολύ πιο σπουδαίο ρόλο από το υγιές περιβάλλον που ζουν τα παιδιά σχιζοφρενών ατόμων. Αντίθετα τα παιδιά που δόθηκαν για υιοθεσία σε οικογένειες όπου ένας από τους θετούς γονείς έχει σχιζοφρένεια δε φαίνεται να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο από αυτόν του γενικού πληθυσμού.

Νευροβιολογική προσέγγιση

Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι μια ανισορροπία στις σύνθετες αλληλένθετες χημικές αντιδράσεις του εγκεφάλου που αφορούν τους νευροδιαβιβαστές όπως η ντοπαμίνη και το γλουταμινικό οξύ, ενδεχομένως να παίζουν ένα ρόλο στη σχιζοφρένεια.

Ορισμένοι ειδικοί πιστεύουν επίσης ότι προβλήματα κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του εγκεφάλου πριν από τη γέννηση μπορεί να οδηγήσουν σε ελαττωματικές συνδέσεις. Επιπλέον η σχιζοφρένεια ίσως οφείλεται σε αλλαγές που υφίστανται τα άτομα κατά την εφηβεία και σε συνδυασμό με προγεννητικές αλλοιώσεις ή μικροτραυματισμούς που είχαν προγεννητικά ή περιγεννητικά. Ενδεχομένως οι αλλαγές αυτές θα μπορούσαν να προκαλέσουν ψυχωσικά συμπτώματα. (<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia,6/3/17>).

Σε κάποιες περιπτώσεις, έχει αποδειχθεί πως οι εγκεφαλοι των ανθρώπων με σχιζοφρένεια έχουν διαφορετική εμφάνιση από εκείνο των υγιών ανθρώπων. Για παράδειγμα, κοιλότητες γεμάτες υγρό στο κέντρο του εγκεφάλου, που ονομάζονται κοιλίες, είναι μεγαλύτερες σε ορισμένα άτομα με σχιζοφρένεια. Οι εγκεφαλοι των ατόμων με την ασθένεια τείνουν επίσης να έχουν λιγότερο φαιά

ουσία, και ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου μπορεί να έχουν λιγότερη ή περισσότερη δραστηριότητα.

Επιπλέον μικροσκοπικές μελέτες του εγκεφαλικού ιστού μετά το θάνατο ασθενών με σχιζοφρένεια έχουν επίσης δείξει μικρές αλλαγές στην κατανομή ή τον αριθμό των εγκεφαλικών κυττάρων στους ανθρώπους με σχιζοφρένεια. Αναπτυξιακοί νευροβιολόγοι έχουν διαπιστώσει ότι η σχιζοφρένεια μπορεί να είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή που προκύπτει όταν οι νευρώνες σχηματίζουν ακατάλληλες συνδέσεις κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής ανάπτυξης. Τα σφάλματα αυτά μπορεί να παραμένουν αδρανή μέχρι την εφηβεία, όταν οι αλλαγές στον εγκέφαλο που συμβαίνουν συνήθως σε αυτό το κρίσιμο στάδιο της ωρίμανσης αλληλεπιδρούν αρνητικά με τις ελαττωματικές συνδέσεις. (<https://www.psychcentral.news.com/disorders/schizophrenia>, 12/12/16).

Περιβαλλοντικοί παράγοντες:

- ◆ Έκθεση σε ιούς
- ◆ Υποσιτισμός πριν από τη γέννηση
- ◆ Προβλήματα κατά τη γέννηση

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες:

- ◆ Κοινωνική απομόνωση και μετανάστευση που σχετίζονται με:

κοινωνικές αντιξοότητες, τις φυλετικές διακρίσεις, τη δυσλειτουργία της οικογένειας, την ανεργία και τις κακές συνθήκες διαβίωσης.

Προγεννητικά :

Παράγοντες όπως η υποξία, η μόλυνση, το άγχος και η κακή διατροφή της

μητέρας κατά τη διάρκεια ανάπτυξης του εμβρύου αυξάνουν τον κίνδυνο

εμφάνισης σχιζοφρένειας αργότερα στη ζωή. Άνθρωποι που έχουν διαγνωστεί

με σχιζοφρένεια είναι πιθανότερο να έχουν γεννηθεί το χειμώνα ή την άνοιξη

εξαιτίας της αυξημένης ιογενούς έκθεσης της μητέρας.

(<https://www.el.wikipedia.org/wiki/σχιζοφρένεια>, 14/1/17).

Απόρροια της διαβίωσης υπό αυτές τις δύσκολες συνθήκες είναι η κατακόρυφη αύξηση του επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών συμπεριλαμβανομένης και της σχιζοφρένειας. (<https://www.iatropedia.gr/σχιζοφρένεια>, 26/1/17).

Γονιδιακές μελέτες:

Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε Ευρωπαίους, αλλά και σε Αφροαμερικάνους αποκάλυψαν συσχέτιση μεταξύ του χρωμοσώματος 6p με την εκδήλωση σχιζοφρένειας. Άλλα αποτελέσματα ερευνών καταδεικνύουν συσχέτιση του χρωμοσώματος 22 στο γονίδιο που κωδικοποιεί την πρωτεΐνη μυοσΐνη.

Έκθεση σε λοιμώξεις:

Η έκθεση σε λοιμώξεις μπορεί να συμβάλλει στην σχιζοφρένεια. Μια μελέτη του 2006 Δανικής προέλευσης διαπίστωσε ότι εννέα αυτοάνοσα νοσήματα ήταν πιο συχνά σε δείγμα σχιζοφρενών σε σχέση με υγιή άτομα οδηγώντας σε 45 τοις εκατό αύξηση του κινδύνου για τη σχιζοφρένεια. (<https://www.psychcentral.news.com/disorders/schizophrenia>, 12/12/16).

Κατάχρηση Ουσιών:

Ένας αριθμός φαρμάκων έχει συνδεθεί με την ανάπτυξη σχιζοφρένειας όπως η κάνναβη, η κοκαΐνη και οι αμφεταμίνες. Οι μισοί περίπου ασθενείς με σχιζοφρένεια κάνουν υπερβολική χρήση ναρκωτικών ή και αλκοόλ. Η κάνναβη μπορεί να αποτελεί αιτία της ασθένειας, ενώ άλλα ναρκωτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μηχανισμοί αντιμετώπισης της κατάθλιψης, του άγχους, της ανίας, και της μοναξιάς.

Η κάνναβη σχετίζεται με δόσοεξαρτώμενη αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης ψυχωτικής διαταραχής. Η συχνή χρήση της σχετίζεται με διπλάσιο κίνδυνο ψύχωσης και σχιζοφρένειας, ωστόσο αυτή η αιτία τίθεται υπό αμφισβήτηση. Οι αμφεταμίνες, η κοκαΐνη και σε λιγότερο βαθμό το αλκοόλ μπορούν να οδηγήσουν σε ψύχωση, η οποία παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες με τη σχιζοφρένεια. (<https://www.el.wikipedia.org/wiki/σχιζοφρένεια>, 14/1/17).

Ιστορία της κακοποίησης ή παραμέλησης:

Η συστηματική κακοποίηση χιλιάδων παιδιών ανά την υφήλιο δεν είναι απόκοιμμα της φαντασίας μας, αλλά μία σκληρή αλήθεια που πέραν των σωματικών βλαβών που προκαλούνται υπάρχει και ο συναισθηματικός και ο ψυχικός αντίκτυπος. Η παιδική κακοποίηση έχει σχετισθεί με τον υψηλό

κίνδυνο για εμφάνιση ψύχωσης και ψυχωτικών διαταραχών όπως η σχιζοφρένεια. Ένας σημαντικός αριθμός πασχόντων με σχιζοφρένεια θα φέρει στο ιστορικό του σημάδια σωματικής ή συναισθηματικής κακοποίησης, σωματικής ή συναισθηματικής παραμέλησης ή ακόμα και σεξουαλική κακοποίηση. Ο κίνδυνος για εκδήλωση ψυχώσεων σε ενήλικα που ως παιδί υπέστη παιδικό τραύμα μπορεί να φθάσει ακόμα και στο 33%. Εντύπωση προξενεί ότι αυτά τα άτομα έχουν αυξημένη πιθανότητα να παρουσιάσουν ψυχωτικά συμπτώματα που μοιάζουν με μη κλινικούς πληθυσμούς. Πιο αναλυτικά η σεξουαλική κακοποίηση έχει συνδεθεί με ψευδαισθήσεις, καθώς και με διασπαστικές διαδικασίες π.χ. προσοχής. Παρόλα αυτά είναι ασαφές γιατί ορισμένα άτομα που βιώνουν αντιξοότητες κατά την παιδική τους ηλικία θα αναπτύξουν στο μέλλον ενεργή συμπτωματολογία ψυχώσεων ή διαταραχή και άλλα θύματα όχι. (<https://www.scopus/Nordic Journal of Psychiatry 8717SA,20/4/17>).

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:

Έναρξη

Στο 40% των ανδρών και στο 23% των γυναικών που διαγιγνώσκονται με σχιζοφρένεια η κατάσταση εκδηλώθηκε πριν από την ηλικία των 19 ετών. Για την ελαχιστοποίηση των αναπτυξιακών διαταραχών που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια, πολλές έρευνες παλεύουν να εντοπίσουν εγκαίρως την πρόδρομη (προ-εμφάνιση) φάση της νόσου, η οποία έχει εντοπιστεί μέχρι και 30 μήνες πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων. Οι άνθρωποι που βρίσκονται σε αυτή τη φάση ενδέχεται να αντιμετωπίσουν παροδικά ή αυτοπεριοριστικά ψυχωτικά συμπτώματα καθώς και κοινωνική απόσυρση, ευερεθιστότητα, δυσφορία και αδεξιότητα. (<https://www.el.wikipedia.org/wiki/σχιζοφρένεια>,14/1/17).

Τα πρόδρομα συμπτώματα συσχετίζονται με σύγχυση, άγχος, κατάθλιψη που παρουσιάζονται επί μήνες. Η πυροδότηση για την εμφάνιση του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου είναι συνήθως κάποιο συναισθηματικό τραύμα ή έπειτα από κατάχρηση ουσιών. (<https://www.iatropedia.gr/σχιζοφρένεια>,26/1/17).

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IVR) του Αμερικανικού Συνδέσμου Ψυχιάτρων, για να χαρακτηριστεί κάποιος ως πάσχων από σχιζοφρένεια θα πρέπει να παρουσιάζει τουλάχιστον 2 από τα παρακάτω συμπτώματα για χρονικό διάστημα τουλάχιστον ένα μήνα:

- ◆ Ψευδαισθήσεις
- ◆ Παραληρητικές ιδέες.
- ◆ Αποδιοργανωμένη ομιλία (π.χ. συχνές ασυνάρτητες ή αποδιοργανωμένες προτάσεις).
- ◆ Αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά (π.χ. ακινησία, υπερδιέγερση).
- ◆ Αρνητικά συμπτώματα (π.χ. έλλειψη συναισθημάτων, αβουλία, αλογία).

Τα συμπτώματα θα μπορούσαν να διαχωρισθούν σε 3 κατηγορίες με βάση τη διάσταση που προκαλούν σε αυτά που προκαλούν ψυχωτική διάσταση (ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες), σε αυτά που προκαλούν αποδιοργάνωση του λόγου, της σκέψης, καθώς και της κινητικής και κοινωνικής τους συμπεριφοράς και τέλος στη διάσταση των κύριων αρνητικών συμπτωμάτων

(που δεν είναι άλλα από την αλογία, την αβουλησία και τη συναισθηματική επιπέδωση).

Άλλα συμπτώματα που είναι αδύνατη η κατηγοριοποίησή τους θεωρείται η έλλειψη εναισθησίας καθώς η πλειοψηφία των πασχόντων θεωρεί πως δε φέρει καμία ψυχιατρική ή οργανική πάθηση. Δεύτερον είναι η παρουσία ήπιων νευρολογικών σημείων για τα οποία θα αναφερθούμε πιο διεξοδικά στη συνέχεια. Τέλος σύνηθης εικόνα των σχιζοφρενών είναι η κατάχρηση αλκοόλ και απαγορευμένων ουσιών . (Hogan M. A, 2008)

Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από διαταραχές στη σκέψη, στο συναίσθημα, στη διάθεση και στη συμπεριφορά. Οι διαταραχές στην αντίληψη αφορά την παρουσία ψευδαισθήσεων και παραισθήσεων, ενώ οι διαταραχές στη σκέψη εκδηλώνονται μέσω διαστρέβλωσης της πραγματικότητας με παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις, συνοδευόμενες από κατακερματισμό των συνειρμών, γεγονός που οδηγεί σε αποδιοργανωμένο λόγο. (<https://www.e-psychology.gr \ psychosis \ schizophrenia \ rolos – egleismou \ SBA 1753, 07\03 \ 17>)

Η παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας επηρεάζει τόσο τη δομή, τη ροή όσο και την οργάνωση των σκέψεων με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται ένδεια του προφορικού λόγου σε ποιότητα και ποσότητα που μπορεί να οδηγήσει μέχρι και στην αλογία. Η διαταραχή στη διάθεση περιλαμβάνει αμφιθυμία και απρόσφορες ή περιορισμένες συναισθηματικές απαντήσεις ή συναισθηματική δυσαρμονία.

Η διαταραχή στο συναίσθημα προκαλεί συναισθηματική έκπτωση, απάθεια, αμφιθυμία και συναισθηματική δυσαρμονία. Η διαταραχή στη συμπεριφορά μπορεί να εκδηλωθεί μέσω απαθούς απόσυρσης ή παράδοξης δραστηριότητας.

Διαταραχές στη βούληση και την ψυχοκινητικότητα που προκαλεί αλογία, αβουλησία, έλλειψη αυτοφροντίδας και μείωση του ενδιαφέροντος και της κοινωνικής συνδιαλλαγής. (<https://www.iatropedia.gr/σχιζοφρένεια,26/1/17>) .

Αν και δεν αποτελεί γνωστική διαταραχή, η σχιζοφρένεια μπορεί να προκαλέσει γνωσιακά ελλείμματα. Εκδηλώνεται μέσω θετικών (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς) και αρνητικών (αβουλησία, ανηδονία, αλογία, επιπέδωση του συναίσθηματος) συμπτωμάτων. Η σχιζοφρένεια αποτελεί εγκεφαλική διαταραχή με ανατομικές και λειτουργικές βλάβες, οι οποίες είναι ορατές στις νευροαπεικονιστικές μελέτες. (<https://www.e-psychology.gr \ psychosis \ schizophrenia \ rolos – egleismou \ SBA 1753, 07\03 \ 17>).

Θετικά συμπτώματα:

Η σχιζοφρένεια συχνά περιγράφεται από την άποψη των θετικών και αρνητικών ή υπολλειμματικών συμπτωμάτων. Τα θετικά συμπτώματα είναι αυτά που τα περισσότερα άτομα φυσιολογικά δεν αντιμετωπίζουν αλλά υπάρχουν και είναι παρόντα σε ανθρώπους με σχιζοφρένεια. Μπορούν να περιλαμβάνουν παραληρητικές ιδέες, αποδιοργανωμένη σκέψη και ομιλία, και απτικές, ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές και γευστικές ψευδαισθήσεις, τυπικά θεωρούνται ως εκδηλώσεις της ψύχωσης. Οι ψευδαισθήσεις είναι επίσης τυπικά συνδεδεμένες με το περιεχόμενο του παραληρητικού θέματος. Τα θετικά συμπτώματα γενικά ανταποκρίνονται καλά στη φαρμακευτική αγωγή. Ψευδαισθήσεις (κάτι που ένα άτομο βλέπει, μυρωδιές, ακούει και αισθάνεται ότι δεν είναι πραγματικά εκεί). Η πιο κοινή ψευδαισθήση στη σχιζοφρένεια ακούει φωνές. Αυταπάτες (μια ψεύτικη πεποίθηση που δεν είναι αλήθεια). (<https://www.psychcentral.news.com/lib/paranoid-schizophrenia-12/12/17>)

Αρνητικά συμπτώματα:

Τα αρνητικά συμπτώματα είναι ελλείμματα των κανονικών συναισθηματικών αντιδράσεων ή άλλων διαδικασιών σκέψης, και ανταποκρίνονται λιγότερο καλά στη φαρμακευτική αγωγή. Αυτά περιλαμβάνουν συνήθως επίπεδο ή αμβλύ συναίσθημα και συγκίνηση, φτώχεια του λόγου (αλογία), αδυναμία να νιώσουν ευχαρίστηση (ανηδονία), έλλειψη της επιθυμίας να δημιουργήσουν σχέσεις (ακοινωνία), και η αβουλησία. Η έρευνα δείχνει ότι τα αρνητικά συμπτώματα συμβάλλουν περισσότερο στην κακή ποιότητα ζωής, την λειτουργική ανικανότητα, και το βάρος στους άλλους από ότι τα θετικά συμπτώματα. Οι άνθρωποι με εμφανή τα αρνητικά συμπτώματα έχουν συχνά μια ιστορία κακής προσαρμογής πριν από την έναρξη της ασθένειας και η ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή είναι συχνά περιορισμένη. (<https://www.el.wikipedia.org/wiki/σχιζοφρένεια>, 14/1/17). Επίπεδη (άτομα δεν δείχνουν συναίσθημα) ή απρόσφορη (π.χ. χαχανητά σε μια κηδεία).

Αβουλησία (μικρό ενδιαφέρον). Αυτό μπορεί να σημαίνει λίγο ενδιαφέρον για καθημερινές δραστηριότητες, όπως η προσωπική υγιεινή. Αυτά τα συμπτώματα συχνά είναι δύσκολο να τα αναγνωρίσουμε.

Γνωστικά συμπτώματα:

Γνωστικά συμπτώματα (που σχετίζονται με τη σκέψη)

- ◆ Αποδιοργανωμένη ομιλία (το άτομο δεν έχει κάνει κανένα νόημα)
- ◆ Έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική (αδιάφορη) συμπεριφορά
- ◆ Ανικανότητα να θυμηθεί πράγματα
- ◆ Κακή εκτελεστική λειτουργία (ένα άτομο δεν είναι σε θέση να επεξεργάζονται πληροφορίες και να λαμβάνουν αποφάσεις)
- ◆ Διαταραχή του ειρμού της σκέψης
- ◆ Πενία λόγου και η διαταραχή της συγκέντρωσης

Συμπτώματα του ψυχοκινητικού τομέα:

- ◆ Το βάδισμα πάνω - κάτω
- ◆ Το κούνημα μπρος - πίσω
- ◆ Η ακινησία
- ◆ Η στερεότυπη συμπεριφορά
- ◆ Η διαταραχή του προσανατολισμού
- ◆ Η άκαμπτη σκέψη
- ◆ Οι εμμονές
- ◆ Οι νεολεξίες, η ηχολαλία και οι ηχητικοί συνειρμοί
- ◆ Η ανικανότητα να ακολουθήσει μία σειρά ενεργειών
- ◆ Η αμφιβουλησία (αδυναμία επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικές πορτείες δράσης)
- ◆ Η διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων
- ◆ Η σύγχυση δεξιού – αριστερού

Συμπτώματα αντίληψης

Οι ψευδαισθήσεις ακουστικές κυρίως και λιγότερο συχνά, οπτικές, απτικές, γευστικές ή οσφρητικές.

- ◆ Η υπερευαισθησία στο φως, τον ήχο και τις οσμές

- ◆ Η απώλεια ορίων του Εγώ
- ◆ Η σύγχυση ταυτότητας
- ◆ Η απώλεια ορίων του Εγώ (Σικελιανού Δ, 2010)

Η σχιζοφρένεια θα μπορούσε να περιγραφεί ως πάθηση μυστήριο εξαιτίας της πολυπλοκότητάς της και της ετερογένειας που την χαρακτηρίζει. Το γεγονός ότι η νόσος αυτή διακρίνεται σε πολλές μορφές προκαλεί μεγάλη διαφοροποίηση στην πρόγνωσή της. Πιο συγκεκριμένα η πλειοψηφία των ασθενών που βιώνουν οξύ ψυχωτικό επεισόδιο έχουν καλή έκβαση.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση για τους ανθρώπους με σχιζοφρένεια μπορεί να ποικίλει ανάλογα με το ποσό της στήριξης και θεραπείας που λαμβάνουν. Πολλοί άνθρωποι με σχιζοφρένεια είναι σε θέση να λειτουργήσουν σε ικανοποιητικό βαθμό και να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή. Ωστόσο, οι πάσχοντες έχουν υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας λόγω του τρόπου ζωής τους, καθιστική ζωή, παχυσαρκία, έλλειψη άσκησης και παράλληλα υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης της κατάχρησης ουσιών και αλκοόλ. Όταν τα φάρμακα λαμβάνονται τακτικά και η οικογένεια είναι υποστηρικτική, οι ασθενείς μπορεί να έχουν καλύτερα αποτελέσματα.

(<https://www.onhealth.com/content/1/schizophrenia>)

Διαπολιτιστικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι σχιζοφρενείς που ζουν σε αναπτυσσόμενες χώρες έχουν στατιστικά καλύτερη έκβαση συγκρινόμενοι με αντίστοιχους πάσχοντες των αναπτυγμένων χωρών. Αυτή η πιθανότητα μη προβλεπόμενη κατάσταση πιθανότατα οφείλεται στο γεγονός πως οι πασχοντες γίνονται περισσότερο αποδεκτοί από τις κοινωνίες τους επειδή αυτές έχουν λιγότερες επιδιώξεις και απαιτήσεις από αυτούς. Επιπλέον οι γυναίκες παρουσιάζουν καλύτερη έκβαση από τους άνδρες.

Μολονότι είναι δύσκολο να προβλέψουμε με ακρίβεια την έκβαση της πάθησης σε έναν συγκεκριμένο ασθενή, ορισμένα χαρακτηριστικά που στηρίζονται σε μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι συνδέονται με καλή ή κακή έκβαση της νόσου.

Παρότι εξαρχής τονίζεται η σπουδαιότητα της τήρησης την θεραπείας, οι πληγέντες της νόσου τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους θα διακόψουν τη φαρμακευτική τους αγωγή με απότοκο της εμφάνισης μίας περιόδου υποτροπής .

Καλή έκβαση	Κακή έκβαση
Οξεία	Ύπουλη
Βραχεία	Μακρά αρχόμενη ήδη από την παιδική ηλικία
Αρνητικό	Θετικό
Λίγο πριν τα 30 έως τα 40	Στις αρχές της εφηβείας
Ήπια έως μέτρια	Σοβαρά

Απόντες	Παρόντες
Κυρίως στις γυναίκες απόντες	Κυρίως στους άνδρες παρόντες
Καλή	Πτωχή
Έγγαμος	Άγαμος
Καλή	Πτωχή
Φυσιολογικά	Ήπια νευρολογικά σημεία
Απούσες	Παρούσες
Υψηλή	Χαμηλή
Παρόντα	Απόντα

Όσον αφορά την τελική έκβαση της πάθησης οι κλινικοί χρησιμοποιούν τον λεγόμενο "κανόνα του ενός τρίτου". Αυτό πρακτικά σημαίνει πως το ένα τρίτο θα έχει καλή έκβαση με μικρής έντασης συμπτωματολογία, το άλλο ένα τρίτο θα έχει δυσμενή έκβαση με εμμένοντα ψυχωτικά συμπτώματα και τέλος το τελευταίο ένα τρίτο θα έχει μία ενδιάμεση πορεία. (Hogan M. A, 2008)

Η σχιζοφρένεια έχει μεγάλες επιπτώσεις τόσο στον άνθρωπο όσο και στην οικονομία. Οδηγεί σε μείωση του προσδόκιμου ζωής του ανθρώπου κατά 10-25 χρόνια, κυρίως λόγω αυτοκτονίας, βίαιων θάνατων, καθώς και ενός ευρέος φάσματος προβλημάτων υγείας (π.χ. το κάπνισμα, η παχυσαρκία, ο διαβήτης) που συμβάλλουν στα αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας της το ποσοστό επιβίωσης βελτιώθηκε, εξαιτίας της δημιουργίας συστήματος περίθαλψης που είναι προσβάσιμο σε όλους. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5111173/> acting drugs/doi 107573/dic 212273, 13/1/17).

Η σχιζοφρένεια είναι μια σημαντική αιτία αναπηρίας, που θεωρείται ως η τρίτη χειρότερη κατάσταση μετά από την τετραπληγία και την άνοια, ενώ βρίσκεται σε υψηλότερη θέση από την παραπληγία και την τύφλωση. Περίπου τα τρία τέταρτα των ανθρώπων με σχιζοφρένεια έχουν ήδη αναπηρία που υποτροπιάζει. Μερικοί απ' αυτούς αναρρώνουν εντελώς και άλλοι καταφέρνουν να γίνουν ενεργά μέλη στην κοινωνία. Οι περισσότεροι άνθρωποι με σχιζοφρένεια ζουν ανεξάρτητα, με μια μικρή βοήθεια από τους κοντινούς τους ανθρώπους. Επικρατεί ένα υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονίας σε όσους πάσχουν από σχιζοφρένεια συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό γύρω στο

4.9% και πιο συχνά η τάση για αυτοκτονία εμφανίζεται στην περίοδο μετά την έναρξή της ασθένειας ή μετά από την πρώτη εισαγωγή στο νοσοκομείο. Πολλές φορές (20 - 40%) οι σχιζοφρενείς επιχειρούν να αυτοκτονήσουν και περισσότερο από μία φορά. (<https://www.el.wikipedia.org/wiki/σχιζοφρένεια>, 14/1/17).

Υπάρχουν ποικίλοι παράγοντες που ενισχύουν τον κίνδυνο αυτό, όπως το ανδρικό φύλο, τα άτομα που ζουν μόνα τους ή μακριά από την οικογένειά τους, η ύπαρξη προηγούμενων καταθλιπτικών διαταραχών, το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, οι προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας, αλλά και η κατάχρηση ουσιών, μη συμπεριλαμβάνοντας το αλκοόλ.

Επιπλέον θεωρούνται επίφοβα για πιθανό αυτοτραυματισμό τα άτομα που έχουν διέγερση ή κινητική ανησυχία, ο φόβος του ψυχικού κατακερματισμού, η πρόσφατη απώλεια προσφιλούς ατόμου και τέλος η πτωχή συμμόρφωση στην προτεινόμενη θεραπεία. (<https://www.science-direct.com./science/journal/18762,19/4/17>).

Σχετικά με τον πιο λειτουργικό τύπο της νόσου, μελέτες συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι η παρανοϊκή σχιζοφρένεια μπορεί να έχει καλύτερη πρόγνωση από τους άλλους υποτύπους επειδή διατηρεί υψηλή λειτουργικότητα.

ΛΟΓΟΙ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ

Εξαιτίας της ίδιας της φύσης της σχιζοφρένειας που δε χαρακτηρίζεται από μία σταθερή πορεία, αλλά από εναλλαγές περιόδων υποτροπών και υφέσεων.

Εξαιτίας των λειτουργικών και κοινωνικών προβλημάτων που έχουν οι ασθενείς, οι οποίοι θεωρούνται υπεύθυνες για τη δυστυχία τους τις παρενέργειες της θεραπείας.

Εξαιτίας της έλλειψης ενσυναίσθησης που πιστεύουν πως είναι υγιείς και διακόπτουν την αγωγή τους.

Εξαιτίας της έλλειψης υποστηρικτικού και κοινωνικού δικτύου και της αδυναμίας πρόσβασης σε ψυχιατρικές κλινικές για άτομα χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού υποβάθρου ειδικά σε αναπτυσσόμενες χώρες. (Αγγελόπουλος Ν, 2009)

ΤΥΠΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η σχιζοφρένεια δεν εκδηλώνεται πάντοτε μη την ίδια βαρύτητα, ούτε ακολουθώντας την ίδια συμπτωματολογία. Η βαρύτητά της εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής. Συνολικά υπάρχουν 3 στάδια καθένα από τα οποία επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο τη λειτουργικότητα του πάσχοντος.

Στάδια:

Πρόδρομη φάση : ύπουλη έναρξη από ημερών έως μηνών με ανεπαίσθητες αρχικά αλλαγές στη συμπεριφορά εκδηλώνοντας άγχος και υπερευαισθησία στα εξωτερικά ερεθίσματα και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Σταδιακά αποσύρεται από το εξωτερικό περιβάλλον παρουσιάζοντας παραισθήσεις, παράξενες πεποιθήσεις και πενία λόγου. Ορισμένες φορές αυτή η φάση δεν εμφανίζεται και οι ασθενείς έχουν απότομη έναρξη της πάθησης μπαίνοντας κατευθείαν στην ενεργό φάση.

Ενεργός φάση : Σε αυτή τη φάση έχουμε ανάπτυξη ψυχωτικών συμπτωμάτων όπως ψευδαισθήσεις, παραλητικές ιδέες ή αποδιοργανωμένος λόγος και συμπεριφορά. Όλα αυτά απαιτούν ιατρική παρέμβαση.

Υπολειμματική φάση: Τα συμπτώματα της ενεργού φάσης δεν προεξάρχουν πλέον ή απουσιάζουν εντελώς. Υπάρχει έκπτωση της συνολικής λειτουργικότητάς τους, αρνητικά συμπτώματα ή εξασθενημένα θετικά. Σε αυτή τη φάση δεν είναι απίθανο να έχουμε επανεμφάνιση της συμπτωματολογίας της ενεργούς φάσης "υποτροπή". (Sinicola, R., Peters - Strichland ,T.,2009)

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η σχιζοφρένεια σπάνια συμβαίνει απροσδόκητα. Αντι 'αυτού, προάγει μια σταδιακή μείωση της λειτουργίας. Υπάρχουν συνήθως τα πρώτα προειδοποιητικά σημάδια, που αναφέρονται ως «πρόδρομα», διάρκειας από ένα έως τρία έτη. Τα βασικά συμπτώματα που ψάχνουν οι ψυχίατροι κατά τη λεγόμενη πρόδρομη φάση είναι η καχυποψία, οι ασυνήθιστες σκέψεις, οι αλλαγές στην αισθητηριακή αντίληψη (ακοή, όραση, αίσθηση, γεύση ή οσμή πράγματα που οι άλλοι δεν βιώνουν), η αποδιοργανωμένη επικοινωνία και οι παραλητικές ιδέες συνήθως δίωξης ή μεγαλείου. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, το 35 % των ατόμων που παρουσιάζουν ένα από αυτά τα συμπτώματα θα αναπτύξει ψύχωση μέσα τα επόμενα 2,5 χρόνια. ([https://www.psychcentral.news.com/lib/paranoid – schizophrenia 12\12\16](https://www.psychcentral.news.com/lib/paranoid-schizophrenia))

Η έγκαιρη διάγνωση της σχιζοφρένειας αποτελεί κρίσιμη καμπή της εξέλιξης της πορείας της νόσου. Οι κλινικοί ιατροί γνωρίζουν πολύ καλά πως σε περίπτωση λανθασμένης διάγνωσης είναι αδύνατο να δοθούν οι κατάλληλες κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Ως επί των πλείστων οι διαγνώσεις της σχιζοφρένειας προκύπτουν κατά την έκτακτη εισαγωγή του ασθενούς από το οικογενειακό ή οικείο περιβάλλον του τη στιγμή που ο ασθενής βιώνει το πρώτο ψυχωτικό του επεισόδιο. Ο πάσχων δεν έχει ενσυναίσθηση για το τι ακριβώς βιώνει και αδυνατεί να βοηθήσει τον εαυτό του.

Η τυπική κλινική εικόνα ενός ατόμου που βιώνει ψυχωτικό επεισόδιο σε συνδυασμό με τη λήψη ατομικού και οικογενειακού ιστορικού θα συμβάλλουν στη διάγνωση. Περαιτέρω θα στηριχθούμε σε κριτήρια είτε του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Οργανισμού DSM 5 είτε της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Ασθενειών και Συναφών Προβλημάτων Υγείας του Οργανισμού Παγκόσμιας Υγείας ICD 10 που θα επαληθεύσουν τον τύπο της σχιζοφρένειας. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/articles/PMC4212>, 6/3/17).

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Δεν υπάρχουν διαγνωστικές εργαστηριακές εξετάσεις για τη σχιζοφρένεια. Στην αξονική ή μαγνητική τομογραφία του εγκεφάλου μπορεί να εντοπιστούν αλλοιώσεις που εμφανίζονται στη νόσο και να βοηθήσουν στον αποκλεισμό άλλων οργανικών ή ψυχικών παθήσεων.(<https://www.iatropedia.gr/σχιζοφρένεια>, 26/1/17).

Σύμφωνα με το DSM-V, το πρότυπο βιβλίο αναφοράς επαγγελματίες ψυχικής υγείας το χρησιμοποιούν για να βοηθήσει να γίνει η διαφορική διαγνώση, οργανικές παθήσεις που μπορούν να μιμηθούν τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας περιλαμβάνουν: νευρολογικές παθήσεις (π.χ. νόσος του Huntington, επιληψία, ακουστικές νευρικές βλάβες), ενδοκρινολογικές παθήσεις (π.χ. υπερ- ή υποθυρεοειδισμό), συνθήκες μεταβολικής διαταραχής (π.χ. υπογλυκαιμία). Άλλες πιθανές παθήσεις που πρέπει να διαφοροδιαγνώσκονται είναι η νοητική υστέρηση, καθώς και άλλες ψυχικές διαταραχές.([https://www.psychcentralnews.com/lib/paranoid – schizophrenia](https://www.psychcentralnews.com/lib/paranoid-schizophrenia) 12\12\16)

Άλλες ψυχικές διαταραχές είναι η βραχεία ψυχωτική διαταραχή, η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, η ψυχική διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες, η σχιζοειδή κα η σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας, οι διαταραχές διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία καθώς και η ψυχική διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση. (Σικελιανού Δ, 2010)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας στηρίζεται σε πολλές ετερογενείς μεταξύ τους μεθόδους που η καθεμία στοχεύει στην επίλυση διαφορετικών επιβαρύνσεων που δέχεται ο ασθενής προκαλούμενων από τη σχιζοφρένεια. Οι στόχοι της θεραπείας είναι να εξαλειφθούν τα συμπτώματα που είναι σχετιζόμενα με τη νόσο καθώς και η ενίσχυση της λειτουργικότητάς.

Ο ακρογωνιαίος λίθος της αποκατάστασης της σχιζοφρένειας δικαίως θεωρείται η αντιψυχωτική αγωγή. Πρόκειται για φαρμακευτική θεραπεία που στοχεύει στην μείωση ή ακόμα και στην εξάλειψη των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου. Τα φάρμακα αυτά δίνονται καθημερινά στον πάσχοντα μέσω της στοματικής οδού ή ενδομυκικά κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης, ενώ πρόσφατα έχουν γίνει δημοφιλή τα αντιψυχωτικά μακράς αποδέσμευσης. Το χαρακτηριστικό αυτών των αντιψυχωτικών είναι ότι αποβάλλονται με βραδύ ρυθμό. Απόρροια αυτής της ιδιότητας είναι το γεγονός ότι η χορήγησή τους δε γίνεται σε καθημερινή βάση αποδεσμεύοντας τον ασθενή και τους φροντιστές τους από αυτή την πράξη. Αυτό εξυπηρετεί ιδιαίτερα τους ασθενείς που αρνούνται να λαμβάνουν την αντιψυχωτική αγωγή εξαιτίας της έλλειψης εναίσθησias τους.

Ψυχοκοινωνική Διαχείριση:

Εφόσον έχει βρεθεί ένα αποτελεσματικό φάρμακο, ακολουθεί η ψυχοκοινωνική θεραπεία που εστιάζει στην εκπαίδευση και την απόκτηση των δεξιοτήτων για την πρόληψη των υποτροπών και ακούσιας νοσηλείας. (<https://www.pubmed.com/schizophrenia-long-acting-drugs/doi-107573/dic-212273,13/1/17>).

Ένας αριθμός ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων μπορεί να είναι χρήσιμος στη θεραπεία της σχιζοφρένειας και συμπεριλαμβάνει: οικογενειακή θεραπεία, θεραπεία που βασίζεται στην κοινοτική υποστήριξη, υποστηριζόμενη απασχόληση, γνωστική αποκατάσταση, δεξιότητες κατάρτισης, γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (CBT), συμβολικές οικονομικές παρεμβάσεις και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για τη χρήση ουσιών και τη διαχείριση βάρους. Η οικογενειακή θεραπεία ή εκπαίδευση που εξετάζει ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα ενός ατόμου, μπορεί να μειώσει τις υποτροπές και τις εισαγωγές στο νοσοκομείο. Τα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα

της CBT είτε στη μείωση των συμπτωμάτων είτε την παρεμπόδιση της υποτροπής είναι ελάχιστα. Η θεραπεία μέσω της τέχνης ή του δράματος δεν έχει ακόμα ερευνηθεί. (<https://www.el.wikipedia.org/wiki/σχιζοφρένεια>,14/1/17).

Σχετικά με τις δυσκολίες στις κοινωνικές δεξιότητες αυτές μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη συμμετοχή στη θεραπεία της ομάδας και τις σχεδιαζόμενες ομαδικές δραστηριότητες που περιλαμβάνουν κατάλληλες συμπεριφορικές αλληλεπιδράσεις και θέματα ομιλίας όπου ο ασθενής εκφέρει την άποψη και τις ανησυχίες του. Για να είναι σε καλύτερη θέση να αντιμετωπίσουν τα καθημερινά προβλήματα, ο ασθενής μαθαίνει ή να προβάλλει μία πιο παραγωγική και κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η έγκαιρη και παρατεταμένη θεραπεία με αντιψυχωσικά φάρμακα βελτιώνει την μακροπρόθεσμη πορεία της σχιζοφρένειας. ([https://www.psychcentral.news.com/lib/paranoid – schizophrenia](https://www.psychcentral.news.com/lib/paranoid-schizophrenia) 12\12\16)

Από το Σεπτέμβριο του 2015, συνολικά 5 μακράς δράσης ενέσιμα σκευάσματα αντιψυχωτικών φαρμάκων δεύτερης γενιάς εγκρίθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες για τη θεραπεία ασθενών με σχιζοφρένεια, περιλαμβανομένης της ρισπεριδόνης (Risperdal Consta), ενδομυϊκή ένεση κάθε 2 εβδομάδες, της ολανζαπίνης (Zyprexa zypadhera), ενδομυϊκή ένεση κάθε 2 εβδομάδες ή κάθε 4 εβδομάδες, της παλιπεριδόνης (xeplionInvega Sustenna), ενδομυϊκή ένεση κάθε 4 εβδομάδες, της αριπιπραζόλης (Abilify Maintena), ενδομυϊκή ένεση κάθε 4 εβδομάδες και τέλος της παλιπεριδόνης, ενδομυϊκή ένεση κάθε 3 μήνες που δεν κυκλοφορεί ακόμα στην Ελλάδα. ([https://www.pubmed.com/schizophrenia-long acting drugs/doi 107573/dic 212273](https://www.pubmed.com/schizophrenia-long-acting-drugs/doi-107573/dic-212273), 13/1/17).

Ψυχοθεραπεία:

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει να κρατήσει ένα άτομο στην θεραπεία, να μάθει κοινωνικές δεξιότητες, και να υποστηρίξει στόχους και δραστηριότητες στην κοινότητα. Στην ψυχοθεραπεία περιλαμβάνονται συμβουλές, εκπαίδευση για πρόωρη αναγνώριση σημείων ψύχωσης, ρύθμιση του ορίου και του ελέγχου του εκφραζόμενου συναισθήματος του ελέγχου της πραγματικότητας. Όλες αυτές οι διαδικασίες εκμάθησης γίνονται με τη βοήθεια του θεραπευτή που παροτρύνει τον ασθενή να εκφράσει τις ανησυχίες και τους φόβους του. Στο τέλος κάθε συνεδρίας γίνεται ο καθορισμός νέων, μικρών στόχων και συζήτηση για τον τρόπο επίτευξής τους. Διαφορετικοί τύποι ψυχοθεραπείας ωφελούν τους ασθενείς με διαφορετικούς τρόπους.

Είδη ψυχοθεραπείας:

Υποστηρικτική : βοηθά τους ασθενείς να αναγνωρίζουν σημεία και συμπτώματα της διαταραχής, έτσι ώστε να μάθουν περισσότερα σχετικά με τα συμπτώματά τους, τα προειδοποιητικά σημάδια μιας πιθανής υποτροπής, διακρίνονται διάφορες θεραπευτικές επιλογές και στρατηγικές αντιμετώπισης. Ο στόχος είναι να συμμετέχουν οι ίδιοι ενεργά στη θεραπεία τους.

Αποκατάσταση: παρέχει στους ασθενείς τα εργαλεία για να είναι ανεξάρτοι διδάσκοντάς τους τις κοινωνικές, επαγγελματικές και οικονομικές δεξιότητες. Οι ασθενείς μαθαίνουν να διαχειρίζονται και να επικοινωνούν καλύτερα. Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι προγραμμάτων αποκατάστασης.

Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία: βοηθά τους ασθενείς να αναπτύξουν τεχνικές για να αντιμετωπίσουν τις σκέψεις φωνές καθώς και τη συναισθηματική απομόνωση.

Οικογενειακή θεραπεία: παρέχει στις οικογένειες τα εργαλεία για να βοηθήσουν και να υποστηρίξουν το αγαπημένο τους πρόσωπο. Να αποκτήσουν μια βαθύτερη κατανόηση της σχιζοφρένειας και να μάθουν στρατηγικές αντιμετώπισης και άλλες δεξιότητες για την πρόληψη των υποτροπών και την ενίσχυση της συμμόρφωσης στη θεραπεία. ([https://www.psychcentral.com/news/lib/paranoid – schizophrenia 12\12\16](https://www.psychcentral.com/news/lib/paranoid-schizophrenia-12-12-16))

Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να μειώσει σημαντικά τα ποσοστά υποτροπής για τη σχιζοφρενική μέλος της οικογένειας. Σε οικογένειες με υπερεμπλεκόμενο συναίσθημα τα ποσοστά υποτροπής αγγίζουν το 50-60% του χρόνου κατά το πρώτο έτος έξω από το νοσοκομείο. Υποστηρικτική οικογενειακή θεραπεία μπορεί να μειώσει αυτό το ποσοστό υποτροπής σε κάτω από 10%. Αυτή η θεραπεία ενθαρρύνει την οικογένεια να συγκαλέσει μια συνάντηση κάθε φορά που προκύπτει ζήτημα, προκειμένου να συζητήσουν την ακριβή φύση του προβλήματος, και να εξετάσουν εναλλακτικές λύσεις, επιλέγοντας την καλύτερη. ([https://www.psychologytoday.com/schizophrenia/therapy/dio 62974/dic318641](https://www.psychologytoday.com/schizophrenia/therapy/dio-62974/dic318641) (8/4/17)).

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) : χρησιμοποιείται κυρίως για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Παρόλα αυτά είναι ιδιαίτερος αποτελεσματική επίσης και για τη θεραπεία άλλων ψυχικών νοσημάτων όπως η ανθεκτική σχιζοφρένεια .

Η ECT είναι ένας από τους πιο ασφαλή και πιο αποτελεσματικούς τρόπους για την ανακούφιση

των συμπτωμάτων σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη ή τάσεις αυτοκτονίας ή εκείνους που έχουν ανθεκτικές ψυχώσεις.

Στη σχιζοφρένια η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι συχνά εξαιρετικά αποτελεσματική κυριώς στην κατατονία. Οι περισσότεροι άνθρωποι ακολουθούν συνεδρίες δύο με τρεις φορές την εβδομάδα για 2-4 εβδομάδες.

Επιπλέον έχει εντυπωσιακά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση ενός οξέος ψυχωτικού επεισοδίου. ([https://www.webmd.com/schizophrenia/guide/Electroconvulsive Therapy \(ECT\) and Mental Illness](https://www.webmd.com/schizophrenia/guide/Electroconvulsive%20Therapy%20(ECT)%20and%20Mental%20Illness), 21/1/17).

Μύθοι για ECT :

Πολλοί άνθρωποι παρανοούν το ECT σχετικά με τους κινδύνους και τις παρενέργειες που έχει σχέση με την αναισθησία. Γι' αυτό το λόγο οι ιατροί ελέγχουν τον εξοπλισμό πριν τη χρήση και δεν επιτρέπεται η είσοδος σε ανειδίκευτο προσωπικό τη στιγμή που γίνεται η θεραπεία. Υπάρχει επίσης μια λανθασμένη αντίληψη ότι το ECT θα πρέπει να είναι μόνο μια «τελευταία λύση» θεραπείας, ή ότι χρησιμοποιείται ως «γρήγορη λύση» αντί της μακροχρόνιας θεραπείας ή νοσηλείας. (<https://www.psychcentral.com/news/disorders/schizophrenia>, 12/12/16).

Νοσηλεία σε νοσοκομείο

Σε ένα άτομο με σχιζοφρένια μπορεί να απαιτείται νοσηλεία, αν αυτός ή αυτή αντιμετωπίζει σοβαρές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις, αυτοκτονικές σκέψεις, προβλήματα με την κατάχρηση ουσιών ή άλλες ενδεχομένως επικίνδυνες ή αυτό ή ετερο-επιβλαβείς συμπεριφορές. Η εισαγωγή διακρίνεται σε εκούσια και ακούσια. Εκούσια είναι εάν ο πάσχων με δική του πρωτοβουλία επισκέπτεται το νοσοκομείο ώστε να δοθεί η κατάλληλη θεραπεία επειδή έχει ήδη αναγνωρίσει τα πρώιμα σημεία υποτροπής, ενώ ακούσια συμβαίνει σε περιπτώσεις υποτροπής με εμφάνιση ψυχωτικού επεισοδίου, απόπειρας αυτοκτονίας ή απόπειρα ετεροτραυματισμού για τα οποία ο ασθενείς δεν έχει επίγνωση, οι ακούσιες νοσηλείες πραγματοποιούνται έπειτα από εισαγγελική διαταγή.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ

Παιδική σχιζοφρένεια:

Πρόκειται για μία σπάνια ψυχιατρική νόσο των ανηλίκων με επιπολασμό 1/10.000 και με τα αγόρια να διατρέχουν το διπλάσιο κίνδυνο. Η κλινική της εικόνα είναι πιο έντονη και σοβαρή από αυτή των ενηλίκων. Παλαιότερα η παιδική σχιζοφρένεια αντιμετωπιζόταν ως μία ακόμη αναπτυξιακή διαταραχή όπως ο αυτισμός. Παρόλα αυτά εντοπίζονται σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο αυτών παθήσεων αφού η σχιζοφρένεια εμφανίζεται μετά τα πρώτα 5 έτη της ζωής του παιδιού, σε αντίθεση με τον αυτισμό που εμφανίζεται στη βρεφική ηλικία. Επιπλέον η σχιζοφρένεια δεν παρουσιάζει νοητική υστέρηση. Τα συμπτώματα σπάνια υποχωρούν με το χρόνο, ενώ συνήθως έχουν ύπουλη έναρξη. Τα συμπτώματα εμφανίζονται σταδιακά και αποδιοργανώνουν το παιδί. Εκείνο αρχίζει να φέρεται παράξενα, ενώ για να εμφανιστεί η πλήρης εικόνα της μπορεί να περάσουν μήνες ή χρόνια. Σπανιότερα, εμφανίζεται απότομα σε ένα παιδί, που μέχρι πρότινος φερόταν φυσιολογικά. Το παιδί μπορεί να ακούει φωνές που δεν υπάρχουν. Πρόκειται για φωνές αγνώστων ατόμων που στις περισσότερες φορές, του ζητάνε να κάνει κάτι (συνήθως αρνητικό). Άλλα παιδιά βλέπουν πράγματα που δεν υπάρχουν (σκελετούς, τρομακτικά πρόσωπα, ζώα, τέρατα). Τα μεγαλύτερα παιδιά βλέπουν εικόνες με σεξουαλικό περιεχόμενο. Όσο μεγαλώνουν τα παιδιά τόσο πιο οργανωμένο γίνεται το παραλήρημά τους. Παράλληλα βιώνουν αρνητικά συμπτώματα και έχουν δυσκολίες στον έλεγχο της ροής της σκέψης τους. Σταδιακά περιορίζονται οι κοινωνικές τους δεξιότητες και οδηγούνται στην απομόνωση. Επιπλέον συχνά έχουν ιστορικό καθυστερημένης γλωσσικής και κινητικής ανάπτυξης. ([https://www.ola-ta-kala.blogspot.com/2012/08/blog-post 29 html](https://www.ola-ta-kala.blogspot.com/2012/08/blog-post-29.html), 27/3/17).

Συμπτώματα:

- ◆ Παραλητικές ιδέες
- ◆ Ψευδαισθήσεις (κυρίως ακουστικές)
- ◆ Αποδιοργανωμένος λόγος και συμπεριφορά (με παράξενες χειρονομίες και εκφράσεις προσώπου)

- ◆ Αρνητικά συμπτώματα (π.χ. τάση αυτοκτονίας και κατάθλιψη)
- ◆ Για να τεθεί η διάγνωση πρέπει 2 τουλάχιστον βασικά συμπτώματα να επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες είτε στην κανονική είτε στην εξασθενημένη μορφή τους. (<https://www.blogger.com/share-post.gblog D=6415895619369>, 3/2/17).

Πορεία :

Η έκβαση της παιδικής σχιζοφρένειας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Καλή έκβαση έχουμε όταν υπάρχει οικογενειακή υποστήριξη και όταν το επίπεδο λειτουργικότητας του παιδιού ήταν υψηλό πριν την εκδήλωση της σχιζοφρένειας. Αντίθετα κακή έκβαση παρουσιάζεται όταν το παιδί εκδηλώνει τη νόσο πριν την ηλικία των 5 όταν υπάρχει ελλιπής οικογενειακή στήριξη και τέλος στην περίπτωση που υπάρχει συννόσηση με αναπτυξιακές διαταραχές, μαθησιακές διαταραχές ή διαταραχές συμπεριφοράς.

(<https://www.eidikiagogimeaplologia.blogspot.com/2011/04/blogspot.html>, 3/2/17).

Διάγνωση:

Παρουσιάζεται ιδιαίτερη δυσκολία για τη διαφορική διάγνωση της παιδικής σχιζοφρένειας από άλλες παθήσεις που παρουσιάζουν αντίστοιχη συμπτωματολογία π.χ. ορισμένες άτυπες ψυχώσεις. Νευροαπεικονιστικές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχουν μορφολογικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου των παιδιών που πάσχουν. Πιο συγκεκριμένα παρουσιάζεται σημαντική μείωση της συγκέντρωσης της φαιάς ουσίας κατά την εφηβεία. Προνοσηρά ελλείμματα που θέτουν υποψίες αφορούν το λόγο, την κινητική ανάπτυξη και την κοινωνική συνδιαλλαγή τους.

(Ανδρούτσος, Χρ., "Σχιζοφρένεια σε παιδιά και εφήβους:συνάφεια και ετερότητα προς τη σχιζοφρένεια των ενηλίκων", Ψυχιατρική, 2012, 23 (Παράρτημα 1), σελίδα 82, 3/2/17).

Θεραπεία:

- ◆ Αντιψυχωτική αγωγή ,
- ◆ Ατομική ψυχοθεραπεία,
- ◆ Οικογενειακές εκπαιδευτικές και κοινωνικές παρεμβάσεις (<https://www.blogger.com/share->

Σχιζοφρένεια εφήβων:

Η σχιζοφρένεια των εφήβων διακρίνεται σε αυτή που έχει ήδη ξεκινήσει από την παιδική ηλικία με τουλάχιστον ένα ψυχωτικό επεισόδιο στο ιστορικό τους και τώρα συνεχίζει την πορεία της και σε



αυτή που πρωτοεμφανίστηκε κατά τη διάρκεια της εφηβείας, συνήθως μετά τα 15.

Στατιστικά ο επιπολασμός της εφηβικής σχιζοφρένειας ανέρχεται στο 0,23%. Κατά την κλινική εξέταση εμφανίζεται μεγάλη δυσκολία στη διαφορική διάγνωση της σχιζοφρένειας από άλλες αναπτυξιακές ή συναισθηματικές διαταραχές με ψυχώσεις όπως λόγου χάρη κατάθλιψη και από άλλες άτυπες ψυχώσεις όπως ή ψύχωση οφειλόμενη σε κατάχρηση ουσιών.

Η έναρξη της διαταραχής γίνεται με έναν από τους ακόλουθους τρόπους:

- ◆ Οξεία έναρξη (χωρίς εμφανή προνοσηρά συμπτώματα).
- ◆ Ύπουλη έναρξη (με βαθμιαία επιδείνωση της λειτουργικότητας).
- ◆ Ύπουλη έναρξη (με ραγδαία επιδείνωση της λειτουργικότητας). Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η έναρξη είναι ραγδαία.

Κλινική εικόνα:

Η συμπτωματολογία μεταξύ παιδικής και εφηβικής σχιζοφρένειας δεν παρουσιάζει ιδιαίτερες διαφορές. Και εδώ συναντάμε ψευδαισθήσεις κυρίως ακουστικές. Παρουσιάζονται παραλητικές ιδέες δίωξης και σεξουαλικού περιεχομένου καθώς και συναισθηματική αστάθεια. Το συναίσθημα είναι αμβλύ ή απρόσφορο και συχνά παρουσιάζονται διαταραχές στη δομή και τη ροή της σκέψης καθώς και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά. Όλα αυτά τα στοιχεία συντελούν στην σταδιακή απομόνωση του εφήβου, στην μείωση των κοινωνικών του δεξιοτήτων και στην καθοδική πορεία της σχολικής του επίδοσης που οφείλεται στην παρουσία γνωστικών ελλειμμάτων. Σχετικά με την έναρξη της ενεργούς ψύχωσης οι περισσότερες μελέτες δείχνουν πως συμβαίνουν με βραδύ ρυθμό δυσχεραίνοντας τη διάγνωση. Το χρονικό διάστημα που απαιτείται από την εκδήλωση των πρόδρομων σημείων μέχρι τα ψυχωτικά συμπτώματα ξεπερνά το ένα έτος.

Παράγοντες κινδύνου για σχιζοφρένεια στους εφήβους:

Οι πέντε βασικοί παράγοντες κινδύνου που προσδιορίζονται από τους ερευνητές είναι:

- ◆ Ένα γενετικό κίνδυνο για τη σχιζοφρένεια (όπως καθορίζεται από το οικογενειακό ιστορικό), σε συνδυασμό με την πρόσφατη μείωση στην εν γένει λειτουργία του ατόμου
- ◆ Υψηλότερα επίπεδα ασυνήθιστο περιεχόμενο της σκέψης (π.χ. τις σκέψεις που κάνουν νόημα)
- ◆ Μια αύξηση στην υπόνοια ή και την παράνοια (π.χ. πιστεύοντας ότι οι εκπαιδευτικοί είναι έξω για να τους πάρει)
- ◆ Μια αύξηση στην κοινωνική δυσλειτουργία (π.χ. μένοντας μακριά ή δεν μιλάει με τους φίλους)
- ◆ Παρελθόν ή την τρέχουσα κατάχρηση ουσιών.

Αυτά τα πέντε χαρακτηριστικά, τα οποία προσδιορίζονται στην αρχή της μελέτης, αύξησαν κατακόρυφα την πιθανότητα ότι ένας έφηβος θα αναπτύξει σχιζοφρένεια. Περίπου 70 - 80 % των ανθρώπων που είχαν 2 ή περισσότερα από αυτά τα συμπτώματα είχαν αναπτύξει σχιζοφρένεια.

Πρόγνωση:

Δυστυχώς για το 50%-60% η πρόγνωση είναι δυσμενής αφού η πάθηση προκαλεί σοβαρή έκπτωση της κοινωνικότητας και της λειτουργικότητας των εφήβων. Η έκβαση θεωρείται ακόμα πιο ζοφερή εάν εμφανίστηκε με ύπουλη έναρξη, με έντονες προνοσηρές εκδηλώσεις όπως επιθετικότητα, πτώση της σχολικής επίδοσης και αδυναμία επιτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων και υγιεινής. Επιπλέον η παρουσία επίμονων αρνητικών συμπτωμάτων και αποδιοργάνωσης αποτελούν επιπρόσθετους επιβαρυντικούς δείκτες πρόγνωσης. (<https://www.psychcentral.news.com/disorders/schizophrenia>, 12/12/16).

Θεραπεία:

- ◆ Αντιψυχωτική αγωγή
- ◆ Ατομική ψυχοθεραπεία
- ◆ Οικογενειακές παρεμβάσεις (υποστηρικτική, ψυχοεκπαίδευση, μείωση των εκφραζόμενων συναισθημάτων)
- ◆ Κοινωνικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις (δραστηριότητες στην κοινότητα, εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, ειδική εκπαίδευση παρεμβάσεις στη σχολική κοινότητα για αποδοχή ψυχικά ασθενών.

(Ανδρούτσος ,Χρ., "Σχιζοφρένεια σε παιδιά και εφήβους: συνάφεια και ετερότητα προς τη σχιζοφρένεια των ενηλίκων", Ψυχιατρική, 2012,23, Παράρτημα 1, σελίδα 82,3/2/17).

Σχιζοφρένεια και γονεϊκή ικανότητα μητέρων:

Τη στιγμή της επιβεβαίωσης της εγκυμοσύνης μιας γυναίκας που έχει διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια, ερωτηματικά γεννιόνται για την ικανότητά της να εκπληρώσει αυτό το ρόλο.

Πολλοί πιστεύουν ότι αυτές οι γυναίκες μπορεί να γίνουν εξαιρετικές μητέρες, ενώ άλλοι μελετητές κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου. Οι περισσότερες ανησυχίες αφορούν το ενδεχόμενο πιθανής κακοποίησης του παιδιού ή σοβαρής αμέλειάς του από τη φροντίδα της μητέρας του. Αυτοί είναι και οι βασικοί λόγοι που ορισμένες φορές σχιζοφρενείς μητέρες χάνουν την κηδεμονία του παιδιού τους. Βασικό γνώρισμα των πασχόντων από σχιζοφρένεια είναι τόσο η έλλειψη της έκφρασης του

συναισθήματος, όσο και η πενιχρή ικανότητά τους να το αντιλαμβάνονται. Αυτός ο συνδυασμός συναισθηματικών δυσλειτουργιών μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ενδοοικογενειακή επικοινωνία. Επιπρόσθετα οι νοσούντες γίνονται λιγότερο συναισθηματικά διαθέσιμες και λιγότερο ανταποδοτικές στην αγάπη που αβάστα τους προσφέρουν τα παιδιά τους. (<https://www.science-direct.com./science/journal/18762,19/4/17>).

Κατά την αξιολόγηση της γονεϊκής ικανότητας μίας ασθενούς ελέγχεται η επίγνωση της για την πάθηση, οι γνώσεις της ή μη για τον έγκαιρο εντοπισμό των πρώιμων συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας και η διερεύνηση του κινδύνου κακοποίησης του παιδιού από τη μητέρα του.

Παράγοντες που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο κακοποίησης θεωρούνται :

- ◆ Η ενεργός συμπτωματολογία
- ◆ Η συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές
- ◆ Η μη επίγνωση
- ◆ Το ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς στο παρελθόν
- ◆ Ιστορικό κακοποίησης της μητέρας ως παιδί
- ◆ Το επικίνδυνο οικογενειακό περιβάλλον
- ◆ Οι στρεσογόνοι παράγοντες
- ◆ Η έλλειψη κοινωνική υποστήριξη της μητέρας
- ◆ Οι μη ρεαλιστικές γονεϊκές προσδοκίες.
- ◆ Η έλλειψη στέγης και βασικών αγαθών
- ◆ Οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες
- ◆ Η διατήρηση αρνητικής στάσης απέναντι στο βρέφος

ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

- ◆ Η κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών.

Αντίθετα καλύτερη πορεία εμφανίζουν οι μητέρες στις περιπτώσεις όπου υπάρχει οικογενειακή στοργή και κατανόηση από τα υπόλοιπα μέλη, όταν γίνεται συνεχή επίβλεψη της ασθενούς από ψυχίατρο και τηρεί πιστά την φαρμακευτική της αγωγή. Ασφαλώς η κοινωνική υποστήριξη και η οργανωμένη ψυχοθεραπεία έχουν κι αυτές καταλυτικό ρόλο στην εξέλιξη της ασθένειας.

Προβλήματα παιδιού με μητέρα σχιζοφρενή:

- ◆ Κίνδυνος τερατογένεσης λόγω καθυστέρησης της διάγνωσης της κύησης.
- ◆ Μαιευτικές επιπλοκές συνήθως λόγω ανεπάρκους προγεννητικής φροντίδας.
- ◆ Επιβάρυνση στη γνωστική ανάπτυξη και τη συμπεριφορά του.
- ◆ Αυξημένος κίνδυνος για εμφάνιση ψυχικών διαταραχών λόγω γενετικού υποβάθρου, ιδιαίτερα υπό αντίξοες περιβαλλοντικές συνθήκες.
- ◆ Κοινωνική περιθωριοποίηση, στιγματισμός και ψυχολογικά προβλήματα.
- ◆ Φτώχεια εξαιτίας αδυναμίας εύρεσης εργασίας της μητέρας.
- ◆ Πιθανή κακοποίηση του παιδιού από τη μητέρα (εκ προθέσεως τραυματισμός ή σεξουαλική κακοποίησή ακόμα και βαριά αμέλεια.). Η αμέλεια εκδηλώνεται ως αποτυχία πρόληψης τραυματισμού ή μη παροχή σωματικής και συναισθηματικής φροντίδας.

(Αρβανίτη, Α."Γονεϊκή ικανότητα μητέρων με σχιζοφρένεια", Ψυχιατρική, 23(4), σελίδα 314,3/2/17).



Θεραπεία:

Είναι ευρέως γνωστό ότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ιδιαίτερα κατά το πρώτο τρίμηνο κύησης πρέπει να αποφεύγονται η συναισθηματική φόρτιση και η λήψη φαρμάκων. Παρόλα αυτά κάτι τέτοιο είναι σχεδόν ανέφικτο σε μία εγκυμονούσα σχιζοφρενής. Ασφαλώς η διακοπή της λήψης αντιψυχωτικών δε συνίσταται, διότι θα οδηγήσει σε επανεμφάνιση των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Γι' αυτό οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορούν να συνεχίσουν τη λήψη των μακράς δράσης αποβαλλόμενων φαρμάκων καθώς θεωρούνται ασφαλή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5212273/> acting drugs/doi 107573/dic 212273, 13/1/17).

Παρεμβάσεις:

Διάκριση μητέρων με κριτήριο τη στιγμή που πρωτοεμφάνισαν την πάθηση (πριν την εγκυμοσύνη, κατά τη διάρκεια, μετά τον τοκετό).

Διάκριση της νόσου αναλόγως της βαρύτητάς και της εξέλιξής της. Κάποιες μητέρες έχουν ένα μόνο ψυχωτικό επεισόδιο στη ζωή τους. Άλλες έχουν υποτροπιάζουσα μορφή και τέλος υπάρχουν αυτές με χρόνια νόσο. Εντοπισμός μητέρων που δε συμμορφώνονται με το θεραπευτικό σχήμα. Ενημέρωση γυναικών για τρόπους προφύλαξης και οικογενειακού προγραμματισμού. Εκπαίδευση ως γονέας για μείωση στρεβλών αντιλήψεων προς το μωρό, για ανταπόκριση στις νύξεις του μωρού και για αύξηση της ενσυναίσθησης προς το μωρό.

Εκπαίδευση μητέρας ως ασθενής, ώστε να γίνεται εγκαίρως η αναγνώριση των πρώιμων συμπτωμάτων υποτροπής, εκπαίδευση σε πρακτικές μείωσης του στρες και σχεδίου μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Σχιζοφρένεια και κατάχρηση ουσιών:

Βάσει μελετών που έχουν διεξαχθεί, δεν υπάρχει αιτιολογική συσχέτιση μεταξύ σχιζοφρένειας και κατάχρησης ουσιών. Παρόλα αυτά έχει παρατηρηθεί πως ένα μεγάλο ποσοστό των σχιζοφρενών κάνει και κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών. Συνέπεια του συνδυασμού των ουσιών με την προτεινόμενη αντιψυχωτική αγωγή είναι :

- ◆ Η κακή αντίδραση των φαρμάκων
- ◆ Η επιδείνωση της συμπτωματολογίας
- ◆ Η μείωση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας
- ◆ Η αυξημένη πιθανότητα για διακοπή της θεραπείας και υποτροπής του θεράποντος.
- ◆ Η διακοπή της κατάχρησης των ουσιών πρέπει να γίνεται σε ειδικά κέντρα απεξάρτησης με την παρακολούθηση ψυχιάτρου προς αποφυγή επανεμφάνισης υποτροπών και συμπτωμάτων στέρησης. Παράλληλα θα πρέπει να συνεχίζεται η τήρηση της χορήγησης των μακράς αποδεδειγμένης αντιψυχωτικών, αφού δεν υπάρχουν αντίστοιχες αντενδείξεις.

Άστεγοι με σχιζοφρένεια:

Η επικράτηση των ψυχικά νοσούντων από ψυχικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένης και της σχιζοφρένειας είναι αυξημένη στον πληθυσμό των αστέγων σε σχέση με το γενικό πληθυσμό αγγίζοντας το ποσοστό 58%-100%. Η σχιζοφρένεια φαίνεται πως δεν αποτελεί την κύρια αιτία πάθησης αφού προηγούνται οι διαταραχές κατάχρησης αλκοόλ και ουσιών και οι συναισθηματικές διαταραχές. Κοινός παρονομαστής όλων των ερευνών είναι πως οι άστεγοι δέχονται ανεπαρκή φροντίδα από τις αντίστοιχες υπηρεσίες κοινωνικών υπηρεσιών αστέγων, τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τις υπηρεσίες απεξάρτησης. Η συννόσηση, στους κόλπους του πληθυσμού των αστέγων βρέθηκε πολύ υψηλή έως και 17% για δύο διαταραχές, ενώ άλλοι πάσχουν ταυτοχρονα από τρεις ή

ακόμα και τέσσερις ψυχικές παθήσεις. Ο μέσος όρος της συχνότητας της σχιζοφρένειας είναι κυμαίνεται περίπου στο 3%-14% .

Όσον αφορά τη χώρα μας δεν υπάρχει επίσημη εθνική στρατηγική για την αντιμετώπιση του φαινομένου απώλειας στέγης, αλλά ούτε και τακτική καταγραφή της ψυχοπαθολογίας των αστέγων. Αυτή την πρωτοβουλία έχουν αναλάβει κυρίως Μ.Κ.Ο. Τα πιο πρόσφατα αποτελέσματα είναι από το 2006 όπου η Ελλάδα φαίνεται πως είναι η μοναδική ευρωπαϊκή χώρα στην οποία η σχιζοφρένεια αποτελεί την πρώτη αιτία πάθησης αυτού του πληθυσμού με ποσοστό 32,7%. (Χονδράκη, Π, Μαδιανός, Μ, Παπαδημητρίου, Ν."Η μελέτη της ψυχοπαθολογίας στους πληθυσμούς των αστέγων της Ευρωπαϊκής Ένωσης", Ψυχιατρική, 23(4),σελίδα 334, 3/2/17).

Συμπεράσματα:

Οι άστεγοι αποτελούν ειδική κατηγορία ασθενών των βιοποριστικών προβλημάτων, του κοινωνικού στίγματος καθώς και της αδυναμίας παροχής υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς κρίνεται αναγκαία η προάσπιση των δικαιωμάτων τους για συνεχή και αξιοπρεπή παροχή υπηρεσιών υγείας.

Σχιζοφρενείς με νοητική υστέρηση:

Ως νοητική υστέρηση ορίζεται η πνευματική καθυστέρηση που ξεκινά πριν την ενηλικίωση και έχει μία μόνιμη επίδραση στην ανάπτυξη. Προκαλεί μειωμένη ικανότητα για ανεξαρτησία, λόγω της μειωμένης ικανότητας να κατανοήσουν νέες πληροφορίες και να μάθουν νέες δεξιότητες. Επιπλέον παρουσιάζουν προβλήματα στην επικοινωνία και γνωστικά ελλείμματα σε όλους τους τομείς. Διακρίνεται σε τέσσερις τύπους οριακή, ήπια, μέτρια, βαριά.

Οι ενήλικες με νοητική υστέρηση διατρέχουν υψηλό κίνδυνο (20%-40%) να αναπτύξουν ψυχικές διαταραχές με τις ψυχώσεις όπως η σχιζοφρένεια να αποτελούν τις συνηθέστερες, εξαιτίας της σύνθετης αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και οικογενειακών παραγόντων. Στην ήπια νοητική υστέρηση τα συμπτώματα είναι λιγότερο πολύπλοκα λόγω των μειωμένων επικοινωνιακών δεξιοτήτων τους. Όσο επιδεινώνεται η βαρύτητα της υστέρησης τόσο δυσχεραίνεται η επικοινωνία και η έγκαιρη διάγνωση. Στη μέτρια και τη βαριά κατάσταση, οι

ασθενείς παρουσιάζουν πιο συχνά διαταραγμένη συμπεριφορά, ενώ υπάρχει και πιθανότητα για εκδήλωση συμπτωματολογίας δύο ή και περισσότερων ψυχικών ασθενειών.

Αξιολόγηση:

Θεωρείται απαραίτητη η διεπιστημονική αξιολόγηση του βαθμού νοητικής υστέρησης, της γενικότερης σωματικής υγείας, της συμπεριφοράς, της ύπαρξης ή μη υποστηρικτικού δικτύου και της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνει.

Θεραπεία:

- ◆ Αντιψυχωτική αγωγή
- ◆ Εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς (γνωστική αναλυτική θεραπεία και συμπεριφοριστικές θεραπείες)
- ◆ Ψυχοθεραπεία

(<https://www.psychologiein.dagorastosnet/> 2013/10/21 ενήλικες με νοητική υστέρηση, 3/2/17).

Τρόφιμοι φυλακών με σχιζοφρένεια:

Δυστυχώς δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου η σχιζοφρένεια συγχέεται με την εγκληματικότητα. Αυτό συμβαίνει διότι υπάρχει μία διάχυτη αίσθηση φόβου απέναντι στους ασθενείς σε συνδυασμό με τους μύθους που αναφέρουν πως οι σχιζοφρενείς είναι απαραίτητα και βίαιοι. Στην παραγματικότητα δεν είναι βίαιοι εκτός κι αν ήταν πριν της έναρξης της νόσου ή εάν κάνουν ταυτόχρονα κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών.

(<https://www.psychcentral.news.com/disorders/schizophrenia>, 12/12/16). Στατιστικά παλαιότερης έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε Ευρώπη και ΗΠΑ έδειξαν πως το 3,7% των ανδρών και το 4% των γυναικών εντός των φυλακών υποφέρουν από ψυχώσεις. Αυτό πρακτικά σημαίνει πως το

ποσοστό είναι τριπλάσιο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Αίτια αύξησης των ψυχωτικών διαταραχών εντός των σωφρονιστικών ιδρυμάτων:

- ◆ Η ίδια η πάθηση που έχει εμφανισθεί πριν την καταδίκη και αυξάνει την πιθανότητα σύλληψης.
- ◆ Ο ίδιος ο εγκλεισμός και τα χαρακτηριστικά της φυλακής (απομόνωση, απομάκρυνση από οικείους, στρεσογόνοι παράγοντες...)
- ◆ Η πιθανότητα αυξάνεται αναλογικά με την αύξηση της ηλικίας και την παρατεταμένη παραμονή στην απομόνωση.

Συμπεράσματα:

Τα άτομα που ζουν σε σωφρονιστικά ιδρύματα έχουν υψηλό επιπολασμό στη σχιζοφρένεια και στις υπόλοιπες ψυχωτικές διαταραχές.

Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα βίαιης συμπεριφοράς και σύλληψης μετά την αποφυλάκισή τους. Η βία εκδηλώνεται συνήθως κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους σε κάποια ψυχιατρική κλινική.

Οι πιθανότεροι στόχοι για βίαια ξεσπάσματα είναι μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος και όχι τόσο το πλήθος. Η βιαιοπραγία θεωρείται απότοκος της παύσης της λήψης των αντιψυχωτικών φαρμάκων. ([http : www.e- psychology.gr psychosis\ schizophrenia \ robs egleismou](http://www.e-psychology.gr/psychosis/schizophrenia/robs_egleismou))

Θεραπεία:

- ◆ Φαρμακευτική αγωγή, για αποκατάσταση ενεργού ψυχωτικού επεισοδίου και αποτροπή εμφάνισης στο μέλλον.
- ◆ Συμβουλευτική ψυχοθεραπεία και ψυχοεκπαίδευση.
- ◆ Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση
- ◆ Υποστήριξη για θέματα στέγασης, εργασίας και κοινωνικής ένταξης ώστε να είναι ψυχολογικά προετοιμασμένοι για τη στιγμή της αποφυλάκισής τους.
- ◆ Κατά τη φάση ψυχωτικού επεισοδίου είναι αναγκαία η διατήρηση των παραγόντων που

είναι θετικοί για τους πάσχοντες όπως η ύπαρξη σταθερού προγράμματος, η ησυχία, η απομόνωση και η μείωση εντάσεων.

ΜΥΘΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

1. Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν όλοι τα ίδια συμπτώματα.

Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι της σχιζοφρένειας. Ακόμη και άτομα που έχουν διαγνωσθεί με το ίδιο υπότυπο της σχιζοφρένειας συχνά φαίνονται πολύ διαφορετικά.

2. Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνα, απρόβλεπτα και εκτός ελέγχου.

Όταν η ασθένειά τους αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν είναι πιο βίαια από ό, τι ο γενικός πληθυσμός. Οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια πιο συχνά τείνουν να είναι θύματα και όχι δράστες της βίας, αν και σε άτομα χωρίς θεραπεία και κάνοντας κατάχρηση ουσιών συχνά αυξάνεται ο κίνδυνος επιθετικής συμπεριφοράς.

3. Η σχιζοφρένεια είναι ένα ελάττωμα του χαρακτήρα.

Εύκολα συγχέεται ο σχιζοφρενής με έλλειψη κινήτρων, νωχελικότητα ή χαρακτηρίζεται ως φυγόπονος δίχως πολλοί να κατανοούν πως η ίδια η ασθένεια οφείλεται γι' αυτή τη στάση.

4. Η γνωστική παρακμή είναι ένα σημαντικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας.

Φαινομενικά χωρίς κίνητρα τα άτομα πιθανότατα παρουσιάζουν γνωστικές δυσκολίες με την επίλυση προβλημάτων, την προσοχή, τη μνήμη και την επεξεργασία δεδομένων. Μπορεί να ξεχάσουν να πάρουν τα φάρμακά τους. Μπορούν να κάνουν βόλτα που δεν έχει νόημα.... Μπορούν να χρειάζονται πολύ χρόνο οργανώνοντας τις σκέψεις τους. Και πάλι, αυτά είναι τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, οι οποίες δεν έχουν καμία σχέση με το χαρακτήρα ή την προσωπικότητα.

5. Υπάρχουν ψυχωτικά και μη ψυχωτικά άτομα.

Άλλωτε οι πάσχοντες έχουν ψυχωτικό επεισόδιο κι άλλες στιγμές έχουν ύφεση των συμπτωμάτων τους. Η σχιζοφρένεια διαρκώς αλλάζει την εικόνα του ασθενούς εξαιτίας των εναλλαγών της υποτροπής με την ύφεση. Όλοι οι σχιζοφρενείς θα παρουσιάσουν στη ζωή τους ένα τουλάχιστον ψυχωτικό επεισόδιο.

6. Η σχιζοφρένεια αναπτύσσεται γρήγορα.

Είναι πολύ σπάνιο να έχουμε μια μεγάλη πτώση σε λειτουργία. Η σχιζοφρένεια τείνει να αναπτυσσεται αργά. Οι αρχικές ενδείξεις παρουσιάζονται συχνά κατά τη διάρκεια της εφηβείας και οι πρώτες ενδείξεις είναι αυτές που κινητοποιούν την οικογένεια του ασθενούς για αναζήτηση της πάθησης. Αυτό το στάδιο καλείται πρόδρομη φάση.

7. Η σχιζοφρένεια είναι καθαρά γενετική.

Μελέτες έχουν δείξει ότι σε ζεύγη πανομοιότυπων διδύμων (που μοιράζονται το ίδιο γονιδίωμα) ο επιπολασμός της ανάπτυξης της ασθένειας φθάνει μέχρι και το 48 %. Παρόλα αυτά πλέον γνωρίζουμε ότι η σχιζοφρένεια είναι μία πολυπαραγοντική νόσος, με άλλους παράγοντες κινδύνου να είναι το στρες, το οικογενειακό περιβάλλον.

8. Η σχιζοφρένεια είναι ανίατη.

Ενώ η σχιζοφρένεια δεν είναι ιάσιμη, είναι κατ'εξοχήν θεραπεύσιμη και διαχειρίσιμη χρόνια ασθένεια, όπως ο διαβήτης ή καρδιακή νόσο, δήλωσε ο Levine. Το κλειδί της αποκατάστασης της λειτουργικότητας είναι να λαμβάνεται η σωστή θεραπεία για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών.

9. Οι πάσχοντες πρέπει να εισαχθούν σε νοσοκομείο.

Τα περισσότερα άτομα με σχιζοφρένεια κάνουν καλά που ζουν στην κοινότητα με τη θεραπεία στα εξωτερικά ιατρεία. Και πάλι, το κλειδί είναι η σωστή θεραπεία και την τήρησή της, ειδικά λαμβάνοντας φαρμακευτική αγωγή, όπως ορίζεται.

10. Οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να οδηγήσουν παραγωγική ζωή.

Πολλά άτομα μπορεί να έχουν μία ευτυχισμένη και παραγωγική ζωή, ειδικά εάν δεν παρουσιάζουν συχνά υποτροπές, εάν είναι πιστοί στις οδηγίες που τους έχουν δοθεί και στην περίπτωση που έχουν διαγνωσθεί με τον παρανοϊκό τύπο σχιζοφρένειας.

11. Τα φάρμακα κάνει τους πάσχοντες ζόμπι.

Όταν σκεφτόμαστε αντιψυχωσικά φάρμακα για τη σχιζοφρένεια, έχουμε αυτόματα στο μυαλό μας επίθετα όπως λήθαργικός, απαθής και αδιάφορος. Πολλοί πιστεύουν ότι το φάρμακο προκαλεί αυτά τα είδη των συμπτωμάτων. Ωστόσο, τις περισσότερες φορές τα συμπτώματα αυτά είναι είτε από

την ίδια τη σχιζοφρένεια, είτε λόγω της υπερβολικής χορήγησης των φαρμάκων.

12. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα είναι χειρότερα από την ίδια την ασθένεια.

Η φαρμακευτική αγωγή είναι ο στυλοβάτης της θεραπείας της σχιζοφρένειας. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα μειώνουν αποτελεσματικά τις παραισθήσεις, τις ψευδαισθήσεις, τη σύγχυση σκέψεων και τις περίεργες συμπεριφορές. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να έχουν σοβαρές παρενέργειες και μπορεί να είναι σπάνια θανατηφόρες. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα, ως ομάδα, είναι μία από τις ασφαλέστερες ομάδες φαρμάκων και η πιο αποτελεσματική επιλογή για τη σχιζοφρένεια.

13. Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν ποτέ να ανακτήσουν την κανονική λειτουργία.

Σε αντίθεση με την άνοια, η οποία επιδεινώνει την πάροδο του χρόνου ή δεν βελτιώνεται, η σχιζοφρένεια φαίνεται να είναι ένα πρόβλημα αναστρέψιμο, δίνοντας ελπίδα για την πρόγνωση των πασχόντων.

ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι το κύριο συστατικό της επιτυχούς θεραπείας της σχιζοφρένειας. Η αποτελεσματικότητά τους επιφέρει σημαντικές βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής των πασχόντων και συμμετέχουν ενεργά στην πρόληψη των επεισοδίων υποτροπής των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα που δίνονται στη σχιζοφρένεια διακρίνονται στα κλασσικά "τυπικά" αντιψυχωτικά πρώτης γενιάς και στα σύγχρονα "άτυπα" αντιψυχωτικά δεύτερης γενιάς. Οι διαφορές μεταξύ τους αφορούν τόσο την αποτελεσματικότητά τους, όσο και τον τρόπο και τη συχνότητα χορήγησής τους.

Το ερώτημα που τίθεται τώρα είναι: Ποια είναι τα ιδανικά για έναν ασθενή; Συνήθως οι νοσούντες δεν έχουν επίγνωση της κατάστασης την οποία βιώνουν και αυτό έχει ως απόρροια την άρνηση ή να λαμβάνουν μία θεραπευτική αγωγή για μία πάθηση η οποία κατά τη γνώμη τους δεν υπάρχει. Επιπλέον έχουν υπάρξει πολλές φορές συνοδοί ή κηδεμόνες που αρνούνται να αποκαλύψουν στον ασθενή τη διάγνωση των εξετάσεων που έχει κάνει αφήνοντας τον στην άγνοια και την παραπληροφόρηση. Αυτοί οι δύο λόγοι σε συνδυασμό με την ύπαρξη παραλητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων συνδράμουν στην αδυναμία συχνής χορήγησης της αντιψυχωτικής αγωγής. Γι' αυτό το λόγο αναπτύχθηκαν τα βραδέως αποβαλλόμενα αντιψυχωτικά τα οποία δίνονται σε αραιά χρονικά διαστήματα και αποτελούν το μείζων θέμα της έρευνάς μας. Τα σπουδαιότερα βραδέως αποβαλλόμενα ή μακράς δράσης όπως εναλλακτικά αποκαλούνται αντιψυχωτικά που προτείνονται για τη σχιζοφρένεια είναι η ρισπεριδόνη, η ολανζαπίνη, η κλοζαπίνη, η κουετιαπίνη, η αριπιπραζόλη και ζιπραζιδόνη. Για αυτά τα φάρμακα έχουν ειπωθεί πολλές υποθέσεις και ερωτηματικά σχετικά με την επίδρασή τους στον ανθρώπινο οργανισμό και κατά πόσο οι σχιζοφρενείς μπορούν να αντιμετωπίσουν την πάθηση ειδικά στην περίπτωση που παρουσιάζουν πτωχή συμμόρφωση ή δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στην δοθείσα αγωγή.

ΠΡΩΤΗΣ ΓΕΝΙΑΣ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ

Μηχανισμός Δράσης

Αποκλεισμός των κεντρικών υποδοχέων ντοπαμίνης (π.χ D2, D3 και D4). Τα αντιψωσικά πρώτης γενιάς (FGAs) προάγουν την εκπόλωση των ντοπαμινικών νευρώνων στη μελαινοραβδωτή, τη μεσολιμβική και σε άλλες οδούς.

Πιθανά πλεονεκτήματα

Η ελάττωση της ντοπαμίνης δραστηριότητας βελτιώνει τα βασικά συμπτώματα της ψύχωσης (π.χ τα θετικά συμπτώματα).

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Κεντρικό Νευρικό Σύστημα:

τα τυπικά αντιψωσικά είναι γνωστά για την εμφάνιση συμπτωμάτων από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, προκαλούν ζάλη, υπόταση και ερύθημα.

Οξεία ΕΠΣ:

- ◆ Παρκινσονικό σύνδρομο (εμφανίζεται στην αρχή της θεραπείας και έχει την τάση να επιμένει, εάν δεν αντιμετωπιστεί)
- ◆ Οξεία δυστονία (εμφανίζεται στην αρχή της θεραπείας και έχει την τάση να επιμένει, εάν δεν αντιμετωπιστεί)
- ◆ Ακαθησία (Sinacola, R, Peters – Strichland T, 2008)

Απώτερα (όψιμα) ΕΠΣ : συνήθως εμφανίζονται μετά από πολλούς μήνες ή χρόνια έκθεσης στο φάρμακο.

- ◆ Κινήσεις της γλώσσας, της παρειάς και των μασητήρων: κινήσεις θηλασμού, πλατάγιασμα των χειλέων.
- ◆ Χοριοαθετωσικές κινήσεις της γλώσσας.
- ◆ Χοριόμορφες /αθετοειδείς κινήσεις των άκρων και ή του κορμού.

- ◆ Συνδυασμός των παραπάνω συμπτωμάτων.

Καταστολή : αντιστρόφως ανάλογη με την ισχύ των milligram. Συνήθως εμφανίζεται τις πρώτες ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας (λόγω της αντισταμινικής δράσης). Μπορεί να αποφευχθεί με την αλλαγή με ένα λιγότερο κατασταλτικό παράγοντα ή με την χορήγηση ολόκληρης της δόσης πριν από την κατάκλιση.

Κακοήθες νευροληπτικό σύνδρομο: απαιτεί έγκαιρη διάγνωση, άμεση διακοπή φαρμάκου, υποστηρικτικά μέτρα (π.χ ψυχρά επιθέματα) και άλλη θεραπεία (πχ. δρανδρολένιο).

Αντιχολινεργικές Επιδράσεις :

Θάμβος όρασης, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, κατακράτηση ούρων, γνωσιακή αποδιοργάνωση. (Pavuluri, M, Janicak. P, 2009)

Καρδιαγγειακό Σύστημα:

- ◆ Εξαιτίας του α-αδρενεργικού αποκλεισμού προκαλείται ορθοστατιστική υπόταση και αντανακλαστική ταχυκαρδία.
- ◆ Ενώ οι διαταραχές του καρδιακού ρυθμού οφείλονται για την παράταση του διαστήματος QT .

Ενδοκρινικές Επιδράσεις :

Η ελαττωμένη νταπαμινεργική δραστηριότητα στην υπόφυση αυξάνει τα επίπεδα προλακτίνης.

- ◆ Σε αυτή την περίπτωση μπορεί να προκληθεί διόγκωση των μαστών και γαλακτόρροια στις γυναίκες και γυναικομαστία στους άνδρες, καθώς επίσης και σεξουαλική δυσλειτουργία και στα δύο φύλα.
- ◆ Αύξηση Βάρους

η οποία θεωρείται μικρότερη συγκρινόμενη με κάποια αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς. (Pavuluri, M, Janicak. P, 2009)

ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΓΕΝΙΑΣ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ

Κλοζαπίνη:

Χημική Ομάδα

Διβενζοδιαζεπινών

Εμπορική Ονομασία

LeponeX (Novartis Ph

armaceuticals)

Διαθέσιμες Μορφές

Κάψουλες των 25 και 100 mg

Χορήγηση

12,5 έως 25 mg την ημέρα, στην συνέχεια 25 mg b.i.d., αυξάνοντας κατά 25 mg την ημέρα, αφού φτάσει στα 100 mg. Η δόση αυξάνεται σε διάστημα ενός μηνός. Αναμείνεται αρκετό χρονικό διάστημα, για την εκτίμηση των ανεπιθύμητων ενεργειών, χωρίς να αυξάνεται τη δόση. Ελαττώσετε προσεκτικά, επειδή μπορεί να εμφανιστούν χολινεργική αντίδραση, ψύχωση ή αλλά συμπτώματα από τη διακοπή, όπως ναυτία, εμετός, διάρροια και αυξημένη σιελόρροια.

Πιθανά Πλεονεκτήματα

- ◆ Δίνεται για τη θεραπεία ανθεκτικής ψύχωσης, στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και τη διπολική διαταραχή .
- ◆ Μπορεί να ελαττώσει την αυτοκτονικότητα στη σχιζοφρένεια και στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή (ο μόνος παράγοντας με αυτή την ένδειξη από το FDA)

- ◆ Μπορεί να συμβάλλει στη μείωση της επιθετικότητας και της βίαιης συμπεριφοράς.
- ◆ Οι ασθενείς μπορεί να συνεχίσουν να βελτιώνονται για 12 μήνες ή και περισσότερο. Στο συνιστώμενο δασολογικό εύρος δεν εμφανίζονται συνήθως ΕΠΣ και παρουσιάζεται σημαντική ελάττωση της όψιμης δυσκινησίας.
- ◆ Μπορεί να ελαττώσει τα αρνητικά συμπτώματα (άμεσα η έμμεσα).

Ανεπιθύμητες Ενέργειες(Αρνητικές συνέπειες της χρήσης)

- ◆ Ακοκκιοκυτταραιμία
- ◆ Αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες
- ◆ Σιελόρροια, ιδίως νυχτερινή
- ◆ Ταχυκαρδία, χαμηλός πυρετός, ελάττωση του διαστήματος QTc (λόγω αναστολής του πνευμονογαστρικού)
- ◆ Αύξηση βάρους
- ◆ Επιληπτικές κρίσεις (1% έως 2%) : αυξημένος κίνδυνος (3% έως 5%), εάν η δόση είναι ίση ή πάνω από 600 mg την ημέρα, μπορεί να χρειαστεί η συγχορήγηση αντιεπιληπτικών, αποφύγετε την καρβαμαζεπίνη.
- ◆ Ορθοστατική υπόταση
- ◆ Καταστολή (ανάλογα με τη δόση αναπτύσσεται ανοχή)
- ◆ Νυχτερινή ενούρηση
- ◆ Κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο
- ◆ Δυσλιπιδαιμία
- ◆ Μυοκαρδίτιδα
- ◆ Εμφάνιση διαβήτη, διαβητική κετοξέωση (ΔΚΟ) (Pavuluri M, Janicak P, 2009)

Κοινές παρενέργειες:

- ◆ αύξηση βάρους,
- ◆ τρόμος, ζάλη, αίσθημα περιστροφής,
- ◆ κεφαλαλγία, υπνηλία
- ◆ γρήγορος καρδιακός ρυθμός ,
- ◆ ναυτία, δυσκοιλιότητα,
- ◆ ξηροστομία, ή αυξημένη σιελόρροια ,
- ◆ θολή όραση,
- ◆ αυξημένη εφίδρωση. ([https://www.drugs.com/schizophrenia-long acting drugs](https://www.drugs.com/schizophrenia-long-acting-drugs), 23\02\17)

Φαρμακευτικές Αλληλεπιδράσεις

Η σιμετιδίνη, η ερυθρομυκίνη, οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), η πρόσληψη καφεΐνης, η διακοπή του καπνίσματος και η ρισπεριδόνη μπορεί να αυξήσουν τα επίπεδα της κλοζαπίνης.

Κίνδυνος

- ◆ Ο κίνδυνος είναι μικρότερος από 0,5% και περιλαμβάνονται και άλλοι παράγοντες: 95% των περιπτώσεων τους πρώτους 6 μήνες .
- ◆ Μεγαλύτερος κίνδυνος τις πρώτες 4 έως 18 εβδομάδες.
- ◆ Μεγαλύτερος στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες.
- ◆ Μεγάλη ηλικία.
- ◆ Εθνικότητα. (Pavuluri M, Janicak P, 2009)

Τρόπος χορήγησης:

Η κλοζαπίνη χορηγείται κατά βάση στους ανθεκτικούς στη θεραπεία σχιζοφρενείς για περίπου 3-6 μήνες. Δίνονται 300-850/900mg ανά μέρα και απαιτείται εβδομαδιαίος έλεγχος για τις τιμές των λευκών αιμοσφαιρίων (κίνδυνος για λευκοπενία).

Μη ανταπόκριση στην κλοζαπίνη θα οδηγήσει στη συνχορήγηση και δεύτερου αντιψυχωτικού που συνήθως επιλέγεται είτε η ροσπεριδόνη είτε η ολανζαπίνη. (Νηματούδης Ι, "Ασθενείς ανθεκτικοί στη σχιζοφρένια", Ψυχιατρική ,25(4), σελίδα 241, 03\02\17)

Παρόλα αυτά η αιφνίδια διακοπή της κλοζαπίνης θα προκαλέσει ένα σύνδρομο ανεπιθύμητων ενεργειών που περιλαμβάνει ταχεία επιδείνωση ψυχωτικών συμπτωμάτων, ανώμαλες κινήσεις και παραλήρημα.

(Castle, D. 2008. Στρατηγικές Αντιμετώπισης Θεραπείας. Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελίδες 3-37, 53-57.).

Ρισπερίδονη :

Χημική Ομάδα

Βενζιζοξαζολη

Εμπορική Ονομασία

Risperdal (Janssen Pharmaceutical) Risperidal Consta (IM μορφή) (Janssen Cilag)

Χορήγηση

Μια φορά την ημέρα είναι αρκετή, αλλά στους ενήλικες συνήθως ξεκινά με δύο φορές την ημέρα (b.I.d) και μπορεί να συνεχιστεί ως b.i.d στα παιδιά.

Πιθανά Πλεονεκτήματα

- ◆ Βελτίωση των θετικών συμπτωμάτων.
- ◆ Βελτίωση των συμπτωμάτων διάθεσης.
- ◆ Πιθανή μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων.
- ◆ Πιθανή μείωση των γνωσιακών συμπτωμάτων.
- ◆ Λιγότερες αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες.
- ◆ Σκεύασμα μακράς δράσης.

Ανεπιθύμητες Ενέργειες

- ◆ Αυξημένος κίνδυνος εξωπυραμδικών συμπτωμάτων, ιδίως σε δόσεις πάνω από 6 mg την ημέρα.
- ◆ Ορθοστατιστική υπόταση.
- ◆ Αύξηση προλακτίνης .
- ◆ Αύξηση βάρους, καταστολή.
- ◆ αύξηση του διαστήματος QTc, με άγνωστη κλινική σημασία.
- ◆ Δυσλιπιδαιμία.
- ◆ Εμφάνιση διαβήτη, διαβητική κετοξέωση (ΔΚΟ).

Εγκυμοσύνη

Σταδιακή διακοπή 2 εβδομάδες πριν από την αναμενόμενη ημερομηνία, ώστε να αποφευχθούν τα εξωπυραμδικά συμπτώματα στο νεογνό. Η ρισπεριδόνη αποβάλλεται στο μητρικό γάλα. (Pavuluri M, Janicak P, 2009).

Συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες ρισπεριδόνη μπορεί να περιλαμβάνουν:

- ◆ Πονοκέφαλο,

- ◆ ζάλη, υπνηλία, αίσθημα κόπωσης,
- ◆ τρέμουλο, σπασμοί ή ανεξέλεγκτες μυϊκές κινήσεις,
- ◆ διέγερση, άγχος, ανήσυχος αίσθηση,
- ◆ καταθλιπτική διάθεση,
- ◆ ξηροστομία, στομαχική διαταραχή, δυσκοιλιότητα,
- ◆ αύξηση βάρους,
- ◆ πόνος στα χέρια ή τα πόδια σας. ([https://www.drugs.com/schizophrenia-long acting drugs.](https://www.drugs.com/schizophrenia-long-acting-drugs/), 23\02\17)

Ολανζαπίνη :

Χημική Ομάδα

Τριενοβενζοδιαζεπίνη

Εμπορική Ονομασία

Zyprexa (Eli Lilly) Διαθέσιμες Μορφές Δισκία των 2.5, 5, 7.5, 10, 15, και 20 mg. Το σκεύασμα ταχείας αποδέσμευσης velotabl περιέχει φαινυλαλανίνη.

Χορήγηση

Δοσολογία μια φορά ημερησίως.

Πιθανός Μηχανισμός Δράσης

Ανταγωνισμός σεροτονίνης – ντοπαμίνης: 5HT₂, D₁, D₂, D₃, D₄.

Πιθανά Πλεονεκτήματα

- ◆ Ελάττωση θετικών συμπτωμάτων.
- ◆ Βελτίωση των συμπτωμάτων διάθεσης.
- ◆ Μπορεί να ελαττώσει τα αρνητικά συμπτώματα.
- ◆ Μπορεί να βελτιώσει τα γνωσιακά συμπτώματα.
- ◆ Καμία σημαντική μεταβολή στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ).

Ανεπιθύμητες Ενέργειες

Αύξηση προλακτίνης (προσωρινά, όχι σταθερά), σε μεγαλύτερες δόσεις μπορεί να παρατηρηθεί ακαθυσία.

Ορθοστατική υπόταση, ζάλη και λιποθυμία.

Αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Αύξηση βάρους, υπνηλία.

Εμφάνιση διαβήτη, διαβητική κετοξέωση (ΔΚΟ). (Pavuluri M, Janicak P, 2009)

Κοινές πρενέργειες

- ◆ Πόνος στις αρθρώσεις
- ◆ Δυσκοιλιότητα
- ◆ Βήχας
- ◆ Ζαλάδα ή υπνηλία
- ◆ Ξερό στόμα
- ◆ Αυξημένη όρεξη
- ◆ Δυσπεψία

- ◆ Μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα στο δέρμα
- ◆ Ανησυχία
- ◆ Πονόλαιμος
- ◆ Αίσθηση αδυναμίας
- ◆ Αύξηση βάρους

([https://www.drugs.com/schizophrenia-long-acting-drugs.](https://www.drugs.com/schizophrenia-long-acting-drugs/), 23\02\17)

Κουετιαπίνη:

Χημική Ομάδα

Διβενζοδιαζεπίνη

Εμπορική Ονομασία

Seroquel (AstraZeneca)

Διαθέσιμες Μορφές

Δισκία των 25, 100, 200, και 300 mg. Μελετώνται δισκία αποδεσμεύσεις και φακελισκοί κοκκίων.

Χορήγηση

Δοσολογία δύο φορές ημερησίως.

Πιθανά Πλεονεκτήματα

Ελάττωση των θετικών συμπτωμάτων. Βελτίωση των συμπτωμάτων διάθεσης. Πιθανή ελάττωση των αρνητικών συμπτωμάτων. Πιθανή βελτίωση των γνωσιακών συμπτωμάτων.

Οι εξωπυραμίδικές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ασήμαντες σε όλο το δοσολογικό εύρος.

Καμία σημαντική μεταβολή του ΗΚΓ

Ανεπιθύμητες Ενέργειες

Ορθοστατική υπόταση, ζάλη, λιποθυμία.

Ο κίνδυνος υπνηλίας είναι μεγαλύτερος κατά τη διάρκεια των 3 με 5 πρώτων ημερών χρησιμοποίησης της δόσης.

Παροδική αύξηση του βάρους και των ηπατικών ενζύμων και ελάττωση της συνολικής και της ελεύθερης T4.

Δυσλιπιδαιμία.

Εμφάνιση διαβήτη, διαβητική κετοξέωση.(ΔΚΟ)(Pavuluri M, Janicak P, 2009)

Κοινές παρενέργειες

- ◆ Δυσκοιλιότητα
- ◆ Ζαλάδα ,ναυτία ή υπνηλία
- ◆ Πονοκέφαλος
- ◆ Ξερό στόμα και πονοκέφαλος
- ◆ Αυξημένη όρεξη
- ◆ Δυσπεψία
- ◆ Ρινική καταρροή ή βουλωμένη μύτη
- ◆ Νωθρότητα
- ◆ Πονόλαιμος

- ◆ Πόνος στο στομάχι ή αναστατωμένος
- ◆ Εύκολη κόπωση και αδυναμία
- ◆ Αύξηση βάρους.

(<https://www.drugs.com/schizophrenia-long-acting-drugs/>, 23\02\17)

Ζιπραζιδόνη

Χημική Ομάδα

Βενζισοθειαζόλη

Εμπορική Ονομασία

Geodon (Pfizer, Inc.)

Διαθέσιμες Μορφές

Κάψουλες των 20, 40, 60, και 80mg.

Ενέσιμο, μιας δόσης φιαλίδιο, των 20 mg ανά mL, μονό για οξεία παρεντερική χρήση.

Χορήγηση

Δοσολογία b.i.d.

Πιθανά Πλεονεκτήματα

- ◆ Ελάττωση των θετικών συμπτωμάτων.
- ◆ Βελτίωση των συμπτωμάτων διάθεσης.
- ◆ Πιθανή ελάττωση των αρνητικών συμπτωμάτων.
- ◆ Πιθανή βελτίωση των γνωσιακών συμπτωμάτων.
- ◆ Καμία αύξηση προλακτίνης, καμία ουσιαστική αύξηση του βάρους.
- ◆ Ελάχιστος κίνδυνος εξωπυραμидικών συμπτωμάτων. (Pavuluri M, Janicak P, 2009)

Κοινές παρενέργειες

- ◆ Ανησυχία
- ◆ Δυσκοιλιότητα ή διάρροια
- ◆ Ζαλάδα
- ◆ Ξερό στόμα
- ◆ Αίσθημα ασυνήθιστης κόπωσης ή υπνηλίας
- ◆ Πονοκέφαλος
- ◆ Αυξημένος βήχας ή ρινική καταρροή
- ◆ Απώλεια της όρεξης, ναυτία
- ◆ Ανησυχία
- ◆ Στομαχικές διαταραχές, εμετός
- ◆ Αίσθημα αδυναμίας
- ◆ Αύξηση βάρους
- ◆ Ακοκκιοκυτταραιμία
- ◆ Αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες

- ◆ Υπερσιελόρροια, ιδίως νυχτερινή
- ◆ Ταχυκαρδία, χαμηλός πυρετός, ελάττωση του διαστήματος QTc (λόγω αναστολής του πνευμονογαστρικού)
- ◆ Επιληπτικές κρίσεις (1% έως 2%) : αυξημένος κίνδυνος (3% έως 5%), εάν η δόση είναι ίση ή πάνω από 600 mg την ημέρα, μπορεί να χρειαστεί η συγχορήγηση αντιεπιληπτικών, αποφύγετε την καρβαμαζεπίνη.
- ◆ Ορθοστατική υπόταση
- ◆ Καταστολή (ανάλογα με τη δόση αναπτύσσεται ανοχή) συμπτώματα από το ανώτερο αναπνευστικό
- ◆ Νυχτερινή ενούρηση
- ◆ Κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο
- ◆ Δυσλιπιδαιμία
- ◆ Μυοκαρδίτιδα
- ◆ Εμφάνιση διαβήτη, διαβητική κετοξέωση (ΔΚΟ)

([https://www.drugs.com/schizophrenia-long-acting-drugs.](https://www.drugs.com/schizophrenia-long-acting-drugs/), 23\02\17)

Παλιπεριδόνη

Γενική ονομασία: xerplion εάν χορηγείται κάθε 4 εβδομάδες και Invega Trinza εάν χορηγείται IM κάθε 3 μήνες.

Κίνδυνοι:

Η παλιπεριδόνη δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης είναι ένα άτυπο αντιψυχωσικό. Μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο θανάτου όταν χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση ψυχικών προβλημάτων που προκαλούνται από την άνοια στους ηλικιωμένους ασθενείς. Οι περισσότεροι από τους θανάτους που συνδέονται με καρδιακά προβλήματα ή λοίμωξη.

(<https://www.drugs.com/schizophrenia-long-acting-drugs/>, 23\02\17)

Οφέλη:

Η φαρμακοτεχνική μορφή της παλμιτικής παλιπεριδόνης μία φορά κάθε τρεις μήνες είναι ένα άτυπο αντιψυχωσικό φάρμακο που χορηγείται τέσσερις φορές το χρόνο. Για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας στην Ευρώπη είχε λάβει προηγούμενη έγκριση μια φαρμακοτεχνική μορφή για χορήγηση μία φορά το μήνα. Η μειωμένη χορήγηση που απαιτείται για την τριμηνιαία φαρμακοτεχνική μορφή της παλμιτικής παλιπεριδόνης μπορεί να βελτιώσει τις θεραπευτικές εκβάσεις και να προσφέρει ελευθερία στους ασθενείς και τους φροντιστές που επιβαρύνονται με καθημερινές ή μηνιαίες θεραπείες και κατά συνέπεια αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο υποτροπής. (<https://www.healthliving.gr/2016/06/08/janssem-wiikh-paliperidonh-schizophrenia>, 15\06\17)

Σημαντικές παρενέργειες

Πιο συχνές:

- ◆ Δυσκολία στην ομιλία
- ◆ Σιελόρροια
- ◆ Ταχυκαρδία
- ◆ Αύξηση των κινήσεων του σώματος
- ◆ Απώλεια του ελέγχου της ισορροπίας
- ◆ Μυϊκός τρόμος, σπασμωδικές κινήσεις, ή δυσκαμψία
- ◆ Λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού
- ◆ Ανησυχία
- ◆ Δυσκαμψία των άκρων
- ◆ Συστροφή κινήσεων του σώματος

- ◆ Ανεξέλεγκτες κινήσεις, κυρίως στο πρόσωπο, το λαιμό και την πλάτη

Λιγότερο κοινές:

- ◆ Πόνος στο στήθος
- ◆ Κρύος ιδρώτας
- ◆ Σύγχυση
- ◆ Βήχας
- ◆ Δυσκολία στην κατάποση
- ◆ Ζάλη
- ◆ Υπερβολικός μυϊκός τόνος
- ◆ Λιποθυμία
- ◆ Ανικανότητα να μετακινήσετε τα μάτια
- ◆ Αυξημένη αναβοσβήνει ή σπασμούς του βλεφάρου
- ◆ Αυξημένη αρτηριακή πίεση
- ◆ Απώλεια του ελέγχου της ισορροπίας .

([https://www.drugs.com/schizophrenia-long-acting-drugs.](https://www.drugs.com/schizophrenia-long-acting-drugs/), 23\02\17

Αριπιπραζόλη

Χημική Ομάδα

Κουινολινονη

Εμπορική Ονομασία

Abilify (Bristol - Myers and Otsuka America Pharmaceuticals).

Διαθέσιμες Μορφές

Δισκία των 5, 10, 15, 20 και 30 mg.

Χορήγηση

Μια φορά την ημέρα, με ή χωρίς τροφή. Ωστόσο, λόγω της πιθανότητας ναυτίας, συνίσταται η λήψη με το γεύμα.

Πιθανά Πλεονεκτήματα

- ◆ Ελάττωση των θετικών συμπτωμάτων.
- ◆ Βελτίωση των συμπτωμάτων διάθεσης.
- ◆ Πιθανή ελάττωση των αρνητικών συμπτωμάτων .
- ◆ Πιθανή βελτίωση των γνωσιακών συμπτωμάτων.
- ◆ Ελάχιστα ΕΠΣ. Καμία αύξηση προλακτίνης. Ελάχιστη αύξηση βάρους. Καμία κλινικά σημαντική μεταβολή στις αιματολογικές, στις βιοχημικές παραμέτρους και στην ανάλυση των ουρών.
- ◆ Καμία σημαντική μεταβολή στο ΗΚΓ. (Pavuluri M, Janicak P, 2009)

Ανεπιθύμητες Ενέργειες

Πιο συχνές :

- ◆ Κεφαλαλγία (32%) ,
- ◆ Ερεθισμός μύτης ή λαιμού

- ◆ Ναυτία (14%), εμετός (12%),
- ◆ Δυσκοιλιότητα (10%),
- ◆ Άγχος (25%), αϋπνία (24%), ζάλη (11%), ακαθυσία (10%) .
- ◆ Αύξηση βάρους: τα δεδομένα από τις μελέτες φαίνονται ιδανικά.

Εμφάνιση διαβήτη, διαβητική κετοξέωση (ΔΚΟ) (τα δεδομένα από τις μελέτες φαίνονται ιδανικά).

(<https://www.drugs.com/schizophrenia-long-acting-drugs/>, 23\02\17

Εγκυμοσύνη

Προσοχή : η ασφάλεια στην εγκυμοσύνη δεν έχει επιβεβαιωθεί. Δεν συνιστάται κατά το θηλασμό.

Γενικότερα πρέπει να γνωρίζουμε ότι τα αντιψυχωτικά έχουν την ίδια αντιχυψωτική ισχύ και το καθένα μπορεί να αντικατασταθεί με ισοδύναμες δόσεις άλλου φάρμακου. Εξάιρεση αποτελεί η κλοζαπίνη, η οποία είναι δυνατόν να έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε ανθεκτικές μορφές σχιζοφρένειας. Η επιλογή του καταλλήλου φαρμάκου εξάρταται από την ευαισθησία του ασθενούς στις εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες και εάν είναι επιθυμητό ένα μεγαλύτερο ή μικρότερο κατασταλτικό αποτέλεσμα.

(<https://www.galinos.gr/web/drugs/schizophrenia/antipsychotics/04.02>, 28\01\17

ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η άποψη πως τα αντιψυχωτικά φάρμακα αποτελούν την ιδανική επιλογή για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας επικρατεί στην πλειοψηφία των ψυχιάτρων ανά τον κόσμο. Παρά το γεγονός ότι σε όλους σχεδόν τους πάσχοντες με σχιζοφρένεια που δέχονται νοσηλεία δίνονται αντιψυχωτικά, υπάρχει μία μερίδα ασθενών, οι λεγόμενοι ανθεκτικοί σχιζοφρενείς, που δεν ανταποκρίνονται μερικώς ή πλήρως

ως στην προτεινόμενη αγωγή. Η μη ανταπόκριση στη φαρμακευτική θεραπεία καλείται ανθεκτική ή ανθιστάμενη σχιζοφρένεια και αποτελεί ένα κλινικά δυσεπίλυτο πρόβλημα. Εξαιτίας της μη ανταπόκρισης στα φάρμακα οι ασθενείς έχουν μία τραγική κλινική εικόνα καθώς υποφέρουν από διαρκή και σοβαρά ψυχωτικά επεισόδια και εμμένοντα θετικά συμπτώματα, από κοινωνική δυσλειτουργία και παρεκκλίνουσα συμπεριφορά. Οι σχιζοφρενείς που δε βελτιώνονται με τη θεραπεία αντιστοιχούν στο 20%-30% του συνολικού αριθμού.

(Νηματούδης Ι, "Ασθενείς ανθεκτικοί στη σχιζοφρένεια" , Ψυχιατρική ,25(4), σελίδα 241, 03\02\17)

Τα άτομα αυτά αδυνατούν να συνυπάρξουν φυσικά με το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο και να ενταχθούν στο εργατικό δυναμικό. Γι'αυτό το φαινόμενο έχουν διεξαχθεί πολυάριθμες διπλά-τυφλές μελέτες που τεκμηριώσαν τους παράγοντες που σχετίζονται με την αντίσταση στη θεραπεία.

Ασφαλώς η ανθεκτική σχιζοφρένεια δεν μπορεί να οφείλεται σε ένα μόνο παράγοντα, αλλά αντιθέτως αποτελεί μία σύνδεση κλινικών, νευροβιολογικών και φαρμακολογικών παραγόντων, καθώς και μορφολογικών αλλαγών στον εγκέφαλο. Πιο συγκεκριμένα φαίνεται πως η ανθεκτική σχιζοφρένεια σχετίζεται αρνητικά με:

Παράγοντες που σχετίζονται με την αντίσταση στη θεραπεία:

- ◆ Αρσενικό φύλο
- ◆ Έναρξη της ασθένειας σε νεαρή ηλικία

- ◆ Αρνητική συμπτωματολογία
- ◆ Σοβαρότητα της νόσου
- ◆ Πτωχή προνοσηρή κοινωνική και επαγγελματική και επαγγελματική προσαρμογή
- ◆ Μη ικανοποιητικό αρχικό αποτέλεσμα
- ◆ Ήπια νευρολογικά σημεία
- ◆ Χαμηλά επίπεδα κατεχολαμίνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό
- ◆ Ανωμαλίες στην αξονική και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου.

(Castle, D., 2008, Στρατηγικές Αντιμετώπισης Θεραπείας, Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελίδες 3-37, 53-57.)

Συμπερασματικά η αιτία της αντίστασης στη θεραπεία είναι ασφαλώς η φαρμακευτική ανθεκτικότητα των πασχόντων αφού ακόμα και μετά τη ταυτόχρονη χορήγηση δύο διαφορετικών αντιψυχωτικών τα οποία δίνονται σε επαρκείς δόσεις για 2-8 εβδομάδες οι ασθενείς παραμένουν στάσιμοι και δεν παρουσιάζουν την επίτευξη της κλινικής βελτίωσης. Σε αυτή τη δύσκολη περίπτωση οι ψυχίατροι καλούνται να χορηγήσουν στους ανθεκτικούς ασθενείς κλοζαπίνη καθώς φαίνεται να αποτελεί την ιδανική επιλογή. Παρόλα αυτά πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί σε αυτή τη μερίδα ασθενών κάνοντας διεξοδική έρευνα για την παρουσία ή μη παραγόντων που πιθανών να επηρεάζουν την ανταπόκρισή τους στα αντιψυχωτικά, πρώτου τους χαρακτηρίσουμε αδίκως ως ανθεκτικούς. Τέτοιοι παράγοντες είναι :

- ◆ Η συννόσηση άλλης ψυχικής διαταραχής
- ◆ Η χορήγηση ανεπαρκών δόσεων
- ◆ Η κακή συμμόρφωση στη θεραπεία
- ◆ Οι φαρμακοδυναμικοί παράγοντες
- ◆ Η λήψη ουσιών
- ◆ Οι έντονες παρενέργειες της αγωγής.

(Νηματούδης Ι, "Ασθενείς ανθεκτικοί στη σχιζοφρένια", Ψυχιατρική ,25(4), σελίδα 241, 03\02\17)

ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ανταπόκριση των ασθενών στη θεραπεία δεν είναι δυνατόν εξαρχής να θεωρηθεί δεδομένη αφού υπάρχουν εκδηλώσεις ασθενών που έχουν περιορισμένη ανταπόκριση στα αντιψυχωτικά φάρμακα. Τα άτομα αυτά βιώνουν τους περιορισμούς της αντιψυχωτικής θεραπείας με διάφορους τρόπους επηρεάζοντας σημαντικά τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής τους. Οι μορφές της μερικής ανταπόκρισης στην αγωγή παρουσιάζονται:

Με επιδείνωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων παρά τη χορήγηση αντιψυχωτικών.

Με το να βιώνουν τις δυσάρεστες παρενέργειες της θεραπείας π.χ. σεξουαλική δυσλειτουργία, ΕΠΣ, ή αύξηση βάρους.

Παρότι έχουν εξαλειφθεί η θετική συμπτωματολογία, μπορεί να προεξάρχουν τα αρνητικά συμπτώματα ή οι δυσκολίες στη συγκέντρωση και στην προσοχή με επακόλουθο την κοινωνική έκπτωση και απομόνωση. Τέλος υπάρχει και η πιθανότητα οι ασθενείς να αρνούνται να λάβουν την προτεινόμενη αγωγή, παρουσιάζοντας σύντομα έντονα ψυχωσικά συμπτώματα και υποτροπή.

Εξαιρετικά δύσκολο θεωρείται η διάκριση της επιδείνωσης των συμπτωμάτων κατά τη θεραπεία από την εκούσια διακοπή της από τον ίδιο τον ασθενή. Και στις δύο περιπτώσεις έχουμε το ίδιο αποτέλεσμα επιστροφή στη ψύχωση και υποτροπή που συχνά συνοδεύεται από βίαια ξεσπάσματα και υψηλό κίνδυνο αυτοκτονικότητας. Βάσει ερευνών τα μακράς δράσης αντιψυχωτικά φάρμακα δεν παρουσιάζουν την ίδια απόδοση στον κίνδυνο υποτροπής με τη ρισπεριδόνη να αγγίζει το 23%, την ολανζαπίνη στο 32% και την αλοπεριδόνη το 35%. Όσον αφορά την κουετιαπίνη και τη ζιπραζιδόνη δεν υπάρχουν ακόμα επίσημα αποτελέσματα. Αντίστοιχες έρευνες έχουν δείξει πως τα τυπικά αντιψυχωτικά παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές στον κίνδυνο υποτροπής. Συνεπώς φαίνεται πως τα βραδέως αποβαλλόμενα φάρμακα υπερτερούν των κλασσικών αντιψυχωτικών καθώς προσφέρουν πλεονεκτήματα στην πρόληψη της υποτροπής και άριστη επιλογή για τη θεραπείας τους. (Castle, D. 2008. Στρατηγικές Αντιμετώπισης Θεραπείας. Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελίδες 3-37, 53-57.).

Παρά τα οφέλη των βραδέως αποβαλλόμενων φαρμάκων, δεν πρέπει να αγνοούνται και τα μειονεκτήματά τους που συντελούν στην πτωχή ποιότητα ζωής και λειτουργικότητας. Οι

παρενέργειες των φαρμάκων αυτών έχουν επιγραμματικά αναφερθεί σε προηγούμενη ενότητα. Παρόλα αυτά απαιτείται πιο αναλυτική αναφορά στα επικρατέστερα για να δοθεί η κατάλληλη έμφαση και φροντίδα από τους επαγγελματίες υγείας.

Εξωπυραμидικά συμπτώματα(ΕΠΣ)

Αποτελούνται από την ακαθησία, την όψιμη δυσκινησία και τον παρκινσονισμό. Ως όψιμη δυσκινησία χαρακτηρίζεται από τους ειδικούς η σοβαρή διαταραχή της κίνησης που εκδηλώνεται με πολλές διαφορετικές μορφές και τυπικά περιλαμβάνει επαναλαμβανόμενες, ανεξάλεγκτες, ακούσιες κινήσεις του προσώπου, του σαγονιού και των χειλιών. Σε πιο έντονη μορφή επηρεάζει τον κορμό, τα άκρα ή και τα δύο ταυτόχρονα. Θεωρείται το χειρίστο ΕΠΣ και συνδέεται άρρητα με τη μακροχρόνια θεραπεία, χαρη στον αποκλεισμό των D2 υποδοχέων ντοπαμίνης. Εξαιτίας αυτής της δράσης ως καταλληλότερο αντιψυχωτικό χαρακτηρίζεται η παλιπεριδόνη που είναι ένας ισχυρός αναστολέας του υποδοχέα της ντοπαμίνης του D2. Αποτελέσματα διπλά-τυφλών ερευνών ανέδειξαν τα βραδέως αποβαλλόμενα φάρμακα και ιδιαίτερα αυτά που λαμβάνονται από του στόματος μακράν καλύτερη επιλογή από τα τυπικά. Απόρροια αυτής της φαρμακευτικής επιλογής είναι η εμφάνιση χαμηλού ποσοστού όψιμης δυσκινησίας (TD) συγκρινόμενη με τα τυπικά αντιψυχωτικά. Επιπλέον η σωρευτική έκθεση του πάσχοντος από την παλιπεριδόνη δε φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο δυσκινησίας. (<https://www.sciencedirect.com/science/journal/0876219/04/17>)

Η θεραπεία με ολανζαπίνη παρουσιάζει κάποια ΕΠΣ, με περίπου 16% να έχουν ακαθησία και 4,5% όψιμη δυσκινησία, ενώ η ρισπεριδόνη είχε σχεδόν τα διπλάσια ποσοστά εμφάνισης ΕΠΣ, με 27% και 11% αντίστοιχα. Τέλος η θεραπεία με κουετιαπίνη χαρακτηρίζεται από ελάχιστα ΕΠΣ.

Αύξηση προλακτίνης και σωματικού βάρους

Η υπερπρολακτιναιμία χαρακτηρίζεται από συμπτώματα όπως γυναικομαστία, αμμηνόρροια, σεξουαλική δυσλειτουργία και υψηλό επιπολασμό για καρκίνο του μαστού. Επιπρόσθετα αυξάνεται ο κίνδυνος για οστεοπόρωση, ιδίως στις γυναίκες που λαμβάνουν μακροχρόνια θεραπεία. Ιδανική επιλογή άτυπου αντιψυχωτικού είναι η ολανζαπίνη. Αντιθέτως η λήψη αλοπεριδόλης φαίνεται να συνδέεται αρνητικά με την αύξηση της προλακτίνης στον οργανισμό. Παρά τα οφέλη της ρισπεριδόνης φαίνεται πως είναι και το αντιψυχωτικό που παρουσιάζει την μεγαλύτερη συχνότητα για αυξημένα επίπεδα προλακτίνης ιδιαίτερα όταν τα επίπεδα των δόσεων είναι υψηλά.

Η αύξηση βάρους είναι ένας από τους σπουδαιότερους λόγους διακοπής της αντιψυχωτικής θεραπείας και στη μη συμμόρφωση των ασθενών. Η αύξηση βάρους μπορεί να είναι τέτοια που να οδηγήσει τον πάσχοντα στην παχυσαρκία, στην εκδήλωση οργανικών παθήσεων π.χ. καρδιαγγειακές παθήσεις ή ακόμα και σε ψυχολογικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη. Η κλοζαπίνη και η ολανζαπίνη φαίνεται να προκαλούν την μεγαλύτερη αύξηση που ανέρχεται σε ποσοστά άνω του 10% του αρχικού τους βάρους, ενώ η κουετιαπίνη παρουσιάζει πολύ μικρότερες τιμές. Τέλος η ρισπεριδόνη αποτελεί μία ενδιαμέση επιλογή και η αριπιπραζόλη είναι υπεύθυνη για ανεπαίσθητες σωματικού βάρους αλλαγές (κάτω του 1 κιλού).

Ανωμαλίες γλυκόζης και λιπιδίων

Τόσο τα τυπικά, όσο και τα άτυπα αντιψυχωτικά έχουν συνδεθεί αρνητικά με την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη. Η κλοζαπίνη και η ολανζαπίνη προκαλούν αιφνίδια μεταβολή του σωματικού βάρους και φαίνεται πως παρουσιάζουν και υψηλότερη συχνότητα επεισοδίων υπεργλυκαιμίας και γενικότερης απορρύθμισης της γλυκόζης αλλά και των λιπιδίων. Η ρισπεριδόνη φαίνεται πως έχει καλύτερη επίδραση στη διακύμανση των τιμών γλυκόζης, ενώ η αριπιπραζόλη ευθύνεται για μικρή μείωση της τιμής της γλυκόζης και για μικρή αύξηση της χοληστερόλης. Σχετικά με την επίδραση των υπολοίπων βραδέως αποβαλλόμενων αντιψυχωτικών δεν υπάρχουν προς το παρόν επίσημα αποτελέσματα ερευνών. Castle, D. (2008) Στρατηγικές Αντιμετώπισης Θεραπείας. Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελίδες 3-37, 53-57.

Παράταση QTc

Έχει αποδειχθεί ότι οι σχιζοφρενείς δεν υποφέρουν μόνο από την ψυχική διαταραχή που φέρουν, αλλά ταυτόχρονα πάσχουν και από οργανικές παθήσεις που αμβλύνουν το προσδόκιμο ζωής και παράλληλα έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην πρόγνωση και την πορεία της σχιζοφρένειας. Πιο συγκεκριμένα ότι η ζιπραζιδόνη και η ρισπεριδόνη συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο παρατεταμένων QTc, αυξάνοντας τον κίνδυνο για καρδιακές αρρυθμίες. Αντίθετα η αριπιπραζόλη και η αλοπεριδόλη προκαλούν μείωση αυτών των παρατάσεων. ([https://www.pubmed.com/schizophrenia-long actind drugs \BMI 201620\doi:1136 bm; h 5918,](https://www.pubmed.com/schizophrenia-long%20actind%20drugs%20BMI%20201620\doi:1136%20bmj%20h5918)

Καταστολή /Νωθρότητα

Πολλά πρόσφατα διαθέσιμα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι γνωστό ότι προκαλούν καταστολή, μία ανεπιθύμητη ενέργεια που μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στη λειτουργικότητα του ασθενούς, όσο και στη συνέχιση της καθοριζόμενης θεραπείας ειδικότερα όταν πρόκειται για μακροχρόνια θεραπεία. Η υπνηλία έχει αρνητικές επιπτώσεις στη λειτουργικότητα και την επαγγελματική του λειτουργικότητα, μειώνοντας τη συμμόρφωση του στη θεραπεία. Προς το παρόν μόνο η αλοπεριδόλη φαίνεται πως συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο αισθήματος καταστολής. (Castle, D. 2008. Στρατηγικές Αντιμετώπισης Θεραπείας. Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελίδες 3-37, 53-57.)

Αρνητικά επίμονα συμπτώματα

Τα αρνητικά συμπτώματα συχνά επιμένουν παρά τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν σε αρκετούς ασθενείς ειδικά σε όσους λαμβάνουν τυπικά αντιψυχωτικά. Αντίθετα τα βραδέως αποβαλλόμενα αντιψυχωτικά παρουσιάζουν καλύτερη πορεία και προτιμώνται. Ιδιαίτερα η ρισπεριδόνη, η ολανζαπίνη και η κουετιαπίνη έχουν σημαντικά μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στα αρνητικά συμπτώματα από τα υπόλοιπα αντιψυχωτικά. (Castle, D. 2008. Στρατηγικές Αντιμετώπισης Θεραπείας. Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελίδες 3-37, 53-57.)

ΜΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μία από τις σημαντικότερες ανησυχίες των επαγγελματιών υγείας αλλά και των φροντιστών ατόμων με σχιζοφρένεια είναι η μη συμμόρφωση ή η πτωχή συμμόρφωση των ασθενών στη συνταγογραφούμενη αγωγή. Ως συμμόρφωση ορίζουμε "το βαθμό επιμελούς εφαρμογής των κατάλληλων ιατρικών συμβουλών ", ενώ ως μη συμμόρφωση θεωρούμε "την αποτυχία της λήψης της συνταγογραφούμενης φαρμακευτικής θεραπείας, σύμφωνα με τη συνιστώμενη δόση της θεραπευτικής αγωγής". (Castle, D. 2008. Στρατηγικές Αντιμετώπισης Θεραπείας. Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελίδες 3-37, 53-57.).

Μελέτες έχουν δείξει την υπεροχή των μακράς δράσης αντιψυχωτικών σε σύγκριση με τα τυπικά εξαιτίας των μειωμένων παρενεργειών τους και των βελτιώσεων των κλινικών απαντήσεων που παρουσιάζουν. Συνεπώς η τήρηση της βραδέως αποβαλλόμενης αντιψυχωτικής αγωγής θεωρείται ζήτημα μείζονος σημασίας για την πορεία και την πρόγνωση της σχιζοφρένειας. Η πιθανότητα για εσκεμμένη διακοπή των φαρμάκων από τους πάσχοντες είναι υψηλή και ο κίνδυνος για υποτροπή εγκυμονεί να παρουσιαστεί σε σύντομο χρονικό διάστημα. Απαιτείται εκπαίδευση του πάσχοντα με συνδυασμό συμβουλευτικής θεραπείας και αφιέρωσης επαρκούς χρόνου από τους επαγγελματίες υγείας για να πείσουν τον ασθενή πως η μη συμμόρφωση μόνο προβλήματα θα του επιφέρει. (Castle, D. 2008. Στρατηγικές Αντιμετώπισης Θεραπείας. Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελίδες 3-37, 53-57.).

Απότοκος των υποτροπών είναι:

- ◆ Επανεμφάνιση των συμπτωμάτων, ούτως ώστε ο ασθενής να μην αναγνωρίζει πλέον την ανάγκη του για θεραπεία.
- ◆ Αυξημένη αποδιοργάνωση που δε δίνει τη δυνατότητα του ασθενούς να μείνει σε ένα κανονικό πρόγραμμα φαρμακευτικής αγωγής.

Παράγοντες κινδύνου μη συμμόρφωσης

Γενικά:

- ◆ Η ίδια η φύση της σχιζοφρένειας έχει ισχυρή επίδραση στη συμμόρφωση.
- ◆ Η εναισθησία και η αποσοχή της θεραπείας είναι λιγότερο εμφανείς στις ψυχιατρικές διαταραχές από τις οργανικές.

Παράγοντες σχετικοί με τον ασθενή:

- ◆ Ηλικία (κυρίως εμφανίζεται στους ηλικιωμένους με προβλήματα μνήμης, αλλά και νέοι που δέχονται μεγάλη πίεση από τους συνομηλίκους τους)
- ◆ Συνόηση με διαταραχή προσωπικότητας
- ◆ Κοινωνικός αποκλεισμός και στιγματισμός
- ◆ Εσφαλμένη αντίληψη της ασθένειας
- ◆ Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

Παράγοντες σχετικοί με την ασθένεια:

- ◆ Κατάχρηση ουσιών
- ◆ Παρουσία παραλητικών ιδεών
- ◆ Αμφιθυμία
- ◆ Η χρονιότητα της πάθησης
- ◆ Ύπαρξη νοητικής υστέρησης

Παράγοντες σχετικοί με τη θεραπεία:

- ◆ Περίπλοκη θεραπευτική αγωγή
- ◆ Ανεπιθύμητες ενέργειες των μακράς δράσης φαρμάκων (σεξουαλικά προβλήματα, παρουσία εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων, αύξηση βάρους και προλακτιναιμίας)
- ◆ Βραδεία εκδήλωση της θεραπευτικής δράσης
- ◆ Μακροχρόνια θεραπεία
- ◆ Καθυστερημένες αρνητικές επιπτώσεις μετά την απόσυρση

Παράγοντες σχετικοί με το περιβάλλον:

- ◆ Αρνητικοί στάση απέναντι στη θεραπεία

Παράγοντες σχετικοί με τους επαγγελματίες υγείας:

- ◆ Μακρά αναμονή μέχρι την επόμενη συνάντηση
- ◆ Ανεπαρκής θεραπευτική σχέση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενούς
- ◆ Αυξημένος αριθμός ασθενών με αποτέλεσμα την έλλειψη χρόνου για τακτική παρακολούθηση
- ◆ Επιλογή πολυθεραπείας έναντι της μονοθεραπείας που φαίνεται να έχει καλύτερη έκβαση.

ΑΙΤΙΑ ΜΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ

- ◆ Οι παρενέργειες των φαρμάκων
- ◆ Η αντιπάθεια των ασθενών στις ενέσεις, λόγω πόνου ή φόβου
- ◆ Η αυξημένη πιθανότητα να ξεχάσουν τη συνήθη διαδικασία που οφείλεται στη δυσκολία τους να απομνημονεύσουν το θεραπευτικό πρόγραμμα συνήθως κάθε 2-4 εβδομάδων. Αυτό αφορά κυρίως τα άτομα που είναι κοινωνικά αποκομμένα που δεν έχουν υποστηρικτικό δίκτυο ή που έχουν νοητική υστέρηση.
- ◆ Η αλλαγή στην ψυχωτική κατάσταση. Εάν αισθανθούν πως βελτιώνονται παύουν τη θεραπεία.
- ◆ Η αρνητική κριτική από τους οικείους τους για την επιλογή της συγκεκριμένης θεραπείας.
- ◆ Ο κοινωνικός στιγματισμός για τη λήψη φαρμάκων. (Castle, D. 2008. Στρατηγικές Αντιμετώπισης Θεραπείας. Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελίδες 3-37, 53-57.).

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΤΩΧΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ

- ◆ Δημιουργία ισχυρών θεραπευτικών σχέσεων μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενούς. Πρέπει να γίνεται τακτική ενημέρωση για τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους που προκύπτουν από την άρνηση λήψης της θεραπείας.
- ◆ Παροχή εξατομικευμένου πλάνου θεραπείας βασισμένο στην ανεκτικότητα και την αποδοχή του πάσχοντα για την τήρηση της αγωγής.
- ◆ Τακτική εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της αγωγής και των παρενεργειών που αναφέρει ο ασθενής. Οι παρενέργειες των βραδέως αποβαλλόμενων αντιψυχωτικών δε θα πρέπει σε καμία περίπτωση να αγνοούνται από τους επαγγελματίες υγείας. Αντιθέτως οφείλουν να τις λαμβάνουν σοβαρά υπόψιν τους και να καθορίζουν το βαθμό που τους επηρεάζουν αρνητικά και εάν είναι δυνατόν ο σχιζοφρενής να τις αποδεχθεί και να τις αντιμετωπίσει. Επί αδυναμίας αντιμετώπισης των παρενεργειών οι ιατροί καλούνται να τροποποιήσουν το θεραπευτικό σχέδιο. (Castle, D. 2008. Στρατηγικές Αντιμετώπισης Θεραπείας. Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελίδες 3-37, 53-57.).

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Όπως προ λίγου αναφέραμε υπάρχουν περιπτώσεις που οι ψυχίατροι αναγκάζονται να αλλάξουν το αρχικό θεραπευτικό σχέδιο εξαιτίας της παρουσίας έντονων παρενεργειών ή μη ικανοποιητικής απόδοσης των φαρμάκων. Για να συμβεί αυτό πρέπει αρχικά να εντοπιστούν ποια είναι τα ανυποχώρητα συμπτώματα .

Πιο αναλυτικά:

Για θετικά συμπτώματα και επιθετικότητα

Αρχικά γίνεται μεγιστοποίηση της υπάρχουσας θεραπείας και έλεγχος για παρουσίαση παρενεργειών. Επί σοβαρών εξωπυραμидικών συμπτωμάτων δε συστήνεται η αύξηση της δόσης.

8-12 ώρες μετά τη χορήγηση των μακράς δράσης αντιψυχωτικών προτείνεται η μέτρησή των συγκεντρώσεών τους στο πλάσμα.

Εάν ο ασθενής δείχνει σημάδια επιθετικότητας, πιθανότατα θα χορηγηθούν σταθεροποιητές διάθεσης ή συμπεριφοριστικές θεραπείες.

Η ρισπεριδόνη προτείνεται σε χαμηλές δόσεις, ενώ η κλοζαπίνη, η κουετιαπίνη και η ζιπραζιδόνη προκαλούν ανταπόκριση για τα συμπτώματα ανησυχίας η διέγερσης.

Για τα αρνητικά συμπτώματα

Αρχικά πρέπει να καθοριστεί εάν τα αρνητικά συμπτώματα είναι πρωτογενή ή δευτερογενή, λόγω της θεραπείας. Για ελαχιστοποίηση των εξωπυραμидικών συμπτωμάτων προτιμώνται η κλοζαπίνη, η ζιπραζιδίνη και η ολανζαπίνη. Αντίθετα η ζιπραζιδόνη, η ρισπεριδόνη και η κουετιαπίνη δίνονται για τη βελτίωση της εγκεφαλικής λειτουργίας.

Γνωστικά συμπτώματα και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά

Τα άτυπα βελτιώνουν τη λειτουργικότητα και το γνωστικό επίπεδο των νοσούντων. Έχειδειχθεί πως η κλοζαπίνη υπερτερεί συγκριτικά με τα τυπικά αντιψυχωτικά.

Συναισθηματικά συμπτώματα

Προτιμώνται οι άτυποι αντιψυχωτικοί παράγοντες από τους τυπικούς καθώς έχουν μεγαλύτερη απόδοση. Σε σχιζοφρενείς με συννόσηση κατάθλιψης δίνεται η ζιπραζιδόνη, χάρη στην αντικαταθλιπτική της δράση. Η κλοζαπίνη και η ολανζαπίνη προτείνονται σε όσους έχουν αυτοκτονικούς ιδεασμούς και προβλήματα στη διάθεσή τους. Όσον αφορά τα κλασσικά αντιψυχωτικά γνωρίζουμε πλέον πως παρατηρούνται περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα ειδικά εάν δίνονται σε υπερβολικές δόσεις από τα άτυπα. Σε αυτή την περίπτωση μειώνεται ή αλλάζεται η φαρμακευτική θεραπεία. (Castle, D. 2008. Στρατηγικές Αντιμετώπισης Θεραπείας. Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελίδες 3-37, 53-57.).

Χορήγηση μακράς δράσης αντιψυχωτικών

Η χορήγηση του Depot ενέσιμου αντιψυχωτικών μακράς διάρκειας δράσης γίνεται μόνο από νοσηλεύτη \τρια της κλινικής Depot – ενέσιμων αντιψυχωτικών και σύμφωνα με τις οδηγίες ασφαλούς χορήγησης.

Διαδικασία χορήγησης :

- ◆ Έλεγχος σωματικής υγείας ασθενούς (ΑΠ, σφύξεις, T, SpO2)
- ◆ Έλεγχος συνταγής φαρμάκου και ταυτότητα ασθενούς
- ◆ Έλεγχος ημερομηνία λήξης φαρμάκου

- ◆ Τοποθέτηση ασθενούς σε κατάλληλη θέση
- ◆ Τήρηση οδηγιών πρόληψης και ελέγχου.
- ◆ Πλύσιμο χεριών και προετοιμασία δέρματο ασθενούς
- ◆ Χορήγηση ενέσιμου φαρμάκου βάσει οδηγιών
- ◆ Ασφαλής απόρριψη αιχμηρών αντικείμενων
- ◆ Αποφυγή υπερέκθεσης ασθενούς

Όλες οι ενέσεις depot-long acting γίνεται εν τω βάθει IM στο γλουτιαίο μυ (εκτός από ιδιοσκευάσματα που έχουν άδεια για χορήγηση σε άλλη θέση).

Πλέον αντί του άνω – έξω τετρημόριο του γλουτού μυ προτείνεται ο μέσος γλουτιαίος μυς ως σημαντική χορήγηση. (www..nurs.uca.gr\tmima nosileutikis enesimwn antipsychotikwn.)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΓΕΝΙΚΑ

Η σχιζοφρένεια παρουσιάζει μία ποικιλομορφία στην πορεία και την πρόγνωση της ζωής των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα απαιτείται εξατομικευμένη αξιολόγηση και επιλογήθεραπείαςκάθε ψυχικά ασθενούς, καθώς η αποτελεσματικότητα της εκάστοτε φαρμακευτικής αγωγής δε θεωρείται δεδομένη εκ των προτέρων. Η επιλογή των μακράς δράσης αντιψυχωτικών προτιμάται ιδιαίτερος στα άτομα που αρνούνται να λαμβάνουν καθημερινά την ενδεχόμενη για αυτούς αγωγή, σε όσους δεν έχουν υποστηρικτικό περιβάλλον, και σε αυτούς χωρίς επίγνωση του νοσηρού.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Με την παρούσα μελέτη προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε εάν η επιλογή των βραδέως αποβαλλόμενων, από τον οργανισμό, αντιψυχωτικών φαρμάκων φέρει υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας του θεραπευτικού στόχου σε σχέση με τα αντιψυχωσικά σκευάσματα ημερήσιας λήψης, έναν αξιόλογο αριθμό ασθενών. Δευτερευόντως, μελετήσαμε τα αποτελέσματα της αξιολόγησης των ίδιων των ατόμων που λαμβάνανε θεραπεία με βραδέως αποβαλλόμενα αντιψυχωτικά και συμμετείχανε στην μελέτη.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Για την ολοκλήρωση της εργασίας πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση, καθώς και αναζήτηση επιστημονικών δεδομένων σε ηλεκτρονικές βάσεις, από το 2010 έως και σήμερα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια τα οποία δόθηκαν σε ασθενείς που την τελευταία περίοδο λαμβάνουν ως αντιψυχωτική αγωγή βραδέως αποβαλλόμενα φάρμακα. Οι ασθενείς που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο είναι ή υπήρξαν στο πρόσφατο παρελθόν νοσηλευόμενοι της ψυχιατρικής κλινικής του Π.Γ.Ν. Πατρών. Πλέον τα άτομα αυτά δε νοσηλεύονται και η θεραπεία τους δίνεται εξωνοσοκομειακά στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας που βρίσκεται στην Αγυιά που θεωρείται ίσως το πιο οργανωμένο κέντρο παροχής φροντίδας ψυχικών ασθενών στην Ελλάδα. Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στο συγκεκριμένο Κέντρο Ψυχικής Υγείας σε συνεργασία με το Π.Γ.Ν. Πατρών "Παναγία η βοήθεια" στο χρονικό διάστημα από 5/5/17 έως 30/6/17. Συνολικά ερωτήθηκαν 32 εκ των 45 ασθενών που λαμβάνουν μακράς δράσης αντιψυχωσικά, που διαμένουν στην περιφέρεια της Δυτικής Ελλάδας, σε όλους έχει τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας. Η αναλογία ανδρών - γυναικών είναι 1 προς 1 (16 άνδρες και 16 γυναίκες). Ο αριθμός τους θεωρείται σχετικά μικρός εξαιτίας της ίδιας της φύσης της πάθησης που καθιστά απρόσιτους και καχύποπτους πολλούς εκ των ασθενών, καθώς και στην αδυναμία μας να εντοπίσουμε ορισμένους λόγω άλλων συνθηκών. Ασφαλώς η συμμετοχή των ατόμων ήταν εθελοντική και συνενετική ενώ και δόθηκαν εξαρχής όλες οι απαιτούμενες διευκρινίσεις προς αποφυγή αποριών ή δυσνόητων σημείων. Τέλος διατηρήθηκε η ανωνυμία των ερωτηματολογίων για προάσπιση της ιδιωτικότητας και του ιατρικού απορρήτου των συμμετεχόντων.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι μεταβλητές που εξετάσαμε στη μελέτη μας ήταν το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, η διάρκεια θεραπείας καθώς και η συγκεντρωτική βαθμολογία των ερωτηθέντων από το πιστοποιημένο ερωτηματολόγιο QoL-36 που αφορά την ποιότητα ζωής. Τέλος εξετάσαμε πιο στοχευμένα τη συνολική βαθμολογία οι ασθενείς με βάση τρία κριτήρια :

Το σκορ του ερωτηματολογίου

0-35 (πολύ καλό επίπεδο ποιότητας ζωής)

36-50 (καλό επίπεδο ποιότητας ζωής)

Άνω των 50 (μέτριο επίπεδο ποιότητας ζωής)

Τη διάρκεια θεραπείας

0-12 μήνες αγωγής

12-36 μήνες αγωγής

Άνω των 36 μηνών αγωγής

Το φύλο

Γυναίκες με βαθμολογία 0-35

36-50

άνω των 50

Άνδρες με βαθμολογία 0-35

36-50

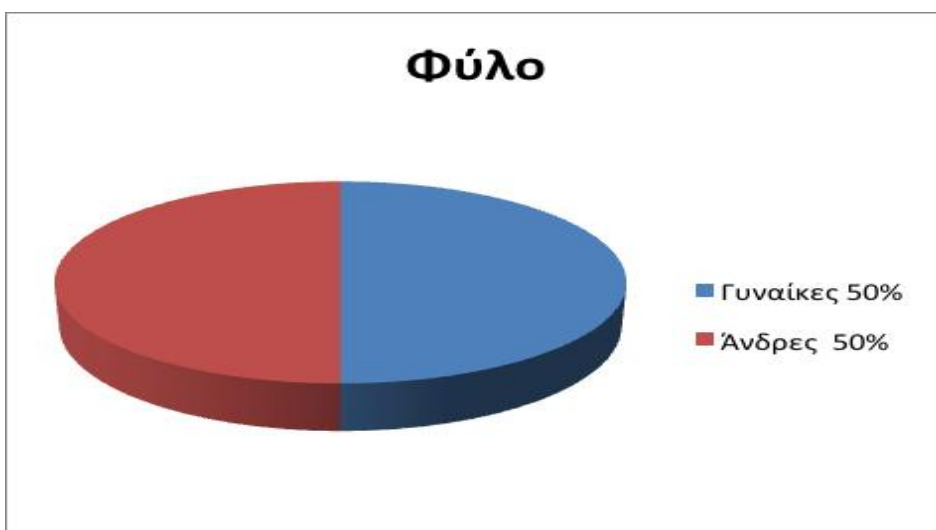
άνω των 50

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

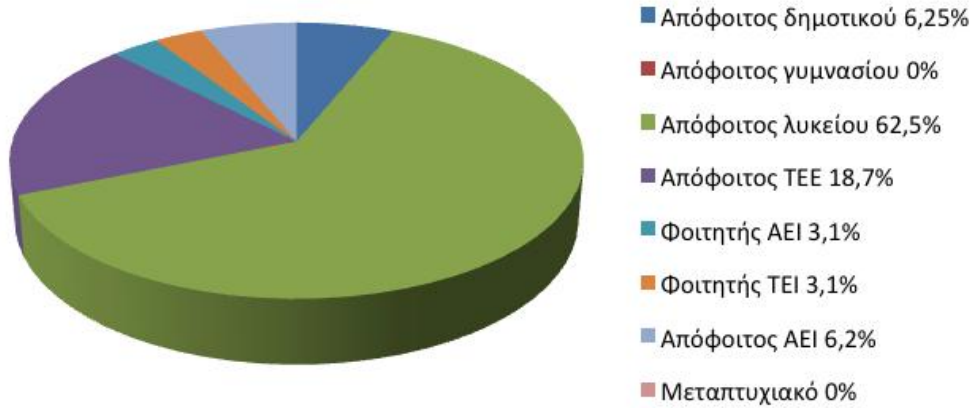
Η τελική ανάλυση των δεδομένων ολοκληρώθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS.



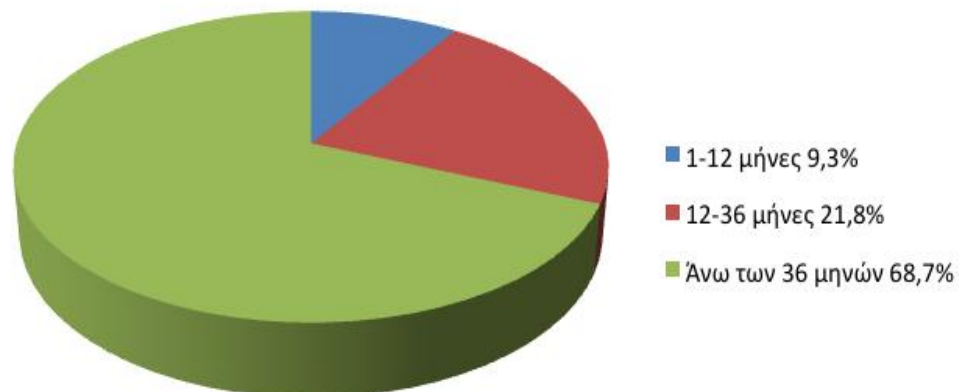
Αποτελέσματα δημογραφικών στοιχείων



Εκπαιδευτικό υποβαθρο



Διάρκεια θεραπείας



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ QoL-36

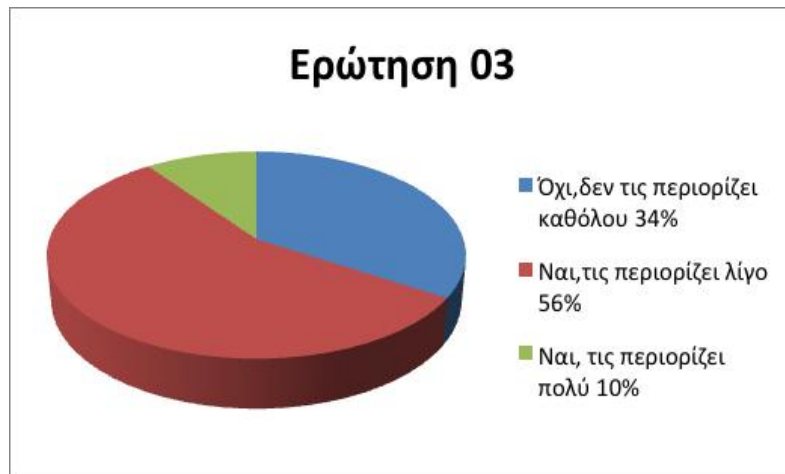
01.Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι;



02.Σε σύγκριση με έναν χρόνο πριν, πώς θα κρίνατε την υγεία σας γενικά αυτή τη στιγμή;



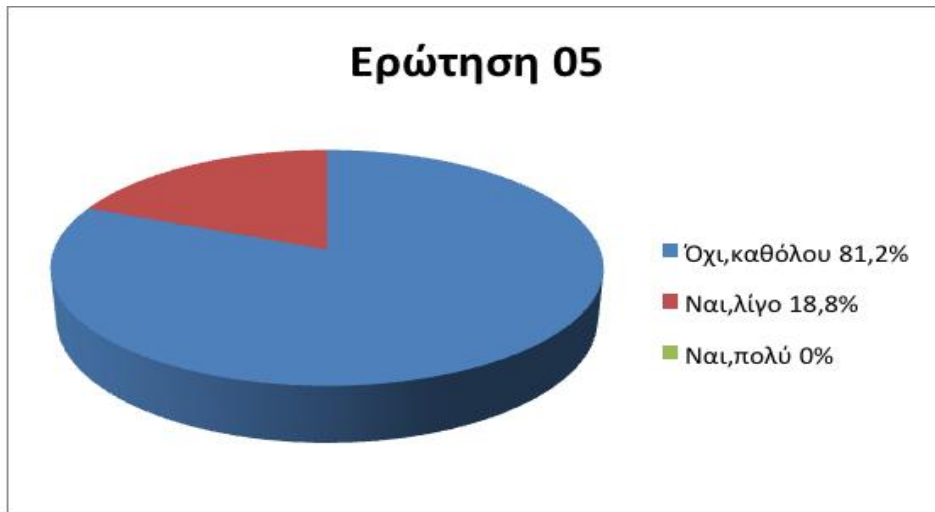
03. Περιορίζει η κατάσταση της υγείας σας κοπιαστικές δραστηριότητες, όπως τρέξιμο, άρση βαρέων αντικειμένων, συμμετοχή σε κουραστικά αθλήματα;



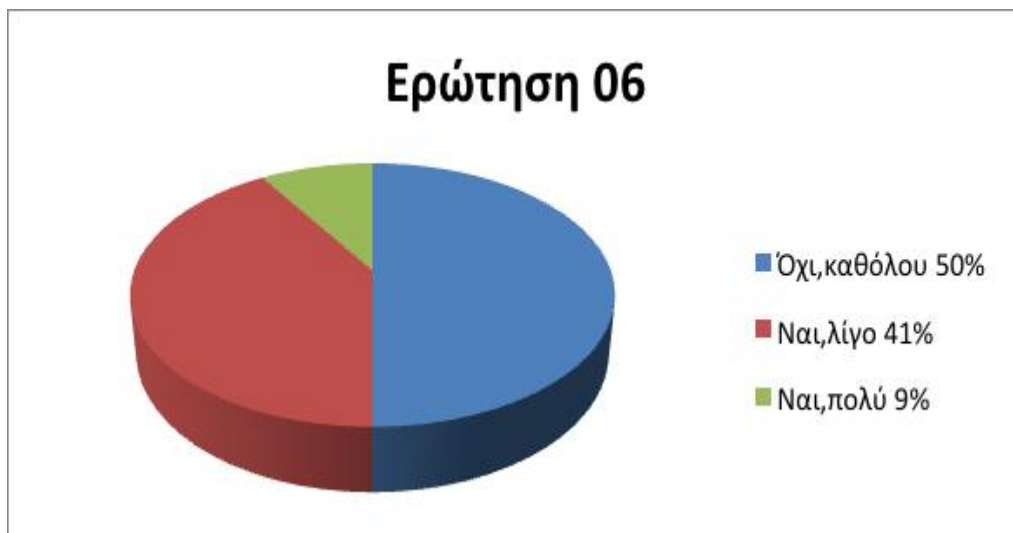
04. Περιορίζει η κατάσταση της υγείας σας μέτριας δυσκολίας δραστηριότητες όπως μετακίνηση ενός τραπεζιού, σπρώξιμο της ηλεκτρικής σκούπας, μπόουλινγκ ή γκολφ;



05.Περιορίζει η κατάσταση της υγείας σας τη μεταφορά ωνίων;



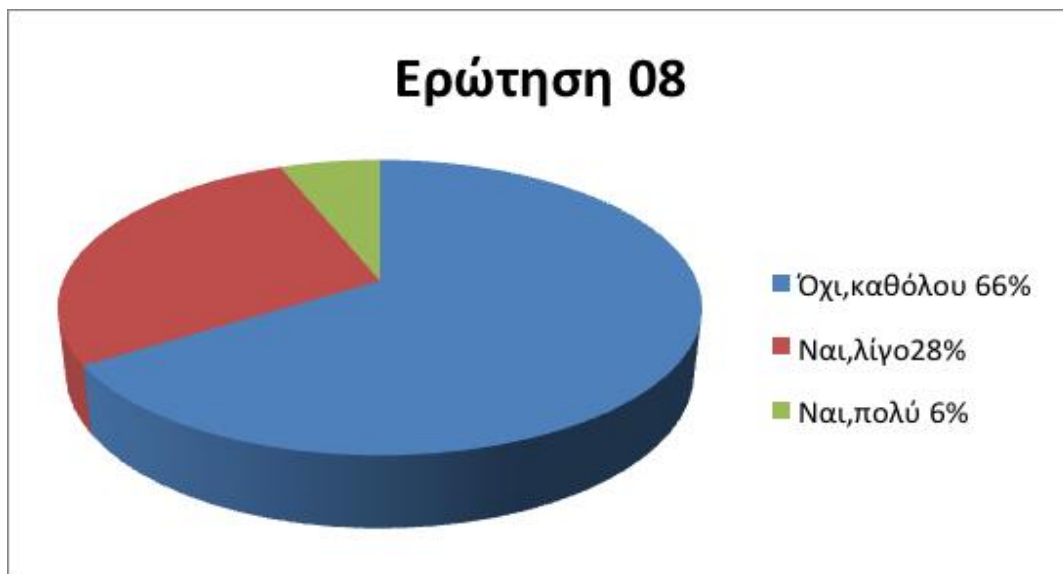
06. Περιορίζει η κατάσταση της υγείας σας το ανέβασμα σκάλας σε αρκετούς ορόφους;



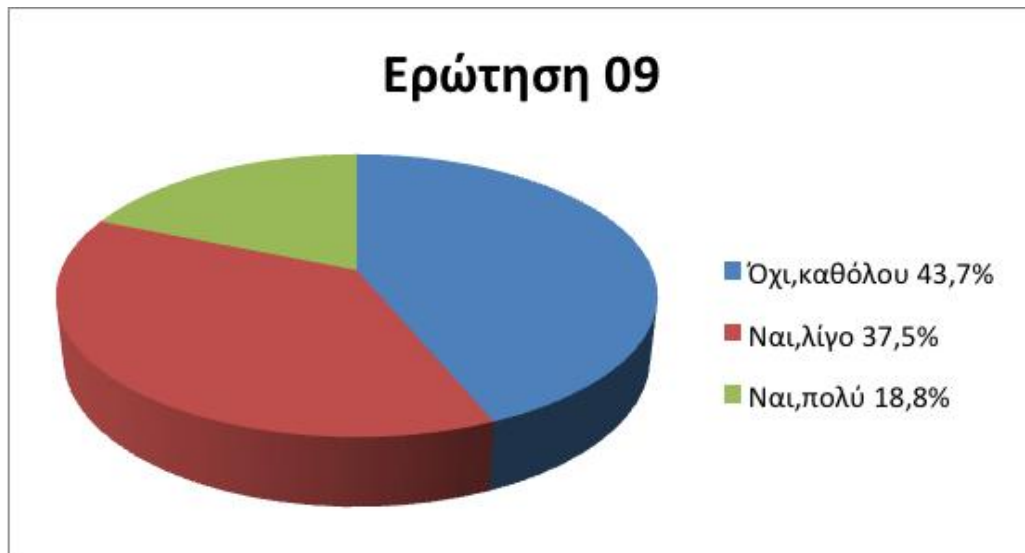
07. Περιορίζει η κατάσταση της υγείας σας το ανέβασμα σκάλας σε έναν όροφο?



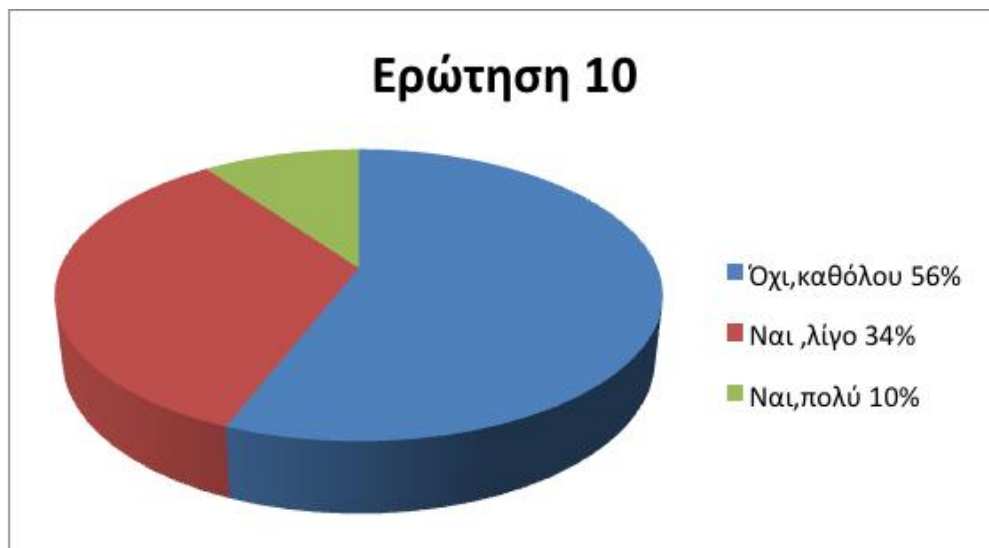
08. Περιορίζει η κατάσταση της υγείας σας το σκύψιμο, το γονάτισμα;



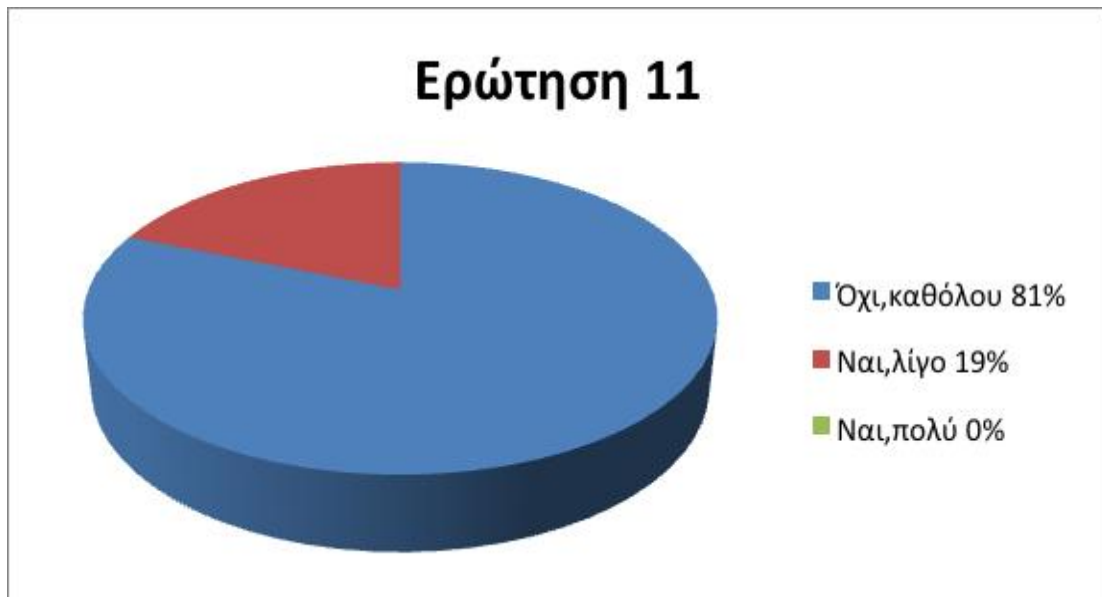
09.Περιορίζει η κατάσταση της υγείας σας το περπάτημα για πάνω από 1.600 μέτρα;



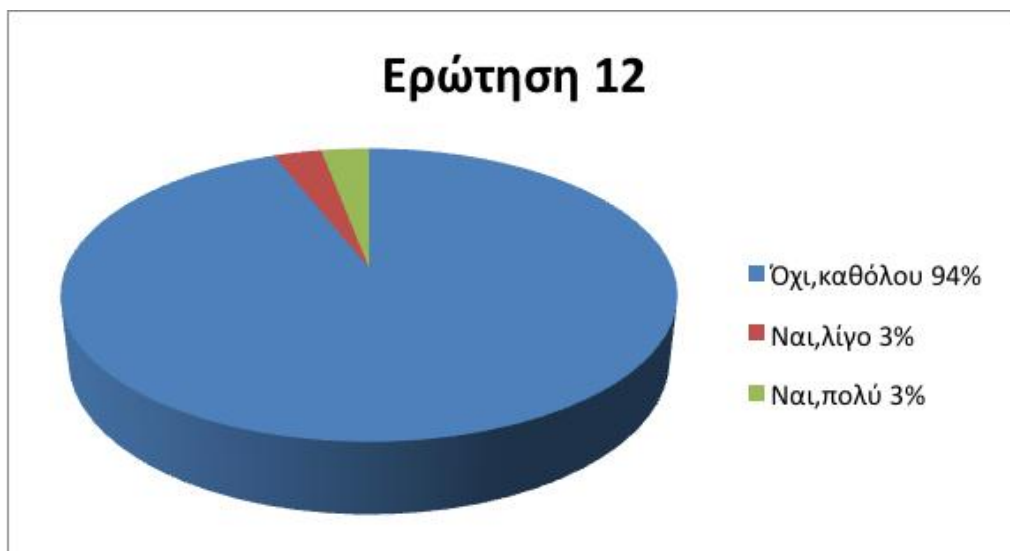
10. Περιορίζει η κατάσταση της υγείας σας το περπάτημα για αρκετά οικοδομικά τετράγωνα;



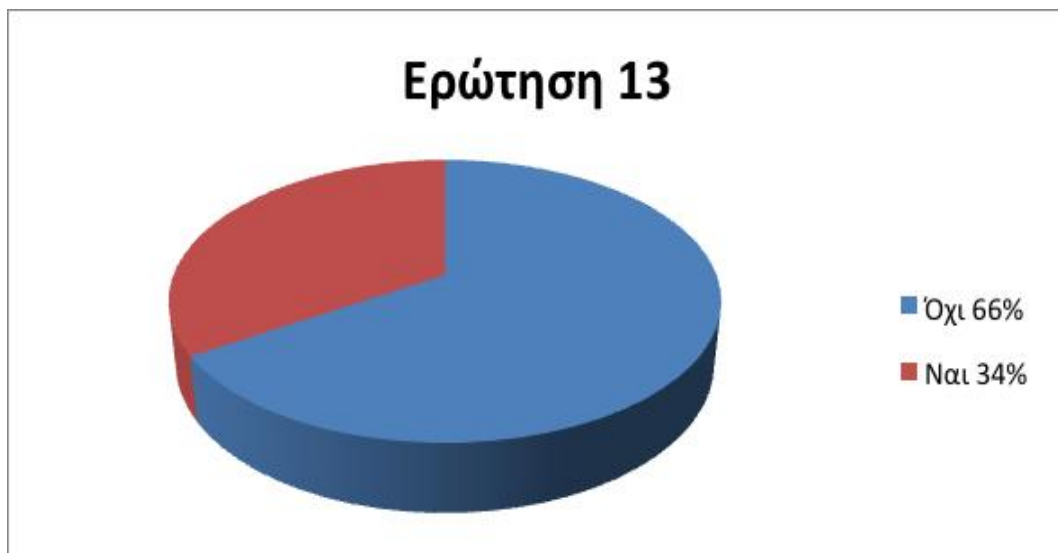
11. Περιορίζει η κατάσταση της υγείας σας το περπάτημα για ένα οικοδομικό τετράγωνο;



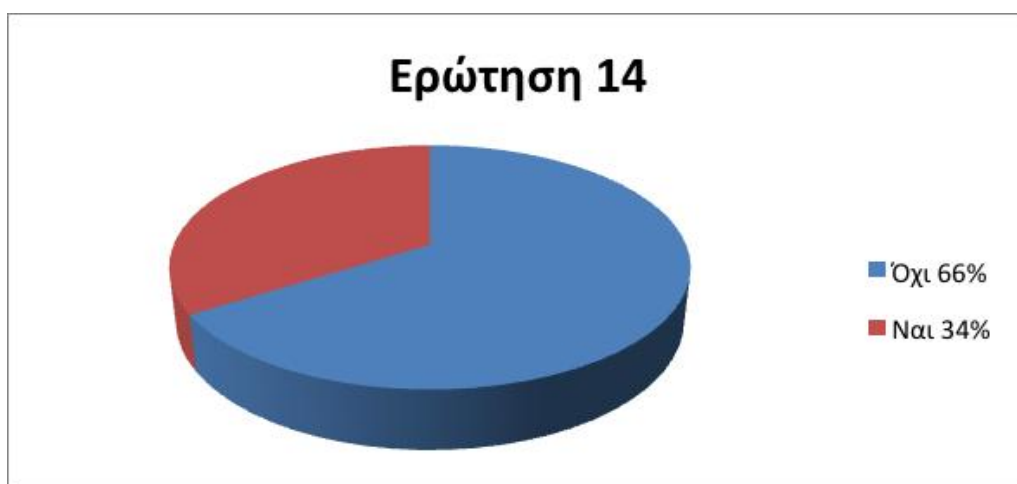
12. Περιορίζει η κατάσταση της υγείας σας το λουτρό ή το ντύσιμο;



13. Κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες , ως αποτέλεσμα της σωματικής σας υγείας, μειώθηκε ο χρόνος κατά τον οποίο είστε σε θέση να εργάζεστε ή να εκτελείτε άλλες δραστηριότητες;

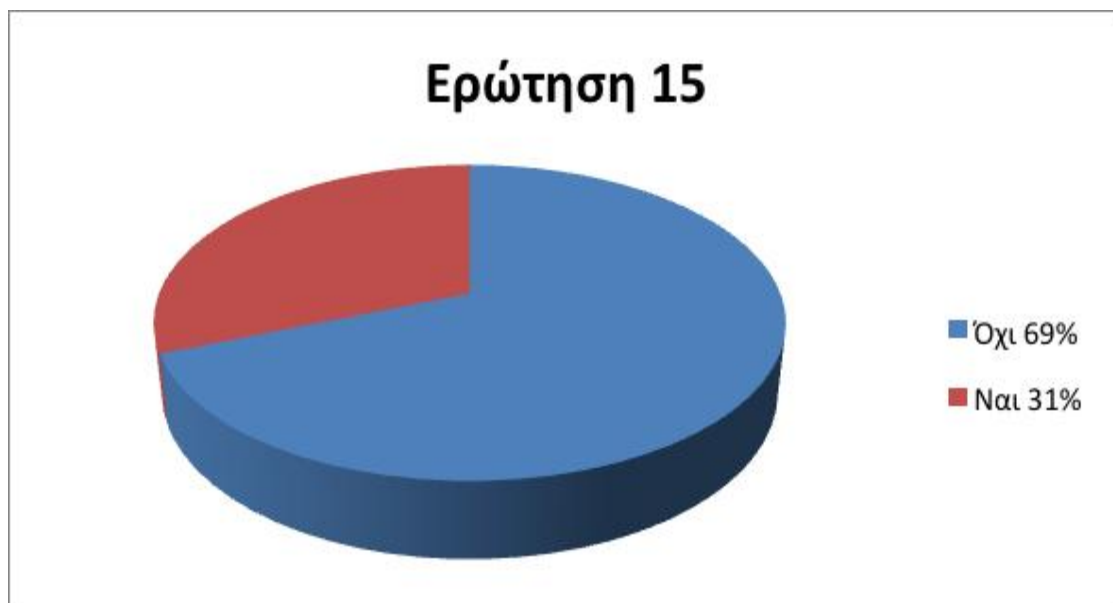


14. Κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες, ως αποτέλεσμα της σωματικής σας υγείας, ολοκληρώσατε λιγότερα από όσα θέλατε

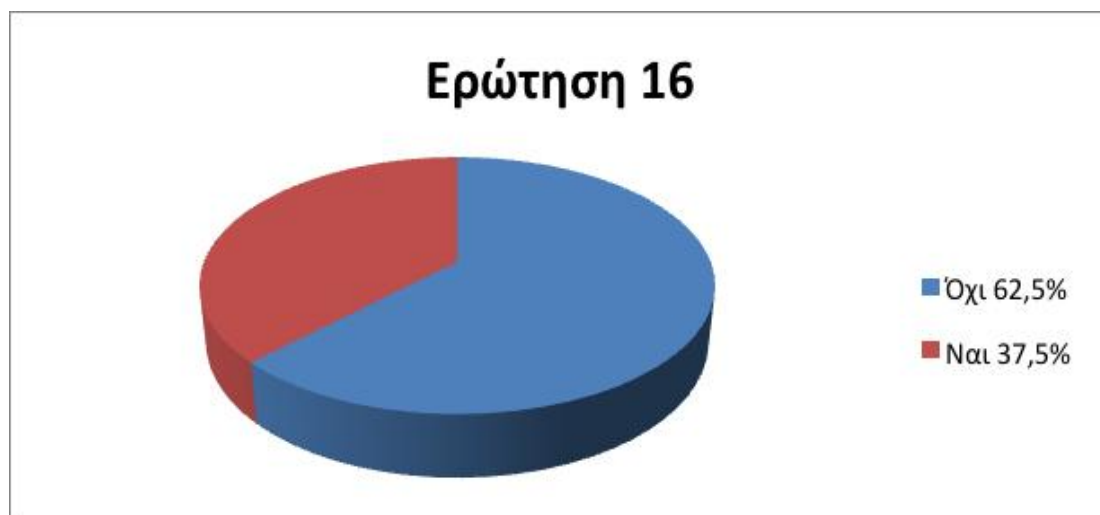


15. Κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες, ως αποτέλεσμα της σωματικής σας υγείας

περιοριστήκατε ως προς το είδος της εργασίας ή άλλων δραστηριοτήτων?

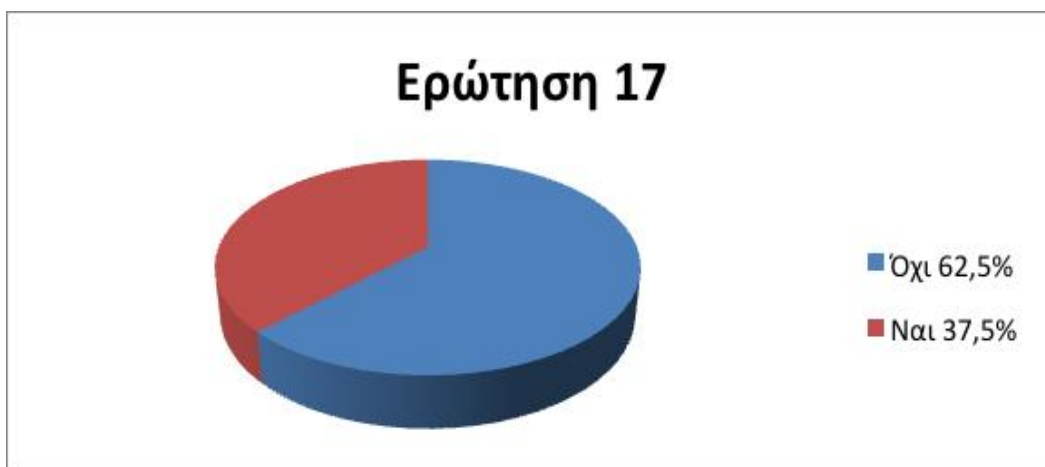


16. Κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες, ως αποτέλεσμα της σωματικής σας υγείας δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε την εργασία σας ή άλλες δραστηριότητες (για παράδειγμα χρειάστηκε επιπλέον προσπάθεια);

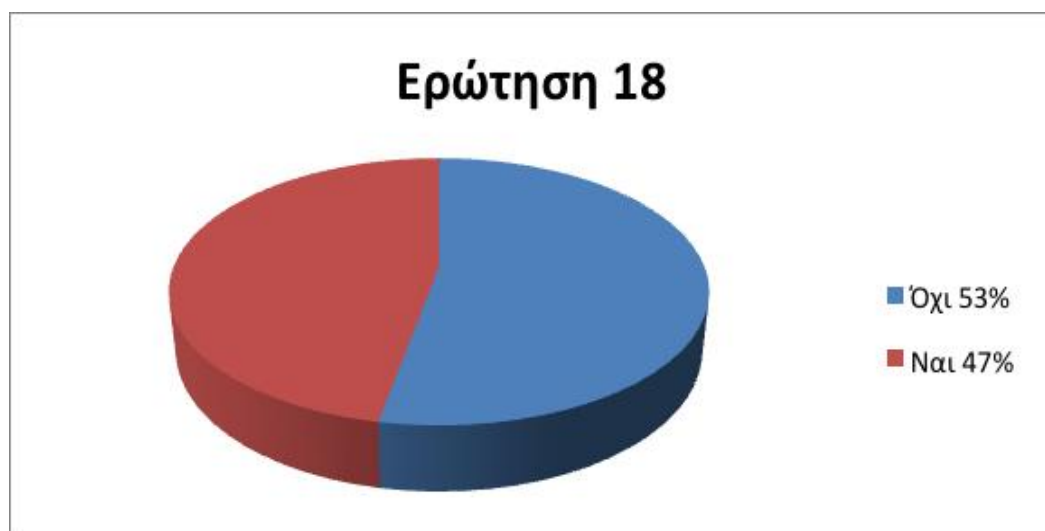


17. Κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες, ως αποτέλεσμα συναισθηματικών

προβλημάτων σας, μειώθηκε ο χρόνος κατά τον οποίο είστε σε θέση να εργάζεστε ή να εκτελείτε άλλες δραστηριότητες;

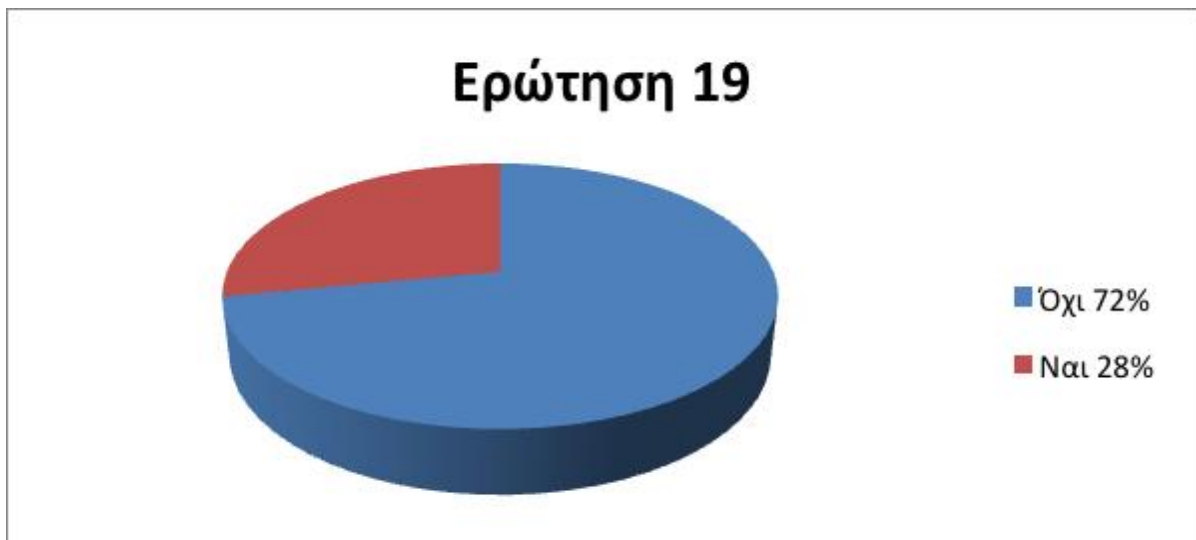


18. Κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες, ως αποτέλεσμα συναισθηματικών προβλημάτων σας, ολοκληρώσατε λιγότερα από όσα θέλατε;

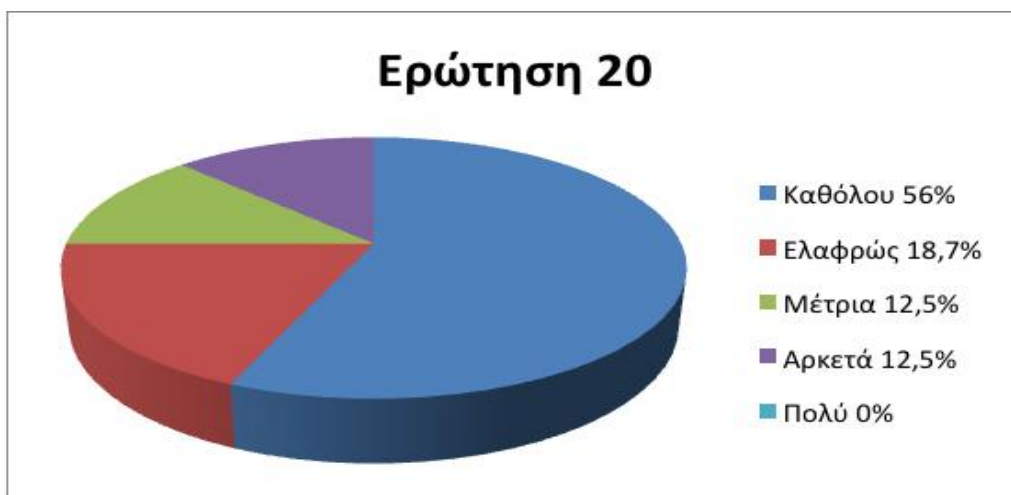


19. Κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες, ως αποτέλεσμα συναισθηματικών

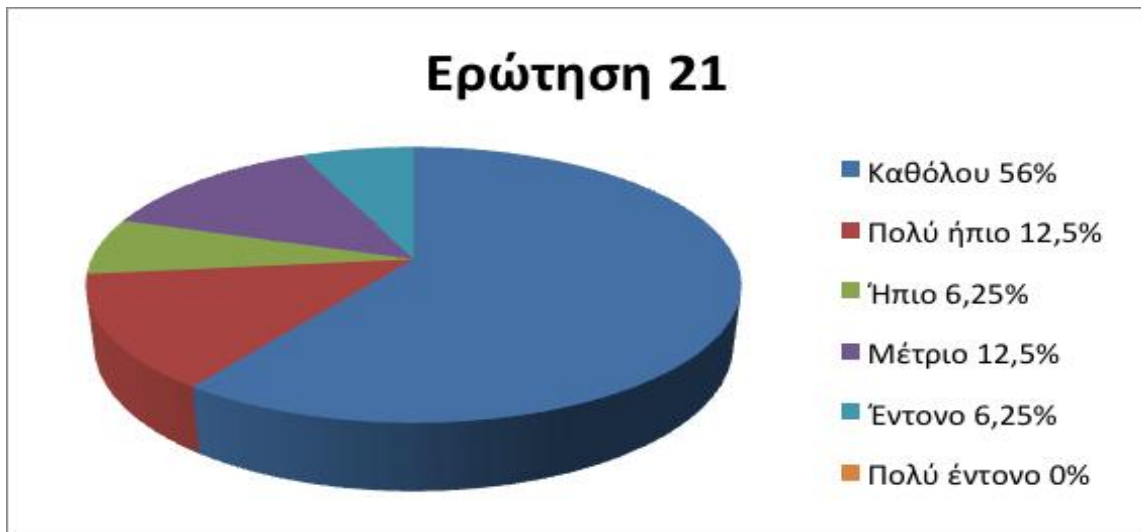
προβλημάτων σας, δεν δώσατε τη συνήθη προσοχή στην εργασία ή τις άλλες δραστηριότητές σας;



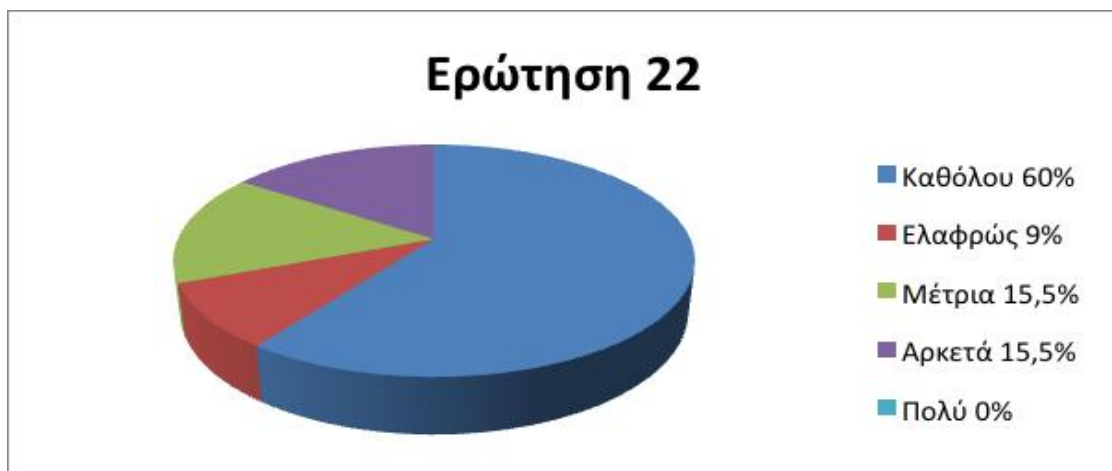
20. Κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η σωματική σας υγεία ή η συναισθηματική σας κατάσταση τις συνήθειες κοινωνικές δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους τους γείτονες ή άλλες ομάδες ατόμων;



21. Πόσο έντονο σωματικό πόνο είχατε κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες;



22. Κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνήθη εργασίας σας (εκτός και εντός της οικείας σας);



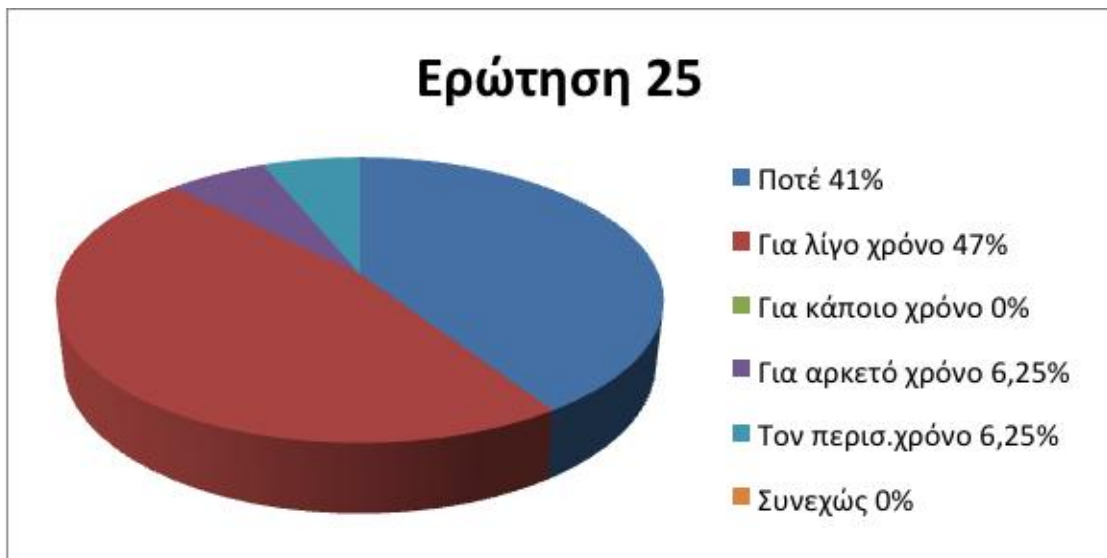
23. Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, νοιώθατε γεμάτος/η όρεξη;



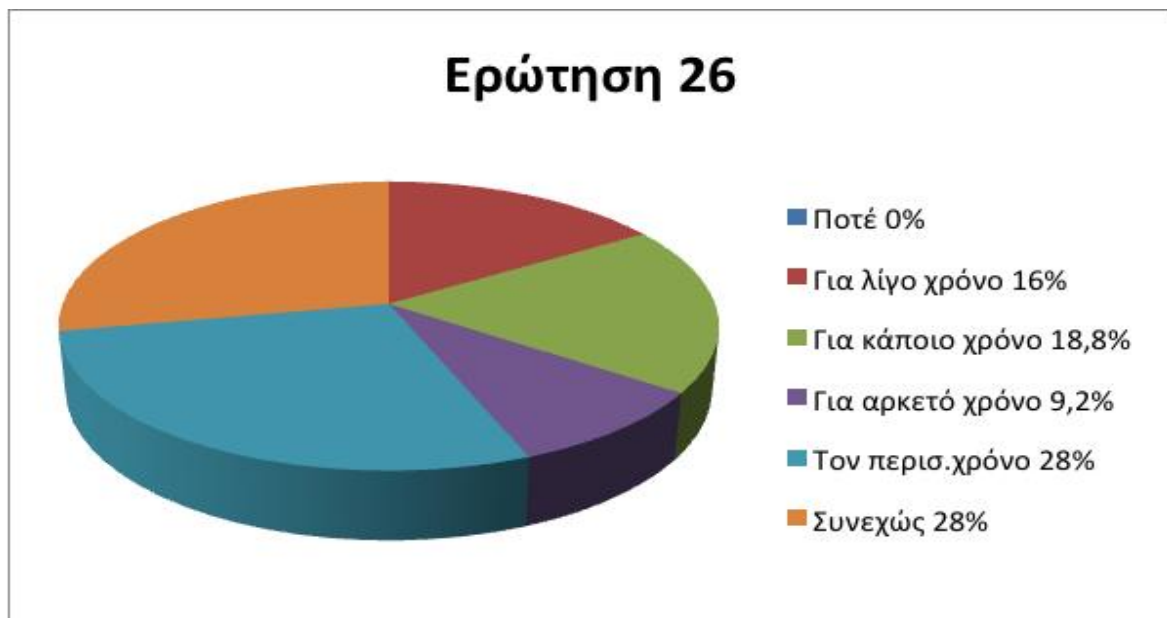
24. Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, ήσαστε νευρικός/ή;



25. Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, νοιώθατε τόσο άσχημα, που τίποτε δεν μπορούσε να σας χαροποιήσει;



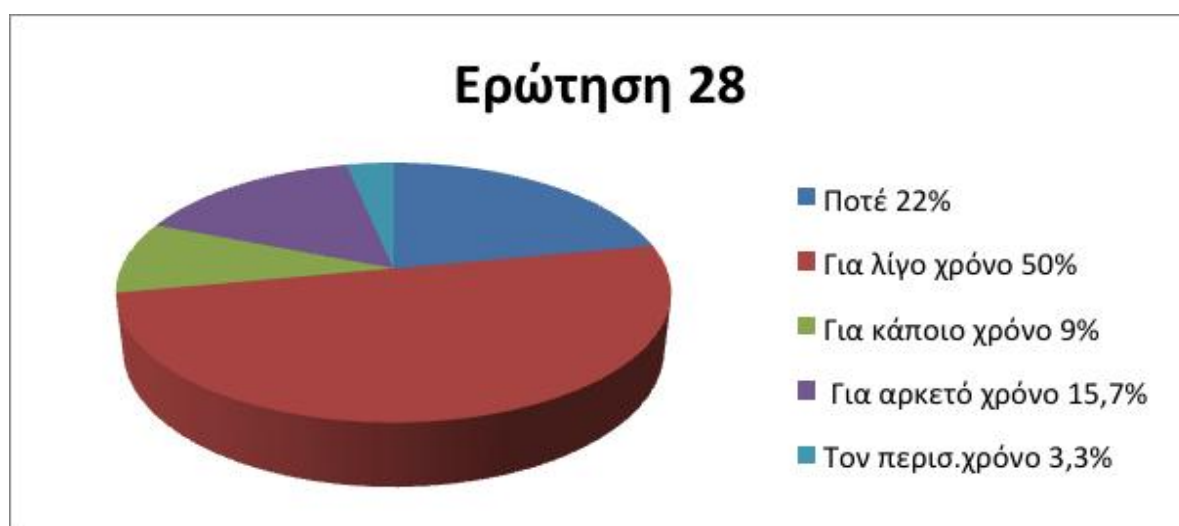
26. Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, νοιώθατε ήρεμος/η;



27. Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, είχατε πολλή ενέργεια;



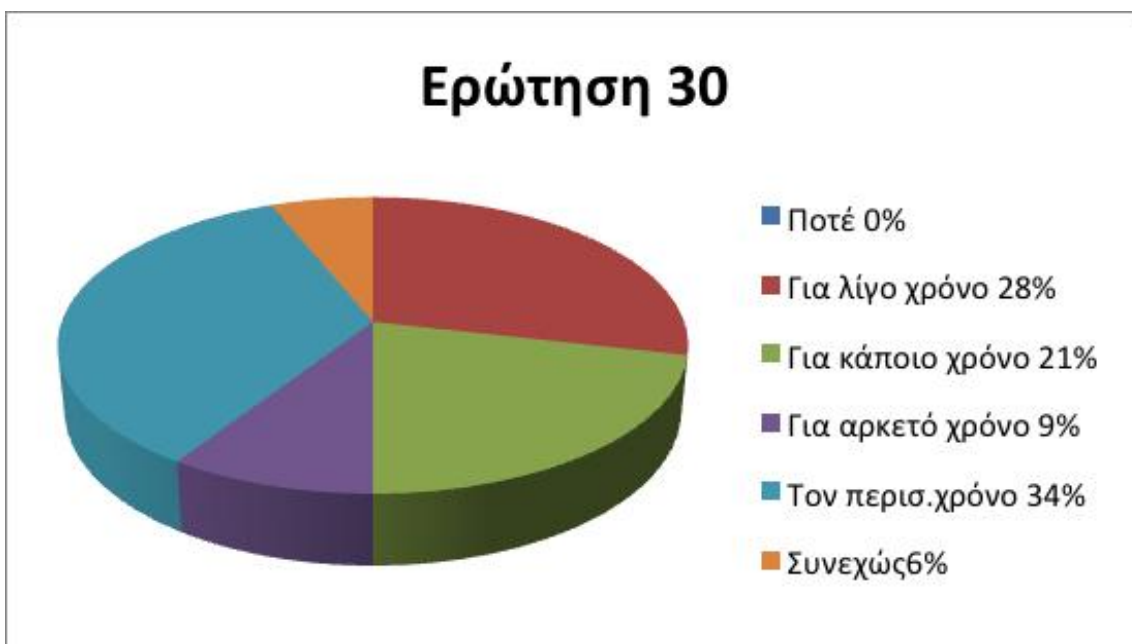
28. Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, αισθανόσαστε απογοήτευση και θλίψη?



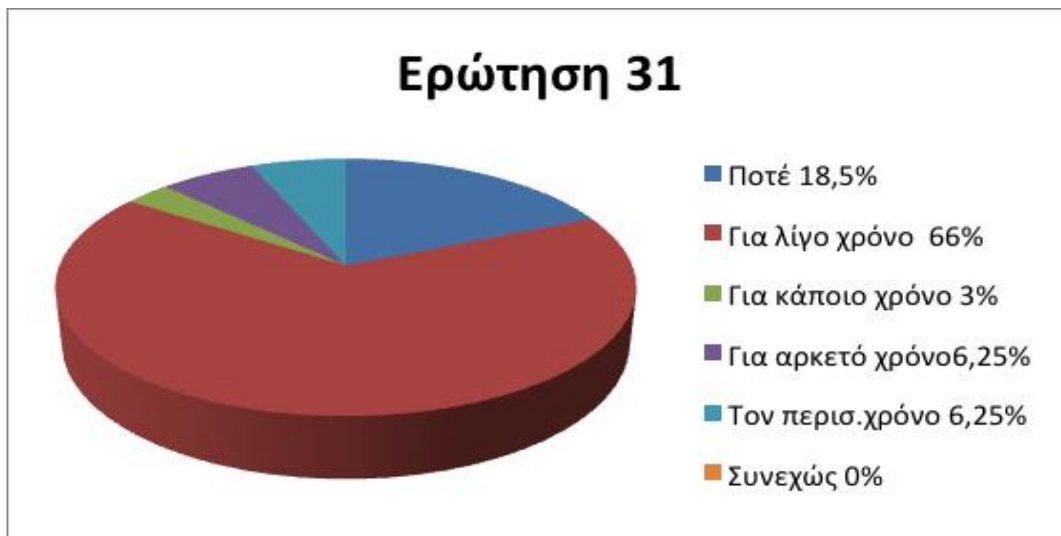
29. Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, νοιώθατε εξαντλημένος/η;



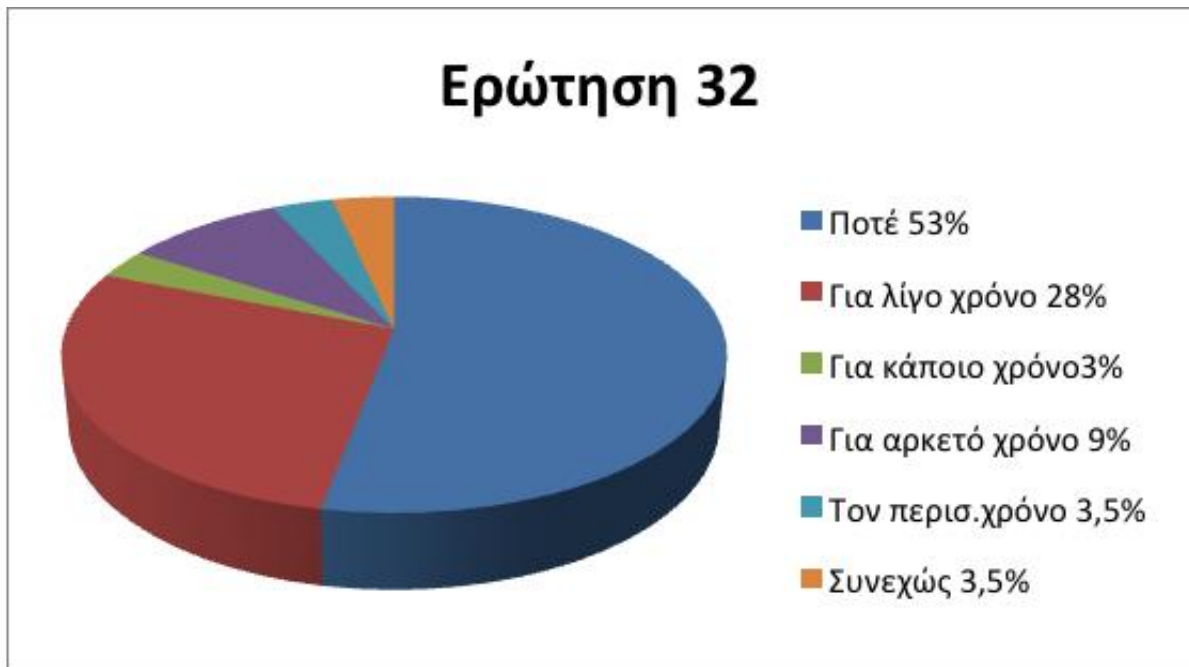
30. Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, ήσαστε χαρούμενος/η;



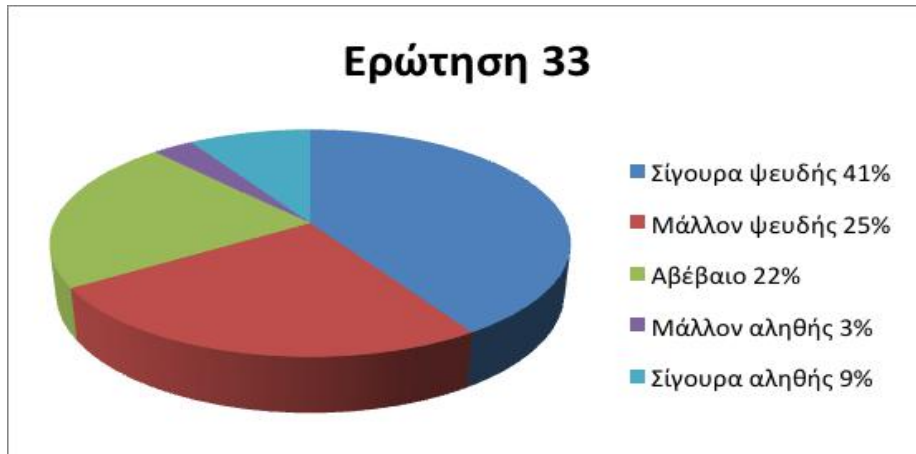
31. Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, αισθανόσαστε κουρασμένος/η;



32. Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, για κάποιο χρόνο επηρέασε η σωματική σας υγεία ή η συναισθηματική σας κατάσταση τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (όπως επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κ.τ.λ.);



33. Κατά πόσο είναι αληθή η ακόλουθη πρόταση για εσάς; "Φαίνεται ότι αρρωσταίνω κάπως ευκολότερα από τους άλλους ανθρώπους".



34. Κατά πόσο είναι αληθή η ακόλουθη πρόταση για εσάς; "Είμαι εξίσου υγιής με όσους γνωρίζω".



35. Κατά πόσο είναι αληθή η ακόλουθη πρόταση για εσάς; "Η υγεία μου είναι άριστη".



ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος δηλώνω ότι έλαβα γνώση του σκοπού, των διαδικασιών και της διάρκειας της μελέτης στην οποία θα υποβληθώ και δέχομαι να λάβω μέρος. Τυχόν ερωτήσεις που είχα μου απαντήθηκαν ικανοποιητικά. Κατανοώ επίσης ότι μπορώ να αποσυρθώ σε οποιαδήποτε φάση της μελέτης, χωρίς απαραίτητα να δικαιολογήσω την αποφασή μου αυτή και χωρίς να επισύρει αυτό καμία συνέπεια.

Όνοματεπώνυμο εξεταζόμενου:

Υπογραφή εξεταζόμενου:

Υπογραφή ερευνητή:

INFORMED CONSENT

I declare that I was informed about the purpose and the procedures of the study and I accept to participate. Questions I had about the study were answered. I understand that I can withdraw at any moment from the study without having to explain my decision and without any consequences.

Name of interviewee:

Signature of interviewee:

Signature of investigator:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο

Ηλικία

Ημερομηνία γέννησης

Τόπος γέννησης : 1. Αστικός 2. Ημιαστικός 3. Αγροτικός

Τόπος διαμονής : 1. Αστικός 2. Ημιαστικός 3. Αγροτικός

Οικογενειακή κατάσταση : 1. Άγαμος 2. Έγγαμος 3. Διαζευγμένος 4. Χηρος

Αριθμός παιδιών

Αριθμός συγκατοίκων

Στρατιωτικές υποχρεώσεις

Εκπαιδευτικό ιστορικό :

1. απόφοιτος δημοτικού

2. αποφοιτος γυμνασίου 3. απόφοιτος Τ.Ε.Ε

4. απόφοιτος λυκείου 5. φοιτητής Τ.Ε.Ι

6. φοιτητής Α.Ε.Ι. 7. απόφοιτος Τ.Ε.Ι.

8. απόφοιτος Α.Ε.Ι. 9. μεταπτυχιακές σπουδές

Επαγγελματικό ιστορικό

07. Περιορίζει η κατάσταση της υγείας σας το ανέβασμα σκάλας σε έναν όροφο?

Βαθμός

0. Όχι, καθόλου 1. Ναι, λίγο 2. Ναι ,πολύ

08. Περιορίζει η κατάσταση της υγείας σας το σκύψιμο, το γονάτισμα?

Βαθμός

0. Όχι, καθόλου 1. Ναι, λίγο 2. Ναι, πολύ

09.Περιορίζει η κατάσταση της υγείας σας το περπάτημα για πάνω από 1.600 μέτρα?

Βαθμός

0. Όχι, καθόλου 1. Ναι, λίγο 2. Ναι, πολύ

10. Περιορίζει η κατάσταση της υγείας σας το περπάτημα για αρκετά οικοδομικά τετράγωνα?

Βαθμός

0.Όχι, καθόλου 1. Ναι, λίγο 2. Ναι, πολύ

11. Περιορίζει η κατάσταση της υγείας σας το περπάτημα για ένα οικοδομικό τετράγωνο?

Βαθμός

0.Όχι, καθόλου 1. Ναι, λίγο 2. Ναι,πολύ

12.Περιορίζει η κατάσταση της υγείας σας το λουτρό ή το ντύσιμο?

Βαθμός

0.Όχι, καθόλου 1. Ναι, λίγο 2. Ναι, πολύ

13. Κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες, ως αποτέλεσμα της σωματικής σας υγείας , μειώθηκε ο χρόνος κατά τον οποίο είστε σε θέση να εργάζεστε ή να εκτελείτε άλλες δραστηριότητες?

Βαθμός

0. Όχι 1. Ναι

14.Κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες, ως αποτέλεσμα της σωματικής σας υγείας ,ολοκληρώσατε λιγότερα από όσα θέλατε? Βαθμός

0. Όχι 1. Ναι

15. Κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες, ως αποτέλεσμα της σωματικής σας υγείας περιοριστήκατε ως προς το είδος της εργασίας ή άλλων δραστηριοτήτων?

Βαθμός

0. Όχι 1. Ναι

16. Κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες, ως αποτέλεσμα της σωματικής σας υγείας δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε την εργασία σας ή άλλες δραστηριότητες (για παράδειγμα χρειάστηκε επιπλέον προσπάθεια?)

0. Όχι 1. Ναι

Βαθμός

17. Κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες, ως αποτέλεσμα συναισθηματικών προβλημάτων σας, μειώθηκε ο χρόνος κατά τον οποίο είστε σε θέση να εργάζεστε ή να εκτελείτε άλλες δραστηριότητες?

0. Όχι 1. Ναι

Βαθμός

18. Κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες, ως αποτέλεσμα συναισθηματικών προβλημάτων σας, ολοκληρώσατε λιγότερα από όσα θέλατε?

0. Όχι 1. Ναι

Βαθμός

19. Κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες, ως αποτέλεσμα συναισθηματικών προβλημάτων σας, δεν δώσατε τη συνήθη προσοχή στην εργασία ή τις άλλες δραστηριότητές σας?

0. Όχι 1. Ναι

Βαθμός

20. Κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η σωματική σας υγεία ή η συναισθηματική σας κατάσταση τις συνήθεις κοινωνικές δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους τους γείτονες ή άλλες ομάδες ατόμων?

Βαθμός

0. Καθόλου 1. Ελαφρώς 2. Μέτρια 3. Αρκετά 4. Πολύ

21. Πόσο έντονο σωματικό πόνο είχατε κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες?

Βαθμός

0. Καθόλου 1. Πολύ ήπιο 2. Ήπιο 4. Μέτριο 5. Έντονο 6. Πολύ έντονο

22. Κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνήθη εργασία σας (εκτός και εντός της οικείας σας)?

Βαθμός

1. Καθόλου 1. Ελαφρώς 2. Μέτρια 3. Αρκετά 4. Πολύ

23. Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, νοιώθατε γεμάτος/η όρεξη?

Βαθμός

0. Ποτέ 1. Για λίγο χρόνο 2. Για κάποιο χρόνο 3. Για αρκετό χρόνο 4. Τον περισσότερο χρόνο 5. Συνεχώς

24. Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, ήσαστε νευρικό/ή?

Βαθμός

0. Ποτέ 1. Για λίγο χρόνο 2. Για κάποιο χρόνο 3. Για αρκετό χρόνο 4. Τον περισσότερο χρόνο 5. Συνεχώς

Βαθμός

25. Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, νοιώθατε τόσο άσχημα, που τίποτε δεν μπορούσε να σας χαροποιήσει? Βαθμός

0. Ποτέ 1. Για λίγο χρόνο 2. Για κάποιο χρόνο 3. Για αρκετό χρόνο 4. Τον περισσότερο χρόνο 5. Συνεχώς

26. Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, νοιώθατε ήρεμος/η? Βαθμός

0. Ποτέ 1. Για λίγο χρόνο 2. Για κάποιο χρόνο 3. Για αρκετό χρόνο 4. Τον περισσότερο χρόνο 5. Συνεχώς

27. Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, είχατε πολλή ενέργεια?

Βαθμός

0. Ποτέ 1. Για λίγο χρόνο 2. Για κάποιο χρόνο 3. Για αρκετό χρόνο 4. Τον περισσότερο χρόνο 5. Συνεχώς

28. Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, αισθανόσαστε απογοήτευση και θλίψη?

Βαθμός

0. Ποτέ 1. Για λίγο χρόνο 2. Για κάποιο χρόνο 3. Για αρκετό χρόνο 4. Τον περισσότερο χρόνο 5. Συνεχώς

29. Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, νοιώθατε εξαντλημένος/η?

Βαθμός

0. Ποτέ 1. Για λίγο χρόνο 2. Για κάποιο χρόνο 3. Για αρκετό χρόνο 4. Τον περισσότερο χρόνο 5. Συνεχώς

30. Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, ήσαστε χαρούμενος/η?

Βαθμός

0. Ποτέ 1. Για λίγο χρόνο 2. Για κάποιο χρόνο 3. Για αρκετό χρόνο 4. Τον περισσότερο χρόνο 5. Συνεχώς

31. Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, αισθανόσαστε κουρασμένος/η?

Βαθμός

0. Ποτέ 1. Για λίγο χρόνο 2. Για κάποιο χρόνο 3. Για αρκετό χρόνο 4. Τον περισσότερο χρόνο 5. Συνεχώς

32. Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, για κάποιο χρόνο επηρέασε η σωματική σας υγεία ή η συναισθηματική σας κατάσταση τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (όπως επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κ.τ.λ.)

Βαθμός

0. Ποτέ 1. Για λίγο χρόνο 2. Για κάποιο χρόνο 3. Για αρκετό χρόνο 4. Τον περισσότερο χρόνο 5. Συνεχώς

33. Κατά πόσο είναι αληθή η ακόλουθη πρόταση για εσάς? "Φαίνεται ότι αρρωσταίνω κάπως ευκολότερα από τους άλλους ανθρώπους".

Βαθμός

0. Σίγουρα ψευδής 1. Μάλλον ψευδής 2. Αβέβαιο 3. Μάλλον αληθής 4. Σίγουρα αληθής

34. Κατά πόσο είναι αληθή η ακόλουθη πρόταση για εσάς? "Είμαι εξίσου υγιής με όσους γνωρίζω".

Βαθμός

0. Σίγουρα ψευδής 1. Μάλλον ψευδής 2. Αβέβαιο 3. Μάλλον αληθής 4. Σίγουρα αληθής

35. Κατά πόσο είναι αληθή η ακόλουθη πρόταση για εσάς? "Η υγεία μου είναι άριστη".

Βαθμός

0. Σίγουρα ψευδής 1. Μάλλον ψευδής 2. Αβέβαιο 3. Μάλλον αληθής 4. Σίγουρα αληθής

Συνολική βαθμολογία:

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στόχος της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ερωτηθέντων. Συνολικά στη μελέτη έλαβαν μέρος 32 άτομα, 16 γυναίκες και 16 άνδρες που το τελευταίο διάστημα δέχονται ως θεραπευτικό σχήμα τα ενέσιμα αντιψυχωτικά μακράς δράσης, συμπληρώνοντας εκούσια ένα ερωτηματολόγιο που τους δόθηκε από εμάς. Κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήμαστε πάντοτε παρούσες μαζί με ένα νοσηλεύτη ώστε να απαντάμε σε οποιαδήποτε απορία είχαν οι ερωτηθέντες.

Τα κριτήρια που λάβαμε σοβαρά υπόψιν μας κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων ήταν τα ακόλουθα: το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η διάρκεια θεραπείας και ασφαλώς η τελική βαθμολγία που συγκέντρωσαν. Απότοκος της προσπάθειας μας να μελετήσουμε αυτό το δείγμα ασθενών ήταν να οδηγηθούμε στο συμπέρασμα ότι βάσει της κλινικής τους εικόνας και των απαντήσεών τους, οι πάσχοντες έχουν μία ανοδική εξέλιξη της πορείας της υγείας τους που αδιαμφισβήτητα συνάδει με την επιλογή των βραδέως αποβαλλόμενων ως ιδανική θεραπεία για τους ίδιους.

Η έρευνά μας ανέδειξε τα εντυπωσιακά προτερήματα των βραδέως αποβαλλόμενων αντιψυχωτικών. Επιγραμματικά αξίζει να αναφέρουμε ότι έχουν μεγαλύτερο εύρος δράσης, γίνονται καλύτερα ανεκτά και εμφανίζουν χαμηλότερο προφίλ παρενεργειών από τα τυπικά αντιψυχωτικά.

Επιπρόσθετα έχει αποδειχθεί πως παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης των ασθενών αφού παύει να υφίσταται η ψυχοφθόρα καθημερινή θεραπεία, με επακόλουθο αυτού τη μείωση των επανεισαγωγών των ασθενών σε τακτικά χρονικά διαστήματα.

Χάρη στην ενέσιμη χορήγησή τους, τα μακράς δράσης αντιψυχωτικά δεσμεύονται ταχύτερα από τον οργανισμό, συγκρινόμενα με τα από του στόματος, συνεπώς είναι αποδοτικότερα ιδιαίτερα σε φάση οξείας διέργεσης ή ενός ψυχωτικού επεισοδίου.

Η τελική ανάλυση των δεδομένων ολοκληρώθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS.

Στο ερώτημα 1 "γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι άριστη, πολύ καλή, καλή, μέτρια,

κακή" σχεδόν το 84, 2 % απαντήσαν ότι η υγεία τους είναι πολύ καλή. Αυτή η απάντηση μας βεβαιώνει ότι η θεραπεία μακράς δράσης δεν παρουσιάζει πολλές σημαντικές παρενέργειες και οι ασθενείς έχουν υψηλό επίπεδο υγείας.

Στις ερωτήσεις που αφορούν την κινητικότητα των ασθενών η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν εκδηλώνουν προβλήματα και μπορεί να πραγματοποιήσει καθημερινές δραστηριότητες. Για παράδειγμα **στο ερώτημα 11 "Περιορίζει η κατάσταση της υγείας σας το περπάτημα για ένα οικοδομικό τετράγωνο"** το 81 % απάντησαν όχι καθόλου δεν τις περιορίζει.

Στο ερώτημα 33 "εάν αρρωσταίνετε πιο εύκολα από τους υπόλοιπους ανθρώπους που γνωρίζετε" σχεδόν το 65% απάντησαν πως αυτό είναι σίγουρα ή τουλάχιστον πιθανότατα ψευδές, κάνοντάς μας σαφές πως η αγωγή τους έχει αναπτρώσει το ηθικό και η παρουσία έντονων παρενεργειών είναι σε χαμηλά επίπεδα.

Στα ποσοστά της ερώτησης 34 "θεωρείτε πως είστε εξίσου υγιείς με τους υπόλοιπους ανθρώπους" οι μισοί απάντησαν πως η καταλληλότερη απάντηση είναι μάλλον ψευδής. Αυτή η απάντηση μας δίνει το έναυσμα να συνειδητοποιήσουμε πως η πλειοψηφία του δείγματος έχει ενσυναίσθηση της κατάστασης της υγείας τους που αποτελεί απαραίτητο στοιχείο της πρόγνωσης της πορείας που θα έχουν μελλοντικά.

Τέλος, οδηγούμαστε λοιπόν στο συμπέρασμα πως τα βραδέως αποβαλλόμενα αντιψυχωτικά αποτελούν την κορωνίδα των φαρμακευτικών επιλογών που διαθέτουν αυτή τη στιγμή οι ψυχίατροι, ώστε να θέσουν σε έλεγχο την έντονη και πολυπαραγοντική συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας.

Στηριζόμενοι λοιπόν στην ορθή αξιολόγηση του ασθενούς και ακολουθώντας τη θεραπευτική αγωγή, η σχιζοφρένεια μπορεί να παύσει να αποτελεί το μεγάλο αγκάθι των ψυχικών νόσων προσφέροντας ένα πιο ελπιδοφόρο μήνυμα για τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και ολόκληρη την κοινωνία.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη στόχο έχει την ανάδειξη της σχέσης πλεονεκτημάτων-μειονεκτημάτων των βραδέως αποβαλλόμενων αντιψυχωτικών σκευασμάτων, συγκρινόμενα με τα τυπικά αντιψυχωτικά που η λήψη τους είναι καθημερινή. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε δίχως να στοχέυει στην παραπλάνηση των επαγγελματιών υγείας και ιδίως των ασθενών, αλλά ούτε και στον εξωραϊσμό των μακράς δράσης αντιψυχωτικών. Ασφαλώς κάθε αγωγή φέρει τα οφέλη, αλλά και τα μειονεκτήματά της που εκδηλώνονται με τη μορφή παρενεργειών. Μέσω της έρευνάς μας φαίνεται πως πράγματι τα βραδέως αποβαλλόμενα αντιψυχωτικά παρουσιάζουν αξιόλογα προτερήματα και υπερέρχουν ως προς την συμμόρφωση των πασχόντων.

Βιβλιογραφικά δεν έχουν ανεβρεθεί αντίστοιχες μελέτες που να αφορούν τον πληθυσμό της Δυτικής Ελλάδας. Αυτό θέτει νέα θεμέλια για την εκπόνηση επιπλέον μελλοντικών ερευνών οι οποίες θα διερευνήσουν επιπρόσθετα την αποδοτικότητα των αντιψυχωτικών αγωγών των ασθενών με σχιζοφρένεια.

Τέλος, θεωρούμε απαραίτητο να αναφέρουμε πως οι δυσκολίες ανεύρεσης του περιορισμένου αριθμού σχιζοφρενών που λαμβάνουν τη συγκεκριμένη θεραπεία σε συνδυασμό με την άρνηση αρκετών εξ' αυτών να συμμετάσχουν στην μελέτη καθιστά αναγκαία και επιτακτική την εκπόνηση επιπλέον μελετών με μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

Τα αποτελέσματα της μελέτης ανέδειξαν τις ιδιαιτερότητες της σχιζοφρένειας η οποία προκαλεί μία ολιστική κατάρρευση της υγείας, της συμπεριφοράς, της κοινωνικότητας και της αντίληψης των πασχόντων. Για παράδειγμα τα άτομα με παρανοειδή τύπο σχιζοφρένειας, που δέχθηκαν να λάβουν μέρος στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, είναι αναλογικά λιγότερα σε σχέση με τους υπόλοιπους τύπους σχιζοφρένειας. Αυτό εξηγείται εξαιτίας της συμπτωματολογίας του παρανοειδή τύπου που κάνει τους πάσχοντες πιο απρόσιτους και καχύποπτους απέναντι σε άτομα που δεν γνωρίζουν. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να συμβάλλει σε περαιτέρω εξέταση αυτού του πληθυσμού, πιθανότατα σε μία μεγαλύτερη κλίμακα που θα ξεπερνά τα όρια της Δυτικής Ελλάδας. Μία τέτοιου μεγέθους μελέτη θα πιστοποιήσει εάν παρατηρούνται διαφορές στην κατανομή του πληθυσμού της χώρας όσον αφορά τον επιπολασμό της σχιζοφρένειας, μείωση των υποτροπών, και καθώς την διατήρηση της λειτουργικότητας των ασθενών με κριτήριο τον τόπο διαμονής, το φύλο, το οικογενειακό υπόβαθρο, το εκπαιδευτικό επίπεδο και φυσικά τη θεραπεία που λαμβάνουν.

Τα βραδέως αποβαλλόμενα αντιψυχωτικά καταλαμβάνουν όλο ένα και μεγαλύτερη θέση στα προτεινόμενα φαρμακευτικά σκευάσματα για την επιτυχή αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας. Η τάση για σταδιακό παραγκωνισμό των τυπικών αντιψυχωτικών και την παράλληλη εδραίωση των άτυπων κατέστησε εμφανή την ανάγκη για ενδεδειγμένο έλεγχο της σχέσης πλεονεκτημάτων - μειονεκτημάτων μεταξύ των δύο αυτών κατηγοριών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγγελόπουλος ,Ν.(2009). Ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία-Μία σύγχρονη Ψυχιατρική . Τόμος Β'. Εκδόσεις Βήτα, σελίδες 641-657.

Ανδρούτσος ,Χρ., "Σχιζοφρένεια σε παιδιά και εφήβους:συνάφεια και ετερότητα προς τη σχιζοφρένεια των ενηλίκων", Ψυχιατρική,2012,23(Παράρτημα 1),σελίδα 82 (3/2/17).

Αρβανίτη, Α."Γονε'ι'κή ικανότητα μητέρων με σχιζοφρένεια", Ψυχιατρική, 23(4), σελίδα 314 (3/2/17).

Black, D.W.,Andreasen, N.C.(2011). Εισαγωγή Στην Ψυχιατρική. Εκδόσεις Παρισσιανού, σελίδες 113-123.

<https://www.blogger.com/share-post.gblog D=6415895619369> (3/2/17).

<https://doi.org/10.2147/PPA s.53795>, Kaplan, G, Gasay, J, Zummo ,J,13/11/13, page 1171(6/12/16).

<https://www.drugs.com/schizophrenia-long acting drugs> (23/2/17).

<https://www.eidikiagogimeaplalogia.blogspot.com/2011/04/blogspot.html> (3/2/17).

<https://www.el.wikipedia.org/wiki/σχιζοφρένεια> (14/1/17).

<https://www.e-psychology.gr/ιστορική αναδρομή ψυχοπαθολογίας> (7/3/17).

<https://www.galinos.gr/drugs/schizophrenia/antipsychotics/04.02> (28/1/17).

<https://www.healthyliving.gr/2016/06/08/janssen-plmiikh-paliperidoneh-schizophrenia> (15/12/16).

Hogan, M.A. (2012). "Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας".Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελίδες 243-242.

<https://www.iatropedia.gr/σχιζοφρένεια> (26/1/17).

<https://kratoumenoi.blogspot.com/2009/12/blog-post 8258 html>,(26/2/17).

Νηματούδης,Ι."Ασθενείς ανθεκτικοί στη σχιζοφρένεια",Ψυχιατρική 25(4),σελίδα241,(3/2/17).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/articles/PMC4212>,

(6/3/17).

<https://www.nlm.nih.gov/health/topics/schizophrenia> (6/3/17).

https://www.nurs.uoa.gr/tmima_nosileutikhhs_enesimwn_antipsychotikwn,(28/3/17).

<https://www.ola-ta-kala.blogspot.com> 2012/08/blog-post 29.html(27/3/17).

[https://www.onhealth.com/content/1/schizophrenia/symptoms, types,causes,treatment](https://www.onhealth.com/content/1/schizophrenia/symptoms_types/causes/treatment) (6/12/16).

<https://www.Open the Doors>Overview>(18/4/17).

<https://www.pathfinder.gr/news/schizophrenia/o-kanivalos-poy-efage-th-filh-toy>(3/4/17).

Pavulari,M.n,Janicak,P.G(2009)."Εγχειρίδιο ψυχοφαρμακολογίας.Μία προσέγγιση όλων των ηλικιών"Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελίδες1-18.

<https://www.psychcentral.com/news/disorders/schizophrenia> (12/12/16).

<https://www.psychologe.in.dagorastos.net/> 2013/10/21 ενήλικες με νοητική υστέρηση (3/2/17).

<https://www.psychologia.gr/>διαταραχές/σχιζοφρένεια (6/3/17).

<https://www.psychologytoday.com/schizophrenia/therapy/dio62974/dic318641> (8/4/17).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/212273> acting drugs/doi 107573/dic 212273 (13/1/17).

Sinacola, R., Peters - Strichland ,T.(2009)."Βασική ψυχοφαρμακολογία για ψυχολόγους και ψυχοθεραπευτές". Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελίδα 94.

Σικελιανού ,Δ.(2010)."Κλινική ψυχοπαθολογία ενηλίκων". Εκδόσεις Διόνικος, σελίδες 73-75,84-85 ,95.

<https://www.sciencedirect.com/science/journal/18762> (19/4/17).

[https://www.scopus.com/Nordic Journal of Psychiatry](https://www.scopus.com/Nordic+Journal+of+Psychiatry) 8717SA (20/4/17).

Τζεφεράκος,Γ,Δουζένης ,Αθ."Η Ιερά ψυχιατροδικαστική στην Αρχαία Ελλάδα, Άτη Ελληνική Ψυχιατροδικαστική Εταιρεία,τεύχος 6 σελίδες 9-16.

[https://www.webmd.com/schizophrenia/guide/Electroconvulsive Therapy \(ECT\) and Mental Illness](https://www.webmd.com/schizophrenia/guide/Electroconvulsive+Therapy+(ECT)+and+Mental+Illness)

(21/1/17).

Χονδράκη ,Π, Μαδιανός ,Μ,Παπαδημητρίου ,Ν."Η μελέτη της ψυχοπαθολογίας στους πληθυσμούς των αστέγων της Ευρωπαϊκής Ένωσης", Ψυχιατρική , 23(4),σελίδα 334 (3/2/17).