

ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

Σχιζοφρένεια και Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις



ΠΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΕΦΑΛΙΑΚΟΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ

ΠΜΕΛΕΙΑ: ΚΟΥΜΠΟΥΡΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΠΑΤΡΑ, 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	5
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
Κεφάλαιο 1^ο	
1.1 Λειτουργία Νευρικού Συστήματος.....	7
1.2 Διαίρεση του Νευρικού Συστήματος.....	8
1.3 Ανατομία εγκεφάλου υγιούς ατόμου-πάσχοντος.....	11
1.4 Παθοφυσιολογία-Αιτιολογία.....	13
1.5 Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	15
Κεφάλαιο 2^ο	
2.1 Ορισμός.....	18
2.2 Ιστορική αναδρομή.....	19
2.3 Επιδημιολογία.....	22
2.4 Διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλλα.....	24
2.6 Μύθοι και αλήθειες για την σχιζοφρένεια.....	26
Κεφάλαιο 3^ο	
3.1 Προειδοποιητικά σημάδια σε ενήλικες.....	28
3.2 Συμπτώματα σχιζοφρένειας σε ενήλικες.....	30
3.3 Τύποι Σχιζοφρένειας.....	35
3.4 Σχιζοφρένεια και τέχνη.....	42

3.5 Συννοσηρότητα.....	44
------------------------	----

Κεφάλαιο 4^ο

4.1 Διαγνωστικά κριτήρια.....	47
4.2 Διαγνωστικές μέθοδοι.....	49
4.3 Απεικονιστικές εξετάσεις.....	51
4.4 Πορεία-Πρόγνωση.....	55

Κεφάλαιο 5^ο

5.1 Φαρμακοθεραπεία	58
5.2 Διακρανιακός Μαγνητικός ερεθισμός	60
5.3 Ψυχοθεραπευτικές Προσεγγίσεις.....	61
5.4 Παρεμβάσεις και στην οικογένεια.....	64

Κεφάλαιο 6^ο

6.1 Νοσηλευτικές Αξιολογήσεις.....	65
6.2 Νοσηλευτικοί Σκοποί.....	66
6.3 Νοσηλευτικές Προσεγγίσεις.....	67
6.4 Περιστατικά.....	69
6.5 Συμπεράσματα.....	84
6.6 Βιβλιογραφία.....	85

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι να γίνει μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την σχιζοφρένεια και τον ρόλο του νοσηλευτή. Πραγματοποιείται μια σύντομη ιστορική αναδρομή του φαινομένου μέχρι τη σύγχρονη εποχή. Στη συνέχεια αναφέρονται τα επιδημιολογικά στοιχεία Ευρώπης και Αμερικής, οι τύποι, τα διαγνωστικά κριτήρια και μέθοδοι θεραπείας της σχιζοφρένειας.

Τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης έδειξαν ότι η σχιζοφρένεια έχει διαχρονική βάση και είναι παρούσα σε όλες τις κοινωνίες ανεξαρτήτως κοινωνικοπολιτισμικού και οικονομικού υπόβαθρου. Επίσης, απαιτείται από τους νοσηλευτές συνεχής επιμόρφωση και εξειδίκευση ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τα σημεία και τα σημάδια που την υποδηλώνουν καθώς και να αναγνωρίζουν τον τρόπο που θα ενεργήσουν. Τέλος, ο ρόλος του νοσηλευτή φαίνεται να είναι καταλυτικός στον τερματισμό και την πρόληψη της σχιζοφρένειας.

ABSTRACT

Aim of present work, is becomes a systematic bibliographic examination with regard to schizophrenia and the role of nurse. Is realised a short historical retrospection of phenomenon up to the modern season. Afterwards are reported the epidemiologic elements Europe and America, the types, the diagnostic criteria and methods of treatment of schizophrenia.

The results of bibliographic examination showed that schizophrenia had been expressed in the past and is present in the all societies independent social, political and economic background. Also, that are required by the nurses continuous training and specialisation so that it is in position they recognize the points and the marks that imply him as well as they recognize the way that they will act. Finally the role of nurse appears to be catalytic in the finish and the prevention of schizophrenia.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή νόσος του εγκεφάλου. Η σχιζοφρένεια μπορεί να είναι στη πραγματικότητα μια ενιαία διαταραχή ή μια ομάδα διαταραχών με διαφορετική αιτιολογία. Μαζί με τον καρκίνο και τις ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος, αποτελούν την τριάδα των νόσων που συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ερευνητικό και ιατροκοινωνικό ενδιαφέρον, γιατί αποτελούν την μάστιγα της σημερινής κοινωνίας. Λόγω της πολυπλοκότητας της διαταραχής λίγες μόνο από τις γενικεύσεις σχετικά με αυτήν ισχύουν για όλους τους ανθρώπους που διαγιγνώσκονται ότι πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Ο όρος "Ψυχωτικό" σημαίνει ότι το άτομο έχει χάσει την επαφή του με την πραγματικότητα, ή ότι δεν μπορεί να ξεχωρίσει τις πραγματικές από τις μη πραγματικές εμπειρίες του. Μερικοί άνθρωποι εμφανίζουν μόνο μια φορά ένα τέτοιο ψυχωτικό επεισόδιο. Άλλοι εμφανίζουν πολλά επεισόδια κατά την διάρκεια της ζωής τους, αλλά τελικά κατορθώνουν να ζουν σχετικά σε καλό επίπεδο κατά τα μεσοδιαστήματα. Άλλα άτομα με χρόνια (συνεχή ή υποτροπιάζουσα) σχιζοφρένεια μπορεί να μην επανέρχονται πλήρως και έτσι να απαιτείται μακροχρόνια θεραπεία, συνήθως με φάρμακα, για τον έλεγχο των συμπτωμάτων τους αλλά παρόλα αυτά μπορούν να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή.

Στην συνέχεια θα αναφερθεί και πόσο σημαντικό ρόλο παίζει το νοσηλευτικό προσωπικό τόσο στην φροντίδα όσο και στην πρόληψη υποτροπής της σχιζοφρένειας έτσι ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των πασχόντων είτε σε κάποια ψυχιατρική κλινική είτε κατ'οίκον.

Κεφάλαιο 1^ο

1.1 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το νευρικό σύστημα του σώματος αποτελείται από πολλά διαφορετικά όργανα, όπως ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός. Αυτό το εξαιρετικά πολύπλοκο σύστημα είναι υπεύθυνο για πολλές διαφορετικές δραστηριότητες, όπως την επικοινωνία, το συντονισμό, τον έλεγχο και τη ρύθμιση των κινήσεων ¹. Με άλλα λόγια το νευρικό σύστημα αποτελεί το «κέντρο ελέγχου» του σώματος και μπορεί να παρομοιαστεί με έναν υπολογιστή. Ο εγκέφαλος λειτουργεί σαν ένα λογισμικό, υπεύθυνος για τη λήψη αποφάσεων και τα νεύρα είναι σαν το υλικό ή την καλωδίωση που επικοινωνεί αυτές τις αποφάσεις με το υπόλοιπο σώμα .

Οι κύριες και οι πιο βασικές λειτουργίες του Νευρικού Συστήματος είναι να ²:

- Να δέχεται και να μεταφέρει αισθητικές πληροφορίες τόσο από το εξωτερικό περιβάλλον όσο και από το υπόλοιπο σώμα μέσω της κεντρομόλου μοίρας του Περιφερικού Νευρικού Συστήματος στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
- Να επεξεργάζεται τις πληροφορίες που προσλαμβάνει στο ΚΝΣ (ο νωτιαίος μυελός είναι υπεύθυνος για τα αντανακλαστικά, ο εγκέφαλος για τις ανώτερες και πιο σύνθετες συμπεριφορές του οργανισμού)
- Να απαντά στα ερεθίσματα που δέχεται. Δηλαδή να ρυθμίζει και να ελέγχει μια απόκριση στα ερεθίσματα που δέχεται μέσω της φυγόκεντρου μοίρας του Περιφερικού Νευρικού Συστήματος. Η απάντηση αυτή μπορεί να είναι είτε εκούσια όπως η απομάκρυνση από έναν κίνδυνο, είτε ακούσια όπως η παραγωγή ιδρώτα από την απότομη αύξηση της θερμοκρασίας του εξωτερικού περιβάλλοντος.

Με αυτόν τον τρόπο το νευρικό σύστημα αποτελεί το σύστημα που ρυθμίζει και ελέγχει τη λειτουργία όλων των οργάνων του ανθρωπίνου σώματος, καθώς, επίσης και τη μεταξύ τους αρμονική συνεργασία ³.

1.2 ΔΙΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Επειδή το Νευρικό Σύστημα είναι αρκετά εκτεταμένο και επιτελεί παραπάνω από μια λειτουργία έχει διαχωριστεί στις παρακάτω κατηγορίες ανάλογα με τον σκοπό που θέλει να επιτύχει.

1. ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ – ΚΝΣ

Αποτελεί το τμήμα του Νευρικού Συστήματος που βρίσκεται μέσα στο κρανίο και τη σπονδυλική στήλη. Ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός μαζί σχηματίζουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.. Αρχικά λειτουργεί ως κέντρο ελέγχου του σώματος παρέχοντας συστήματα επεξεργασίας, μνήμης και ρύθμισης ⁴. Ταυτόχρονα λαμβάνει από το συνειδητό και το υποσυνείδητο αισθητηριακές πληροφορίες από αισθητήρια όργανα του σώματος κάνοντας αντιληπτές τις εσωτερικές και εξωτερικές συνθήκες του σώματος ⁵.

Χρησιμοποιώντας αυτή την αισθητηριακή πληροφορία πραγματοποιείται η λήψη αποφάσεων τόσο για συνειδητό όσο και για το υποσυνείδητο διατηρώντας έτσι την ομοιόσταση του οργανισμού . Το ΚΝΣ είναι επίσης υπεύθυνο για τις ανώτερες λειτουργίες του Νευρικού Συστήματος όπως τη κίνηση της γλώσσας, τη δημιουργικότητα, την έκφραση, τα συναισθήματα και τη διαμόρφωση της προσωπικότητας. Ο εγκέφαλος είναι η έδρα της συνείδησης και καθορίζει την ταυτότητα του οργανισμού ⁶.

2. ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ - ΠΝΣ

Το Περιφερικό Νευρικό Σύστημα χωρίζεται σε δυο μεγάλα σκέλη: το αισθητικό και το κινητικό. Το αισθητικό σκέλος περιλαμβάνει τις σωματικές και σπλαχνικές ίνες. Οι σωματικές ίνες μεταφέρουν γενικές πληροφορίες όπως είναι της αφής, της πίεσης, του πόνου, της θερμοκρασίας, της δόνησης που προέρχονται από το δέρμα, το κορμό και τα άκρα. Επίσης ειδικές πληροφορίες από τις ίνες που προέρχονται από τα όργανα ακοής, όρασης, όσφρησης και ισορροπίας. Οι σπλαχνικές ίνες αντίστοιχα μεταφέρουν γενικές πληροφορίες από τα σπλάγχνα που αφορούν την τάση, τον πόνο, την θερμοκρασία, την ναυτία, την πείνα,

τον σπλαχνικό ερεθισμό, καθώς επίσης ειδικές πληροφορίες όπως είναι η αίσθηση της γεύσης.⁷

3. ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ- ΣΝΣ

Παρέχει στο ΚΝΣ πληροφορίες για τη θέση των μυών, των άκρων και για το εξωτερικό περιβάλλον του σώματος . Περιλαμβάνει αισθητικούς νευρώνες των νωτιαίων και των εγκεφαλικών γαγγλίων οι οποίοι νευρώνουν το δέρμα τους μυς και τις αρθρώσεις . Οι σωματοκινητικοί νευρώνες, οι οποίοι νευρώνουν τους σκελετικούς μυς έχουν νευράξονες οι οποίοι οδεύουν προς το ΠΝΣ προκαλώντας συστολή των σκελετικών μυϊκών ινών⁸.

4. ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ- ΑΝΣ

Το ΑΝΣ είναι υπεύθυνο για την ισορροπία στο εσωτερικό περιβάλλον του ανθρώπινου οργανισμού, μια διαδικασία που καλείται ομοιόσταση. Η ομοιόσταση επιτελείται από το ΑΝΣ «αυτόνομα», δηλαδή χωρίς την άμεση συμμετοχή της συνείδησης³. Επιπλέον νευρώνει όργανα των οποίων οι λειτουργία δεν εξαρτάται από την θέληση του κάθε οργανισμού όπως είναι η καρδιά, οι λείοι μύες των αγγείων, των σπλάχνων και οι αδένες⁹.

Το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα χωρίζεται σε:

- **Συμπαθητικό.** Η διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος προετοιμάζει τον οργανισμό απέναντι σε κάθε κατάσταση που απειλεί την ομοιόστασή του. Έτσι ο οργανισμός είναι έτοιμος να δώσει μία απάντηση μάχης ή φυγής¹⁰.
- **Παρασυμπαθητικό.** Αποτελείται από αυτόνομες ίνες και έχει ως αρμοδιότητα την εξοικονόμηση και εναποθήκευση ενέργειας. Το παρασυμπαθητικό σύστημα ονομάζεται έτσι, διότι επιτελεί τις ακριβώς αντίθετες λειτουργίες από αυτές του συμπαθητικού³.

Το Συμπαθητικό και το Παρασυμπαθητικό Σύστημα σε κάθε όργανο που διανέμονται ασκούν αντίθετη και υπό φυσιολογικές συνθήκες ισότιμη δράση. Η αντίθετη όμως δράση τους βρίσκονται συνεχώς σε δυνατή ισορροπία, έτσι ώστε να υπάρχει φυσιολογική λειτουργία⁹.

ΔΟΜΗ⁹	ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΟ ΝΣ⁹	ΠΑΡΑΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΟ ΝΣ⁹
ΚΑΡΔΙΑ	Αύξηση συχνότητας Αύξηση έντασης συστολής	Ελάττωση συχνότητας Ελάττωση έντασης Συστολής
ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ	Χάλαση βρόγχων	Βρογχοσύσπαση
ΟΦΘΑΛΜΟΣ	Μυδρίαση	Μύση
ΈΝΤΕΡΟ	Σύσπαση σφυγκτήρα	Αύξηση πέψης
ΟΥΡΟΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ	Ελάττωση κινητικότητας	Χάλαση σφυγκτήρα
ΝΕΦΡΟΙ	Ελαττωμένη παραγωγή Ούρων	Αυξημένη παραγωγή ούρων

1.3 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΥΓΙΟΥΣ ΑΤΟΜΟΥ ΚΑΙ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ

Ο ανθρώπινος εγκέφαλος είναι ένα όργανο εκπληκτικής πολυπλοκότητας. Είναι κατ' ουσίαν μια μεγάλη μαλακή μάζα νευρικού ιστού που βρίσκεται στο κρανίο. Αποτελείται από νευρώνες (νευρικά κύτταρα) και νευρογλοία ή υποστηρικτικά κύτταρα, καθώς επίσης και από φαία και λευκή ουσία. Η φαία ουσία αποτελείται κυρίως από τα κυτταρικά σώματα των νευρών και είναι συγκεντρωμένη στον εγκεφαλικό φλοιό στους πυρήνες και στα βασικά γαγγλία. Η λευκή ουσία αποτελείται από τους νευρίτες οι οποίοι σχηματίζουν οδούς που συνδέουν τμήματα του εγκεφάλου μεταξύ τους και με τον νωτιαίο μυελό¹¹.

Τα κύρια τμήματα του εγκεφάλου είναι ο εγκεφαλικός φλοιός, ο θάλαμος, ο υποθάλαμος, η παρεγκεφαλίδα και το εγκεφαλικό στέλεχος (προμήκης μυελός, γέφυρα, μεσεγκέφαλος). Το βάρος του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού ανέρχεται σε περίπου 1350-1400 γραμμάρια εκ των οποίων το 2% αποτελεί το βάρος του νωτιαίου μυελού. Η παρεγκεφαλίδα αντιπροσωπεύει το 10% του βάρους του εγκεφάλου¹².

Ο εγκέφαλος είναι το πρωτεύον κέντρο ρύθμισης και συντονισμού των δραστηριοτήτων του οργανισμού. Τα αισθητικά ερεθίσματα λαμβάνονται διαμέσου κεντρομόλων οδών και καταχωρούνται ως αισθήσεις, που είναι η βάση της αντίληψης. Αποτελεί την έδρα της συνείδησης, σκέψης, μνήμης, λογικής, κρίσης, και του συναισθήματος. Τα κινητικά ερεθίσματα μεταβιβάζονται διαμέσου φυγόκεντρων νευρών στους μυς και τους αδένες, εκλύοντας τις δραστηριότητες. Μέσω αντανακλαστικών κέντρων διατηρείται ο αυτόματος έλεγχος των δραστηριοτήτων του σώματος. Τα πιο κύρια αντανακλαστικά κέντρα είναι το καρδιακό, το αγγειοκινητικό και το αναπνευστικό κέντρο στον προμήκη μυελό, τα οποία ρυθμίζουν την κυκλοφορία και την αναπνοή¹³.

Η τεράστια πολυπλοκότητα της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου και η δύσκολη πρόσβαση σε αυτόν καθώς είναι καλά κρυμμένος μέσα στο κρανίο καθιστούσαν δυσχερή τη μελέτη του. Η σχετικά πρόσφατη ανάπτυξη διαφόρων μεθόδων δομικής και λειτουργικής απεικόνισης του εγκεφάλου επέτρεψε την αποκάλυψη πολλών δεδομένων για τη φυσιολογική του λειτουργία και τον τρόπο που αυτή διαταράσσεται σε ψυχικές παθήσεις όπως η σχιζοφρένεια¹⁴.

Η ομάδα εργασίας με ονομασία σχιζοφρένεια υπο την επίβλεψη της Jessica Turner , αναπληρώτρια καθηγήτρια ψυχολογίας και νευροεπιστημών στη Πολιτεία της Georgia σε περισσότερες από δώδεκα τοποθεσίες στις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ευρώπη ανέλυσαν μαγνητικές τομογραφίες εγκεφάλου από 2.028 ασθενείς με σχιζοφρένεια και 2.540 υγιείς μάρτυρες. Η ομάδα βρήκε ότι ο εγκέφαλος των ατόμων με σχιζοφρένεια ¹⁵ :

Νοητικές λειτουργίες όπως η προσοχή, η μνήμη και η εκτελεστική λειτουργία είναι διαταραγμένες στους ασθενείς. Αυτή η διαταραχή δυσκολεύει το φιλτράρισμα των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, τη σύνδεση της τρέχουσας εμπειρίας με προηγούμενα βιώματα αποθηκευμένα στη μνήμη και τη χρήση αυτής της σύνδεσης για την οργάνωση, στόχευση και προσαρμογή της συμπεριφοράς.

μικρότερο όγκο στον ιππόκαμπο , την αμυγδαλή , το θάλαμο , επικλινή πυρήνα και ενδοκρανιακή χώρο από τους ελέγχους , και μεγαλύτερους όγκους παλαδίου και κοιλίας.

Το συνολικό μέγεθος του εγκεφάλου των ασθενών είναι ελαφρά μικρότερο σε σχέση με μη πάσχοντες και η διαφορά αυτή οφείλεται κυρίως στη μείωση του μεγέθους περιοχών του μεταιχμιακού συστήματος και του προμετωπιαίου φλοιού.

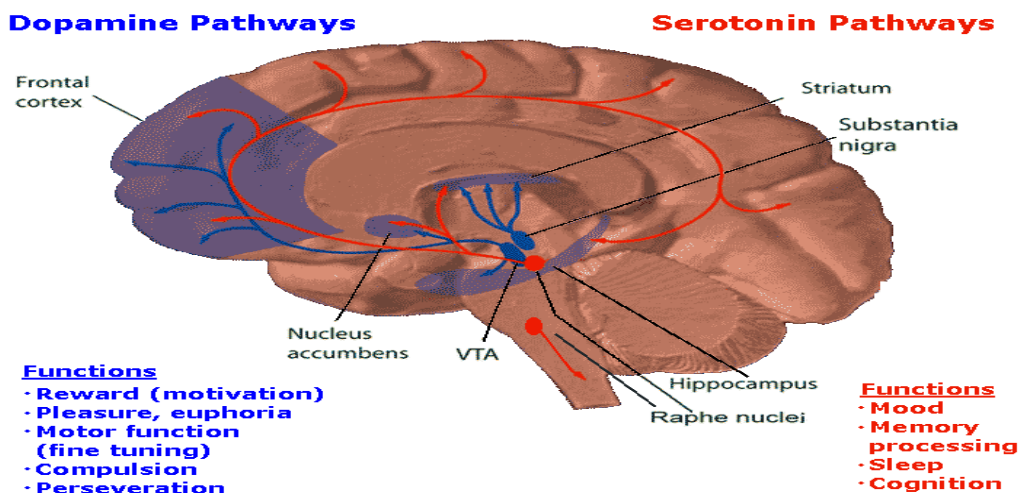
Αυξημένη σύνθεση, απελευθέρωση και δραστηριότητα ενός νευροδιαβιβαστή που ονομάζεται ντοπαμίνη σε μια περιοχή του εγκεφάλου που λέγεται μεταιχμιακό σύστημα. Παράλληλα, ένας άλλος νευροδιαβιβαστής το γλουταμινικό φαίνεται να έχει μειωμένη δραστηριότητα σε μια άλλη περιοχή που λέγεται προμετωπιαίος φλοιός.

1.4 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Τα ακριβή αίτια της σχιζοφρένειας είναι άγνωστα, αλλά όλα δείχνουν ότι ο συνδυασμός των φυσικών , γενετικών , ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων συμβάλουν στην ανάπτυξη της πάθησης ¹⁶. Μια τρέχουσα σκέψη είναι ότι μερικοί άνθρωποι μπορεί να είναι επιρρεπείς σε σχιζοφρένεια, και ένα αγχωτικό ή συναισθηματικό γεγονός της ζωής θα μπορούσε να πυροδοτήσει την έναρξη ενός ψυχωσικού επεισοδίου ¹⁷. Ωστόσο δεν είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο γιατί μερικοί άνθρωποι αναπτύσσουν συμπτώματα ενώ άλλοι όχι. Δεδομένα που αυξάνουν τις πιθανότητες ανάπτυξης σχιζοφρένειας είναι τα παρακάτω

1. ΝΕΥΡΟΔΙΑΒΙΒΑΣΤΕΣ

Αυτές είναι χημικές ουσίες που μεταφέρουν τα μηνύματα μεταξύ των κυττάρων του εγκεφάλου. Υπάρχει μια σύνδεση μεταξύ των νευροδιαβιβαστών και της σχιζοφρένειας επειδή τα φάρμακα που αλλάζουν τα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο είναι γνωστά για να ανακουφίζουν μερικά από τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Η σχιζοφρένεια μπορεί να προκύψει από μια αλλαγή στο επίπεδο δύο νευροδιαβιβαστών: ντοπαμίνη και σεροτονίνη. Μερικές μελέτες δείχνουν ότι μια δυσαναλογία μεταξύ των δύο μπορεί να είναι η βάση του προβλήματος. Άλλοι έχουν βρεί ότι μια αλλαγή στην ευαισθησία του σώματος στους νευροδιαβιβαστές είναι μέρος της αιτίας της σχιζοφρένειας ¹⁸.



Εικόνα 1: Σεροτονίνη-Ντοπαμίνη στην σχιζοφρένεια ¹⁹

2. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Μελέτες των ατόμων με σχιζοφρένεια έχουν δείξει ότι υπάρχουν λεπτές διαφορές στη δομή του εγκεφάλου τους¹⁷. Οι αλλαγές αυτές δεν υπάρχουν σε όλα τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια και μπορούν να δημιουργηθούν σε άτομα που δεν έχουν καμία ψυχική νόσο¹⁸. Οι Διευρυμένη κοιλίες του εγκεφάλου που παρατηρούνται σε ορισμένους σχιζοφρενείς, υποδεικνύουν ένα έλλειμμα στον όγκο του εγκεφαλικού ιστού. Υπάρχουν επίσης στοιχεία ασυνήθιστης χαμηλής δραστηριότητας στον μετωπιαίο λοβό, περιοχή του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνη για το σχεδιασμό, τη λογική, και τη λήψη αποφάσεων²⁰.

3. ΓΟΝΙΔΙΑ

Τα γονίδια δεν είναι ο μόνος παράγοντας που επηρεάζει την ανάπτυξη της σχιζοφρένειας. Αν ένας γονέας, αδελφός ή αδελφή έχουν αυτή την πάθηση, οι πιθανότητές ανεβαίνουν κατά 10%, αν και οι δύο γονείς, τότε υπάρχει πιθανότητα 40% να αποκτήσει το παιδί σχιζοφρένεια¹⁸.

Οι πιθανότητές είναι περισσότερες 50% για τα μονοζυγωτικά δίδυμα γιατί μοιράζονται τα ίδια γονίδια^{16,20}. Ωστόσο, ακόμα και αν υπάρχει προδιάθεση δεν ισχύει ότι σίγουρα θα αναπτύξουν σχιζοφρένεια. Σε πανομοιότυπα δίδυμα, αν ένα με δύο μονά αναπτύσσει σχιζοφρένεια, το άλλο δίδυμο έχει μία στις δύο πιθανότητες να αναπτύξει σχιζοφρένεια ακόμα και αν μεγαλώσουν ξεχωριστά. Σε διζυγωτικά δίδυμα τα οποία έχουν διαφορετικό γενετικό υλικό όταν το ένα δίδυμο αναπτύσσει σχιζοφρένεια, το άλλο έχει μόνο μία στις επτά πιθανότητες να εμφανίσει την πάθηση.

1.5 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Αν και η ακριβής αιτία της σχιζοφρένειας δεν είναι γνωστή, ορισμένοι παράγοντες φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης ή ενεργοποίησης σχιζοφρένειας που περιλαμβάνουν:

1. ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ένα υπερβολικά μεγάλο αριθμό των γεννήσεων 5-8% το χειμώνα-άνοιξη για τη σχιζοφρένεια. Τα δεδομένα έχουν δείξει ότι οι απόγονοι των μητέρων που ήταν στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης, όταν εκτεθούν σε γρίπη τύπου Α είναι δύο φορές πιο πιθανό να έχουν σχιζοφρένεια, όπως και αυτά που δεν εκτίθενται καθόλου πριν τον τοκετό ή εκτεθεί νωρίτερα ή αργότερα στην εγκυμοσύνη^{21,22}.

2. ΥΠΟΘΡΕΨΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η θρεπτική ανεπάρκεια κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνη μπορεί να παίζει έναν σημαντικό ρόλο στην προέλευση ορισμένων περιπτώσεων σχιζοφρένειας²³. Ο κίνδυνος για την εμφάνιση σχιζοφρένειας αυξάνεται δυο φορές περισσότερο σε απογόνους που εκτίθενται σε πείνα κατά τη διάρκεια της πρώιμης κύησης. Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι οι υποσιτισμένες μητέρες δεν μπορούν να πάρουν αρκετό φυλλικό οξύ (μικροθρεπτικό συστατικό σημαντικό για γενετικές διαδικασίες) στη διατροφή τους. Ελλείψεις φυλλικού οξέος μπορούν να προκαλέσουν γενετικές μεταλλάξεις στο αναπτυσσόμενο έμβρυο που μπορεί να οδηγήσει σε σχιζοφρένεια²⁰.

3. ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Πολλές μελέτες υποστηρίζουν ότι οι μαιευτικές επιπλοκές αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης σχιζοφρένειας στους απογόνους^{24,25}. Η πλειοψηφία των στοιχείων που έχει

προέλθει από μελέτες ασθενών-μαρτύρων, βασισμένη στον πληθυσμό έδειξε μια σοβαρή σύνδεση μεταξύ μαιευτικών επιπλοκών και σχιζοφρένειας ²⁶. Υπήρξαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της σχιζοφρένειας και πρόωρης ρήξης μεμβρανών, ηλικίας κύησης <37 εβδομάδων και χρήσης ανάνηψης, ενώ οι συσχετίσεις μεταξύ της σχιζοφρένειας και βάρους γέννησης <2500 g και επιπλοκές παράδοσης ήταν οριακές ²⁴.

Συμπεριλαμβάνοντας τις παραπάνω επιπλοκές είναι κατανοητό ότι η σχιζοφρένεια κατά μεγάλο βαθμό σχετίζεται με τις επιπλοκές κύησης(αιμορραγία, διαβήτη, ρέζους ασυμβατότητα, προ-εκλαμψία), μη φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου και την ανάπτυξη (χαμηλό βάρος γέννησης, συγγενείς δυσπλασίες, μειωμένη περίμετρο κεφαλής) και των επιπλοκών παράδοσης (ατονία της μήτρας, ασφυξία, επείγουσα καισαρική τομή).

4. ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ

Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες η ηλικία του πατέρα είναι εξίσου σημαντική στον κίνδυνο ανάπτυξης σχιζοφρένειας. Ίσως λόγω της μεγαλύτερης πιθανότητας γενετικών μεταλλάξεων στο σπέρμα που μπορεί να μεταφερθεί . Σε μια μελέτη, τα παιδιά με πατέρες 50 ετών και άνω αντιμετωπίζουν τριπλό κίνδυνο για τη σχιζοφρένεια σε σύγκριση με τα παιδιά των πατέρων που ήταν 25 ετών ή νεότεροι ²⁰.

5. ΑΣΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ

Σύμφωνα με τους Boydell και Murray,²⁷ υπάρχουν ουσιαστικές ενδείξεις, τουλάχιστον στις δυτικές χώρες, ότι η αστική γέννηση ή και η διαβίωση ενός παιδιού σε μια πόλη σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο σχιζοφρένειας. Σε μια σουηδική μελέτη η συχνότητα της σχιζοφρένειας ήταν αυξημένη μεταξύ των ανθρώπων που έχουν μεγαλώσει σε πόλεις, σε σύγκριση με εκείνους που είχαν μια αγροτική ανατροφή ²⁸. Στη Δανία, ο κίνδυνος για τη σχιζοφρένεια στην πρωτεύουσα έχει βρεθεί να είναι διπλάσιος από ό, τι στις αγροτικές περιοχές ²⁹. Η λόγος για το εύρημα αυτό είναι άγνωστος. Ορισμένες υποθέσεις που θα μπορούσαν να εξηγήσουν τις διαφορές τα αστικών και αγροτικών περιοχών περιλαμβάνουν τις προ- και μεταγεννητικές λοιμώξεις, επιλεκτική μετανάστευση, γενετικούς παράγοντες και στις διαφορές στη διαθεσιμότητα των ψυχιατρικών υπηρεσιών ²⁹.

6. ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Οι επιστήμονες διαπίστωσαν ότι τα ψυχωτικά συμπτώματα ήταν συχνότερα μεταξύ των χρηστών κάνναβης λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως το οικογενειακό ιστορικό, οι τρέχουσες ψυχικές διαταραχές, και παράνομη κατάχρηση ουσιών. Ανέλυσαν τα ευρήματά τους λαμβάνοντας υπόψη ότι η ασθένεια ενθάρρυνε τους ανθρώπους να χρησιμοποιούν περισσότερο κάνναβη, παρά να λαμβάνουν την φαρμακευτική τους αγωγή όπως θα έπρεπε. Εν τέλει οι ερευνητές συμπέραναν ότι η σύνδεση αυτή δεν ήταν πιθανό να οφείλεται σε άτομα με ψυχικές ασθένειες και υποστήριξαν ότι η κάνναβη μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες ενός ατόμου που πάσχει ψύχωση, προκαλώντας χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο³⁰.

Ορισμένα φάρμακα, ιδίως η κοκαΐνη, LSD και αμφεταμίνες, μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα της σχιζοφρένειας σε άτομα που είναι ευαίσθητα. Η χρήση των αμφεταμινών ή κοκαΐνης μπορεί να οδηγήσει σε επεισόδια ψύχωσης και να προκαλέσει υποτροπή σε άτομα που αναρρώνουν από ένα προηγούμενη επεισόδιο¹⁹. Μελέτες υποδεικνύουν ότι κάτω των 15 ετών που κάνουν χρήση κάνναβης σε τακτική βάση και άλλες πιο ισχυρές μορφές του φαρμάκου έως και τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν σχιζοφρένεια από την ηλικία των 26²⁰.

Κεφάλαιο 2^ο

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η σχιζοφρένια είναι μια αυστηρή διαταραχή του εγκεφάλου στην οποία οι άνθρωποι ερμηνεύουν την πραγματικότητα ανώμαλα. Η σχιζοφρένια μπορεί να οδηγήσει σε κάποιο συνδυασμό παραισθήσεων, αυταπατών, και σε εξαιρετικά διαταραγμένες σκέψεις και συμπεριφορές. Σε αντίθεση με τη κοινή γνώμη, σχιζοφρένια δεν είναι μια ξεχωριστή προσωπικότητα ή πολλαπλή προσωπικότητα. Η σχιζοφρένια είναι μια χρόνια ασθένεια , που απαιτεί ισόβια θεραπεία ³¹.

Για την σχιζοφρένια έχει δοθεί ορισμός και από τον Παγκόσμιο οργανισμό Υγείας ως μια σοβαρή ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από βαθιές διαταραχές στον τρόπο σκέψης , που επηρεάζουν τη γλώσσα , την αντίληψη και την αίσθηση της εικόνας του εαυτού. Συχνά περιλαμβάνει ψυχωτικές εμπειρίες , όπως οι φωνές ακρόασης ή οι αυταπάτες. Μπορεί να επηρεάσει την λειτουργικότητα όταν δεν υπάρχει ικανότητα να εξασφαλίσει ο ασθενής τα προς το ζην ή την διακοπή σπουδών ³².

2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η λέξη σχιζοφρένεια ετυμολογικά προέρχεται από την λέξη *σχίζειν* δηλαδή χωρίζει και την λέξη *φρένεια* (*φρήν, φρεν*) δηλαδή μυαλό³³. Ο Έλληνας ιατρός Ιπποκράτης αντιμετώπιζε ψυχικές διαταραχές ως ασθένειες που πρέπει να γίνουν κατανοητές λόγω διαταραγμένης παθοφυσιολογίας, και όχι αποτελέσματα της δυσαρέσκειας των θεών ή της δαιμονικής κατοχής, όπως συχνά αντιμετωπιζόνταν στην αιγυπτιακή, ινδική, ελληνική και ρωμαϊκή γραφή³⁴.

Παρότι στον μεσαίωνα οι Ευρωπαίοι δεν παρέμβαιναν στην ζωή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές αν θα έπρεπε να κυκλοφορούν ελεύθερα ή αν θα έπρεπε να περιθωριοποιηθούν, εκείνοι οι άνθρωποι ήταν στιγματισμένοι με τα ονόματα όπως μάγισσες που κατοικούνται από δαιμονικά πνεύματα. Λίγο αργότερα ξεκίνησαν να απομονώνουν τα άτομα αυτά στεγάζοντάς τα μαζί με άτομα ειδικών αναγκών και εγκληματίες ή τα φυλάκιζαν σε μπουντρούμια. Ορισμένοι με θρησκευτική ισχύ οι οποίοι ενδιαφέρονταν για τους αρρώστους τους φρόντιζαν σε γενικές γραμμές. Η πρώτη ευρωπαϊκή εγκατάσταση ειδικά για τα άτομα με ψυχική ασθένεια πραγματοποιήθηκε στη Βαλένθια της Ισπανίας το 1407³⁴.

Μετά την Γαλλική Επανάσταση ο Γάλλος γιατρός Phillippe Pinel αναλαμβάνει την ψυχιατρικό άσυλο Bicêtre και απαγορεύει τη χρήση αλυσίδων και δεσμά. Αφαιρεί τους ασθενείς από τα μπουντρούμια, τους παρέχει φωτεινά δωμάτια, καθώς επίσης και τους επιτρέπει να γυμνάζονται³⁴.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1800 π.Χ η προσδοκία στις Ηνωμένες Πολιτείες ότι τα νοσοκομεία για τους ψυχικά ασθενείς και ανθρώπινη μεταχείριση θα θεραπεύσει τον άρρωστο αποδεικνύεται αναληθής. Τα κρατικά ψυχιατρικά νοσοκομεία επιβαρύνονται και η περιορισμένη νοσηλευτική φροντίδα εκτοπίζει την αποτελεσματική θεραπεία στους νοσηλεύομενους. Ένας δημοσιογράφος ο Nellie Bly από το περιοδικό New York World θέτει ένα πρόσωπο ως διανοητικά - άρρωστο να γίνει τρόφιμος σε ένα άσυλο³⁴.

Το 1840-41 η Dorothea Dix πραγματοποίησε μια έρευνα για τη φροντίδα των παράφρονων φτωχών στη Μασαχουσέτη. Στις περισσότερες περιπτώσεις γίνονταν συμφωνίες με τους δήμους των πόλεων και ομάδες ανθρώπων εθελοντικά μπορούσαν να φροντίσουν τους ψυχικά ασθενείς που δεν μπορούσαν να αυτοεξυπηρετηθούν, που δεν

διέθεταν ούτε οικογένεια ούτε φίλους. Το σύστημα υποχρηματοδοτούταν λαθραία και αυτό οδήγησε σε εκτεταμένη κακοποίηση. Η Dix δημοσίευσε τα αποτελέσματα σε ένα μνημείο³⁵ με αποτέλεσμα ένα νομοσχέδιο για την επέκταση ψυχιατρείου της πολιτείας στο Worcester.

Η Dix ταξίδεψε από το New Hampshire στη Λουιζιάνα, τεκμηριώνοντας την κατάσταση των φτωχών παραφρόνων, κάνοντας αναφορές σε πολιτειακά νομοθετικά σώματα, και σε συνεργασία με τις επιτροπές για σύνταξη της νομοθεσίας και τις πιστώσεις των λογαριασμών που απαιτούνται. Το 1846, Dix ταξίδεψε στο Ιλινόις για να μελετήσει την ψυχική ασθένεια. Εκεί αρρώστησε και πέρασε το χειμώνα στο Σπρίνγκφιλντ για να αναρρώσει. Υπέβαλε μια έκθεση στη νομοθετική σύνοδο τον Ιανουάριο του 1847, η οποία υιοθέτησε τη νομοθεσία για να καθιερώσει το πρώτο κρατικό διανοητικό νοσοκομείο στο Ιλινόις³⁶.

Ακολούθησε ένας γερμανός ψυχίατρος ο Emil Kraepelin που ανακοίνωσε ότι είχε βρει έναν νέο τρόπο θεώρησης των ψυχικών ασθενειών, συγκρίνοντας την παραδοσιακή άποψη ως «συμπτωματική» με την άποψη του ως «κλινική». Αυτό αποδείχθηκε ότι ήταν πρότυπο-ρύθμιση της σύνθεσης του για τις εκατοντάδες ψυχικές διαταραχές που ταξινομούνται από τον 19ο αιώνα ομαδοποιώντας τις ασθένειες μαζί βασισμένες στην ταξινόμηση των κοινών σχεδίων των συμπτωμάτων με την πάροδο του χρόνου, και όχι με την απλή ομοιότητα των κύριων συμπτωμάτων των προκατόχων του. Ο Kraepelin περιέγραψε την εργασία του στη 5η έκδοση του εγχειριδίου του ως «αποφασιστικό βήμα από μια συμπτωματική σε μια κλινική άποψη της παραφροσύνης»³⁷.

Στην συνέχεια Paul Eugen Bleuler ένας Ελβετός ψυχίατρος και ευγονιστής³⁷ εισήγαγε τον όρο "σχιζοφρένεια"^{38 39} στον κόσμο σε μια διάλεξη στο Βερολίνο στις 24 Απριλίου 1908. Ευγονική στείρωση των ατόμων που διαγιγνώστηκαν με (και θεωρείται ως προδιάθεση για) σχιζοφρένεια υποστηρίχθηκε από τον Bleuler⁴⁰. Περιγράφει στο Εγχειρίδιο του της Ψυχιατρικής⁴¹ ότι η φυλετική αλλοίωση θα προέκυπτε από τη διάδοση της ψυχικής και σωματικής διαταραχής. Πίστευε ότι τα κεντρικά χαρακτηριστικά της νόσου θα είναι το προϊόν μιας διαδικασίας διαίρεσης μεταξύ συναισθηματικών και την πνευματικών λειτουργιών της προσωπικότητας⁴². Τέλος ευνόησε πρόωρη απαλλαγή από το νοσοκομείο σε ένα περιβάλλον κοινοτικό για να αποφευχθεί η θεσμοθέτηση⁴³.

Οι πρωτογενείς κατεργασίες των νευρωτικών ψυχικών διαταραχών, και μερικές φορές η ψύχωση, είναι ψυχαναλυτικές θεραπείες («talking cures») που αναπτύχθηκαν από τον

Sigmund Freud και από άλλους, όπως ο Carl Jung. Η κοινωνία εξακολουθεί να αντιμετωπίζει τα άτομα με ψύχωση, συμπεριλαμβανομένης της σχιζοφρένειας με μεγάλη προσοχή³⁴.

Στις 3 Ιουλίου ο Πρόεδρος Χάρι Τρούμαν υπογράφει το Εθνικό Νόμο Ψυχικής Υγείας, ζητώντας ένα Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας για τη διεξαγωγή έρευνας στο μυαλό, τον εγκέφαλο και τη συμπεριφορά για να μειώσει την ψυχική ασθένεια. Ως αποτέλεσμα αυτού του νόμου, η NIMH συστάθηκε επίσημα στις 15 Απριλίου του 1949⁴⁴.

Το 2002 ο όρος για τη σχιζοφρένεια μπνευσμένο από το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο στην Ιαπωνία είναι άλλαξε από Seishin-bunretsu-byo στο Τόγκο-shitchō-Shō για τη μείωση του στίγματος⁴⁵. Αυτό αύξησε το ποσοστό των ατόμων που διαγινώστηκαν με σχιζοφρένεια από 37 - 70% μέσα σε τρία χρόνια⁴⁶.

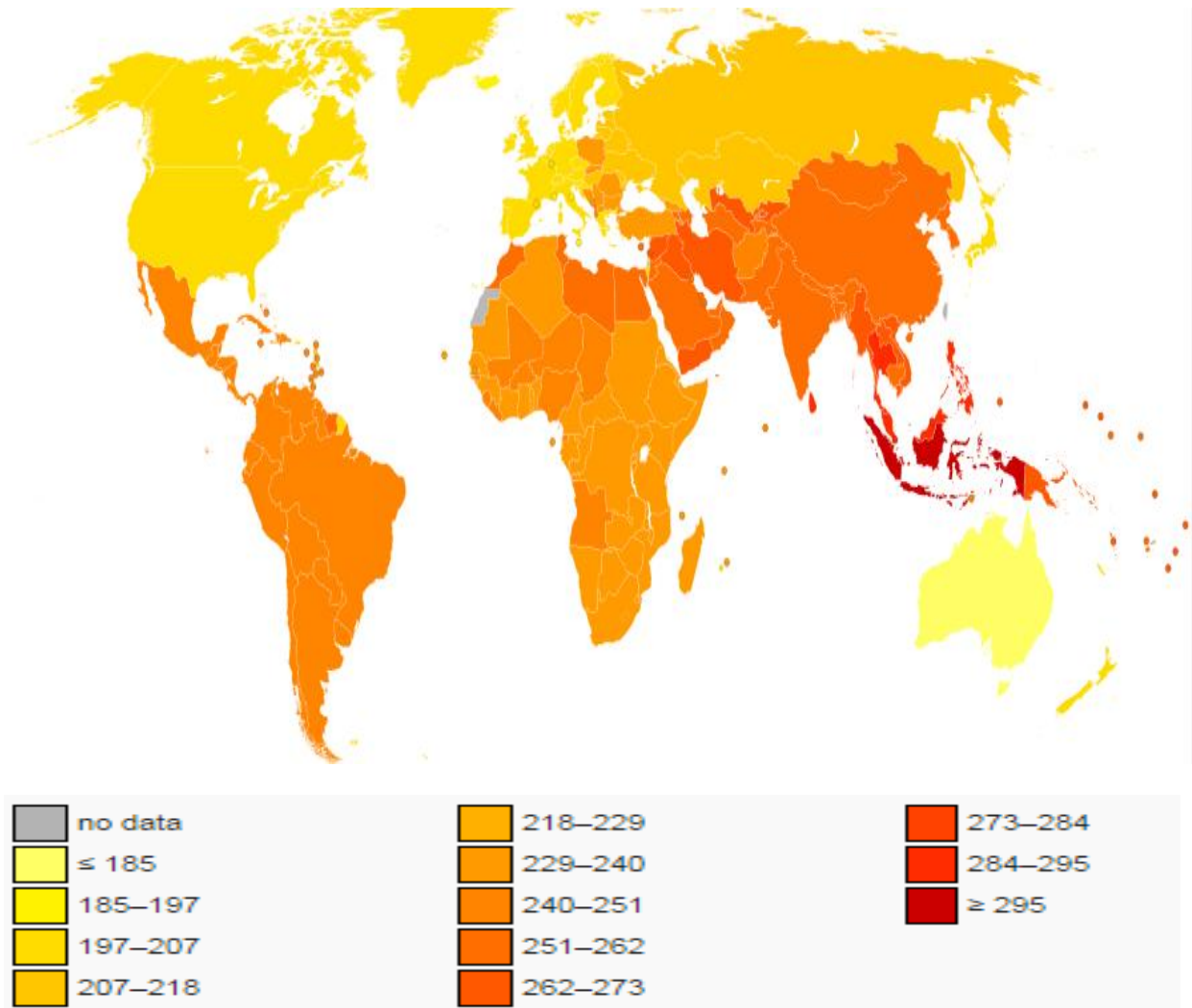
2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σήμερα περίπου το 1% του πληθυσμού έχει διαγνωστεί με σχιζοφρένεια ενώ το 0,3-0,7% των ανθρώπων σε κάποια στιγμή της ζωής τους νοσούν από την συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή⁴⁷. Σχεδόν όλα τα ποσοστά δείχνουν ότι μέσα σε ένα αρκετά στενό εύρος η συχνότητα εμφάνισης ανά έτος σε ενήλικες με σχιζοφρένεια κυμαίνεται μεταξύ στο 0,1 και στο 0,4 ανά 1000 κατοίκους⁴⁸ και όχι 1% όπως αναφέρεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών και σε άλλα εγχειρίδια⁴⁹ ενώ το ποσοστό κινδύνου ανάπτυξης και εκδήλωσης της νόσου κυμαίνεται στο 1-18% στους 1000 κατοίκους⁵⁰.

Η έναρξη της σχιζοφρένειας ποικίλει από άτομο σε άτομο. Συνήθως η σχιζοφρένεια εκδηλώνεται στην αρχή της ενήλικης ζωής του ατόμου. Μεταξύ του γυναικείου και του αντρικού φύλου, οι άντρες συνήθως τείνουν να έχουν πρόωμη έναρξη της νόσου⁵¹ με ποσοστά κινδύνου να κυμαίνονται στο 30% - 40%^{52, 53} σε ηλικία 15-24 ετών ενώ οι γυναίκες σε ηλικία 55-64 ετών.

Στη μακροχρόνια μελέτη παρακολούθησης της Ciompi, περίπου το 50% είχε μια οξεία έναρξη, και το 50% καθυστερημένη έναρξη. Η εντατική μελέτη της πρόδρομης έναρξης από τον Hafner και των συνεργατών του⁵⁴ υπογραμμίζουν ότι η έναρξη των αρνητικών συμπτωμάτων τείνει να εμφανιστεί περίπου πέντε χρόνια πριν από το αρχικό ψυχωτικό επεισόδιο, με έναρξη των θετικών συμπτωμάτων πολύ πιο κοντά στην πρώτη νοσηλεία. Επιπλέον μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε ομάδες υψηλού κινδύνου υποδεικνύουν ότι οι απόγονοι των ατόμων με σχιζοφρένεια ήταν πιο πιθανό να έχουν χαμηλότερο IQ, ελλειμματική προσοχή και ψυχιατρικά συμπτώματα σε σύγκριση με τους απογόνους των ατόμων χωρίς σχιζοφρένεια⁵⁴⁻⁵⁶.

Το 2000, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας βρήκε την επικράτηση και την επίπτωση της σχιζοφρένειας για να είναι κατά προσέγγιση παρόμοια σε όλο τον κόσμο, με ηλικία τυποποίησης ανά 100.000 κυμαινόμενη από 343 στην Αφρική με 544 στην Ιαπωνία και την Ωκεανία για τους άνδρες και από 378 στην Αφρική σε 527 στη νοτιοανατολική Ευρώπη για τις γυναίκες⁵⁷. Το 2010 υπήρχαν περίπου 397.200 νοσηλείες για τη σχιζοφρένεια στις Ηνωμένες Πολιτείες. Περίπου 88.600 (22,3%) παρελήφθησαν εντός 30 ημερών⁵⁸.



Εικόνα 2: Παγκόσμιος χάρτης που δείχνει τα ποσοστά νοσηρότητας από την σχιζοφρένεια ανα 100.000 κατοίκους ⁵⁹

2.4 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που αυξάνουν την ευπάθεια εμφάνισης ή έναρξης συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Ένας από αυτούς είναι και το γενετικό φύλο. Η σχιζοφρένεια δεν αποτελεί μια ισότιμη ψυχική διαταραχή όπως θεωρείται από κάποιες μελέτες. Η σχιζοφρένεια είναι 1,4% φορές πιο συχνή στους άνδρες παρά στις γυναίκες¹⁶. Η ηλικία έναρξης είναι συνήθως τα τέλη της εφηβείας ή η πρώιμη ενήλικη ζωή. Στις γυναίκες, τείνει να εξελιχθεί αργότερα στη ζωή^{16,60} και με πιο ήπια μορφή σε σύγκριση με τους άντρες.

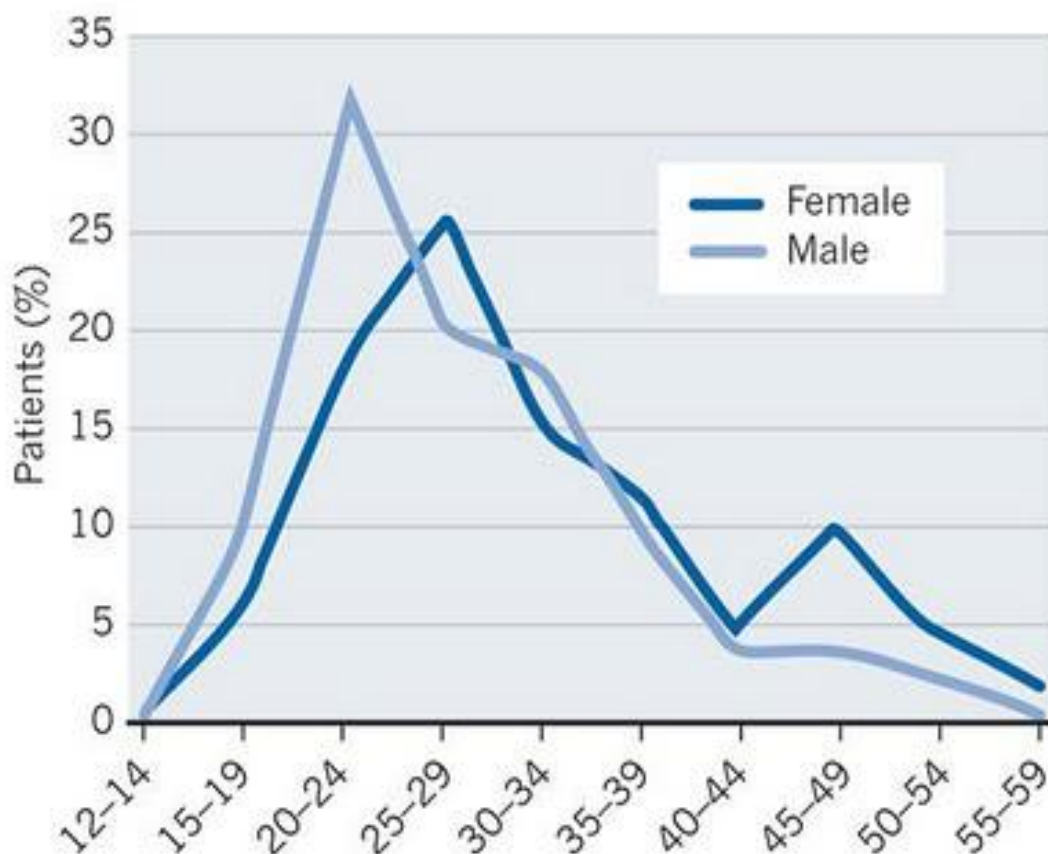
Η πρώτη εισαγωγή στο νοσοκομείο σε σχιζοφρενείς ασθενείς τείνει να είναι σε νεαρότερη ηλικία στους άνδρες από ό, τι στις γυναίκες, ανεξάρτητα από την ηλικία έναρξης της νόσου⁶¹. Οι πρώτες εκδηλώσεις της σχιζοφρένειας πιστεύεται ότι συμβαίνουν στην ίδια ηλικία τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, αλλά ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ της έναρξης και της πρώτης εισαγωγής σε νοσοκομείο είναι σημαντικά μικρότερη στους άνδρες από ό, τι στις γυναίκες. Διαφορές μεταξύ των φύλων ως προς την ηλικία κατά την πρώτη εισαγωγή στο νοσοκομείο συνήθως οφείλεται σε μια πιο οξεία έναρξη στις γυναίκες⁶².

Υπήρξαν, ωστόσο, μερικές αναφορές που δεν αναπαράγαγαν αυτό το εύρημα. Ορισμένες μελέτες από την Ινδία δεν έχουν βρει τη διαφορά μεταξύ των φύλων στην ηλικία έναρξης και έχουν θέσει υπό αμφισβήτηση την οικουμενικότητα του δηλαδή την παραδοσιακή άποψη ότι οι άντρες νοσούν πιο γρήγορα σε σύγκριση με τις γυναίκες⁶³. Το Madras, η διαχρονική μελέτη των σχεδόν ίσο ποσοστών ανδρών και γυναικών σε ένα δείγμα 90 περιπτώσεις επίσης δεν κατάφερε να βρει τον διαφορά μεταξύ των φύλων στην εκδήλωση⁶⁴.

Μία άλλη μελέτη⁶⁵ εξέτασε τα άτομα με σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης και βρήκε μια υπεροχή των ανδρών στη νεότερη ηλικιακή ομάδα και των θηλυκών στην μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα 45-54. Αποφάνθηκε ότι η υψηλότερη ηλικία έναρξης στις γυναίκες μπορεί να είναι έκβαση περιγεννητικών επιπλοκών. Σε ινδικά κρατίδια με χαμηλό ποσοστό θνησιμότητας στα βρέφη (IMR), η ηλικία κατά την έναρξη δεν διέφερε ανάμεσα στα δύο φύλα. Ωστόσο, οι άνδρες είχαν μεγαλύτερη ηλικία κατά την πρώτη εμφάνιση από ό, τι οι γυναίκες στα κράτη όπου IMR ήταν 5 φορές υψηλότερη⁶⁶.

ACCENT ON YOUTH

Distribution of age at first admission for schizophrenia in males and females.



Εικόνα 3: Διαφορές φύλων όσον αφορά την ηλικία έναρξης της σχιζοφρένειας ⁶⁷

2.5 ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Κάθε ασθενής με σχιζοφρένεια έχει διαφορετική εξέλιξη. Η σχιζοφρένεια έχει πολλές μορφές με διαφορετικό τρόπο έναρξης, με διαφορετική πορεία και έκβαση και διαφορετική ανταπόκριση στη θεραπεία. Παρακάτω παρατίθενται κάποιες θεωρίες που είχαν βασιστεί σε παρελθοντικές μελέτες και σήμερα εν τέλει δεν ισχύουν.

§ ΜΥΘΟΣ: Χαρακτηρίζεται από πολλαπλές προσωπικότητες

ΓΕΓΟΝΟΣ: Μια ψηφοφορία διαπίστωσε ότι 64% Αμερικανών θεωρούν ότι ο όρος πολλαπλή προσωπικότητα σημαίνει όταν κάποιος ενεργεί σαν δύο ξεχωριστοί άνθρωποι. Ένα άτομο με σχιζοφρένεια δεν έχει δύο διαφορετικές προσωπικότητες. Αντίθετα, έχει ψευδείς ιδέες ή έχει χάσει την επαφή με την πραγματικότητα. Η διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας δεν σχετίζεται με την σχιζοφρένεια ⁶⁸.

§ ΜΥΘΟΣ: Δεν έχει υψηλή νοημοσύνη

ΓΕΓΟΝΟΣ: Μερικές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια έχουν περισσότερες γνωστικές δυσλειτουργίες, όπως η προσοχή, η μάθηση και η μνήμη. Αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι δεν είναι ευφυή. Πολλοί δημιουργικοί και έξυπνοι άνθρωποι στην ιστορία είχαν σχιζοφρένεια, όπως ο Ρώσος χορευτής μπαλέτου Βασλάβ Νιζίνσκι και βραβευμένος με Νόμπελ μαθηματικός Τζον Νας ⁶⁹.

§ ΜΥΘΟΣ: Έχει βίαιη και απρόβλεπτη συμπεριφορά

ΓΕΓΟΝΟΣ: Η συντριπτική πλειοψηφία των ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας δεν έχει περισσότερες πιθανότητες να είναι βίαιη από οποιονδήποτε άλλον. Οι περισσότεροι άνθρωποι με ψυχικές ασθένειες δεν είναι βίαιοι και μόνο το 3% -5% των βίαιων πράξεων μπορούν να αποδοθούν σε άτομα που ζουν με μια σοβαρή ψυχική ασθένεια. Στην πραγματικότητα, τα άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες έχουν πάνω από 10 φορές περισσότερες πιθανότητες να είναι θύματα εγκλημάτων βίας από το γενικό πληθυσμό ⁷⁰.

§ ΜΥΘΟΣ: Οι πάσχοντες ανήκουν σε ψυχιατρικές κλινικές

ΓΕΓΟΝΟΣ: Υπήρξε μια εποχή που οι άνθρωποι με ψυχικές ασθένειες στέλνονταν σε άσυλα ή ακόμα και φυλακές. Τώρα, όμως, όσο οι εμπειρογνώμονες γνωρίζουν περισσότερα για την ασθένεια αυτή, λιγότεροι άνθρωποι θα πρέπει να τοποθετούνται μακροπρόθεσμα σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι περισσότεροι άνθρωποι με σχιζοφρένεια ζουν με την οικογένειά τους ή στην υποστηρικτική στέγαση στην κοινότητα ⁶⁸.

§ ΜΥΘΟΣ: Δεν μπορούν να έχουν παραγωγική ζωή

ΓΕΓΟΝΟΣ: Πολλά άτομα με σχιζοφρένεια μπορούν να αποκτήσουν μια ευτυχισμένη και παραγωγική ζωή. Μια μελέτη 10 χρόνων εξέτασε 130 άτομα με σχιζοφρένεια και άτομα που λάμβαναν εξαρτησιογόνες ουσίες. Ως αποτέλεσμα οι μισοί από αυτούς κατάφεραν να ελέγξουν τις διαταραχές τους μειώνοντας τα επεισόδιά εισαγωγής τους σε νοσοκομεία και την διαμονή τους στον δρόμο, ζώντας μόνοι τους και επιτυγχάνοντας μια καλύτερη ποιότητα ζωής ⁷¹.

§ ΜΥΘΟΣ: Η πλήρης ανάκαμψη από σχιζοφρένεια δεν υφίσταται

ΓΕΓΟΝΟΣ: Η σχιζοφρένεια μπορεί να είναι δύσκολο να αντιμετωπιστεί, αλλά δεν είναι αδύνατη. Με το σωστό φάρμακο και θεραπεία, περίπου 25% των ανθρώπων με αυτή την ασθένεια θα ανακάμψει πλήρως. Ένα άλλο 50% θα παρατηρηθεί κάποια βελτίωση στα συμπτώματά τους. Πολλοί άνθρωποι με την πάθηση μπορεί να ζήσει μια πλήρη και παραγωγική ζωή ⁶⁸.

§ ΜΥΘΟΣ: Η εργασιακή απασχόληση είναι περιορισμένη

ΓΕΓΟΝΟΣ: Είναι λίγο δύσκολο στα άτομα με σχιζοφρένεια η καθημερινότητα της εργασίας. Αλλά με τη σωστή θεραπεία, πολλοί άνθρωποι μπορούν να βρουν μια θέση που ταιριάζει στις δεξιότητες και τις ικανότητές τους ⁶⁸.

Κεφάλαιο 3^ο

3.1 ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΗΜΑΔΙΑ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Τα πρώτα σημάδια της σχιζοφρένειας συνήθως εμφανίζονται στο τέλος της εφηβείας ή και στην πρώιμη ενήλικη ζωή ¹⁸. Σε πολλές περιπτώσεις, είναι αρκετά δύσκολο να εντοπιστούν, εκτός αν κάποιος είναι πολύ εξοικειωμένος ή γνώστης της ασθένειας. Ένας άλλος λόγος που μπορεί να είναι δύσκολο να εντοπιστούν τα πρώτα προειδοποιητικά σημάδια της ασθένειας έχει να κάνει με το γεγονός ότι οι έφηβοι βιώνουν μια ποικιλία από εναλλαγές της διάθεσης και εκκεντρική συμπεριφορά.

Στην πραγματικότητα δεν υπάρχει συγκεκριμένη ηλικία για την έναρξη της νόσου ⁷². Η περίοδος πριν από την έναρξη των πραγματικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας είναι γνωστή ως «πρόδρομη» φάση. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα σημάδια αυτά δεν αποτελούν πάντα ένδειξη της σχιζοφρένειας ⁷³.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΠΑΡΑΙΣΘΗΣΕΩΝ ⁷⁴

1. Έντονη αίσθηση ότι παρακολουθείται
2. Έντονη αίσθηση ότι αναζητείται ⁷⁵
3. Θρησκευτικές αυταπάτες ότι είναι ο Θεός, ο Ιησούς, ένας προφήτης, ο αντίχριστος
4. Αυταπάτες ότι έχει μια σημαντική αποστολή να πραγματοποιήσει ⁷⁶

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΩΝ

1. Εσωτερικές φωνές
2. Εξωτερικές φωνές (από πραγματικούς ανθρώπους ή καμία συγκεκριμένη πηγή)
3. Οπτικές ψευδαισθήσεις
4. Ήχοι ⁷³

ΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΗΜΑΔΙΑ ⁷⁷	ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙ ΣΤΙΚΑ ΣΗΜΑΔΙΑ	ΣΗΜΑΔΙΑ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ⁸²	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΑ ΣΗΜΑΔΙΑ ⁸²	ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΚΦΡΑΣΤΙΚ Α ΣΗΜΑΔΙΑ ⁸³
1. Κακή συγκέντρωση, μνήμη ^{78,79}	1. Κοινωνική απομόνωση ⁸⁰	1. Ξαφνική ευερεθιστότητα, θυμός, εχθρότητα, δυσαρέσκεια	1. Αδυναμία να εκφράσουν χαρά ή ευχαρίστηση ⁷⁸	1. Ανέκφραστο βλέμμα
2. Παράλογη λογική, αποδιοργανωμένη ομιλία ⁷⁸	2. Κατατονία ⁸¹	2. Κατάθλιψη, απογοήτευση, απελπισία	2. Μερικές φορές δεν αισθάνονται καθόλου	2. Υπερβολικά οξυμένες αισθήσεις
3. Δυσκολία στην κατανόηση απλών γεγονότων	3. Παραμέληση ατομικής υγιεινής	3. Χαμηλά κίνητρα	3. Συναισθήματα της αδιαφορίας και της απόσπασης ⁸⁰	3. Ακούσιες κινήσεις της γλώσσας ή του στόματος
4. Πρόβλημα στις κοινωνικές νύξεις (γλώσσα του σώματος, τόνο φωνής, κλπ)		4. Σοβαρή ανησυχία	4. Υπερευαίσθησία στην κριτική	4. Αδέξιες κινητικές δεξιότητες

3.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: τα θετικά, τα αρνητικά και τα γνωστικά. Η έννοια των θετικών, αρνητικών, γνωστικών συμπτωμάτων της ψυχικής υγείας υφίσταται αρκετό καιρό αλλά στη δεκαετία του 1970^{84,85} εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στην διάγνωση της σχιζοφρένειας. Η συγκεκριμένη ψυχική νόσος με την εκδήλωση των θετικών συμπτωμάτων περιγράφηκε ως οξεία ή τύπου 1 σχιζοφρένεια, ενώ με τα αρνητικά συμπτώματα θεωρήθηκε ως χρόνια ή τύπου 2 σχιζοφρένεια⁸⁶. Σήμερα πλέον οι όροι «θετικά» και «αρνητικά» συμπτώματα τείνουν να χρησιμοποιούνται περισσότερο.

Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων μπορεί να ποικίλει από μέρα σε μέρα και ακόμη από την ώρα της ημέρας. Τείνουν επίσης να επηρεάζονται από την εποχή. Πολλοί άνθρωποι με αρνητικά συμπτώματα ισχυρίζονται ότι τα συμπτώματά τους έχουν την τάση να επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια του φθινοπώρου και να βελτιώνονται με την άφιξη της άνοιξης. Από την άλλη πλευρά μερικοί άνθρωποι με θετικά συμπτώματα, έχει παρατηρηθεί ότι τείνουν να επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια του ζεστού καιρού ενώ οι εισαγωγές στο νοσοκομείο με οξεία επεισόδια σχιζοφρένειας αυξάνονται κατά τη διάρκεια των καλοκαιρινών μηνών⁸⁷.

ΘΕΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα θετικά συμπτώματα είναι ψυχωτικές συμπεριφορές και δεν γίνονται αντιληπτές γενικά σε υγιείς ανθρώπους. Οι πάσχοντες με θετικά συμπτώματα έχουν την ικανότητα να «χάνουν την επαφή» με ορισμένες πτυχές της πραγματικότητας. Για μερικούς ασθενείς τα συμπτώματα αυτά είτε εκδηλώνονται για μικρό χρονικό διάστημα ενώ για άλλους παραμένουν σταθερά στο χρόνο. Η σοβαρότητα της έντασης των θετικών συμπτωμάτων μπορεί να εξαρτάται από το αν το άτομο λαμβάνει τη θεραπεία του ή όχι. Τα πιο διαδεδομένα θετικά συμπτώματα περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

1. ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ

Αποτελούν αισθητικές εμπειρίες που συμβαίνουν στην απουσία ενός ερεθίσματος. Η απουσία αυτή μπορεί να προσβάλλει οποιαδήποτε από τις πέντε αισθήσεις (όραση, ακοή, όσφρηση, γεύση, ή αφή) ⁸⁸. Συνήθως έχουν την δυνατότητα να εκδηλωθούν σε μια ποικιλία μορφών ⁸⁹ δημιουργώντας πολλαπλές αισθητήριες ψευδαισθήσεις για εκείνους που τις βιώνουν.

Οι πιο κοινές στην σχιζοφρένεια είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις. Επηρεάζουν περισσότερο από το 70% των ασθενών και οφείλονται στην απουσία ενεργοποίησης των εξωτερικών αισθητηριακών ερεθισμάτων όπως προαναφέρθηκε και παραπάνω ⁹⁰. Τα άτομα που τις βιώνουν ακούνε περισσότερο από μια φωνή, που συνήθως ανήκουν σε κάποιον που είναι εξοικειωμένος μαζί του (όπως ένα γείτονα, μέλος της οικογένειας, προσωπικότητα της τηλεόρασης) ή σε ένα φανταστικό χαρακτήρα (ο Θεός, ο διάβολος, ένας άγγελος). Ακόμη μια ιδιότητά τους είναι να σχολιάζουν, να συζητούν την συμπεριφορά του ασθενή καθώς και να αναφέρονται στον ίδιο σε τρίτο πρόσωπο ⁹¹. Για τον ασθενή οι ακουστικές ψευδαισθήσεις αποτελούν ως εκ τούτου πραγματικές αντιλήψεις και δεν βρίσκονται στο φάσμα της φαντασίας.

Εκτός από τις ακουστικές ψευδαισθήσεις εξίσου κοινές είναι και οι οπτικές ψευδαισθήσεις. Οι οπτικές ψευδαισθήσεις έχουν αναφερθεί σε 16% -72% των ασθενών με σχιζοφρένεια και σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ⁹². Οι οπτικές ψευδαισθήσεις σε άτομα με σχιζοφρένεια τείνουν να περιλαμβάνουν ζοηρές σκηνές με τα μέλη της οικογένειας, θρησκευτικές προσωπικότητες, και ζώα ⁹³. Οι αντιδράσεις σε αυτά τα οράματα μπορούν να ποικίλουν και να περιλαμβάνουν φόβο, ευχαρίστηση ή αδιαφορία. Οι ψευδαισθήσεις συνήθως περιγράφονται να έχουν πολλά χρώματα και αφορούν κανονικό μέγεθος των ανθρώπων και των αντικειμένων. Ωστόσο αλλαγές των μεγεθών έχουν αναφερθεί, από το μικρό προς το μεγάλο ⁹⁴.

Τέλος πολλοί άνθρωποι που βιώνουν παραισθήσεις δεν σχετίζονται με την ψυχική ασθένεια. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι το 75% των ανθρώπων που βιώνουν ακουστικές ή οπτικές ψευδαισθήσεις ήταν κατά τα άλλα υγιείς ⁹⁵. Ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι ένα κοινό χαρακτηριστικό των εφήβων (ψύχωση) ⁹⁶.

2. ΠΑΡΑΛΛΗΡΗΤΙΚΕΣ ΙΔΕΕΣ

Οι παραλληλητικές ιδέες είναι ψευδείς ή εσφαλμένες πεποιθήσεις που συνήθως συμπεριλαμβάνουν μια παρερμηνεία των αντιλήψεων ή εμπειριών. Το περιεχόμενό τους μπορεί να διαθέτει μια ποικιλία θεμάτων (π.χ., δίωξη , αναφορά , σωματικά, θρησκεία, ή μεγαλοπρέπεια. Οι αυταπάτες στη σχιζοφρένεια συχνά αναπτύσσονται ως απάντηση στο άτομο που προσπαθεί να επεξηγήσει τις παραισθήσεις του ⁹⁷. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν επαναλαμβανόμενες ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορούν να αναπτύξουν την αυταπάτη ότι άλλοι άνθρωποι δολοπλοκούν εναντίον του ⁹⁷.

Σε έρευνα πάνω από 1000 άτομα από ευρύ φάσμα κοινωνικών στρωμάτων , ο Stompe και οι συνεργάτες του, το 2006 βρήκαν ότι οι αυταπάτες μεγαλοπρέπειας παραμένουν ως η δεύτερη πιο κοινή αυταπάτη μετά τις αυταπάτες δίωξης ⁹⁸. Έχει παρατηρηθεί μια παραλλαγή των αυταπατών μεγαλοπρέπειας σε σχιζοφρενείς ασθενείς όλων των πολιτισμών ^{99, 100}.

3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ

Αποτελούν ασυνήθιστες και δυσλειτουργικές μορφές σκέψης ¹⁰¹. Οι άνθρωποι που βιώνουν ψύχωση συχνά δυσκολεύονται να παρακολουθήσουν τις ίδιες τους τις σκέψεις καθώς και τις συζητήσεις που πραγματοποιούν ¹⁰².

Μία από τις μορφές ονομάζεται αποδιοργάνωση της σκέψης (σαλάτα λέξεων), όπως αποδεικνύεται από την αποδιοργανωμένη ομιλία ¹⁰³. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο δυσκολεύεται να οργανώσει τις σκέψεις του και να τις συνδέσει μεταξύ τους προκειμένου να ταξινομηθούν σε μια λογική σειρά με αποτέλεσμα να μιλά με δυσνόητο τρόπο στους υπόλοιπους καθιστώντας την κατανόηση είτε δύσκολη είτε αδύνατη ¹⁰¹.

Άλλη μια μορφή ονομάζεται «μπλοκάρισμα της σκέψης». Σημαίνει ότι το άτομο σταματάει να μιλάει απότομα στη μέση μιας σκέψης. Πρόκειται για μια αιφνίδια διακοπή της σκέψης (και συνακόλουθα της ομιλίας) για λίγο. Περιλαμβάνονται ακόμη η φυγή των ιδεών, η διαταραχή της προσοχής, η μειωμένη ικανότητα αφαιρετικής σκέψης, η εμμονή, η υπερπεριεκτικότητα, η περιφερικότητα και η ένδεια περιεχομένου της σκέψης ¹⁰⁴. Τέλος, ένα άτομο με διαταραχή της σκέψης μπορεί να εκφέρει λέξεις χωρίς νόημα (νεολογισμοί) σε μια πρόταση κάνοντας την επικοινωνία λίγο δύσκολη ¹⁰¹.

4. ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Ένα άτομο με κινητική διαταραχή μπορεί να επαναλάβει ορισμένες κινήσεις ξανά και ξανά. Από την άλλη μεριά το άτομο τείνει να γίνει κατατονικό. Ασθενείς με κατατονία έχουν την δυνατότητα να εμφανίσουν μια ακραία απώλεια των κινητικών δεξιοτήτων ή ακόμα και συνεχή υπερκινητικά κινητική δραστηριότητα δηλαδή δεν αδυνατούν να κρατήσουν μερικές φορές άκαμπτη πόζα για ώρες και να αγνοήσουν οποιαδήποτε εξωτερικά ερεθίσματα. και υπάρχει πιθανότητα να υποφέρουν από εξάντληση αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα.

Ενώ η κατατονία αναγνωρίζεται μόνο ως σύμπτωμα της σχιζοφρένειας στις παρούσες ψυχιατρικές ταξινομήσεις, αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως ένα σύνδρομο με πολλές όψεις. Εμφανίζεται ως σύνδρομο Kahlbaum (ακίνητη κατατονία), κακοήθης κατατονία (κακοήθης νευροληπτικό σύνδρομο, τοξικό σύνδρομο σεροτονίνης), και άλλες μορφές (παραληρητική μανία, κατατονικός ενθουσιασμός, ονειροφρένεια) ¹⁰⁵.

ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα αρνητικά συμπτώματα ονομάζονται έτσι επειδή περιγράφουν τις σκέψεις ή τη συμπεριφορά που το πρόσωπο συνήθιζε να έχει αλλά τώρα δεν έχουν πλέον ή έχουν σε μικρότερο βαθμό. Περιγράφει κανονική πτυχές της συμπεριφοράς του ατόμου που δεν διαθέτει πλέον ¹⁰⁶. Η σχιζοφρένεια επηρεάζει με διαφορετικούς τρόπους τους πάσχοντες και υπάρχει μεγάλη μεταβλητότητα στον τρόπο που τα αρνητικά συμπτώματα εκδηλώνονται.

Για παράδειγμα, για μερικούς ανθρώπους τα αρνητικά συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν σε πρώιμο στάδιο και να αποτελεί ένδειξη λάθους. Άλλοι άνθρωποι στην αρχή μπορεί να εμφανίσουν μόνο θετικά συμπτώματα και να υποφέρουν από τα αρνητικά συμπτώματα αργότερα. Ομοίως, για μερικούς ανθρώπους τα θετικά συμπτώματα μπορεί να κυριαρχούν, ενώ σε άλλους μπορεί τα αρνητικά συμπτώματα να είναι περισσότερα και να επικρατούν ¹⁰⁷.

Συνήθως περιλαμβάνουν επιπεδωμένο συναίσθημα, ένδεια του λόγου, ανικανότητα να νιώθουν ευχαρίστηση (ανηδονία), διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις, έλλειψη κινήτρων, λήθαργο και απάθεια¹⁰⁸. Τα αρνητικά συμπτώματα φαίνεται να συμβάλλουν περισσότερο στην κακή ποιότητα ζωής, λειτουργική ικανότητα και στο βάρος από τα θετικά συμπτώματα¹⁰⁹. Οι άνθρωποι με αρνητικά συμπτώματα συχνά διαθέτουν ιστορικό κακής προσαρμογής πριν από την έναρξη της νόσου και η ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή είναι συχνά περιορισμένη^{110, 111}.

ΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η σχιζοφρένεια επιπλέον συνδέεται με προβλήματα γνωστικών λειτουργιών. Το εύρος αυτής της εξασθένησης έχει οδηγήσει κάποιους στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για μια ασθένεια με ένα σφαιρικό σχεδιάγραμμα της νευροψυχολογικής εξασθένησης^{112, 113}.

Ορισμένα στοιχεία ωστόσο, υποδεικνύουν ότι υφίστανται διακριτές περιοχές της γνωστικής εξασθένησης. Για παράδειγμα ο Bilder και οι συνεργάτες του¹¹⁴ βρήκαν ήπια έως μέτρια ελλείμματα στην προσοχή, την εκτελεστική λειτουργία, τη λειτουργική μνήμη, την επεξεργασία της ταχύτητας στη δηλωτική και λεκτική μνήμη.

Οι περισσότεροι ασθενείς σχιζοφρένειας καταδεικνύουν τουλάχιστον κάποια γνωστική εξασθένηση, αλλά, όπως άλλες πτυχές της ασθένειας, η δριμύτητα και το εύρος αυτών των βλαβών ποικίλλουν στους ασθενείς. Ένα μάλλον μοναδικό χαρακτηριστικό γνώρισμα των γνωστικών ελλειμμάτων, σε σύγκριση με άλλα χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας, είναι ότι παραμένουν με τον καιρό σχετικά σταθερά στον ίδιο ασθενή. Είναι γενικά συνεπείς σε σοβαρότητα και τοπογραφία σε όλες τις αλλαγές στην κλινική κατάσταση του ασθενούς¹¹⁵.

3.3 ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Τα συμπτώματα που οι άνθρωποι βιώνουν κατά τη διάρκεια της σχιζοφρένειας μπορεί να ποικίλουν ανάλογα με τον υπότυπο της ασθένειας. Υπάρχουν 5 τύποι της σχιζοφρένειας, όπως αναγνωρίζεται από το DSM-5 ¹¹⁶ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) και δύο όπως αναγνωρίζεται από το ICD-10 ¹¹⁷ (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Αν και πολλοί έχουν παρόμοια γενικά συμπτώματα, υπάρχουν διάφορα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που μπορούν να διακρίνουν έναν υπότυπο από τους άλλους.

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΤΩΝ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ (DSM-IV) ΟΙ ΤΥΠΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΞΗΣ:

1. ΠΑΡΑΝΟΪΚΟΣ ΥΠΟΤΥΠΟΣ

Θεωρείται ευρέως ως ο πιο κοινός τύπος της σχιζοφρένειας ^{118,119}. Οι άνθρωποι που διαγιγνώσκονται με παρανοϊκό υπότυπο συνήθως δεν δίνουν την εντύπωση ότι είναι ασυνήθιστοι ή λειτουργικά μη φυσιολογικοί γι αυτό δεν μπορούν εύκολα να συζητήσουν τα συμπτώματα της ασθένειας τους. Χαρακτηριστικά, οι παραισθήσεις και οι αυταπάτες περιστρέφονται γύρω από κάποιο χαρακτηριστικό θέμα, και αυτό το θέμα παραμένει συχνά αρκετά σταθερό με τον καιρό.

Οι γενικές συμπεριφορές ενός προσώπου καθώς και οι ιδιοσυγκρασία του συσχετίζονται με το περιεχόμενο της διαταραχής της σκέψης. Για παράδειγμα, οι άνθρωποι που πιστεύουν ότι διώκονται αδίκως είναι ικανοί να θυμώσουν εύκολα και να γίνουν εχθρικοί. Συχνά, οι παρανοϊκοί σχιζοφρενείς θα γίνουν αντικείμενο προσοχής των επαγγελματιών ψυχικής υγείας μόνο στην αύξηση των συμπτωμάτων τους λόγω πίεσης συγκεκριμένων γεγονότων. Σε εκείνο το σημείο, οι πάσχοντες μπορούν να αναγνωρίζουν την ανάγκη για εξωτερική βοήθεια ή να παρουσιάσουν την ένταση των συμπτωμάτων τους σε κάποιον τρίτο προκειμένου να κερδίσουν την προσοχή ¹²⁰.

Η θεραπεία πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο άμεση για την πρόληψη υποτροπών ¹²¹. Η συνέχιση της θεραπείας θα βοηθήσει στον έλεγχο των σοβαρών συμπτωμάτων καθώς

και στην ευδαιμονία του ατόμου. Αν και η ανάπτυξη της σχιζοφρένειας είναι απρόβλεπτη υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που ευνοούν την εξέλιξή της.

Δηλαδή υπάρχει ισχυρή γενετική συνιστώσα, με πρώτη την σχέση με την μητέρα ή με τον αδελφό. Υπάρχει κάποια προδιάθεση όταν υπάρχουν περιβαλλοντικές επιρροές συμπεριλαμβανομένων των "προγεννητική έκθεση σε ιογενή λοίμωξη, τα χαμηλά επίπεδα οξυγόνου κατά τη γέννηση (από παρατεταμένη εργασία ή πρόωρου τοκετού), έκθεση σε ένα ιό κατά τη βρεφική ηλικία, πρόωρη γονική απώλεια ή λεκτική, σωματική, σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία ¹²². Η εξάλειψη οποιοδήποτε από αυτούς τους παράγοντες θα μπορούσε να βοηθήσει στον περιορισμό του μελλοντικού κινδύνου ενός ατόμου να αναπτύξει σχιζοφρένεια παρανοϊκού.

Οι άνθρωποι με παρανοειδή τύπο της σχιζοφρένειας τείνουν να ζουν αρκετά φυσιολογική ζωή άπαξ και αντιμετωπίζονται τα συμπτώματά τους. Δεν βιώνουν γνωστική παρακμή σε βαθμό των άλλων υποτύπων και τείνουν να είναι αρκετά λειτουργικοί. Σε γενικές γραμμές, τα άτομα με αυτό τον υπότυπο τείνουν να έχουν καλή πρόγνωση εφ' όσον χρειαστεί χρόνος για να αντιμετωπιστούν σωστά τα συμπτώματά τους ¹²³.

Βασικά συμπτώματα: ^{124 125}

- Ø Κοινωνική απομόνωση
- Ø Αίσθημα έντασης ,καχυποψίας, επιφυλακής
- Ø Μεγαλοπρεπείς ψευδαισθήσεις
- Ø Ακουστικές ψευδαισθήσεις
- Ø Παραληρητική ζήλια
- Ø Ανάπτυξη αυτοκτονικού ιδεασμού/ αυτοκτονική συμπεριφορά
- Ø Επιθετικότητα
- Ø Ευερεθιστότητα

2. ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΣ ΥΠΟΤΥΠΟΣ

Αποδιοργανωμένη σχιζοφρένεια, γνωστή επίσης ως ηβηφρένεια, αν και δεν αναγνωρίζεται στην τελευταία έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών. Η ονομασία του προέρχεται από τον ελληνικό όρο Ήβη, την αρχαία ελληνίδα θεά της νεολαίας, κόρη της Ήρας¹²⁶. Ο όρος αναφέρεται στην εμφανή εμφάνιση της διαταραχής σε άτομα κατά την διάρκεια της εφηβείας.

Πιστεύεται ότι αποτελεί μια ακραία έκφραση του συνδρόμου αποδιοργάνωσης που έχει υποτεθεί για να είναι μία πτυχή ενός μοντέλου τριών παραγόντων των συμπτωμάτων στη σχιζοφρένεια¹²⁷, οι άλλοι παράγοντες να είναι η στρέβλωση πραγματικότητας (περιλαμβάνοντας τις αυταπάτες και τις παραισθήσεις) και ψυχοκινητική ένδεια (έλλειψη του λόγου, η έλλειψη αυθόρμητης κίνησης και διάφορες πτυχές της άμβλυνης του συναισθήματος). Ένα άτομο με αποδιοργανωμένη σχιζοφρένεια μπορεί επίσης να αντιμετωπίσει αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς, η οποία μπορεί να επηρεάσει την ικανότητά του να πραγματοποιήσει τις καθημερινές δραστηριότητες, όπως δραστηριότητες αυτοσυντήρησης.

Οι συναισθηματικές αντιδράσεις αυτών των ανθρώπων συχνά φαίνονται παράξενες ή ακατάλληλες όπως οι μορφασμοί του προσώπου, το γέλιο. Μερικές φορές, υπάρχει πλήρης έλλειψη συναισθημάτων, συμπεριλαμβανομένων την ανηδονία (την έλλειψη ευχαρίστησης), και αβουλησία (έλλειψη κινήτρων). Μερικά από αυτά τα χαρακτηριστικά είναι επίσης παρόντα σε άλλους τύπους σχιζοφρένειας, αλλά είναι περισσότερο εμφανής στην αποδιοργανωμένη σχιζοφρένεια.

Αυτός ο τύπος της σχιζοφρένειας συνήθως σχετίζεται με πρόωμη έναρξη (συχνά μεταξύ των ηλικιών 15 και 25 ετών) και πιστεύεται ότι έχει κακή πρόγνωση, λόγω της ταχείας ανάπτυξης των αρνητικών συμπτωμάτων και μείωση της κοινωνικής λειτουργικότητας¹²⁸.

3. ΚΑΤΑΤΟΝΙΚΟΣ ΥΠΟΤΥΠΟΣ

Η κατατονική σχιζοφρένια είναι ο σπανιότερος τύπος σχιζοφρένιας. Τα συμπτώματα είναι ιδιαίτερα ασυνήθιστα, περιλαμβάνοντας τις σημαντικές ψυχοκινητικές μοναδικότητες και τις διαταραχές. Τα άτομα με άλλους τύπους σχιζοφρενιών μπορούν επίσης περιστασιακά να επιδείξουν τα κατατονικά συμπτώματα, αν και διαρκούν χαρακτηριστικά για μόνο μια συνοπτική χρονική περίοδο ¹²⁹.

Παρά το γεγονός ότι τα κύρια συμπτώματα αυτού του σπάνιου τύπου της σχιζοφρένιας είναι ψυχοκινητικής φύσεως, τα άτομα μπορεί να εμφανίσουν άλλα τυπικά συμπτώματα της σχιζοφρένιας. Για παράδειγμα, η ομιλία τους μπορεί να είναι αποδιοργανωμένη, μπορούν να αποφύγουν την κοινωνική αλληλεπίδραση, και μπορούν να έχουν μια πολύ περιορισμένη γκάμα συναισθηματικών αντιδράσεων. Παισιθήσεις και ψευδαισθήσεις μπορούν επίσης να είναι παρούσες, αλλά συνήθως όχι σε σημαντικό βαθμό. Η κακή υγιεινή και τα προβλήματα με την εργασία και τη σχολική επίδοση δεν είναι επίσης ασυνήθιστα ¹²⁹.

Βασικά χαρακτηριστικά ¹³⁰

- 1) κινητική ακινησία όπως αποδεικνύεται από την καταληψία (συμπεριλαμβανομένης της κέρινης ευελιξίας) ή την κατάπληξη
- 2) υπερβολική κινητική δραστηριότητα (ότι είναι άσκοπο και μην είναι επηρεασμένη από τα εξωτερικά ερεθίσματα)
- 3) ακραίος αρνητισμός ή αλαλία
- 4) ιδιαιτερότητες της εθελοντικής κίνησης όπως αποδεικνύεται από πόζες (εθελοντική υπόθεση των ακατάλληλων ή παράξενων στάσεων), στερεότυπες κινήσεις, προεξέχουσες ιδιομορφίες, ή τον προεξέχοντα μορφασμό
- 5) ηχολαλία ή ηχοπραξία

4. ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΟΣ ΥΠΟΤΥΠΟΣ

Όταν τα άτομα διαγιγνώσκονται με τον αδιαφοροποίητο υπότυπο εμφανίζουν γενικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, αλλά δεν πληρούν συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια για ένα άλλο υπότυπο. Υπάρχει πιθανότητα να διαθέτουν συμπτώματα που εμπίπτουν σε πολλές κατηγορίες άλλων υποτύπων. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να έχει αποδιοργάνωση της σκέψης, παράνοια, παραισθήσεις, χαμηλή ενέργεια, και γνωστικά ελλείμματα ¹²³.

Επιπλέον έχει διαπιστωθεί ότι τα συμπτώματα αδιαφοροποίητου υπότυπου σχιζοφρένειας διαρκούν για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Δηλαδή οι πάσχοντες μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα που ταιριάζουν με το παρανοϊκό υπότυπο για λίγο, στη συνέχεια, μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα που ταιριάζουν καλύτερα με τον αποδιοργανωμένο υπότυπο για ένα χρονικό διάστημα. Όταν λοιπόν το σύνολο των συμπτωμάτων είναι δύσκολο να καταταχθεί σε έναν υπότυπο, συνήθως διαγιγνώσκεται ως "αδιαφοροποίητος" ¹³⁰. Μερικοί έχουν χρησιμοποιήσει τον όρο "μικτό κλινικό σύνδρομο" για να περιγράψουν αυτή τη διάγνωση επειδή υπάρχει ουσιαστικά ένα "μίγμα" των συμπτωμάτων.

5. ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΙΚΟΣ ΥΠΟΤΥΠΟΣ

Ο συγκεκριμένος υπότυπος είναι ο ηπιότερος από τους πέντε υπότυπους σχιζοφρένειας. Τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με υπολειμματική σχιζοφρένεια είναι συχνά σε ένα μεταβατικό στάδιο της διαταραχής. Το κλινικό τους ιστορικό περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα επεισόδιο της σχιζοφρένειας, κατά το οποίο πληρούσε τα κριτήρια για έναν από τους άλλους τέσσερις υπότυπους. Ωστόσο, όπως υποδηλώνει και το όνομα, τα συμπτώματα που είναι εκείνη την χρονική στιγμή είναι παρόντα δεν επικρατούν αλλά είναι υπολειπόμενα ¹³¹.

Οι ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια για την υπολειμματική σχιζοφρένεια εξακολουθούν να δείχνουν κάποια σημάδια της ασθένειάς τους, αλλά δεν έχουν επιφανή θετικά συμπτώματα. Τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας περιλαμβάνουν παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, κατατονική συμπεριφορά, σοβαρή αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, ή αποδιοργανωμένη ομιλία. Πρέπει, ωστόσο, να παρουσιάζουν κάποια αρνητικά συμπτώματα (π.χ. περιορισμένη λεκτική έκφραση, απώλεια της πρωτοβουλία, ή συγκράτηση των συναισθημάτων) ή τουλάχιστον δύο ή περισσότερα θετικά συμπτώματα μετρίας έντασης ¹³⁰.

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΤΩΝ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΤΑ ICD-10 ΟΙ ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΞΗΣ: ¹³²

1. ΜΕΤΑ-ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η μετά-σχιζοφρενική κατάθλιψη λειτουργεί ως ένα «καταθλιπτικό επεισόδιο που προκύπτει στον απόηχο της σχιζοφρένειας, όπου κάποια σχιζοφρενικά συμπτώματα μικρής έντασης μπορεί ακόμη να είναι παρόντα.» ¹³³. Επειδή η φύση της οξείας σχιζοφρένειας φαίνεται παρόμοια με την κατάθλιψη, είναι δύσκολο να διαφοροποιηθούν τα φυσιολογικά επίπεδα της κατάθλιψης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια από τα καταθλιπτικά επίπεδα μετα-σχιζοφρενικής κατάθλιψης.

Η έλλειψη διάθεσης καθώς και η άμβλυση του συναισθήματος αποτελούν δυο χαρακτηριστικά που μπορούν να εξεταστούν στην διαφοροποίηση μετα-σχιζοφρενικής κατάθλιψης και κατάθλιψης ¹³³. Ήπια σχιζοφρενικά συμπτώματα καθίστανται η κοινωνική απόσυρση, ευερεθιστότητα ή εχθρική διάθεση, διαταραχές του ύπνου, όπως στην περίπτωση της αϋπνίας και υπεραυπνίας.

Μια σειρά από ερευνητές υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη είναι στην πραγματικότητα ένα σύμπτωμα της σχιζοφρένειας που λειτουργεί ως σκιά της ψύχωσης ¹³⁴. Ωστόσο, τα συμπτώματα συνήθως προκύπτουν μετά από τα πρώτα ψυχωτικά επεισόδια, αλλά υπάρχει και πιθανότητα να μην εμφανιστούν και καθόλου ¹³⁵.

Εάν ο ασθενής δεν έχει πλέον σχιζοφρενικά συμπτώματα, ένα καταθλιπτικό επεισόδιο θα πρέπει να διαγνωστεί. Αν τα σχιζοφρενικά συμπτώματα εξακολουθούν να είναι ανθηρά και εμφανή, η διάγνωση θα πρέπει να παραμένει στον αντίστοιχο σχιζοφρενικό υπότυπο.

Η διάγνωση πρέπει να πραγματοποιείται μόνον εάν ¹³⁶

- 1) ο ασθενής έχει μια σχιζοφρενική ασθένεια που πληρεί τα γενικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια εντός των τελευταίων 12 μηνών
- 2) μερικά σχιζοφρενικά συμπτώματα εξακολουθούν να υπάρχουν
- 3) τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι εμφανή και οδυνηρά
- 4) πληρεί τουλάχιστον τα κριτήρια για ένα καταθλιπτικό επεισόδιο
- 5) ήταν παρόντα για τουλάχιστον 2 εβδομάδες.

2. ΑΠΛΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Σε σύγκριση με όλους τους άλλους υπότυπους σχιζοφρένειας θεωρείται ότι έχει την πιο πρόωμη έναρξη αφού εκδηλώνεται κατά την παιδική ηλικία. Ως συμπτώματα υφίστανται η απουσία βούλησης, φτωχή σκέψη και ισοπέδωση του συναισθήματος. Υπάρχει μια σταδιακή επιδείνωση της λειτουργικότητας με αυξημένη απουσία βούλησης και επεισόδια περιορισμού^{137,138}. Θεωρείται σπάνια να διαγνωστεί και μια σχιζοφρένεια χωρίς ψυχωτικά συμπτώματα¹³⁹.

Βασικά συμπτώματα¹⁴⁰

- 1) Σιγά-σιγά προοδευτική ανάπτυξη για μια περίοδο τουλάχιστον ενός έτους, και των τριών από τα ακόλουθα : Απώλεια της κίνησης και ενδιαφερόντων, ματαιοδοξία, απραξία, μια εγωκεντρική στάση, κοινωνική απόσυρση ,σταδιακή εμφάνιση των αρνητικών συμπτωμάτων, όπως απάθεια, ένδεια λόγου, υποδραστηριότητα, άμβλυση του συναισθήματος, παθητικότητα, έλλειψη πρωτοβουλίας, η κακή μη-λεκτική επικοινωνία., σημαντική μείωση στην κοινωνική, σχολική ή επαγγελματική απόδοση.
- 2) Απουσία ψευδαισθήσεων και αυταπατών οποιουδήποτε είδους
- 3) Απουσία συμπτωμάτων άνοιας ή οποιασδήποτε άλλης οργανικής διαταραχής

3.4 ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗ

Τα ακόλουθα κομμάτια δημιουργήθηκαν από άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Ενώ μερικά από αυτά μπορεί να είναι ενοχλητικά για να εξεταστούν, για τους δημιουργούς τους τα έργα αυτά βοηθούν να απεικονιστεί η αναταραχή στον νου τους. Αυτό κάνει τη συνοχή της σκέψης τους λίγο πιο υποφερτή.



Εικόνα 4: Karen Blair ¹⁴¹



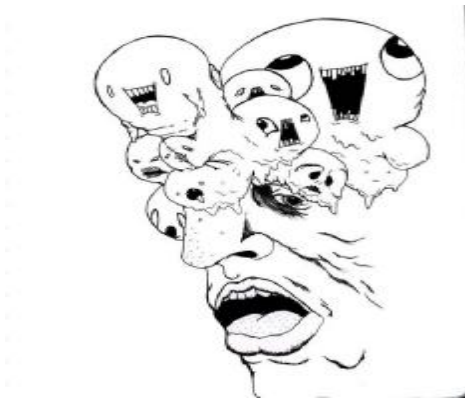
Εικόνα 5: Αυτή η εικόνα βρέθηκε σε ένα παλιό άσυλο από σχιζοφρενή παρανοϊκού υπότυπου ¹⁴¹



Εικόνα 6: Karen May Sorensen ¹⁴¹



Εικόνα 7: In 1950, Charles Steffen ¹⁴¹



Εικόνα 8: Αναπαριστά την
διανοητική σύγχυση ¹⁴¹



Εικόνα 9: Charles Steffen 1994 ¹⁴²



Εικόνα 10: Martín Ramírez ¹⁴³



Εικόνα 11: Henry Darger ¹⁴³

3.5 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Οι ασθενείς κατά την διάρκεια των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας συχνά αναπτύσσουν διάφορες διαταραχές ευρέως φάσματος. Οι διαταραχές αυτές σχετίζονται περισσότερο με το άγχος σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό¹⁴⁴. Κατηγοριοποιούνται σε διαταραχή πανικού, διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD), διαταραχή γενικευμένου άγχους και διαταραχή κοινωνικού άγχους. Οι εκτιμήσεις για την επικράτηση διαταραχής επηρεάζονται από την ετερογένεια μεταξύ των ορισμών των συμπτωμάτων και των μέσων αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση.

Τα συμπτώματα των αγχωτικών διαταραχών συνήθως εμφανίζονται ξαφνικά και απότομα σε άμεση απόκριση σε ψυχωτικά συμπτώματα ή και ως παρενέργεια των αντιψυχωτικών φαρμάκων. Οι διαταραχές άγχους που έχουν μελετηθεί εκτεταμένα σε ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι η διαταραχή πανικού, PTSD, και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.

1. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ

Δύο μελέτες από την ECA survey^{145,146} έδωσαν ως αποτέλεσμα τις πιθανότητες διάρκειας ζωής να είναι ≥ 35 για την κατοχή διαταραχής πανικού σε άτομα με διάγνωση σχιζοφρένειας ,σε σχέση με άτομα χωρίς διάγνωση. Ταυτόχρονα άλλες μελέτες από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας βρήκαν ένα 28%-63%¹⁴⁷ και 45%¹⁴⁸ επικράτηση, αντίστοιχα, των κρίσεων πανικού σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Συγκριτικά, η επικράτηση της διαταραχής πανικού στο γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ κυμαίνεται από 2.0% -5.1% .^{149,150,151}

Τα συμπτώματα πανικού μπορεί να οφείλονται εκτός από την σχιζοφρένεια σε ψυχοπαθολογικούς παράγοντες, καθώς και σε αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικού ιδεασμού και αυτοκτονικής συμπεριφοράς, που με αυτόν τον τρόπο μπορεί να αυξηθεί η πιθανότητα χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών¹⁵².

2. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ

Οι τραυματικές εμπειρίες είναι συχνές σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, και τα παιδικά τραύματα είναι ένας παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη ψύχωσης ¹⁵³. Ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορεί να διατρέξουν αυξημένο κίνδυνο για την έκθεση σε τραύμα, λόγω των χαρακτηριστικών ασθενειών που σχετίζονται με τις περιβαλλοντικές επιρροές ή και συννοσηρότητα με χρήση ουσιών.

3. ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ-ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Υπάρχει μια μακρά διαμάχη κατά πόσον η ψυχαναγκαστική σχιζοφρένεια αποτελεί έναν ξεχωριστό υπότυπο ή όχι. Ο Hwang, MD ¹⁵⁴ ανέφερε την συννοσηρότητα της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Τα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα συχνά αναγνωρίζονται σε ένα πρόδρομο στάδιο σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, και συχνά είναι δύσκολο να θεραπευτεί με συνήθη θεραπεία.

Επιδημιολογικές αξιολογήσεις της σχιζοφρένειας έδειξαν ότι η πιθανότητα για συννοσηρότητα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι 3,5% έως 15%. Μια άλλη μελέτη ¹⁵⁵ δείχνει ότι ψυχαναγκαστική συννοσηρότητα οδηγεί σε μια φτωχότερη κλινική πορεία, σε χαμηλότερα επίπεδα λειτουργίας, και σε μεγαλύτερες περιόδους νοσηλείας σε σύγκριση με σχιζοφρενείς που δεν έχουν ψυχαναγκαστική διαταραχή.

4. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Ο μέσος όρος επικράτησης της κατάθλιψης είναι περίπου 25% στη σχιζοφρένεια. Η συννοσηρότητα καταθλιπτικής διαταραχής σχετίζεται με μείωση της λειτουργικής κατάστασης, με κακή έκβαση και με την ανάπτυξη αυτοκτονικού ιδεασμού / συμπεριφοράς.

5. ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Το 35% των σχιζοφρενών σήμερα έχει διαγνωστεί με κατάχρηση αλκοόλ ¹⁵⁶. Άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες ήταν κοκαΐνη (20%), ηρωίνη (3%), και η μαριχουάνα (15%). Η χρήση

νικοτίνης ήταν η πιο κοινή σε αυτή τη μελέτη, με ένα εύρος 70% έως 90% σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Καπνιστές που καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα είχαν 4 φορές αυξημένο τον κίνδυνο για κατάχρηση πολλαπλών ουσιών. Οι ασθενείς αυτοί απορροφούν τη νικοτίνη πιο αποτελεσματικά και αποδοτικά, οδηγώντας έτσι σε αυξημένα επίπεδα νικοτίνης στο σώμα.

Κεφάλαιο 4⁰

4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας αποτελεί μια δύσκολη διαδικασία καθώς δεν υπάρχει ένα σίγουρο σύμπτωμα που θα καθορίσει την συγκεκριμένη διαταραχή. Γι'αυτό τον λόγο δημιουργήθηκαν δύο κύρια συστήματα που χρησιμοποιούνται σήμερα για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας, το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV) και η Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων (ICD-10) .

Για την διάγνωση της σχιζοφρένειας συνήθως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στις Ευρωπαϊκές χώρες χρησιμοποιούν τα ICD-10 κριτήρια, ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον υπόλοιπο κόσμο καθώς και στις ερευνητικές μελέτες οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας βασίζονται στα DSM-IV κριτήρια. Στην πράξη, τα δύο αυτά συστήματα συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό.

Σύμφωνα λοιπόν με το DSM-IV τα διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια είναι τα εξής:¹⁵⁷

A. Χαρακτηριστικά Συμπτώματα: Δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα, το καθένα από τα οποία είναι παρόν κατά την διάρκεια μιας περιόδου ενός μηνός ή λιγότερο αν έχει αντιμετωπιστεί επιτυχώς.

- Ψευδαισθήσεις
- Παραληρητικές Ιδέες
- Αποδιοργανωμένος Λόγος (συχνός εκτροχιασμός ή ασυναρτησία)
- Έντονα Αποδιοργανωμένη ή Κατατονική Συμπεριφορά
- Αρνητικά Συμπτώματα (συναισθηματική επιπέδωση, αλογία, αβουλησία)

B. Επαγγελματική – Κοινωνική Δυσλειτουργία: Για ένα σημαντικό χρονικό διάστημα από την στιγμή της έναρξης της διαταραχής, παρατηρείται πτώση σε μία ή περισσότερες περιοχές της λειτουργικότητας όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις καθώς και η ικανότητα αυτοσυντήρησης.

Γ. Διάρκεια: Τα προειδοποιητικά σημεία της διαταραχής συνήθως επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες. Αυτή η περίοδος των 6 μηνών πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα μήνα συμπτωμάτων από τα παραπάνω και μπορεί να περιλαμβάνει περιόδους με πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα. Κατά την διάρκεια αυτών των περιόδων, τα σημεία της διαταραχής μπορούν να εκδηλώνονται μόνο με αρνητικά συμπτώματα ή να είναι παρόντα σε μια πιο εξασθενημένη μορφή δύο ή περισσότερα συμπτώματα από τα παραπάνω.

Δ. Αποκλεισμός Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής ή Διαταραχή Διάθεσης: Η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή ή Διαταραχή Διάθεσης με ψυχωτικά επεισόδια αποκλείονται είτε όταν δεν υπάρχει κάποιο μείζον καταθλιπτικό, μανιακό, μεικτό επεισόδιο ταυτόχρονα με την ενεργό φάση των συμπτωμάτων είτε αν υπήρχε παρουσία επεισοδίων διάθεσης κατά την διάρκεια της ενεργούς φάσης των συμπτωμάτων, με βραχεία διάρκεια σε σχέση με την διάρκεια της ενεργού και υπολειμματικής περιόδου.

Ε. Αποκλεισμός ουσιών – Γενικής Σωματικής Κατάστασης: Ταυτόχρονα μπορεί να απαιτηθούν γενικότερες ιατρικές και νευρολογικές εξετάσεις έτσι ώστε να αποκλειστούν κάποιες ιατρικές ασθένειες που μπορούν σπάνια να παραγάγουν ψυχωτικά συμπτώματα παρόμοια με αυτά της σχιζοφρένειας, όπως η μεταβολική διαταραχή, η συστηματική μόλυνση, η σύφιλη, η μόλυνση με HIV, η επιληψία, και τα τραύματα του εγκεφάλου .

ΣΤ. Σχέση με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή: Αν υπάρχει ιστορικό αυτιστικής διαταραχής ή άλλης διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής η διάγνωση της σχιζοφρένειας τίθεται μόνο αν υπάρχουν επίσης προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για τουλάχιστον ένα μήνα.

4.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Όσο περισσότερο το άτομο διαθέτει ενεργά συμπτώματα της σχιζοφρένειας τόσο απαραίτητη είναι η άμεση διάγνωση διότι επηρεάζει την τελική έκβαση καθώς και την πορεία της νόσου. Οι μέθοδοι διάγνωσης ποικίλουν και πραγματοποιούνται με διαφορετικούς τρόπους. Με αυτούς τους τρόπους αποκλείονται άλλες πιθανές δυσλειτουργίες και ασθένειες που παραγάγουν συμπτώματα και ελέγχονται σχετικές επιπλοκές. Οι φυσικές εξετάσεις και οι έρευνες που είναι απαραίτητες περιλαμβάνουν τις παρακάτω:

1. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ¹⁵⁸

Πλέον αναφέρεται ένας νέος τρόπος για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας με εξέταση αίματος. Τα πρώτα αποτελέσματα δείχνουν ένα 95% έως 97% ποσοστό ακριβείας τα οποία θα πρέπει να συμβάλουν σε ένα μεγάλο βαθμό στην έγκαιρη διάγνωση και τις δυνατότητες πρόληψης των σοβαρών ψυχωτικών επεισοδίων.

Δηλαδή μια εξέταση αίματος που μετρά τη δραστηριότητα των γονιδίων μπορεί ακριβώς να ανιχνεύσει τις διανοητικές ασθένειες όπως η σχιζοφρένια. Δηλαδή τα μόρια RNA παράγονται όποτε ένα γονίδιο είναι ενεργό. Μια ομάδα που καθοδηγείται από τον Ming Tsuang ¹⁵⁹ επέδειξε ότι με τη μέτρηση των επιπέδων αυτών των μορίων στο αίμα, έχουν διακρίνει τα υγιή άτομα από τους ασθενείς είτε με σχιζοφρένια είτε με διπολική αναταραχή (μανιακή κατάθλιψη).

2. TEST ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

Οι εξετάσεις αίματος υπάρχει πιθανότητα να επαναληφθούν και θα πρέπει να περιλαμβάνουν και τις παρακάτω μετρήσεις προκειμένου να επιβεβαιωθεί η πιθανότητα ότι το άτομο ενώ βιώνει κάποιες δυσλειτουργίες στο ενδοκρινικό του σύστημα, αυτές προέρχονται λόγω ύπαρξης σχιζοφρένειας και όχι λόγω υποθυρεοειδισμού ¹⁶⁰.

- § θυρεοειδής ορμόνης (TSH)
- § τριωδοθυρονίνη (T3)
- § λεβοθυροξίνη (T4)

- § συνολική (T3)
- § συνολική (T4)
- § αντιθυρεοειδικά αντισώματα
- § χοληστερόλης που βρίσκεται στον ορό
- § προλακτίνη

3. TEST IQ ΓΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ¹⁶¹

Σήμερα μια απλή δοκιμή δείκτη νοημοσύνης θα είναι σε θέση να ανιχνεύσει πιθανή εξέλιξη σχιζοφρένειας μέχρι τρία έτη εκ των προτέρων. Οι ερευνητές του πανεπιστήμιου στο Εδιμβούργου θεωρούν ότι η δοκιμή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να λάβει μέτρα ενάντια στην ασθένεια που χτυπά χαρακτηριστικά τα άτομα ηλικίας μεταξύ 17 και 30, από το να προκληθεί. Κατά τη διάρκεια μιας δεκαετίας οι ερευνητές εξέτασαν 163 ανθρώπους με ένα οικογενειακό ιστορικό της σχιζοφρένειας εφαρμόζοντας απεικονιστικές εξετάσεις εγκεφάλου ηλικίας 16-24. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με μια ομάδα που δεν είχε κανένα οικογενειακό ιστορικό της ασθένειας. Ενώ 45% της υψηλού κινδύνου ομάδας παρουσίασε συμπτώματα της σχιζοφρένειας, μόνο το 12% νόσησε.

4. ΤΕΣΤ ΟΣΦΡΗΣΗΣ ¹⁶²

Μια μελέτη προτείνει ότι απλές δοκιμές όσφρησης θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους γιατρούς να προσδιορίσουν τους ανθρώπους σε κίνδυνο ανάπτυξης της σχιζοφρένειας. Από καιρό ήταν γνωστό ότι οι άνθρωποι με τη σχιζοφρένια είναι ανίκανοι να προσδιορίσουν σωστά τις μυρωδιές. Αλλά μέχρι τώρα οι επιστήμονες ήταν αβέβαιοι εάν αυτό εμφανίστηκε πριν από ή μετά από τα συμπτώματα που αναπτύχθηκαν. Η πιο πρόσφατη μελέτη που δημοσιεύτηκε στο αμερικανικό περιοδικό της ψυχιατρικής, αναφέρει ότι συμβαίνει προτού να εμφανιστούν τα πρώτα συμπτώματα.

Εξετάστηκε μια ομάδα ανθρώπων υψηλού κινδύνου και βρήκαν ότι εκείνοι που θα νοσούσαν ήταν όλοι ανίκανοι να προσδιορίσουν τις μυρωδιές κατάλληλα. Για παράδειγμα, σκέφτηκαν ότι η μυρωδιά από μια πίτσα προήλθε πραγματικά από ένα πορτοκάλι ή η μυρωδιά της τσιγλόφουσκας ήταν πραγματικά καπνός. Αυτό το πρόβλημα ήταν παρόν πριν από την αρχή οποιουδήποτε σημαντικού κλινικού συμπτώματος της ψύχωσης

4.3 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Οι ειδικές απεικονιστικές τεχνικές που μπορεί να βοηθήσουν στην κατανόηση της σχιζοφρένειας περιλαμβάνουν την μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου (MRI), την αξονική τομογραφία του εγκεφάλου (CT), και τέλος το ψηφιακό ηλεκτρο-εγκεφαλογράφημα (HEΓ).

1. ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Η μαγνητική τομογραφία (MRI) παράγει εικόνες της δομής του εγκεφάλου και στηρίζεται στην διαφορετική συμπεριφορά των διαφόρων δομών όταν εφαρμόζεται μαγνητικό πεδίο επάνω τους. Δηλαδή δισεκατομμύρια νευρώνες του ανθρώπινου εγκεφάλου συνεχώς στέλνουν και λαμβάνουν ηλεκτρικά σήματα. Τα σήματα αυτά μεταφέρουν τα μηνύματα που σχετίζονται με τις σκέψεις και τις δράσεις. Η μέτρηση του μαγνητικού πεδίου στα διαφορετικά σημεία γύρω από το κεφάλι ενός ασθενή παρέχει ενδείξεις για την ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου διότι η ηλεκτρική ενέργεια και ο μαγνητισμός είναι αλληλένδετα πεδία ¹⁶³. Ένα κινούμενο φορτίο, ή ρεύμα, παράγει ένα προβλέψιμο μαγνητικό πεδίο. Συνεπώς η μαγνητική τομογραφία είναι ένας τρόπος να καταγραφεί η ηλεκτρική δραστηριότητα που πραγματοποιείται στον εγκέφαλο.

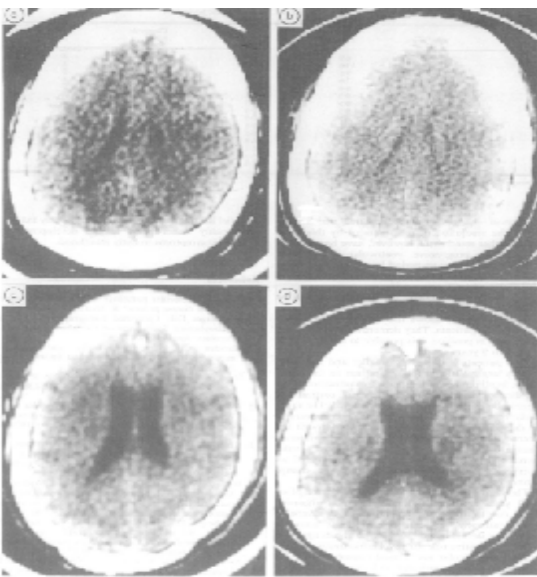
Μετά από πρόσφατες έρευνες με επιβλέποντα τον Dominic Job παρατηρήθηκε μείωση της πυκνότητας της φαίας ουσίας, σημαντικό συστατικό του κεντρικού νευρικού συστήματος που αποτελείται από νευρικά κύτταρα-αιμοφόρα αγγεία, σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου μέσω μαγνητικών τομογραφιών. Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις στις αλλαγές πυκνοτήτων φαίας ουσίας για μια περίοδο 18 μηνών. Οκτώ από τα άτομα που μελετήθηκαν ανέπτυξαν προδιάθεση για σχιζοφρένεια, κατά μέσο όρο 2,3 χρόνια ακόμη και μετά από την συλλογή των εγκεφαλογραφημάτων ¹⁶⁴.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Dominic Job και των συνεργατών του το 60% των ατόμων ήταν πιθανό να αναπτύξουν σχιζοφρένεια, επειδή παρουσίασαν μείωση της φαίας ουσίας στην κατώτερη κροταφική έλικα, περιοχή του εγκεφάλου που σχετίζεται με την διαδικασία του άγχους. Τα άτομα που εκδηλώνουν σχιζοφρένεια είναι γνωστό ότι συχνά παρουσιάζουν σημάδια αυξημένων επιπέδων άγχους δύο χρόνια πριν την πλήρη απαρχή της νόσου.

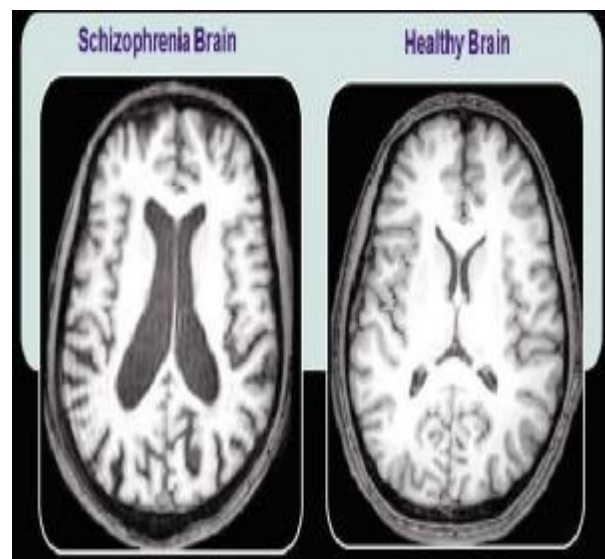
2. ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Η αξονική τομογραφία (CT) ή υπολογιστικός Αξονικός Τομογράφος (CAT) χρησιμοποιεί μια σειρά ακτίνων X της κεφαλής που λαμβάνονται από πολλές διαφορετικές κατευθύνσεις. Συνήθως χρησιμοποιείται για γρήγορη προβολή βλαβών στην περιοχή του εγκεφάλου, χρησιμοποιώντας ένα πρόγραμμα υπολογιστή που εκτελεί έναν αριθμητικό αναπόσπαστο υπολογισμό (αντίστροφος μετασχηματισμός ραδονίου) στη μετρούμενη σειρά ακτινών για να εκτιμηθεί πόσο μια δέσμη ακτίνας X απορροφάει σε όγκο ο εγκέφαλος. Χαρακτηριστικά οι πληροφορίες παρουσιάζονται ως διατομές του εγκεφάλου ¹⁶⁷.

Σε μια συμβατική εξέταση με ακτίνες X, μια μικρή ποσότητα της ακτινοβολίας έχει ως στόχο να περνά μέσα από ένα τμήμα του σώματος που εξετάζεται, σημειώνοντας ηλεκτρονική εικόνα σε μια ειδική πινακίδα καταγραφής εικόνων. Τα οστά μαλακού ιστού καταγράφονται με λευκό χρώμα στις ακτίνες ενώ όργανα όπως η καρδιά ή το συκώτι, εμφανίζονται σε αποχρώσεις του γκρι, και ο αέρας φαίνεται μαύρος ¹⁶⁸. Στις μέρες μας πλέον η αξονική τομογραφία δεν πραγματοποιείται τόσο συχνά όσο στο παρελθόν και την θέση της έχει πάρει η μαγνητική τομογραφία (MRI).



Εικόνα 14: Ασθενών με σχιζοφρένεια ¹⁶⁹

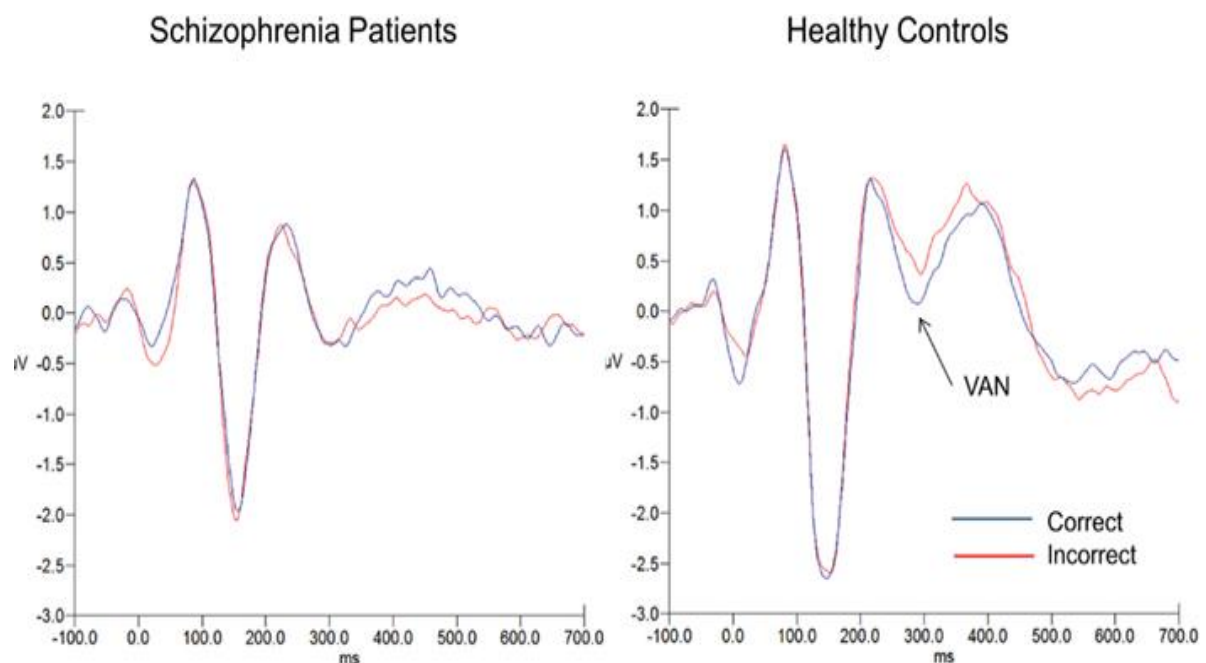


Εικόνα 15: Αξονική Τομογραφία σε ασθενή με σχιζοφρένεια (αριστερά) και υγιούς ¹⁷⁰

3. ΗΛΕΚΤΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑ

Το ψηφιακό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG) είναι μια ηλεκτροφυσιολογική μέθοδος παρακολούθησης για την καταγραφή της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου καθώς αυτός αντιδρά σε διάφορα ερεθίσματα. Είναι συνήθως μια μη επεμβατική μέθοδος όπου τοποθετούνται ηλεκτρόδια κατά μήκος του τριχωτού της κεφαλής και στέλνουν σήματα σε έναν υπολογιστή με αποτέλεσμα να καταγράφονται τα αποτελέσματα.. Το ψηφιακό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG) μετρά τις διακυμάνσεις της τάσης που προκύπτει από ιοντικό ρεύμα εντός των νευρώνων του εγκεφάλου ¹⁷¹.

Οι ηλεκτρικές ωθήσεις σε καταγραφή του EEG μοιάζουν κυματιστές γραμμές με κορυφές και κοιλάδες. Οι γραμμές αυτές επιτρέπουν στους γιατρούς να αξιολογούν γρήγορα εάν υπάρχουν μη φυσιολογικά μοτίβα. Τυχόν ανωμαλίες μπορεί να είναι ένα σημάδι από κρίσεις ή άλλες παθήσεις του εγκεφάλου ¹⁷².



Εικόνα 16: Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα πάσχοντος σε σχέση με υγιή ¹⁷³

4.4 ΠΟΡΕΙΑ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Έχει αξιολογηθεί ένα ευρύ φάσμα μεταβλητών για την δυνατότητα πιθανής πρόβλεψης όσον αφορά την πορεία και την έκβαση της σχιζοφρένειας. Στο παρελθόν έχει αναφερθεί μια πληθώρα ταξινομήσεων όσον αφορά την πορεία της νόσου καθώς και τα χαρακτηριστικά της ^{174 175}.

1. Ένα ψυχωτικό επεισόδιο που ακολουθείται από πλήρη ύφεση
2. Ένα ψυχωτικό επεισόδιο που ακολουθείται από μερική ύφεση
3. Δύο ή περισσότερα ψυχωτικά επεισόδια με πλήρη υφέσεις μεταξύ των επεισοδίων
4. Δύο ή περισσότερα ψυχωτικά επεισόδια με ελλιπή υφέσεις μεταξύ των επεισοδίων
5. Ψυχωτικά επεισόδια με εξάρσεις

Βασισμένοι σε μακροχρόνιες μελέτες παρακολούθησης, η πορεία της ζωής της σχιζοφρένειας μπορεί να αρθρώνεται σε μια προνοσηρή φάση (από τη γέννηση μέχρι την έναρξη της ψύχωσης), μια οξείας φάση ή θετική συμπτωματολογία, και μια υπολειμματική φάση. Ωστόσο, για τους περισσότερους πρακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, έχει προταθεί μια ταξινόμηση των τριών σταδίων της πορείας ¹⁷⁶.

1. μια πρόωρη επιδεινωμένη φάση (τα πρώτα 5-10 έτη)
2. μια μέση φάση (σταθεροποίησης)
3. μια βαθμιαία φάση βελτίωσης

Υπάρχουν κάποιοι συγκεκριμένοι παράγοντες που σχετίζονται με μια χειρότερη πρόγνωση. Αυτοί περιλαμβάνουν ¹⁷⁷:

1. Πρώιμη έναρξη της νόσου	2. Αρσενικό φύλο	3. Ισχυρά αρνητικά συμπτώματα
4. Οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας	5. Δομικές ανωμαλίες του εγκεφάλου	6. Ευδιάκριτα γνωστικά συμπτώματα
7. Ιστορικό κατάχρησης ουσιών	8. Το κάπνισμα	9. Η κακή διατροφή
10. Καθιστική ζωή	11. Ανεπαρκή ιατρική φροντίδα	12. Απουσία υποστήριξης κοινωνικού δικτύου

Υπάρχουν κάποιοι συγκεκριμένοι παράγοντες που σχετίζονται με μια καλύτερη πρόγνωση. Αυτοί περιλαμβάνουν ¹⁷⁷ :

1. Χωρίς οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας	2. Σταθερή προσωπικότητα και σταθερότητα στις σχέσεις πριν από τη διάγνωση	3. Οξεία έναρξη
4. Μεγαλύτερη ηλικία κατά την έναρξη	5. Εφαρμογή θεραπείας	6. Κίνητρα και πρωτοβουλία
7. Θηλυκό φύλο	8. Λιγότερα αρνητικά συμπτώματα	9. Καλό κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης

Η πρόωμη παρέμβαση και η έγκαιρη χρήση των νέων φαρμάκων μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερά ιατρικά αποτελέσματα για το άτομο. Όσο νωρίτερα κάποιος με σχιζοφρένεια έχει διαγνωστεί και σταθεροποιηθεί η θεραπεία του, τόσο καλύτερη είναι η μακροπρόθεσμη πρόγνωση για την ασθένειά τους. Η αυτοκτονία ή η απόπειρα αυτοκτονίας σε εφήβους είναι ένα αυξανόμενο πρόβλημα ¹⁷⁸.

Επικρατεί ένα υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονίας σε όσους πάσχουν από σχιζοφρένεια συγκριτικά με τον μέσο όρο. Η διαφορά αυτή είναι γύρω στο 10%, αλλά πιο πρόσφατες μελέτες και στατιστικές εκτιμούν το ποσοστό αυτό γύρω στο 4.9% και πιο συχνά η τάση για αυτοκτονία εμφανίζεται στην περίοδο μετά την έναρξη της ασθένειας ή μετά από την πρώτη εισαγωγή στο νοσοκομείο ¹⁷⁹. Πολλές φορές 20 με 40% οι σχιζοφρενείς επιχειρούν να αυτοκτονήσουν και περισσότερες από μία φορές. Υπάρχουν ποικίλοι παράγοντες που ενισχύουν τον κίνδυνο αυτό, όπως η κατάθλιψη, το συχνά υψηλό επίπεδο νοημοσύνης, ακόμη και το φύλο ¹⁸⁰.

Κεφάλαιο 5⁰

5.1 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα φάρμακα που χορηγούνται συνήθως σε άτομα με σχιζοφρένεια διαιρούνται σε δυο κατηγορίες τα Αντιψυχωτικά Πρώτης Γενιάς ή αλλιώς τυπικά/κλασσικά (FGAs) και τα αντιψυχωτικά δεύτερης γενιάς η αλλιώς Άτυπα (SGAs).

1. Τα Αντιψυχωτικά Πρώτης Γενιάς εκτός από κλασσικά/άτυπα διαθέτουν και άλλες ονομασίες όπως νευροληπτικά και ανταγωνιστές της ντοπαμίνης. Τα αντιψυχωτικά πρώτης γενιάς περιλαμβάνουν τα παράγωγα της φαινοθειαζίνης που είναι τα αλειφατικά παράγωγα (χλωροπρομαζίνη, λεβομεπρομαζίνη), τα πιπεριδικά και τα πιπεραζινικά (τριφθοριοπεραζίνη), τα παράγωγα της βουτυροφαινόνης (αλοπεριδόλη, πιπαμπερόνη), τα παράγωγα της διφαινυλοβουτυλοπιπεριδίνης (πιμοζίδη, πενφλουριδόλη), τα παράγωγα του θειοξανθενίου (ζουκλοπενθιξόλη) και οι υποσουλπριδία, τιαπρίδη ¹⁸¹.

Οι παρενέργειες ποικίλουν μεταξύ των τυπικών φαρμάκων. Φαρμακολογικά θεωρούνται ως «βρώμικα» και η χρήση τους μπορεί κατά συνέπεια να αυξήσει τον κίνδυνο μιας ευρείας ποικιλίας ανεπιθύμητων παρενεργειών. Για παράδειγμα, οι αντιχολινεργικές παρενέργειες τους περιλαμβάνουν ξηροστομία, ακράτεια, διστακτικότητα, δυσκοιλιότητα και οπτική διαταραχή, ενώ τα αποτελέσματά στους νοραδρενεργικούς μηχανισμούς οδηγούν σε ορθοστατική υπόταση, διαταραχές σεξουαλικών λειτουργιών και ρινική συμφόρηση ¹⁸².

Επιπλέον, η παρατεταμένη χρήση τους μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του σωματικού βάρους. Η παρεμβολή με ντοπαμινεργική διαβίβαση μπορεί να οδηγήσει σε δύο ενδοκρινολογικές παρενέργειες, όπως η υπερπρολακτιναιμία, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί ως γαλακτόρροια, αμηνόρροια, γυναικομαστία, και εξωπυραμидικές παρενέργειες (EPS). Τα εξωπυραμидικά συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν: ακαθησία, παρκινσονισμός, και δυστονία ¹⁸².

2. Τα Αντιψυχωτικά Δεύτερης Γενιάς θεωρήθηκαν άτυπα επειδή στοχεύουν στους νευροδιαβιβαστικούς υποδοχείς πλην μόνο της ντοπαμίνης. Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών, τα άτυπα φάρμακα κυριάρχησαν στις συνταγογραφήσεις σε

προτιμήσεις στις Ηνωμένες Πολιτείες, με την παραδοχή ότι είναι πιο αποτελεσματική και ασφαλέστερη από τα FGAs ¹⁸³.

Τα Άτυπα Αντιψυχωσικά απεικονίζουν μια χαμηλότερη συγγένεια για τους υποδοχείς D2 ¹⁸⁴ αλλά δεσμεύουν ταυτόχρονα σε σημαντικό βαθμό τους υποδοχείς τύπου 2 της σεροτονίνης (5HT2), σε αντίθεση με τα κλασικά αντιψυχωσικά ¹⁸⁵. Επιπλέον, τα άτυπα αντιψυχωσικά δρουν επίσης επί των αδρενεργικών χολινεργικών (μουσκαρινικών), και υποδοχέων ισταμίνης ¹⁸⁶. Δεδομένου ότι η έκφραση του D3 και D4 περιορίζεται στους νευρώνες του μεταιχμιακού συστήματος και μόνο εγκεφαλικό φλοιό, η δράση αυτών των νεότερων αντιψυχωτικών περιορίζεται σε περιοχές που εμπλέκονται στην παθολογία της σχιζοφρένειας ¹⁸⁴. Ακόμη, η εμφάνιση εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων και η αύξηση της προλακτίνης οφείλεται στην αντντοπαμινεργική τους δράση ¹⁸⁵.

Τα νεότερα φάρμακα δεύτερης γενιάς γενικά προτιμώνται επειδή ενέχουν μικρότερο κίνδυνο για σοβαρές παρενέργειες από ότι τα αντιψυχωσικά πρώτης γενιάς. Τα αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς περιλαμβάνουν¹⁸⁷: την Κλοζαπίνη (Clozaril), Ρισπεριδόνη (Risperdal), Ολανζαπίνη (Zyprexa), Αριπιπραζόλη (Abilify), Ιλοπεριδόνης (Fanapt), Ασenaπίνη (Saphris), Μπρεξιπιπραζόλη (Rexulti), Καριπραζίνη (Vraylar), Λουρασιδόνη (Latuda), Παλιπεριδόνη (Invega) Ζιπρασιδόνη (Geodon), Κουεντιαπίνη (Seroquel).

Η Ρισπεριδόνη αποτελεί φάρμακο πρώτης εκλογής στη θεραπεία της σχιζοφρένειας επειδή είναι πιο αποτελεσματική και πιο ασφαλής από τους τυπικούς ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης. Επίσης υπογραμμίζεται η ελαφρώς μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της Ρισπεριδόνης και της Ολανζεπίνης σε σχέση με την Αλοπεριδόλη στη θεραπεία των αρνητικών συμπτωμάτων ¹⁸⁸.

Η κλοζαπίνη ωστόσο αποτελεί φάρμακο δεύτερης επιλογής αφενός γιατί προκαλεί ακοκκιοκυτταραιμία σε ένα ποσοστό 1-2% των ασθενών και αφετέρου γιατί είναι ακριβό φάρμακο. Ωστόσο μπορεί να προκαλέσει άλλες παρενέργειες συμπεριλαμβανομένου τη μείωση βάρους, αλλαγή επιπέδων σακχάρων και χοληστερόλης στο αίμα, μείωση αριθμού λευκών κυττάρων του αίματος ¹⁸⁹.

Ως συμπληρωματική αγωγή ενδυνάμωσης του θεραπευτικού αποτελέσματος των αντιψυχωτικών φαρμάκων χρησιμοποιούνται οι εξής ουσίες: λίθιο, καρβαμαζεπίνη (έλεγχος επιθετικής συμπεριφοράς), αντικαταθλιπτικά (συνύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή κατά την υπολειμματική φάση της νόσου) ¹⁹⁰.

5.2 ΔΙΑΚΡΑΝΙΑΚΟΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΣ ΕΡΕΘΙΣΜΟΣ (TMS)

Μια εναλλακτική μέθοδος για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας είναι ο μαγνητικός διακρανιακός ερεθισμός.

Κατά τη θεραπεία με TMS, ο θεραπευόμενος βρίσκεται ξαπλωμένος στο κρεβάτι του ιατρού. Δεν πραγματοποιείται αναισθησία ή χορήγηση οποιοδήποτε άλλου φαρμάκου ¹⁹¹. Ένα ηλεκτρομαγνητικό πηνίο τοποθετείται σε επαφή με το κρανίο σε σημείο που επιλέγει ο γιατρός κατά την πρώτη συνεδρία. Το πηνίο παραμένει στο ίδιο σημείο καθ'όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας. Οι επαναλαμβανόμενοι μαγνητικοί παλμοί αυξάνουν την δραστηριότητα της ανενεργούς περιοχής και ανεβάζουν τη διάθεση του ασθενούς. Οι αλλαγές δεν είναι στιγμιαίες αλλά απαιτούνται μερικές συνεδρίες για να επιτευχθεί η αλλαγή στη διάθεση του ασθενούς ¹⁹².

Συγκρίνοντας την αποτελεσματικότητα στην μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης ορισμένες μελέτες θέλησαν να χρησιμοποιήσουν τον διακρανιακό μαγνητικό ερεθισμό και στην σχιζοφρένεια. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στην συνέχεια.

Στηριζόμενοι οι μελετητές σε νευροαπεικονιστικά ευρήματα ο ρόλος ενός υπερδραστήριου κροταφικού λοβού χρησιμοποιήθηκε στη θεραπεία των ακουστικών ψευδαισθήσεων με TMS και αποτέλεσε η μείωσή τους ^{193 194 195}.

Ανεπιθύμητες ενέργειες υπάρχουν αλλά δεν είναι τόσο επώδυνες, αλλά ήπιες και παροδικές. Μια από αυτές είναι η κεφαλαλγία που είναι αντιμετωπίσιμη με τη χρήση παυσίπονων και βουίσματα στα αυτιά ¹⁹¹ που μπορούν να αποφευχθούν αν είναι διαθέσιμη η ύπαρξη ωτοασπίδων στο ιατρείο

5.3 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Εκτός από την λήψη φαρμακευτικής αγωγής και τον διακρανιακό μαγνητικό ερεθισμό για τον περιορισμό συμπτωμάτων οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν την δυνατότητα να ωφελήσουν τα άτομα με σχιζοφρένεια στην ψυχολογική τους δυσφορία. Αν και τα αντιψυχωτικά φάρμακα αποτελούν το κύριο όπλο της σχιζοφρένειας λόγω του ότι αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα συμπτώματα της νόσου, δε τη θεραπεύουν. Χρειάζεται ο συνδυασμός τους με τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, οι οποίες είναι οι ακόλουθες ¹⁹⁶

1. ΓΝΩΣΤΙΚΗ - ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (CBT)

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία αποτελεί μια τροποποιημένη θεραπεία για την σχιζοφρένεια ενώ συνήθως την χρησιμοποιούσαν για την κατάθλιψη και το άγχος ¹⁹⁷. Χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης και σε χρόνιους αρρώστους, ενώ σπουδαία είναι η συμβολή της και σε προγράμματα αποκατάστασης.

Για να αποφευχθεί επιτυχής πρέπει να δημιουργηθεί μια θεραπευτική σχέση μεταξύ θεραπευτή και ασθενή. Από την μια πλευρά ασθενής κατά την διάρκεια της θεραπείας μοιράζεται τις εμπειρίες του και δίνεται αρκετή προσοχή στα συμπτώματα που του προκαλούν ιδιαίτερη δυσλειτουργία. Από την άλλη πλευρά ο θεραπευτής δεν κατονομάζει τα συμπτώματα ως άλογα αλλά μέσα απο καθοδηγητικές ερωτήσεις εστιάζει στις πεποιθήσεις του ασθενή για τα συμπτώματα και στους τρόπους αντιμετώπισής τους.

Απαραίτητη είναι η καθοδήγηση του θεραπευτή για την εφαρμογή των μεθόδων αντιμετώπισης και για την ανάπτυξη ορθολογικότερων γνωστικών προτύπων ^{198 199 200}. Ο θεραπευτής στην συνέχεια μπορεί να κάνει ερωτήσεις ανοιχτού τύπου στον ασθενή όσον αφορά τις ακουστικές ψευδαισθήσεις ενώ πριν από καιρό ήταν περισσότερο αμφιλεγόμενο.

Ταυτόχρονα θέτει πειράματα συμπεριφοράς για να προσκομίσει αποδεικτικά στοιχεία που να υποστηρίζουν ή να μην υποστηρίζουν τις πεποιθήσεις του θεραπευόμενου καθιστώντας τες να φαίνονται πιο φυσιολογικές και λιγότερο άλογες. Έχει αποδειχτεί ότι δεν προκαλεί αρνητικές επιπτώσεις ²⁰¹.

2. ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δεν αποτελεί μια τυποποιημένη προσέγγιση αλλά μια ποικιλία θεραπευτικών στρατηγιών με σκοπό να λύσει πρακτικά προβλήματα δηλαδή ανθρώπινες ανησυχίες για την κατοχή της νόσου, προβλήματα διαχείρισης της διαταραχής και τα προβλήματα της ζωής που μπορεί να λάβει για την προστιθέμενη δυσκολία λόγω της ασθένειας σχιζοφρένειας. Οι συγκεκριμένες στρατηγικές μπορεί να περιλαμβάνουν την παροχή αντασφάλισης προσφέροντας εξηγήσεις, διευκρινίσεις, δίνοντας οδηγίες και προτάσεις.

3. ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι μια ατομική θεραπεία για τα άτομα με σχιζοφρένεια και παρέχει ένα μεγαλύτερο πλαίσιο προγραμμάτων ²⁰². Οι συμπεριφοριστικές ασκήσεις επικεντρώνονται για την ευαισθητοποίηση του εαυτού του ασθενή και των άλλων. Η ψυχοθεραπεία εστιάζει κατά κύριο λόγο στη συναισθηματική απορύθμιση του ασθενούς, η οποία είναι αντιληπτή ως βασικό έλλειμμα στη σχιζοφρένεια. Επομένως, η προσωπική θεραπεία είναι μια μακροχρόνια θεραπεία. Οι ασθενείς που επιλέγουν την προσωπική θεραπεία είχαν περισσότερες βελτιώσεις στην ψυχοκοινωνική λειτουργία από ό, τι οι ασθενείς σε άλλες συνθήκες επεξεργασίας.

4. ΟΜΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μια παραλλαγή της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας είναι η ομαδική θεραπεία για την αντιμετώπιση των θετικών συμπτωμάτων. Οι ασθενείς ²⁰³ επικεντρώνονται σε ένα συγκεκριμένο θέμα όπως η ανταλλαγή προσωπικών εμπειριών σχετικά με τις φωνές, τα μοντέλα των ψευδαισθήσεων και τις αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης των φωνών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή χωρίς να νοσηλεύονται ²⁰⁴ καθώς και τα άτομα που έχουν λιγότερες πεποιθήσεις για τις αυταπάτες τους ²⁰⁵ θα επωφεληθούν περισσότερο σε σύγκριση με τα άτομα πρώιμης σχιζοφρένειας διότι δεν θα μπορέσει να δημιουργηθεί μια θεραπευτική σχέση μεταξύ θεραπευτή-ασθενή λόγω των οξέων φάσεων ²⁰⁶. Είναι αρκετά αποτελεσματική στην καταπολέμηση της κοινωνικής απομόνωσης των αρρώστων και συμβάλλει στην απόκτηση διαπροσωπικών σχέσεων μέσα από το πνεύμα συνεκτικότητας που διακατέχεται στις ομάδες

5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ

Διαφέρει τελείως και από την γνωσιακή συμπεριφορική και την προσωπική θεραπεία, εφαρμόζεται κατά την διάρκεια της οξείας φάσης της νόσου. Η κύρια παρέμβασή του εστιάζεται στην τήρηση της φαρμακοθεραπείας και ο στόχος της θεραπείας είναι η αύξηση του ασθενούς στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο²⁰⁷.

6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΚΑΙ ΔΕΣΜΕΥΣΗΣ

Η θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης (ACT) ενθαρρύνει τα άτομα να αποδέχονται και να βιώνουν τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους χωρίς επικριτικότητα. Στην περίπτωση των ψυχωσικών συμπτωμάτων και αρνητικών σκέψεων, το άτομο απλά τα παρατηρεί και δεν τα αφήνει να δράσουν. Μια τέτοια θεραπεία ενθαρρύνει τα άτομα να επιτεύξουν προσωπικούς στόχους και να υιοθετήσουν στρατηγικές για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Από έρευνες έχει αποδειχτεί αποτελεσματική^{208 209}.

5.4 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Μολονότι η φαρμακευτική αγωγή καθώς και οι προαναφερθείσες θεραπευτικές προσεγγίσεις μπορούν να βελτιώσουν την ένταση των συμπτωμάτων σε πολύ καλά επίπεδα και να οδηγήσουν σε μια ικανοποιητική λειτουργικότητα, η οικογένεια λειτουργεί ως καταλυτικός παράγοντας τόσο στον ρόλο της φροντίδας όσο και κατά την διάρκεια κάποιας επιλεγμένης θεραπείας. Συνήθως υπάρχει συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και οικογένειας.

Οι θεραπείες των επαγγελματιών υγείας στα μέλη της οικογένειας στοχεύουν στη ψυχοεκπαίδευση, την μείωση του άγχους, εσωτερική συναισθηματική επεξεργασία, γνωστική επανεκτίμηση και επίλυση των προβλημάτων με μια δομή. Πολλές μελέτες που έχουν διεξαχθεί ^{210 211} έχουν αποδείξει ότι η οικογενειακή θεραπεία έχει θετικό αντίκτυπο στην ανάρρωση του ασθενούς, με μία σημαντική μείωση όσον αφορά την επανεισδοχή και τις υποτροπές, καθώς και τη βελτίωση των κοινωνικών τους υποχρεώσεων ²¹².

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι τεχνικές ψυχοεκπαίδευσης πρέπει να εφαρμόζονται σε τακτική βάση στα μέλη της οικογένειας για να υπάρξουν αποτελέσματα. Έχει αναφερθεί ότι μειώνει τις υποτροπές και βελτιώνει την πρόσφυση σε φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής. Επίσης επιτρέπει στην οικογένεια να αποκτήσει πολλές γνώσεις για τις τεχνικές, να εξοικειωθεί με την συγκεκριμένη καθημερινότητα και με την αντιμετώπιση του ασθενούς ²¹³. Επομένως οι παρεμβάσεις των επαγγελματιών υγείας βελτιώνουν τόσο την ποιότητα ζωής των ασθενών τόσο και των μελών της οικογένειας.

Κεφάλαιο 6

6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η σχιζοφρένεια διαθέτει ποικίλες εκδηλώσεις γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητο το νοσηλευτικό προσωπικό να είναι εξειδικευμένο και έμπειρο ως προς την εφαρμογή αξιολόγησης και διάγνωσης.

Το πρώτο βήμα αποτελεί την αναγνώριση της συγκεκριμένης νοητικής διαταραχής σημειώνοντας τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας (π.χ πενία λόγου, κοινωνική απόσυρση, σαλάτα λέξεων). Στην συνέχεια ο νοσηλευτής προσπαθεί να εδραιώσει μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή εντός χρονικών περιόδων εξηγώντας του τον σκοπό των προσωπικών τους συναντήσεων. Αργότερα αξιολογεί την ικανότητα του ασθενούς να ασκεί τις καθημερινές του δραστηριότητες και δεξιότητες.

Όσον αφορά τα θετικά συμπτώματα και τα αρνητικά συμπτώματα ο νοσηλευτής από την μια πλευρά αξιολογεί τις πεποιθήσεις του ασθενή σχετικά με τις παραισθήσεις δηλαδή κατά πόσο απέχουν από την πραγματικότητα ενώ από την άλλη πλευρά εκτιμά την διάχυτη καχυποψία του ασθενή για όλους και για τις ενέργειές τους.

Ταυτόχρονα αξιολογεί αν ο ασθενής λαμβάνει την φαρμακευτική του αγωγή καθώς και αν τηρεί τις θεραπείες του. Τέλος η αξιολόγηση διαθέσιμου κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου και η ενημέρωση της οικογένειας για την διάρκεια και τις εξάρσεις της νόσου είναι απαραίτητη.

6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

Το νοσηλευτικό προσωπικό μετά την αξιολόγηση του ασθενούς θέτει κάποιους στόχους για την βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

- την μείωση σοβαρότητας των ψυχωσικών συμπτωμάτων
- την πρόληψη υποτροπών επεισοδίων πρώιμης σχιζοφρένειας
- επαρκής διατροφή
- δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος
- Καθιέρωση της επικοινωνίας και την οικοδόμηση εμπιστοσύνης.
- Αύξηση ικανότητας του ασθενούς να επικοινωνεί με τους άλλους.
- μείωση επικινδυνότητας για αυτοκαταστροφική ή ετεροκαταστροφική συμπεριφορά
- συνάντηση με την οικογένεια, κατανόηση των αναγκών τους και διδασκαλία ως προς την διαχείριση των σωματικών και ψυχολογικών τους αναγκών.
- Βοήθεια ασθενούς να φτάσει στο βέλτιστο επίπεδο λειτουργικότητας
- Βοήθεια ασθενούς να προσαρμοστεί στο πρόγραμμα θεραπείας/νοσηλείας
- Ενίσχυση ικανότητας του ασθενούς για επαναπροσαρμογή είτε στο φιλικό, επαγγελματικό, προσωπικό επίπεδο.

6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Εκτός από την αξιολόγηση και τους σκοπούς που θέτει το νοσηλευτικό προσωπικό στον ασθενή, είναι αναγκαίες και οι παρεμβάσεις του προκειμένου να επιτευχθεί ένα καλό αποτέλεσμα που θα διευκολύνει τόσο την κοινωνική ζωή όσο και την προσωπική ζωή του ασθενή. Το νοσηλευτικό προσωπικό σε έναν ασθενή με σχιζοφρένεια πρέπει να

- 1) Αξιολογήσει την ικανότητα του ασθενούς στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων
- 2) Δίνεται προσοχή στην διατροφή του. Παρακολούθηση βάρους αν ο ασθενής δεν επιθυμεί να τρώει. Αν έχει υπόνοιες ότι κάποιος θέλει να τον δηλητηριάσει, του επιτρέπει να καθορίσει μόνος του το φαγητό ή να του προσφέρονται τρόφιμα σε κλειστό δοχείο για να μπορεί να το ανοίξει. Αν του χορηγούνται φάρμακα σε υγρή μορφή του επιτρέπεται να τα ανοίξει μόνος του.
- 3) Διατηρήσει ένα ασφαλές περιβάλλον ελαχιστοποιώντας τα ερεθίσματα χρησιμοποιώντας φυσικούς περιορισμούς σύμφωνα με την πολιτική του νοσοκομείου
- 4) Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για την μείωση του άγχους και των συμπτωμάτων
- 5) Πλησιάζει τον ασθενή χωρίς επικριτικό τόνο αλλά με το αίσθημα της αποδοχής χωρίς καμία σωματική επαφή.
- 6) Κανονίζει προσωπικές συναντήσεις μαζί του σε καθημερινή βάση για να εδραιωθεί μια σχέση εμπιστοσύνης
- 7) Αποφευχθεί η σχέση αλληλεξάρτησης
- 8) Επιβραβεύει την καλή συμπεριφορά του ασθενή για να βοηθήσει τον ασθενή να βελτιώσει το επίπεδο λειτουργικότητας
- 9) Ενθαρρύνει τον ασθενή στην επαφή με άλλους ανθρώπους και τον βοηθά να κοινωνικοποιηθεί
- 10) Ενθαρρύνει να εξωτερικεύει τα συναισθήματα του.
- 11) Θέσει τα όρια του σε σχέση με τον ασθενή
- 12) Να διερευνήσει το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων εάν ο ασθενής έχει παραισθήσεις. Αν έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις, να καθορίσει αν είναι παραισθήσεις εντολής που θέτουν τον ασθενή ή τους άλλους σε κίνδυνο.
- 13) Αλλάζει θέμα σχετικά με τις ψευδαισθήσεις
- 14) Μην αγγίζει τον ασθενή χωρίς να του εξηγήει τι πρόκειται να κάνει με σαφήνεια
- 15) Αξιολογήσει νέα συμπτώματα που μπορεί να προκύψουν από την ιδρυματοποίηση

- 16) Παρέχει ένα σύστημα υποστήριξης για τον ασθενή και να μειώσει την ευπάθεια του στο άγχος. Συνεχή υποστήριξη
- 17) Βεβαιωθεί ότι ο ασθενής λαμβάνει πραγματικά το φάρμακο. Παρατηρεί για εκδηλώσεις που απαιτούν αντιδράσεις υπερευαισθησίας και την τοξικότητα.
- 18) Εμπλέξουν την οικογένεια στη θεραπεία των ασθενών και να διδάξουν τα μέλη για να αναγνωρίσουν την επικείμενη υποτροπή (π.χ. νευρικότητα, αϋπνία, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης). Προτείνει τρόπους για το πώς οι οικογένειες μπορούν να διαχειριστούν τα συμπτώματα.

6.4 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1^ο

Ο ασθενής Λ.Κ που πάσχει από σχιζοφρένεια εισήλθε στην ψυχιατρική κλινική Αθηνών «Παναγία η Γρηγορούσα» στις 1/6/2016 μετά από απόπειρα αυτοκτονίας. Η ηλικία του ασθενούς είναι 52 χρόνων. Κατά την εισαγωγή του πραγματοποιήθηκαν λήψη ιστορικού, αιματολογικές εξετάσεις, μαγνητική-αξονική τομογραφία εγκεφάλου, εγκεφαλογράφημα, test IQ και ψυχιατρική εκτίμηση.

Διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής πάσχει από την νόσο ένα χρόνο. Ανευρέθηκαν λοιπόν τα εξής συμπτώματα: ανάπτυξη αυτοκτονικού ιδεασμού, διαταραγμένη λεκτική επικοινωνία, κοινωνική απομόνωση, αυταπάτες, έντονο άγχος, κατάκλιση του κόκκυγα.

Αξιολόγηση ατόμου	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
1. Ανάπτυξη αυτοκτονικού ιδεασμού ή αυτοκτονική τάση (αυτοκτονική συμπεριφορά)	1. Ασφάλεια του νοσηλευτή- νοσηλευόμενου 2. Πρόληψη επόμενης απόπειρας αυτοκτονίας 3. Έναρξη άλλης αγωγής ή συνέχιση ίδιας αγωγής 4. Δημιουργία θεραπευτικής	1. Ποτέ ο νοσηλευτής μόνος με τον νοσηλευόμενο. Ενημέρωση του υπόλοιπου προσωπικού για το που και με ποιόν βρίσκεται ο νοσηλευτής Πάντα να υπάρχει δυνατότητα διεξόδου.	1. Ο νοσηλευτής δεν έμεινε ποτέ μόνος του με τον νοσηλευόμενο, καθώς είχε ενημερώσει το υπόλοιπο προσωπικό για το που βρίσκεται και με ποιόν. Απομάκρυνε όλα τα επικίνδυνα αντικείμενα που	1. Ο ασθενής παρέμεινε ασφαλής. 2. Ο ασθενής μέσα σ' ένα μεγάλο χρονικό διάστημα δεν έπραξε άλλη απόπειρα αυτοκτονίας 3. Ο ασθενής συνέχισε κανονικά την

σχέσης νοσηλευτή- νοσηλευόμενου	Αποφυγή υπερβολικής έκθεσης μελών του σώματος και όχι κοσμήματα (καθημερινό ντύσιμο). Απομάκρυνση όλων των αιχμηρών- επικίνδυνων αντικειμένων και ουσιών (κλειδωμα φαρμάκων) καθώς και είδη ένδυσης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως αγχόνη. Δημιουργία ενός ήσυχου περιβάλλοντος με μειωμένα ερεθίσματα	θα μπορούσε ο ασθενής να χρησιμοποιήσει για να αυτοτραυματιστεί. Δημιούργησε ένα ήσυχο και ασφαλές περιβάλλον. 2.Εφάρμοσε ένα πρόγραμμα παρακολούθησης του ασθενή κάθε 10-15 λεπτά. 3.Επιβεβαίωσε ότι ο ασθενής λαμβάνει την φαρμακευτική του αγωγή από το στόμα(peros). 4. Πλησίασε τον ασθενή με ευγενικό τρόπο, συζητήσανε για γενικά θέματα . 5. Ενθάρρυνε τον ασθενή να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα του καθώς και να αυτοεξυπηρετηθεί. Όταν χρειαζόταν βοήθεια ο	θεραπεία του. 4.Μετα από όλες τις ενέργειες του νοσηλευτή ο ασθενής τον εμπιστεύτηκε. 5.Ο ασθενής απέκτησε και αυτοπεποίθηση και αυτό εκτίμηση στο επίπεδο που θέλαμε. Έμαθε να κοινωνικοποιείτ αι και να δημιουργεί φιλίες. 6.Η λειτουργικότητα του βελτιώθηκε στο επίπεδο που θέλαμε
---------------------------------------	---	---	---

μορφής φαρμάκων και ότι δεν τα αποθηκεύει στο στόμα του για μια μελλοντική απόπειρα

4. Συζήτηση για ουδέτερα θέματα. Προσφώνηση με ευγενικό τρόπο. Προσέγγιση ασθενή με μια στάση υποδοχής. Αλληλεπίδραση με τον ασθενή σε προσωπικό επίπεδο λειτουργώντας ως πρότυπο πρόσφορης κοινωνικής συμπεριφοράς.

5. Ενθάρρυνση εξωτερίκευσης συναισθημάτων φόβου ή άγχους και κατανόηση του νοσηλευτή στα συναισθήματά του. Επιβράβευση στις εκούσιες αλληλεπιδράσεις του ασθενή με τρίτους. Ενθάρρυνση ασθενή νοσηλευτής τον βοηθούσε και τον επιβράβευε όταν τα κατάφερνε. Συζήτησε με κάποιον ψυχολόγο του τμήματος. Ξεκίνησε να κοινωνικοποιείται με άλλους ασθενείς και ο νοσηλευτής τον επιβράβευσε. Ο νοσηλευτής σιγά σιγά ξεκίνησε να του αναθέτει κάποιες αρμοδιότητες.

6. Ο νοσηλευτής προσπάθησε να του εξηγήσει την διαφορά μεταξύ πραγματικότητας και φαντασίας με καθημερινά παραδείγματα. Τον ενθάρρυνε να πραγματοποιήσει τις καθημερινές του δραστηριότητες καθώς και να συμμετέχει στις

να δραστηριότητες
αυτοεξυπηρετείται του νοσοκομείου.
αλλά σε περίπτωση
που δεν μπορεί να
ανταπεξέλθει να
παρεμβαίνει άμεσα.
Επιβράβευση του
ασθενή όταν
αυτοεξυπηρετείται
με επιτυχία.
Συζήτηση με
κάποιον ειδικό
ψυχολόγο.
Κοινωνικοποίηση.
Αύξηση του βαθμού
υπευθυνότητας του
νοσηλευόμενου.
6. Ενίσχυση της
αίσθησης της
πραγματικότητας
του ασθενή και
επιδίωξη της
εμπλοκή του σε
βασισμένες στη
πραγματικότητα
συζητήσεις.
Ενθάρρυνση για τις
καθημερινές του
δραστηριότητες και
δεξιότητες.
Συμμετοχή στις
δραστηριότητες του
νοσοκομείου

<p>2. Διαταραγμένη λεκτική επικοινωνία</p>	<p>1. Βελτίωση της λεκτικής επικοινωνίας.</p>	<p>1. Ενημέρωση ασθενή ότι δεν είστε σε θέση να καταλάβετε τι προσπαθεί να πει.</p> <p>2. Ενθαρρύνετε τον να εκφράσει τα συναισθήματά του με λέξεις.</p> <p>3. Μιλήστε με τον ασθενή για τα προσωπικά ενδιαφέροντα, αγαπημένες δραστηριότητες και τα χόμπι.</p> <p>4. Μιλήστε για θέματα που έχουν νόημα και σημασία για τον ασθενή.</p>	<p>1. Πραγματοποιήθηκε ενημέρωση για το ότι ο νοσηλευτής δεν καταλαβαίνει τι προσπαθεί να πει ο ασθενής.</p> <p>2. Ενθαρρύνθηκε ο ασθενής για να εκφράσει τα συναισθήματά του με λέξεις.</p> <p>3. Μίλησε για τα προσωπικά του ενδιαφέροντα αγαπημένες δραστηριότητες και τα χόμπι.</p> <p>4. Μίλησε με τον ασθενή για θέματα που έχουν νόημα και σημασία για τον ασθενή.</p>	<p>1. Μετά τις προαναφερθείσες παρεμβάσεις βελτιώθηκε η λεκτική επικοινωνία του ασθενή καθώς έγινε περισσότερο κοινωνικός.</p>
---	--	--	---	---

<p>3.Κοινωνική απομόνωση</p>	<p>1.Κοινωνικοποίηση με άλλους. 2.Να μάθει να εμπιστεύεται.</p>	<p>1.Καθιέρωση χρονοδιαγράμματος για την συχνότητα ακόμη και για σύντομες συναντήσεις μαζί του. 2. Διατηρήστε απόσταση από τον ασθενή μέχρι να καθοριστεί η εμπιστοσύνη. 3.Αποφυγή σωματικής επαφής με τον ασθενή. 4.Διδασκαλία κοινωνικών δεξιοτήτων πώς να αλληλεπιδρά με τους άλλους 5.Βοήθεια ασθενή στην επιλογή και συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες. 6. Ο νοσηλευτής να παρέχει ενθαρρυντικά λόγια και επαίνους για όλες τις προσπάθειες κοινωνικής αλληλεπίδρασης.</p>	<p>1.Καθιερώθηκε χρονοδιάγραμμα για την συχνότητα ακόμη και για σύντομες συναντήσεις μαζί του. 2. Διατηρήθηκε απόσταση από τον ασθενή μέχρι να καθοριστεί η εμπιστοσύνη. 3. Αποφεύχθηκε σωματική επαφή με τον ασθενή. 4.Πραγματοποιήθηκε διδασκαλία κοινωνικών δεξιοτήτων πώς να αλληλεπιδρά με τους άλλους. 5.Υπήρξε βοήθεια του ασθενή στην επιλογή και συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες. 6. Ο νοσηλευτής παρείχε ενθαρρυντικά λόγια και επαίνους για όλες τις προσπάθειες</p>	<p>1.Ο ασθενής δυσκολεύτηκε να εμπιστευτεί σε σύντομο χρονικό διάστημα τον νοσηλευτή. Μετά από 3 μήνες υπήρξε ουσιαστική επικοινωνία. 2.Ο ασθενής απέκτησε περισσότερη αυτοπεποίθηση και πλησίαζε περισσότερο τους άλλους. 3.Δημιούργησε φιλίες.</p>
-------------------------------------	---	--	--	---

			κοινωνικής αλληλεπίδρασης	
4.Αυταπάτες	<p>1.Μείωση έντασης και επεισοδίων των αυταπατών.</p> <p>2.Επαναφορά στην πραγματικότητα</p>	<p>1.Σε εχθρικές παρατηρήσεις του οι απαντήσεις πρέπει να είναι χωρίς θυμό ή άμυνα.</p> <p>2. Αποδοχή παραληρητικού συστήματος του ασθενούς. Δεν επιχειρεί να συμφωνεί μαζί του για το τι είναι πραγματικό.</p> <p>3.Σεβασμός ιδιωτικού χώρου.</p> <p>4.Αποφυγή σωματικής επαφής</p> <p>5.Λήψη μέτρων για τη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης, εάν ο ασθενής το επιτρέπει.</p> <p>6.Ενθάρρυνση συναναστροφής με τους υπόλοιπους ασθενείς αφού πρώτα έχει</p>	<p>1.Σε εχθρικές παρατηρήσεις του ασθενή οι απαντήσεις ήταν χωρίς θυμό ή άμυνα.</p> <p>2. Έγινε αποδοχή του παραληρητικού συστήματος του ασθενή. Δεν επιχείρησε να συμφωνεί μαζί του για το τι είναι πραγματικό.</p> <p>3.Σεβάστηκε τον ιδιωτικό του χώρο.</p> <p>4.Απέφυγε την σωματική επαφή με τον ασθενή.</p> <p>5.Πραγματοποιήθη κε λήψη μέτρων για τη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης.</p> <p>6.Ενθάρρυνε την συναναστροφή με τους υπόλοιπους ασθενείς αφού πρώτα είχε</p>	<p>1.Σε συνδυασμό με την φαρμακευτική αγωγή, την τήρηση της ιδιωτικότητας του ασθενή, την μείωση κοινωνικής απομόνωσης και την ενθάρρυνση για συναναστροφή ο ασθενής κατάφερε να μπορεί να ξεχωρίζει την πραγματικότητα από τις αυταπάτες και μειώθηκαν τα επεισόδια κατά κόρον</p>

		<p>επικοινωνήσει με το προσωπικό.</p> <p>7. Παρακολούθηση για την άρνηση των φαρμάκων ή τροφίμων, που προκύπτουν από παράλογο φόβο του ασθενούς για δηλητηρίαση.</p> <p>8. Προσεκτική παρακολούθηση του ασθενή για ανεπιθύμητες ενέργειες των νευροληπτικών φαρμάκων</p> <p>9.Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής</p>	<p>επικοινωνήσει με το προσωπικό.</p> <p>7.Έγινε παρακολούθηση για την άρνηση των φαρμάκων ή τροφίμων, που προκύπτουν από παράλογο φόβο του ασθενούς για δηλητηρίαση.</p> <p>8. Έγινε προσεκτική παρακολούθηση του ασθενή για ανεπιθύμητες ενέργειες των νευροληπτικών φαρμάκων</p> <p>9.Χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή.</p>	
5.Έντονο άγχος	<p>1. Να μειωθεί στο ελάχιστο το άγχος του ασθενή</p> <p>2. Ο ασθενής να ηρεμήσει όσο το δυνατόν γρηγορότερα.</p> <p>3.Να αποκτήσει την αυτοεκτίμηση</p>	<p>1.Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης.</p> <p>2.Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή.</p> <p>3.Αποφυγή</p>	<p>1.Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενή και νοσηλευτή βασισμένο στον διάλογο.</p> <p>2.Ενημερώνουμε τον ασθενή για την σημαντικότητα της καλής διάθεσης</p>	<p>1.Με την βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού ο ασθενής νιώθει καλύτερα και οι συνεδρίες συνεχίζονται.</p> <p>2.Ο ασθενής έχει αποδεχτεί την νόσο από την οποία πάσχει.</p>

	του.	στρεσογόνων καταστάσεων. 4. Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες για προσωπική ευχαρίστηση και τόνωση του ηθικού του ασθενούς. 5. Συνεννόηση με κοινωνικό λειτουργό για έναρξη συνεδριών. 6. Τόνωση του ηθικού του ασθενούς και της αυτοεκτίμησης του	στην πορεία και την εξέλιξη της νόσου. 3. Φέρνουμε τον ασθενή σε επικοινωνία με τον κοινωνικό λειτουργό.	3. Έχει αρχίσει να συμμετέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις. 4. Φαίνεται πως έχει αποκτήσει την αυτοεκτίμηση του μετά από την δραστηριοποίηση του.
6. Κατάκλιση του κόκκυγα	1. Επούλωση της κατάκλισης της ασθενούς. 2. Πρόληψη επιπλοκών όπως: επιμόλυνση της κατάκλισης, δημιουργία δευτεροπαθών κατακλίσεων.	1. Περιποίηση της κατάκλισης τηρώντας τους όρους ασηψίας για την αποφυγή μολύνσεων. 2. Συχνή αλλαγή θέσεων εφ' όσον αυτό δεν επηρεάζει την κατάσταση της ασθενούς. 3. Πλύσιμο του γύρου από την κατάκλιση υγιούς δέρματος με ζεστή σαπουνάδα και	1. Πραγματοποίηση περιποίησης κατάκλισης και των γύρο από αυτήν υγείων ιστών τηρώντας τους όρους ασηψίας. 2. Εφαρμόζουμε συχνή αλλαγή θέσεων της ασθενούς. 3. Τοποθετούμε ειδικά επιθέματα στην κατάκλιση. 4. Πραγματοποιούμε με προσοχή την	1. Μετά την εκτέλεση των ενεργειών που αναφέραμε εκτιμούμε εάν βελτιώθηκε η κατάσταση της κατάκλισης. 2. Προλήφθηκε η δημιουργία νέων κατακλίσεων.

εντριβή της γύρο	τοποθέτηση και
περιοχής με	την αφαίρεση της
οινόπνευμα για την	σκωραμίδας όταν
αύξηση της	αυτή είναι
αιμάτωσης της	απαραίτητη.
περιοχής.	5. Φροντίζουμε τα
4. Διατήρηση της	κλινοσκεπάσματα
κατάκλισης και του	να είναι καθαρά
γύρου από αυτήν	και τεντωμένα.
υγιούς δέρματος	6. Χορηγούμε
καθαρό και στεγνό.	τροφές πλούσιες σε
5. Τοποθέτηση	λευκώματα.
ειδικών	
επιθεμάτων για την	
επούλωση της	
κατάκλισης.	
6. Συχνή	
παρακολούθηση	
του δέρματος στα	
σημεία πίεσης για	
τυχόν εμφάνιση	
κοκκινίλας.	
7. Χρησιμοποίηση	
στρώματος αέρα ή	
άλλου μέσου	

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2^ο

Η ασθενής Χ.Κ που πάσχει από σχιζοφρένεια εισήλθε στην ψυχιατρική κλινική του Νοσοκομείου Αθηνών «Γαλήνη» στις 12/2/2015. Η ηλικία του ασθενούς είναι 24 ετών. Κατά την εισαγωγή της πραγματοποιήθηκαν λήψη ιστορικού, αιματολογικές εξετάσεις, test κινήσεων ματιών, μαγνητική-αξονική τομογραφία εγκεφάλου, τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων και ψυχιατρική εκτίμηση.

Διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής πάσχει από την νόσο δύο χρόνια. Ανευρέθηκαν λοιπόν τα εξής συμπτώματα: δυσκαμψία μυών, υπερθερμία,, ακράτεια ούρων, ανισορροπία στην διατροφή, διαταραχή σκέψης.

Αξιολόγηση ατόμου	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
1.Δυσκαμψία μυών	<p>1.Ανακούφιση από την δυσκαμψία</p> <p>2. Βελτίωση της λειτουργικότητας των άνω και κάτω άκρων</p> <p>3. Πρόληψη επιπλοκών</p>	<p>1.Εξασφάλιση των κατάλληλων μηχανικών μέσων για την υποβοήθηση της διατήρησης της κινητικότητας της ασθενούς.</p> <p>2. Έναρξη φυσιοθεραπείας για διατήρηση εκτέλεσης ενεργητικών κινήσεων.</p> <p>3. Χορήγηση αναλγητικών και μυοχαλαρωτικών φαρμάκων μετά από ιατρική οδηγία.</p>	<p>1.Εξασφαλίζονται στην ασθενή τα κατάλληλα μηχανικά μέσα για την υποβοήθηση και διατήρηση της έγερσης της.</p> <p>Διδάσκεται η ασθενής τον σωστό τρόπο για την χρησιμοποίηση αυτών των μέσων</p> <p>2.Ενθαρρύνετε να εκτελέσει ενεργητικές κινήσεις πλήρους τροχιάς Ενεργητικές και παθητικές ασκήσεις για απαλλαγή της</p>	<p>1. Η ασθενής κατορθώνει να χρησιμοποιεί τα άνω και κάτω άκρα της με τα κατάλληλα μηχανικά μέσα και το θεραπευτικό σχήμα.</p> <p>2. Απέκτησε ασφάλεια και αυτοπεποίθηση στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων της</p> <p>3. Προλήφθηκαν επιπλοκές.</p>

- | | |
|---|--|
| 4. Διδασκαλία για την εκτέλεση ενεργητικών κινήσεων. | ασθενούς από την σπαστικότητα. |
| 5. Διδασκαλία για αποφυγή επιπλοκών | 3. Χορήγηση μυοχαλαρωτικών φαρμάκων για την ανακούφιση της |
| 6. Εκτέλεση συχνής περιποίησης του σώματος του ασθενούς. | ασθενούς από την δυσκαμψία και τον πόνο. |
| | 4. Εξηγήσαμε στην ασθενή την σημασία της κίνησης ώστε να διατηρηθεί ο μυϊκός τόνος και η μάζα των μυών και της |
| | 5. Επεξηγούμε τις επιπλοκές από την παραμονή στο κρεβάτι |
| | 7. Κατά την φυσιοθεραπεία ήμασταν παρών στην εκτέλεση των ασκήσεων, βοηθάμε την ασθενή και εξασφαλίζουμε το αίσθημα ασφάλειας |

<p>2.Υπερθερμία</p>	<p>1.Ρύθμιση της κεντρικής θερμοκρασίας του σώματος σε φυσιολογικές τιμές</p> <p>2.Υποστήριξη ζωτικών λειτουργιών.</p>	<p>1.Τοποθέτηση ασθενή σε δροσερό περιβάλλον. Μπορεί να χρησιμοποιήσει υπόθερμα λουτρά προκειμένου να προωθηθεί η ελλάτωση της θερμοκρασίας της επιφάνειας με μεταφορά της θερμότητας και της εξάτμισης. Πρόσληψη υγρών 3 λίτρα τουλάχιστον ημερησίως για την ενυδάτωση της ασθενούς.</p> <p>2. Έλεγχος ζωτικών λειτουργιών για την πρόληψη τυχόν επιπλοκών (μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα).</p>	<p>1. Τοποθετούμε τον ασθενή σε δροσερό περιβάλλον και χρησιμοποιεί υπόθερμα λουτρά. Της χορηγούμε τουλάχιστον 3 λίτρα υγρά κάθε μέρα.</p> <p>2.Παίρνουμε ζωτικά σημεία και καταγράφουμε τις τιμές στην κάρτα νοσηλείας. Κάθε τέσσερις ώρες γίνεται έλεγχος και επανεκτίμηση.</p>	<p>1. Η ασθενής δεν νιώθει δυσφορία και η κεντρική θερμοκρασία του σώματος επανήλθε στις φυσιολογικές της τιμές.</p> <p>2.Οι τιμές των ζωτικών λειτουργιών είναι φυσιολογικές και αποτρέψαμε τις επιπλοκές.</p>
<p>3.Ακράτεια ούρων</p>	<p>1. Επαναφορά όσο το δυνατόν περισσότερο στα φυσιολογικά επίπεδα την λειτουργία της ουροδόχου κύστης</p>	<p>1.Κατάρτιση προγράμματος ούρησης σε συνεργασία με τον νοσηλευτή.</p> <p>2.Λήψη μέτρων για την αποφυγή ουρολοίμωξης.</p> <p>3.Διδασκαλία</p>	<p>1.Εφαρμογή προγράμματος ούρησης.</p> <p>2.Πραγματοποίηση συχνής τοπικής καθαριότητας.</p> <p>3.Διατήρηση του ιματισμού στεγνού και καθαρού.</p>	<p>1.Μετά την λήψη των προαναφερθέντων μέτρων επιτεύχθηκε σε κάποιον βαθμό η φυσιολογική λειτουργία της ουροδόχου</p>

ασθενούς.
4.Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως με ιδιαίτερα λεπτούς χειρισμούς.
5.Λήψη δείγματος ούρων για καλλιέργεια.
6.Έλεγχος ισοζυγίου υγρών.

4.Τοποθέτηση καθετήρα folley με ιδιαίτερα προσεκτικούς χειρισμούς και τηρώντας τους κανόνες ασηψίας.
5.Λήψη δείγματος ούρων με άσηπτη τεχνική για καλλιέργεια.
6.Εξέταση του ισοζυγίου υγρών της ασθενούς.

κύστεως.
2.Προσλήφθηκαν επιπλοκές που προκαλούνταν από την δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης.

4.Ανισορροπία στην διατροφή

1.Επαρκή διατροφική πρόσληψη χωρίς απώλεια βάρους ή μυϊκής μάζας
2.Διατήρηση επαρκούς σίτισης με την χρήση διατροφικής υποστήριξης
3. Πρόληψη υποτροπών
4.Τακτική παρακολούθηση για σημάδια υποσιτισμού.

1. Αξιολόγηση της ικανότητας του ασθενούς να φάει.
2. Καθημερινό ζύγισμα του ασθενή στην ίδια κλίμακα και την ίδια ώρα.
3.Δυνατότητα χρόνου κατά την διάρκεια του γεύματος.
4. Παρακολούθηση βάρους σε εβδομαδιαία βάση.

1.Πραγματοποιήθηκε η αξιολόγηση ικανότητα σίτισης.
2.Πραγματοποιήθηκε καθημερινό ζύγισμα στην ίδια ώρα καθώς δόθηκε και ο απαραίτητος χρόνος για την σίτιση.
3. Έγινε η παρακολούθηση του βάρους κάθε εβδομάδα.

1.Η ασθενής κατάφερε να σιτίζεται και έγινε λήψη σωματικού βάρους σε ικανοποιητικά επίπεδα.
2.Δεν υπήρξαν επιπλοκές.

5. Διαταραχή σκέψης	<p>1. Προσδιορισμός παραγόντων που προκαλούν διαταραχή σκέψης</p> <p>2. Αποτελεσματική μείωση της έντασης και συχνότητας των επεισοδίων.</p> <p>3. Ανταπόκριση στην φαρμακευτική αγωγή</p>	<p>1. Καθαρή ομιλία προς την ασθενή με απλό και επαγγελματικό τρόπο.</p> <p>2. Εξήγηση όλων των θεραπειών, εξετάσεων και φαρμάκων πριν από την χρήση τους.</p> <p>3. Διδασκαλία ασθενή την ακινητοποίηση της σκέψης και στις τεχνικές εστίασης.</p> <p>4. Συζήτηση για τα συναισθήματά της.</p> <p>5. Εφαρμογή εναλλακτικών τρόπων για την εξωτερίκευση των συναισθημάτων της χωρίς απειλητικό τρόπο.</p>	<p>1. Η νοσηλεύτρια ξεκίνησε να μιλά στην ασθενή με απλό και επαγγελματικό τρόπο.</p> <p>2. Της εξήγησε όλες τις θεραπείες, εξετάσεις, φάρμακα πριν την χρήση τους.</p> <p>3. Δίδαξε την ασθενή την ακινητοποίηση της σκέψης καθώς και τεχνικές εστίασης.</p> <p>4. Συζήτησε μαζί της για τα συναισθήματά της.</p> <p>5. Εφάρμοσε εναλλακτικούς τρόπους εξωτερίκευσης συναισθημάτων χωρίς απειλητικό τόνο.</p>	<p>1. Μετά από τις προαναφερθείσες παρεμβάσεις η ασθενής όχι μόνο κατάφερε να μειώσει την ένταση και την συχνότητα των επεισοδίων της αλλά ξεκίνησε να κοινωνικοποιείται και να εμπιστεύεται τους ανθρώπους περισσότερο από πριν.</p>
----------------------------	---	--	---	--

6.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική διαταραχή κατά την οποία οι άνθρωποι δεν μπορούν να ξεχωρίσουν τι ανήκει στην πραγματικότητα και τι στην φαντασία. Τα επιδημιολογικά στοιχεία υποδεικνύουν ότι 5 στους 1000 πάσχουν από σχιζοφρένεια. Αποτελεί μια χρόνια κατάσταση που απαιτεί ισόβια θεραπεία. Γι' αυτό τον λόγο οι νοσηλευτές διαδραματίζουν ενεργό ρόλο στην αναγνώριση και την πρόληψη της αλλά και τον ρόλο του δασκάλου και του καθοδηγητή μέσα στην κοινωνία σε στενή συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

1. <http://www.newhealthguide.org/Function-Of-The-Nervous-System.html>
2. <http://www.teiath.gr/userfiles/akanellou/phys2%20fyll1%20kns.pdf>
3. plaa-education.wdfiles.com/local--files/e-class.../NEYPIKO%20ΣΥΣΤΗΜΑ.ppt
4. Δρ. Καστορινης Αντωνης, Κωστακη-Αποστολοπουλου Μαρια, Δρ. Μπαρωνα-Μαμαλη Φωτεινη, Δρ. Περακη Βασιλικη, Δρ. Πιαλογλου Περικλης (Β' έκδοση 1999). «Κεφ. 9 Νευρικό σύστημα». Α' Γενικού Λυκείου-Βιολογία. Αθήνα: Οργανισμός εκδόσεων διδακτικών βιβλίων.
5. Νικόλαος Χ. Σύρμος. «Μαθήματα Φυσιολογίας -Νευρικό σύστημα Βασικές έννοιες». Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.. Ανακτήθηκε στις 15 Απρ 2016.
6. Ε.Δ. Κατρίτση (1985). «Κεφ. 10 Νευρικό σύστημα». Ανατομία Φυσιολογία. Αθήνα: Ίδρυμα Ευγενίδου, σελ. 123-144.
7. <http://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/MED742/%CE%A0%CE%B5%CF%81%CF%86%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CE%9D%CE%A3%20%CE%9D%CF%8C%CF%83%CE%BF%CF%82%20%CE%9A%CE%B9%CE%BD%CE%B7%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%8D%20%CE%9D%CE%B5%CF%85%CF%81%CF%8E%CE%BD%CE%B1%20%CE%9A%CE%9F%CE%9A%CE%9A%CE%9F%CE%A4%CE%97%CE%A3.pdf>
8. www.eclass.teipel.gr/eclass2/modules/document/file.php/HSPLTH107/%CE%9C%CE%91%CE%98%CE%97%CE%9C%CE%91%204%CE%BF%20%CE%9C%CE%95%CE%A1%CE%9F%CE%A3%20%CE%92.pdf
9. <http://eclass.uth.gr/eclass/modules/document/file.php/SEYA213/%CE%94%CE%B9%CE%B1%CE%BB%CE%AD%CE%BE%CE%B5%CE%B9%CF%82/%CE%91%CF%85%CF%84%CF%8C%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%BF%20%CE%BD%CE%B5%CF%85%CF%81%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CF%83%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1-%CE%BC%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%B2%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82%20%CF%84%CE%BF%CF%85%20%CE%B5%CE%B3%CE%BA%CE%B5%CF%86%CE%AC%CE%BB%CE%BF%CF%85.pdf>
10. <http://www.innerbody.com/image/nervov.html#full-description>

11. Νικόλαος Χ. Σύρμος. «Μαθήματα Φυσιολογίας -Νευρικό σύστημα Βασικές έννοιες». Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.
12. Ε.Δ. Κατρίτση (1985). «Κεφ. 10 Νευρικό σύστημα». Ανατομία Φυσιολογία. Αθήνα: Ίδρυμα Ευγενίδου, σελ. 123-144.
13. Παύλος Ρήγας. «Εργαστήριο Φυσιολογίας». ΤΕΙ Αθήνας.
14. Ζέτα Παπαδοπούλου-Νταϊφώτη, Δρ Στέλλα Γ. Γιακουμάκη, Γεώργιος Κωστόπουλος (19 Δεκ 2007). «Νευροεπιστήμες - 1. Νευρικό σύστημα». Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών.
15. T G M van Erp, D P Hibar, J M Rasmussen, D C Glahn, G D Pearlson, O A Andreassen, I Agartz, L T Westlye, U K Haukvik, A M Dale, I Melle, C B Hartberg, O Gruber, B Kraemer, D Zilles, G Donohoe, S Kelly, C McDonald, D W Morris, D M Cannon, A Corvin, M W J Machielsen, L Koenders, L de Haan, D J Veltman, T D Satterthwaite, D H Wolf, R C Gur, R E Gur, S G Potkin, D H Mathalon, B A Mueller, A Preda, F Macciardi, S Ehrlich, E Walton, J Hass, V D Calhoun, H J Bockholt, S R Sponheim, J M Shoemaker, N E M van Haren, H E H Pol, R A Ophoff, R S Kahn, R Roiz-Santiañez, B Crespo-Facorro, L Wang, K I Alpert, E G Jönsson, R Dimitrova, C Bois, H C Whalley, A M McIntosh, S M Lawrie, R Hashimoto, P M Thompson, J A Turner. Subcortical brain volume abnormalities in 2028 individuals with schizophrenia and 2540 healthy controls via the ENIGMA consortium. *Molecular Psychiatry*, 2015
16. Picchioni MM; Murray RM (July 2007). "Schizophrenia". *BMJ*. 335 (7610): 91–5.
17. Van Os J, Kapur S (August 2009). "Schizophrenia" (PDF). *Lancet*. 374 (9690): 635–45.
18. <http://www.nhs.uk/Conditions/Schizophrenia/Pages/Causes.aspx>
19. https://en.wikipedia.org/wiki/Serotonin#/media/File:Pubmed_equitativa_hormonal.png
20. <http://www.nytimes.com/health/guides/disease/schizophrenia/risk-factors.html>
21. Mednick SA, Machon RA, Huttunen MO, Bonett D (1988) Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic. *Arch Gen Psychiatry*, 45, 189–92.
22. O’Callaghan E, Sham P, Takei N, Glover G, Murray RM (1991) Schizophrenia after prenatal exposure to 1957 A2 influenza epidemic. *Lancet*, 337, 1248–50.
23. Susser E, Neugebauer R, Hoek HW et al. (1996) Schizophrenia after prenatal famine. Further evidence. *Arch Gen Psychiatry*, 53, 25–31.
24. Geddes JR, Verdoux H, Takei N et al. (1999) Schizophrenia and complications of pregnancy and labor: an individual patient data meta-analysis. *Schizophr Bull*, 25, 413–23.
25. Cannon M, Jones PB, Murray RM (2002) Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. *Am J Psychiatry*, 159, 1080–92.

26. Jones P, Rantakallio P, Hartikainen A-L, Isohanni M, Sipilä P (1998) Schizophrenia as a long-term outcome of pregnancy, delivery and perinatal complications: a 28 year follow-up of the 1966 North Finland General Population Birth Cohort. *Am J Psychiatry*, 155, 355–64.
27. Boydell J, Murray R (2003) Urbanization, migration and risk of schizophrenia. In: Murray RM, Jones PB, Susser E, van Os J, Cannon M (eds) *The Epidemiology of Schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press, 49–67.
28. Lewis G, David A, Andreasson S, Allebeck P (1992) Schizophrenia and city life. *Lancet*, 340, 137–40.
29. Mortensen PB, Pedersen CB, Westergaard T et al. (1999) Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. *N Engl J Med*, 340, 603–8.
30. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/4305783.stm>
31. Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*. 5th ed. Arlington, Va.: American Psychiatric Association; 2013. <http://www.psychiatryonline.org>. Accessed July 12, 2013.
32. http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
33. Kuhn R (2004). tr. Cahn CH. "Eugen Bleuler's concepts of psychopathology". *History of Psychiatry*. 15 (3): 361–6.
34. <http://www.pbs.org/wgbh/amex/nash/timeline/index.html>
35. Dix, Dorothea L (1843), Memorial to the Legislature of Massachusetts 1843, p. 2, retrieved 12 November 2010
36. Briska, William (1997). *The History of Elgin Mental Health Center: Evolution of a State Hospital*. Crossroads Communications. p. 12. ISBN 0-916445-45-3.
37. Hannah S Decker, How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians?—from Emil Kraepelin to DSM-III Special Edition of *History of Psychiatry*,
38. Berrios, G E (2011). "Eugen Bleuler's Place in the History of Psychiatry". *Schizophrenia Bulletin*. 37 (6): 1095–1098. doi:10.1093/schbul/sbr132.
39. Yuhas, Daisy. "Throughout History, Defining Schizophrenia Has remained a Challenge". *Scientific American Mind* (March 2013). Retrieved 2 March 2013.
40. Joseph, Jay (2004). *The Gene Illusion: Genetic Research in Psychiatry and Psychology Under the Microscope*. Algora Publishing. p. 160. ISBN 0875863442.
41. Bleuler E. (1924). *Textbook of Psychiatry*. New York: Macmillan. p. 214. See: Read J, Masson J (2004). "Genetics, eugenics and mass murder". In Read J, Mosher RL, Bentall RP. *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*. Hove, East Sussex: Brunner-Routledge. p. 36. ISBN 1583919058.

42. R. Gregory, *The Oxford Companion to the Mind* (1987) p. 697
43. Richard Warner, *Recovering from Schizophrenia* (2004) p. 146
44. <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-institute-mental-health-nimh>
45. Kim Y; Berrios GE (2001). "Impact of the term schizophrenia on the culture of ideograph: the Japanese experience". *Schizophr Bull.* 27 (2): 181–5.
46. Sato M (2004). "Renaming schizophrenia: a Japanese perspective". *World Psychiatry.* 5 (1): 53–55. PMC 1472254 free to read. PMID 16757998.
47. Van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet.* 2009;374(9690):635–45.
48. Jablensky A, Sartorius N., Ernberg G., Anker M., Korten A., Cooper J.E., Day R., Bertelsen A. (1992). *Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures: A World Health Organization ten-country study.* Psychological Medicine Monograph Supplement 20, Cambridge, Cambridge University Press.
49. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV, 4th ed.* Washington (DC): American Psychiatric Association. 886 p
50. Warner R. and de Girolamo G. (1995). *Schizophrenia*, Geneva, World Health Organization.
51. Munk-Jørgensen P *Acta Psychiatr Scand.* 1987 Aug; 76(2):210-6.
52. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D *BMC Med.* 2004 Apr 28; 2(2):13.
53. Aleman A, Kahn RS, Selten JP *Arch Gen Psychiatry.* 2003 Jun; 60(6):565-71.
54. Hafner, H.; Maurer, K.; Löffler, W. Onset and prodromal phase as determinants of the course. In: Gattaz, WF.; Hafner, H., editors. *Search for the Causes of Schizophrenia: Vol IV--Balance of the Century.* Darmstadt: Steinkopf Springer; 1999. p. 35-58.
55. Tarrant CJ, Jones PB. Precursors to schizophrenia: do biological markers have specificity. *Canadian journal of psychiatry* 1999;44(4):335–349
56. Niemi LT, Suvisaari JM, Tuulio-Henriksson A, Lonnqvist JK. Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: evidence from high-risk studies. *Schizophrenia research* 2003;60(2–3):239–258. [PubMed: 12591587]
57. Ayuso-Mateos, Jose Luis. "Global burden of schizophrenia in the year 2000
58. Elixhauser A, Steiner C. *Readmissions to U.S. Hospitals by Diagnosis, 2010.* HCUP Statistical Brief #153. Agency for Healthcare Research and Quality. April 2013..

59. https://en.wikipedia.org/wiki/Epidemiology_of_schizophrenia#/media/File:Schizophrenia_world_map_-_DALY_-_WHO2004.svg
60. Cullen KR, Kumra S, Regan J et al.. Atypical Antipsychotics for Treatment of Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Times*. 2008;25(3).
61. Häfner, H.; Riecher, A.; Maurer, K.; Löffler, W.; Munk-Jørgensen, P.; Strömgen, E. (2009). "How does gender influence age at first hospitalization for schizophrenia? A transnational case register study". *Psychological Medicine*. 19 (4): 903–918.
62. Angermeyer, M. C.; Kühn, L. (1988). "Gender differences in age at onset of schizophrenia. An overview". *European archives of psychiatry and neurological sciences*. 237 (6): 351–364
63. Murthy GV, Janakiramaiah N, Gangadhar BN, Subbakrishna DK. Sex difference in age at onset of schizophrenia: Discrepant findings from India. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;97:321–5. [PubMed]
64. Thara R, Joseph AA. Gender differences in symptoms and course of schizophrenia. *Indian J Psychiatry*. 1995;37:124–8. [PMC free article] [PubMed]
65. Varma VK, Wig NN, Phookun HR, Misra AK, Khare CB, Tripathi BM, et al. First-onset schizophrenia in the community: Relationship of urbanization with onset, early manifestations and typology. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;96:431–8.
66. Gangadhar BN, Panner Selvan C, Subbakrishna DK, Janakiramaiah N. Age-at-onset and schizophrenia: Reversed gender effect. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105:317–9.
67. http://physio2090.blogspot.gr/2012/04/facts-that-you-need-to-know-about_12.html
68. <http://www.webmd.com/schizophrenia/guide/schizophrenia-myths-and-facts>
69. <http://www.sfnsw.org.au/Mental-Illness/Schizophrenia/Schizophrenia-Myths-and-Facts#.V-8Q4iYgXIU>
70. <https://www.mentalhealth.gov/basics/myths-facts/>
71. Drake, R.E., McHugo, G.J., Xie, H., Fox, M., Packard, J., & Helmstetter, B. (2006). Ten-Year Recovery Outcomes for Clients With Co-Occurring Schizophrenia and Substance Use Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 464-473.
72. Cullen KR, Kumra S, Regan J, et al. (2008). "Atypical Antipsychotics for Treatment of Schizophrenia Spectrum Disorders". *Psychiatric Times*. 25 (3).
- 73 <http://www.synergyresearchcenters.com/schizophrenia-warning-signs/>
74. American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. American Psychiatric Pub. ISBN 978-0-89042-025-6. p. 299

75. Heinz, A.; Voss, M.; Lawrie, S. M.; Mishara, A.; Bauer, M.; Gallinat, J.; Juckel, G.; Lang, U.; Rapp, M. (2016-07-15). "Shall we really say goodbye to first rank symptoms". *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*. 37: 8–13
76. Carson VB (2000). *Mental health nursing: the nurse-patient journey* W.B. Saunders. ISBN 978-0-7216-8053-8. p. 638.
77. Shah, JN; Qureshi, SU; Jawaid, A; Schulz, PE (June 2012). "Is there evidence for late cognitive decline in chronic schizophrenia?". *The Psychiatric quarterly*. 83 (2): 127–44.
78. Kurtz, Matthew M.; Moberg, Paul J.; Gur, Ruben C.; Gur, Raquel E. (2001-12-01). "Approaches to Cognitive Remediation of Neuropsychological Deficits in Schizophrenia: A Review and Meta-Analysis". *Neuropsychology Review*. 11 (4): 197–210.
79. Tan, Bhing-Leet (2009-08-01). "Profile of cognitive problems in schizophrenia and implications for vocational functioning". *Australian Occupational Therapy Journal*. 56 (4): 220–228
80. Hirsch SR; WeinbergerDR (2003). *Schizophrenia*. Wiley-Blackwell. p. 481. ISBN 978-0-632-06388-8.87.
81. Ungvari GS; Caroff SN; Gerevich J (March 2010). "The catatonia conundrum: evidence of psychomotor phenomena as a symptom dimension in psychotic disorders". *Schizophr Bull*. 36 (2): 231–8
82. Velligan DI & Alphas LD (1 March 2008). "Negative Symptoms in Schizophrenia: The Importance of Identification and Treatment". *Psychiatric Times*. 25 (3).90.
83. <http://www.nytimes.com/health/guides/disease/schizophrenia/symptoms.html>
84. Bleuler, Eugen (1908). "Die Prognose der Dementia Praecox -- Schizophreniegruppe". *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. 65: 436–434.
85. Cutting, John and Shepherd, Michael (1987). *The Clinical Roots of the Schizophrenia concept: Translations of Seminal European Contributions to Schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press. pp. 59–74.
86. Cutting J and Charlish A, 1995, *Schizophrenia*, Thorsons
87. Warner R, 2000, *The Environment of Schizophrenia*, Brunner Routledge, P9.
88. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/schizophrenia-booklet-12-2015/index.shtml>
89. Chen E, Berrios GE (1996). "Recognition of hallucinations: a multidimensional model and methodology". *Psychopathology*. 29 (1): 54–63
90. Woodruff PW *Cogn Neuropsychiatry*. 2004 Feb-May; 9(1-2):73-91.
91. Schneider K. *Clinical Psychopathology*. 5th ed. New York: Grune & Stratton; 1959.

92. Mueser KT, Bellack AS, Brady EU Acta Psychiatr Scand. 1990 Jul; 82(1):26-9.
93. Small IF, Small JG, Andersen JM Dis Nerv Syst. 1966 May; 27(5):349-53.
94. Goodwin DW, Alderson P, Rosenthal R Arch Gen Psychiatry. 1971 Jan; 24(1):76-80.
95. De Leede-Smith S, Barkus E; A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. Front Hum Neurosci. 2013 Jul 16;7:367.
96. De Loore E, Gunther N, Drukker M, et al; Persistence and outcome of auditory hallucinations in adolescence: a longitudinal population study of 1800 individuals. Schizophr Res. 2011 Apr;127(1-3):252-6. Epub 2011 Feb 18
97. Magill's Encyclopedia of Social Science: Psychology. California: Salem Press, Inc. 2003. pp. 718–719.
98. Knowles, R.; McCarthy-Jones S.; Rowse G. (2011). "Grandiose delusions: A review and theoretical integration of cognitive and affective perspectives". Clinical Psychology Review. 31 (4): 684–696
99. Stompe, T.; et al. (2007). "Paranoid-hallucinatory syndromes in schizophrenia results of the international study on psychotic symptoms". World Cultural Psychiatry Review: 63–68.
100. Suhail, K. (2003). "Phenomenology of delusions in Pakistani patients: effect of gender and social class". Psychopathology. 36: 195–199
101. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/schizophrenia-booklet-12-2015/index.shtml>
102. <http://www.nhs.uk/Conditions/Schizophrenia/Pages/Symptoms.aspx>
103. Yudofsky, Stuart C.; Hales, Robert E. (2002). The American Psychiatric Publishing Textbook of Clinical Psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Association. ISBN 1-58562-032-7. OCLC 49576699.
104. Ραμπαβίλας, Α.Δ & Χριστοδούλου, Γ.Ν. Σχιζοφρένεια. Στο: Χριστοδούλου, Γ.Ν., Ραμπαβίλας, Α.Δ., Σολδάτος, Κ.Ρ., Αλεβίζος, Β.Η. & Κονταξάκης, Β.Π. (2003). Ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
105. Fink M, Taylor MA: CATATONIA: A Clinician's Guide to Diagnosis and Treatment, Cambridge U Press, 2003"
106. <https://www.livingwithschizophreniauk.org/symptoms-of-schizophrenia/>
107. Reveley A, 2008, Your Guide to Schizophrenia, Hodder Arnold, P9
108. Burton N, 2012, Living with Schizophrenia, Acheron Press, P20.

109. Velligan DI & Alphas LD (1 March 2008). "Negative Symptoms in Schizophrenia: The Importance of Identification and Treatment". *Psychiatric Times*. 25 (3).
110. Kavanagh, D H; Tansey, K E; O'Donovan, M C; Owen, M J (2014). "Schizophrenia genetics: emerging themes for a complex disorder". *Molecular Psychiatry*. 20 (1): 72–76.
111. Smith T; Weston C; Lieberman J (August 2010). "Schizophrenia (maintenance treatment)". *Am Fam Physician*. 82 (4): 338–9. PMID 20704164.
112. Blanchard JJ, Neale JM *Am J Psychiatry*. 1994 Jan; 151(1):40-8.
113. Dickinson D, Iannone VN, Wilk CM, Gold JM *Biol Psychiatry*. 2004 Apr 15; 55(8):826-33.
114. Bilder RM, Goldman RS, Volavka J, Czobor P, Hoptman M, Sheitman B, Lindenmayer JP, Citrome L, McEvoy J, Kunz M, Chakos M, Cooper TB, Horowitz TL, Lieberman JA *Am J Psychiatry*. 2002 Jun; 159(6):1018-28.
115. Harvey PD, Docherty NM, Serper MR, Rasmussen MS *Schizophr Bull*. 1990; 16(1):147-56.
116. <http://www.dsm5.org/about/pages/default.aspx>
117. "International Classification of Diseases (ICD)". World Health Organization. Archived from the original on 12 February 2014. Retrieved 14 March 2014.
118. Varcarolis, Elizabeth. "Psychiatric nursing care plans" 2006
119. "Schizophrenia". University of Michigan Department of Psychiatry. Retrieved 2013-06-24.
120. <http://psychcentral.com/lib/paranoid-schizophrenia/>
121. Mayo Foundation for Medical Education and Research (2013). Paranoid Schizophrenia. *Mayo Clinic*. 231.
122. Smith, M., Segal J. (2013). Schizophrenia signs, symptoms, and causes.
123. <http://mentalhealthdaily.com/2014/04/05/5-different-types-of-schizophrenia/>
124. Addington D, Bouchard RH, Goldberg J, Honer B, Malla A, Norman R, Tempier R. Clinical practice guidelines: treatment of schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2005;50:7s-57s.
125. International early psychosis association writing group. International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br J Psychiatry*. 2005;187:s120-s124.
126. Athanasiadis, Loukas (December 1997). "Greek mythology and medical and psychiatric terminology" (PDF). *The Psychiatrist*. 21 (12): 781

127. Liddle PF (August 1987). "The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive-negative dichotomy". *Br J Psychiatry*. 151 (2): 145–51.
128. McGlashan TH, Fenton WS (1993). "Subtype progression and pathophysiologic deterioration in early schizophrenia". *Schizophr Bull*. 19 (1): 71–84.
129. <http://www.psyweb.com/mdisord/SchizoDis/cattype.jsp>
130. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision) (pp. 313–317).
131. <http://www.psyweb.com/mdisord/SchizoDis/redtype.jsp>
132. "The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders" (PDF). World Health Organization. p. 26.
133. "The symptoms of depression in schizophrenia and its management". *Advances in Psychiatric Treatment*. 1 May 2000.
134. "Post-schizophrenic depression". *Annales Medico-Psychologiques*. Jun 1975.
135. "Depression in schizophrenia". *Vestnik Rossiiskoi akademii meditsinskikh nauk*. 2008.
136. <https://mhreference.org/schizophrenic/schizophrenia-icd/depression/>
137. Brown University - Schizophrenia DSM-IV TR#295.1-295.30, 295.90) Retrieved 2012-01-22
138. Baiceng Lou, Thomas Dey - *Soothing the troubled mind: acupuncture and moxibustion in the treatment of schizophrenia* Paradigm Publications, 1999 Retrieved 2012-01-22
139. Kim Tornvall Mueser & Dilip V. Jeste 2008 - *Clinical Handbook of Schizophrenia* - 650 pages Guilford Press, 27 Mar 2008 Retrieved 2012-01-22 ISBN 1-59385-652-0
140. World Health Organisation 1993 - *classifications/icd* Retrieved 2012-02-04
141. <http://www.viralnova.com/schizophrenic-art/>
142. http://www.huffingtonpost.com/2013/08/06/charles-steffen_n_3713308.html
143. cooper.pdf
144. Pokos V, Castle DJ. Prevalence of comorbid anxiety disorders in schizophrenia spectrum disorders: a literature review. *Curr Psychiatry Rev* 2006;2:285-307.
145. Boyd JH, Burke JD Jr, Gruenberg E, et al. Exclusion criteria of DSM-III. A study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:983-989.
146. Robins LN, Regier DA. New York, NY: The Free Press; 1991. *Psychiatric Disorders in America: the Epidemiological Catchment Area Study*

147. Boyd JH. Use of mental health services for the treatment of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1986;143:1569-1574.
148. . . Goodwin R, Lyons JS, McNally RJ. Panic attacks in schizophrenia. *Schizophr Res* 2002;58:213-220.
149. Robins LN, Regier DA. New York, NY: The Free Press; 1991. *Psychiatric Disorders in America: the Epidemiological Catchment Area Study*.
150. Katerndahl DA, Realini JP. Lifetime prevalence of panic states. *Am J Psychiatry* 1993;150:246-249.
151. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al. The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2006;67:363-374.
152. Goodwin RD, Amador XF, Malaspina D, Yale SA, Goetz RR, Gorman JM. Anxiety and substance use comorbidity among inpatients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2003;61:89-95.
153. Morgan C, Fisher H. Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma—a critical review. *Schizophr Bull* 2007;33:3-10.
154. Hwang MY, Losonczy MF, Lee M, Chrichton J. Management of obsessive-compulsive schizophrenia. Program and abstracts from the 153rd Annual American Psychiatric Association Meeting, May 13-18, 2000; Chicago, Illinois. Abstract 56B.
155. Hwang MY, Morgan JE, Losonczy MF. Clinical and neuropsychological profiles of obsessive-compulsive schizophrenia: a pilot study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2000;12(1):91-94.
156. Ziedonis DM, Smelson DA, Krejci J, et al. Schizophrenia and comorbid substance abuse. In: Program and abstracts from the 153rd Annual American Psychiatric Association Meeting, May 13-18, 2000; Chicago, Illinois. Abstract 56D.
157. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th ed). Washington, DC.:American Psychiatric Publishing.
158. Brief Research Communication Assessing the Validity of Blood-Based Gene Expression Profiles for the Classification of Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Preliminary Report.
159. Department of Psychiatry, Institute of Behavioral Genomics, University of California, San Diego, La Jolla, California. Harvard Departments of Epidemiology and Psychiatry, Harvard Institute of Psychiatric Epidemiology and Genetics, Boston, Massachusetts
160. Bunevicius R. Thyroid disorders in mental patients. *Current Opinion in Psychiatry*. 2009;22(4):391–395.

161. Predicting schizophrenia: findings Predicting schizophrenia: findings from the Edinburgh High-Risk Study Eve c. Johnstone, Klaus p. Ebmeier, Patrick miller, David g. c. Owens and Stephen m. Lawrie David g. c. o 302.
162. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/3224437.stm>
163. <http://www.physicscentral.com/explore/plus/schizophrenia-test.cfm>
164. Johnstone EC, Ebmeier KP, Miller P, Owens DG, Lawrie SM: Predicting schizophrenia: findings from the Edinburgh High-Risk Study. *Br J Psychiatry* 2005, 186:18-25
165. Courtesy of Dr. E. Fuller Torrey and Dr. Daniel Weinberger, Clinical Brain Disorders Branch, National Institute of Mental Health.
166. https://openi.nlm.nih.gov/detailedresult.php?img=PMC3181763_DialoguesClinNeurosci-8-71-g001&req=4
167. Jeeves, Malcolm A. (1994). *Mind Fields: Reflections on the Science of Mind and Brain*. Grand Rapids, MI: Baker Books., p. 21
168. <http://www.radiologyinfo.org/en/info.cfm?pg=headct>
169. Stability of CT scan findings in schizophrenia: results of an 8 year follow-up study Barbara p Illowsky, Enise m Juliano, Llewellyn b Bigelow, Daniel r Weinberger From the Clinical Brain Disorders Branch, Intramural Research Program, National Institute of Mental Health, Washington, DC, USA
170. <https://gr.pinterest.com/pin/224546731396250724>
171. Niedermeyer E.; da Silva F.L. (2004). *Electroencephalography: Basic Principles, Clinical Applications, and Related Fields*. Lippincot Williams & Wilkins.
172. <http://www.healthline.com/health/eeg#Overview1>
173. http://www.frontiersin.org/files/Articles/35413/fpsyg-04-00030-HTML/image_m/fpsyg-04-00030-g004.jpg
174. Strauss, J.S. and Carpenter, W.T. (1972). The prediction of outcome in schizophrenia. I. Characteristics of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 27, 739–46.
175. Marengo, J. (1994). Classifying the courses of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 519–36.
176. Breier, A., Schreiber, J.L., Dyer, J., and Pickar, D. (1991). National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 48, 239–46.
177. <http://www.news-medical.net/health/Schizophrenia-Prognosis.aspx>
178. <http://www.schizophrenia.com/szfacts.htm>

179. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM (March 2005). «The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination». Archives of General Psychiatry 62 (3): 247–53.
180. Carlborg A, Winnerbäck K, Jönsson EG, Jokinen J, Nordström P (July 2010). «Suicide in schizophrenia». Expert Rev Neurother 10 (7): 1153–64.
181. <http://www.galinos.gr/web/drugs/main/nomcodes/04.02>
182. http://www.medscape.com/viewarticle/407762_3
183. Kane JM, Leucht S, Carpenter D, Docherty JP, for the Expert Consensus Panel for Optimizing Pharmacologic Treatment of Psychotic Disorders. The expert consensus guideline series. Optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders. Introduction: methods, commentary, and summary. J Clin Psychiatry. 2003;64(suppl 12):5–19.
184. <https://web.williams.edu/imput/synapse/pages/IIIB5.htm>
185. <http://www.galinos.gr/web/drugs/main/nomcodes/04.02>
186. Breier, A. and Berg, P.H. (1999). The Psychosis of Schizophrenia: Prevalence, Response to Atypical Antipsychotics, and Prediction of outcome. Biol Psychiatry, 46, 361.
187. <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/schizophrenia/diagnosis-treatment/treatment/txc-20253211>
188. Spollen, J.J. & Gutman, D. (2002). Recent findings in schizophrenia. 15th European College of Neuropsychopharmacology Congress. October 5-9, Barcelona, Spain.
189. <http://www.webmd.com/schizophrenia/guide/schizophrenia-medications?page=2>
190. Ραμπαβίλας, Α.Δ & Χριστοδούλου, Γ.Ν. Σχιζοφρένεια. Στο: Χριστοδούλου, Γ.Ν., Ραμπαβίλας, Α.Δ., Σολδάτος, Κ.Ρ., Αλεβίζος, Β.Η. & Κονταξάκης, Β.Π. (2003). Ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
191. <http://www.magneticstimulation.gr/index.php/el/%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%AF%CE%B1-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%AC%CE%B8%CE%BB%CE%B9%CF%88%CE%B7%CF%82-%CE%BC%CE%B5-%CE%B5%CF%80%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CE%BB%CE%B7%CF%80%CF%84/>
192. http://www.klinikilyrakou.gr/rTMS_gr/faq_gr.html
193. Boroojerdi B, Töpper R, Foltys H, Meincke U. Transcallosal inhibition and motor conduction studies in patients with schizophrenia using transcranial magnetic stimulation. Br J Psychiatry, 175:375-79, 1999
194. Caramia MD, Cicinelli P, Paradiso C, et al. Excitability changes of muscular responses to magnetic brain stimulation in patients with central motor disorders. Electroenc Cl Neurophys, 81:243-50, 1991

195. Hoffman RE, Boutros NN, Berman RM et al. Transcranial magnetic stimulation of left temporoparietal cortex in three patients reporting hallucinated 'voices'. *Biol Psychiatry*, 46:130-2, 1999
196. Χριστοδούλου, Γ.Ν. & Συνεργάτες. (2000). *Ψυχιατρική. Α' & Β' τόμος, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών: Εκδόσεις Βήτα.*
197. Beck AT (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press
198. Bentall RP, Haddock G, Slade PD (1994) Cognitive behavior therapy for persistent auditory hallucinations: From theory to therapy. *Behav Ther.* 25:51–66.
199. Chadwick P, Birchwood M, Trower P (1996) *Cognitive therapy for delusions, voices, and paranoia.* West Sussex, UK: John Wiley & Sons.
200. Kingdon DG, Turkington D (1994) *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia.* New York: Guilford.
201. Wittorf A, Jakobi UE, Bannert KK, Bechdorf A, Müller BW, Sartory G, Wagner M, Wiedemann G, Wölwer W, Herrlich J, Buchkremer G, Klingberg S (2010) Does the cognitive dispute of psychotic symptoms do harm to the therapeutic alliance? *J Nerv Ment Dis.* 198:478–485.
202. Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Flesher S, Reiss D, Carter M, Ulrich RL (1995) Personal therapy: A disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 21:379–393
203. Wykes T, Parr AM, Landau S (1999) Group treatment of auditory hallucinations: Exploratory study of effectiveness. *Br J Psychiatry.* 175:180–185
204. Dickerson FB (2000) Cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia: A review of recent empirical studies. *Schizophr Res.* 43:71–90.
205. Brabban A, Tai S, Turkington D (2009) Predictors of outcome in brief cognitive behavior therapy for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 35:859–864.
206. Startup M, Jackson MC, Bendix S (2004) North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: Outcomes at 6 and 12 months. *Psychol Med.* 34:413–422.
207. Kemp R, Hayward P, Applewhaite P, Everitt B, Anthony B (1996) Compliance therapy in psychotic patients: Randomised controlled trial. *BMJ.* 312: 345–349
208. Bach P, Hayes SC (2002) The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 70:1129–1139

209. Gaudio BA, Herbert JD (2006) Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behav Res Ther.* 44:415–437
210. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi J. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:465–497.
211. National Institute for Clinical Excellence. Schizophrenia (update). Clinical Guidelines CG82. NICE; 2009.
212. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(12):CD000088
213. Addington J, Burnett P. Working with families in the early stages of psychosis. In: Gleeson J, McCorry P, editors. *Psychological Interventions for Early Psychosis*. Chichester: Wiley and Sons; 2004: 99–116.