



Τ.Ε.Ι ΗΠΕΙΡΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ  
ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ**

Σπουδάστρια:

**ΜΩΡΑΪΤΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑ Α.Μ: 11934**

Επιβλέπων καθηγητής:

**ΒΑΙΟΣ ΠΕΡΙΤΟΓΙΑΝΝΗΣ**

**ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ**

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2013



## Πίνακας περιεχομένων

Πρόλογος.....	6
Εισαγωγή.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΟΦΘΑΛΜΟΥ ΚΑΙ ΩΤΟΣ .....	9
1.1 Παθολογία οφθαλμού.....	9
1.2 Προβλήματα διάθλασης .....	10
1.2.1 Διαταραχές της προσαρμογής.....	12
1.3 Παθήσεις του επιπεφυκότα .....	13
1.3.1 Μελάνωση του επιπεφυκότα.....	13
1.3.2 Όγκοι του επιπεφυκότα.....	13
1.4 Παθολογία του Κερατοειδούς.....	14
1.4.1 Εκφυλίσεις Κερατοειδούς.....	14
1.4.2 Δυστροφίες του κερατοειδούς.....	15
1.4.2.1 Εκτατικές δυστροφίες του κερατοειδούς.....	15
1.4.3 Συγγενείς ανωμαλίες του κερατοειδούς.....	16
1.5 Παθολογία του φακού.....	16
1.5.1 Καταρράκτης.....	16
1.5.1.1 Επίκτητος καταρράκτης.....	16
1.5.1.2 Συγγενής καταρράκτης .....	18
1.6 Γλαύκωμα.....	19
1.6.1 Πρωτοπαθές Γλαύκωμα.....	20
1.6.2 Δευτεροπαθές γλαύκωμα.....	21
1.6.3 Συγγενές γλαύκωμα.....	22
1.7 Νόσοι του βυθού.....	23
1.7.1 Σκλήρυνση των αγγείων του βυθού .....	23
1.7.2 Υπερτασική αμφιβληστροειδοπάθεια .....	23
1.7.3 Αρτηριακές αποφράξεις του αμφιβληστροειδούς.....	24
1.7.4 Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια .....	24
1.7.5 Διαβητικό οίδημα της ωχράς (διαβητική ωχροπάθεια).....	25
1.7.6 Μελαγχρωματική αμφιβληστροειδοπάθεια .....	25
1.7.7 Αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς.....	26
1.7.8 Αμφιβληστροειδοπάθεια των πρόωρων νεογνών .....	27
1.7.9 Παθήσεις της ωχράς.....	27
1.8 Παθήσεις της οπτικής οδού.....	28

1.8.1 Παθήσεις του οπτικού νεύρου.....	28
1.8.2 Παθήσεις της ενδοκρανιακής μοίρας της οπτικής οδού .....	30
1.9 Παθήσεις του έξω αυτιού.....	30
1.9.1 Συγγενείς δυσπλασίες.....	30
1.10 Παθήσεις του μέσου αυτιού.....	31
1.10.1 Συγγενής παθήσεις .....	31
1.10.2 Κακώσεις του μέσου αυτιού .....	32
1.10.3 Κατάγματα του κροταφικού οστού (πλαγιοβασικά κατάγματα).....	32
1.10.4 Διαταραχές της λειτουργίας της ευσταχιανής σάλπιγγας.....	33
1.10.5 Ογκοί του μέσου αυτιού .....	34
1.10.6 Ωτοσκλήρυνση .....	35
1.11 Παθήσεις του εσωτερικού αυτιού ή λαβυρίνθου.....	35
1.11.1 Οξεία ή αιφνίδια πτώση της ακοής.....	36
1.11.2 Νόσος του Meniere .....	38
1.11.3 Ωτικός έρπης ζωστήρας.....	39
1.11.4 Νόσος των Δυτών.....	39
1.11.5 Πρεσβυακουσία .....	40
1.11.6 Ακουστικό τραύμα.....	41
1.11.7 Ακουστικό Νευρίνωμα ή Σβάνωμα .....	41
1.11.8 Ωτοτοξικές βλάβες (βλάβες του κοχλιακού αισουσαίου συστήματος) .....	42
1.12 Παιδική Βαρηκοΐα .....	43
1.12.1 Αιτιολογία της παιδικής νευροαισθητήριας βαρηκοΐας.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΟΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	45
2.1 Αίτια .....	46
2.2 Οργανικά Ψυχοσύνδρομα .....	49
2.2.1 Οργανικά Ψυχοσύνδρομα επί εγκεφαλικών βλαβών .....	49
2.2.1.1 Άλλες ψυχικές διαταραχές που οφείλονται σε εγκεφαλική βλάβη και δυσλειτουργία και σε σωματική νόσο.....	50
2.2.2 Το Μεταδιασεισικό Σύνδρομο .....	51
2.2.3 Όγκοι εγκεφάλου.....	53
2.2.4 Φλεγμονώδη νοσήματα των μηνίγγων και του εγκεφάλου.....	53
2.3 Χρόνιες οργανικές ψυχικές διαταραχές.....	54
2.3.1 Άνοια .....	54
2.3.1.1 Αιτιολογία.....	56

2.3.1.2 Πορεία και επιπλοκές.....	56
2.3.2 Ντελίριο.....	57
2.3.3 Αμνησιακές Διαταραχές.....	58
2.4 Διαταραχές οφειλόμενες στη χρήση ουσιών .....	60
2.4.1 Κλινικές μορφές φαρμακευτικών εξαρτήσεων .....	60
2.5 Σχιζοφρενικού τύπου διαταραχές.....	66
2.5.1 Αιτιολογία.....	67
2.5.2 Τύποι σχιζοφρένειας.....	67
2.5.3 Θετικά Συμπτώματα.....	68
2.5.4 Αρνητικά Συμπτώματα .....	71
2.6 Διαταραχές της διάθεσης.....	73
2.6.1 Καταθλιπτικές διαταραχές.....	74
2.6.2 Διπολικές Διαταραχές.....	78
2.7 Αγχώδεις Διαταραχές.....	79
2.8 Διαταραχές της παιδικής ηλικίας.....	84
2.8.1 Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητα .....	84
2.8.2 Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες.....	85
2.8.3 Νοητική καθυστέρηση .....	87
2.8.4 Διάχυτες διαταραχές της ανάπτυξης .....	89
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΤΥΦΛΩΣΗ ΚΑΙ ΚΩΦΩΣΗ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ .....	93
3.1 Τυφλοκώφωση.....	95
3.1.1 Στατιστικά στοιχεία:.....	97
3.2 Σύνδρομο Charles Bonnet .....	98
3.3 Το σύνδρομο Usher .....	99
3.4 Επακτή παραληρητική διαταραχή.....	101
3.4.1 Αιτιολογία.....	103
Παρουσίαση περιστατικού .....	105
Συμπεράσματα.....	107
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	108

## Πρόλογος

Η παρούσα εργασία αναφέρει τα είδη των ψυχικών διαταραχών και τις παθήσεις της όρασης και της ακοής και πώς αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και πώς ένα άτομο με αισθητηριακό έλλειμμα μπορεί να οδηγηθεί σε κάποια ψύχωση εξαιτίας της απώλειας. Πολλές βιβλιογραφικές μελέτες γι' αυτό το θέμα δεν υπάρχουν όπως και οι έρευνες πάνω σε τέτοιους ασθενείς είναι σπάνιες, ωστόσο συνοψίζονται κάποιες έρευνες και στατιστικά στοιχεία για ψυχικά διαταραγμένους ασθενείς που βρίσκονται σε νοσοκομεία αλλά και σε εξωτερικούς ασθενείς που πάσχουν επίσης από κάποια διαταραχή όρασης ή ακοής.

Στο κεφάλαιο 1 παρουσιάζονται οι προδιαθεσικοί παράγοντες που μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο για ψυχώσεις. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι παθήσεις της όρασης και της ακοής, που οδηγούν σε έκπτωση της όρασης ή βαρηκοΐες ή μπορεί να ευθύνονται για τύφλωση ή κώφωση. Θα αναλύσουμε τις επίκτητες παθήσεις της όρασης από παθήσεις της οπτικής οδού μέχρι προβλήματα διάθλασης, και παθήσεις του αυτιού από προβλήματα λαβυρίνθου μέχρι παθήσεις του έξω ακουστικού πόρου.

Στο κεφάλαιο 2 παρουσιάζονται αναλυτικά οι ψυχικές διαταραχές και τα αίτια τους. Θα αναλύσουμε τις σημαντικότερες που παρουσιάζονται σε άτομα με παθήσεις ακοής και όρασης. Αριθμούμε τις εξής: 1. Τα οργανικά ψυχοσύνδρομα και τις χρόνιες οργανικές διαταραχές, 2. Διαταραχές οφειλόμενες σε χρήση ουσιών, 3. Σχιζοφρενικού τύπου διαταραχές, 4. Διαταραχές της διάθεσης, 5. Αγχώδεις διαταραχές και 6. Διαταραχές της παιδικής ηλικίας.

Στο κεφάλαιο 3 θα αναλύσουμε ποιές ψυχικές διαταραχές μπορεί να διαγνωσθούν σε άτομα με αισθητηριακά ελλείμματα και ποιές ηλικίες είναι πιο κρίσιμες για τη διαταραχή. Παρουσιάζονται στατιστικά στοιχεία ερευνών, καθώς επίσης και ασθένειες όπως η τυφλοκώφωση που είναι διπλή αισθητηριακή απώλεια και σύνδρομα και θα δούμε πόσο επηρεάζονται αυτά τα άτομα από τις απώλειες τους και τι αντίκτυπο έχουν στην ψυχολογία τους.

## Εισαγωγή

Η πιο δυσάρεστη κατάληξη μιας πάθησης των οφθαλμών και των ωτών είναι η τύφλωση και η κώφωση αντίστοιχα. Είναι φανερό ότι αν η όραση και των δύο οφθαλμών των ασθενών είναι πάρα πολύ μικρή ή το οπτικό πεδίο τους είναι πάρα πολύ στενό, δεν είναι δυνατόν να εργαστούν ή να αυτοεξυπηρετηθούν στις καθημερινές τους ανάγκες.

Περίπου τα 60% των τυφλών έχουν ηλικία πάνω από 70 χρόνια και οι κύριες αιτίες είναι ο καταρράκτης (περίπου 30%), η γεροντική εκφύλιση της ωχράς (30%) και το γλαύκωμα (15%). Ενώ άλλες αγγειακές παθήσεις ενοχοποιούνται για 5% περίπου η κάθε μια. Σε νεώτερες ηλικίες ο καταρράκτης, το γλαύκωμα, οι συγγενείς παθήσεις και οι διάφορες εκφυλιστικές αλλοιώσεις είναι οι κύριες αιτίες. Στη σχολική ηλικία 60% περίπου οφείλονται σε συγγενείς και κληρονομικές ανωμαλίες, σε 15% σε νευρολογικές παθήσεις και 10% σε εκφυλιστικές αλλοιώσεις. Τέλος στη βρεφική ηλικία η μεγάλη πλειοψηφία οφείλεται σε συγγενείς ανωμαλίες, συγγενή καταρράκτη, οπτική ατροφία και συγγενές γλαύκωμα.

Βέβαια με την ευρεία εφαρμογή των αντιβιοτικών και της προφύλαξης των νεογέννητων από μολύνσεις η συχνότητα της τύφλωσης σε ηλικία από 5-15 ετών έχει μειωθεί σημαντικά. Είναι χαρακτηριστικό ότι η οφθαλμία των νεογνών ήταν υπεύθυνη για την τύφλωση παλαιότερα και τώρα έχει εξαλειφθεί. Παρόμοια μείωση έχει γίνει στην οπισθοφακική ινοπλασία καθώς και στον καταρράκτη και στο γλαύκωμα με την πρόοδο των εγχειρήσεων. Μια άλλη κατηγορία αιτιών τύφλωσης που μπορούν να προληφθούν είναι τα ατυχήματα.

Τα αίτια της κώφωσης μπορεί να οφείλονται σε ιούς που προσβάλλουν το ακουστικό μας σύστημα, σε διακοπή της ροής του αίματος προς τον κοχλία και τέλος στη κακή εξίσωση των πιέσεων στους αεροφόρους χώρους των αυτιών που οδηγεί σε βλάβη του κοχλία.

Ως σημαντικότερη όμως αιτία κώφωσης σήμερα θεωρείται η κληρονομικότητα η οποία ευθύνεται για το 50 με 60% των περιπτώσεων της νευροαισθητήριας πολύ μεγάλου βαθμού βαρηκοΐας κατά την παιδική ηλικία. Η μεγάλη διακύμανση ως προς την αιτιολογία της κληρονομικότητας της κώφωσης οφείλεται στην πολυπλοκότητα του ανθρώπινου ακουστικού μηχανισμού και στο μεγάλο αριθμό γονιδίων που εμπλέκονται στην ανάπτυξη του.

Οι άνθρωποι οι οποίοι είναι εκ γενετής τυφλοί και κωφάλαλοι αντιμετωπίζουν υψηλό κίνδυνο ψυχικής διαταραχής και συμπτώματα διαταραγμένης συμπεριφοράς. Η διανοητική καθυστέρηση και η ψύχωση είναι κοινές προϋποθέσεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις, υπάρχει μια αλληλεπίδραση της διπλής αισθητηριακής απώλειας και των συμπτωμάτων της ψυχικής διαταραχής και της συμπεριφοράς.

Παλαιότερες μελέτες είχαν συνδέσει τα προβλήματα ακοής με παραισθήσεις κυρίως σε ηλικιωμένους πληθυσμούς. Έπειτα (1985) αναφέρθηκε ότι η χρόνια κώφωση και τύφλωση μπορεί να αποτελέσει σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα για την ανάπτυξη ψυχώσεων. Έρευνες σε νεαρά άτομα με αισθητηριακά προβλήματα έδειξαν ότι είναι πιθανόν να αναπτύξουν παρανοϊκά συμπτώματα ή ακόμα και σχιζοφρένεια.

Τα προβλήματα, ακοής ή όρασης μπορούν να επηρεάσουν την πηγή της ικανότητας παρακολούθησης. Έχει ειπωθεί ότι φαντασιώσεις είναι το αποτέλεσμα της αποτυχίας στην πηγή παρακολούθησης, η οποία είναι η ικανότητα να διακρίνουν μεταξύ ψυχικών γεγονότων και εκδηλώσεων σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι φαντασιώσεις, κάνουν μια εσφαλμένη απόδοση των εσωτερικών ερεθισμάτων (κυρίως ομιλία) σε μια εξωτερική πηγή. Μελέτες έχουν δείξει ότι η ικανότητα παρακολούθησης είναι μια δεξιότητα που απαιτεί αρκετές πηγές πληροφοριών (Johnson et al. , 1993 Bentall, 2003). Στην περίπτωση των ελλειμμάτων, σε ένα πρόσωπο που προηγουμένως δεν έχει τέτοια προβλήματα, το άτομο χάνει μια σημαντική πηγή πληροφόρησης και δεν είναι σε θέση να ξεχωρίσει τα εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα που δημιουργούνται λόγω της έλλειψης των εξωτερικών στοιχείων, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο αποτυχίας της ικανότητας παρακολούθησης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΟΦΘΑΛΜΟΥ ΚΑΙ ΩΤΟΣ

Σύμφωνα με τον ιατρικό ορισμό της τυφλότητας που προτάθηκε το 1934 από την Αμερικάνικη Ιατρική Ένωση για να καθιερωθεί ένα χρόνο αργότερα από το νόμο περί κοινωνικής ασφάλισης στις ΗΠΑ και να επικρατήσει έκτοτε, τυφλό είναι το άτομο του οποίου η κεντρική οπτική οξύτητα δεν υπερβαίνει τα 20/200 στη κλίμακα Snellen στο καλύτερο μάτι ακόμα και με τη καλύτερη δυνατή διόρθωση με φακούς ή το άτομο του οποίου η κεντρική οπτική οξύτητα ξεπερνά τα 20/200 αλλά η στένωση του οπτικού πεδίου στο καλύτερο μάτι είναι τέτοιου βαθμού ώστε η γωνία που σχηματίζει η μεγαλύτερη διάμετρος του οπτικού πεδίου να μην υπερβαίνει τις 20 μοίρες (Koestler, 1976 Scholl 1986a Tuttle, 2004). Ο ορισμός αυτός έχει γίνει αποδεκτός από το Σύνδεσμο Τυφλών της Αμερικής αλλά και άλλων χωρών.

Τα τυφλά άτομα διακρίνονται από τα μερικώς βλέποντα τα οποία αν και έχουν σοβαρά προβλήματα όρασης δεν είναι τυφλά. Σύμφωνα με το σύστημα νομικής κατηγοριοποίησης της Αμερικής μερικώς βλέποντα είναι τα άτομα των οποίων η οπτική οξύτητα με διόρθωση κυμαίνεται μεταξύ 20/70 και 20/200 στο καλύτερο μάτι (Πολυχρονοπούλου, 1995).

Στην Ελλάδα σύμφωνα με το άρθρο 1 του νόμου 958/79 τυφλό θεωρείται το άτομο το οποίο στερείται παντελώς της αντίληψης του φωτός ή του οποίου η οπτική οξύτητα είναι μικρότερη του ενός εικοστού της αντίστοιχης φυσιολογικής και του οποίου η οπτική οξύτητα δεν βελτιώνεται με διόρθωση, ή δε θεραπεία του δεν είναι δυνατή με χειρουργική επέμβαση.

### 1.1 Παθολογία οφθαλμού

Αν και τα πιο συχνά αναφερόμενα προβλήματα όρασης αφορούν στη μείωση της οπτικής οξύτητας και στον περιορισμό του οπτικού πεδίου, υπάρχουν πολλά άλλα σημαντικά προβλήματα όρασης διαφορετικού τύπου τα οποία δεν συνδέονται απαραίτητα με σχετικούς περιορισμούς της όρασης, με την προϋπόθεση βεβαίως ότι ακολουθούνται οι απαραίτητες διορθωτικές παρεμβάσεις. Σε αυτήν την ομάδα παθήσεων του οφθαλμού συγκαταλέγονται διαταραχές της οφθαλμικής κινητικότητας όπως ο στραβισμός και ο νυσταγμός προβλήματα οφθαλμικής προσαρμογής τα οποία αναφέρονται στην αδυναμία του ματιού να προσαρμόζεται επαρκώς για να βλέπει από διαφορετικές αποστάσεις αλλά και παθήσεις που αφορούν στην υπερβολική ευαισθησία των ματιών στο φως (φωτοφοβία) και στη συγγενή τύφλωση σε ένα ή δύο χρώματα και ιδιαίτερα στο κόκκινο ή και πράσινο χρώμα

(δαλτονισμός, δυσχρωματοψία) ή στην ολική τύφλωση των χρωμάτων (αχρωματοψία) (Heward & Orlansky, 1992)

Στις παθήσεις του οφθαλμού οι οποίες αν δεν διορθωθούν όπου αυτό είναι δυνατόν, ενδέχεται να καταλήξουν σε μερική ή ολική απώλεια της όρασης, συμπεριλαμβάνονται οι διαθλαστικές ανωμαλίες (μυωπία, πρεσβυωπία, αστιγματισμός), παθήσεις του κρυσταλλοειδούς φακού όπως ο καταρράκτης, παθήσεις του οπτικού νεύρου όπως το γλαύκωμα αλλά και παθήσεις του αμφιβληστροειδούς χιτώνα, οι οποίες μπορεί να συνδέονται με άλλες ασθένειες όπως ο διαβήτης (διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια), με την κληρονομικότητα ή με εξωτερικούς παράγοντες όπως η τοποθέτηση ελλιποβαρών βρεφών σε θερμοκοιτίδες (αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας) (Heward & Orlansky, 1992).

Σύμφωνα με την Πολυχρωνοπούλου (1995), οι πιο συνηθισμένες από τις αιτίες που προκαλούν μερική ή ολική απώλεια της όρασης, συνδεόμενες συχνά με κάποιες από τις παραπάνω οφθαλμικές παθήσεις, συνοψίζονται στις εξής: φλεγμονές, τραύματα του οφθαλμού, συγγενείς ανωμαλίες και παθήσεις του οπτικού νεύρου και του κερατοειδούς χιτώνα. Ειδικότερα, διαμπερή τραύματα του κερατοειδούς από μέταλλα και κυρίως από σίδηρο προκαλούν τη λεγόμενη σιδήρωση του οφθαλμού και μπορεί να οδηγήσουν σε τύφλωση. Η ερυθρά καθώς και άλλες μολυσματικές αρρώστιες κατά τους πρώτους μήνες της κύησης ενδέχεται να προξενήσουν συγγενή προβλήματα όπως είναι ο καταρράκτης. Εξ άλλου, τραύματα στο κεφάλι, θυρεοειδής μυοπάθεια, μηνιγγίτιδα, αγγειακή διαταραχή και ενδοκράνιος όγκος μπορεί να καταλήξουν σε σοβαρά προβλήματα όρασης. Τα τραύματα του οφθαλμού μπορεί να προκληθούν κατά την ενδομήτρια ζωή, τη γέννηση ή σε μεταγενέστερες φάσεις της ζωής κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού, από οδικά ατυχήματα και αθλήματα ή ακόμα και από τη χρήση γεωργικών φαρμάκων καθώς και από την καταστρεπτική επίδραση ακτινοβολιών, θεωρούνται σήμερα ο συνηθέστερος από τους παραπάνω αιτιολογικούς παράγοντες. Από τα παραπάνω δεδομένα προκύπτει ότι τα σοβαρά προβλήματα όρασης διακρίνονται σε συγγενή και σε επίκτητα.

## **1.2 Προβλήματα διάθλασης**

### **A. Μυωπία**

Η μυωπία είναι διαθλαστική ανωμαλία του ματιού, κατά την οποία οι ακτίνες του φωτός δεν συγκεντρώνονται στον αμφιβληστροειδή, όπως είναι το φυσιολογικό, αλλά σε κάποιο σημείο μπροστά από αυτόν. Για αυτόν το λόγο ο μύωπας αδυνατεί να δει καθαρά τα αντικείμενα που βρίσκονται μακριά και κλείνει ελαφριά τα μάτια.

## **B. Υπερμετροπία**

Η υπερμετροπία είναι η διαθλαστική εκείνη ανωμαλία κατά την οποία, όταν ο οφθαλμός βρίσκεται σε ηρεμία (χαλάρωση της προσαρμογής), δέσμη παράλληλων φωτεινών ακτινών εστιάζεται πίσω από τον αμφιβληστροειδή. Για να εστιαστούν οι ακτίνες πάνω στον αμφιβληστροειδή, πρέπει να προσπέσουν στον οφθαλμό σαν συγκλίνουσες. Τέτοιες ακτίνες δεν υπάρχουν στη φύση, παρά μόνο τις παράγουμε με συγκλίνοντες φακούς.

Εφόσον στον υπερμέτρωπα οι παράλληλες ακτίνες δεν εστιάζουν στον αμφιβληστροειδή, πολύ περισσότερο οι αποκλίνουσες, συνάγεται ότι ο υπερμέτρωπας δεν βλέπει ούτε τα μακρινά ούτε τα κοντινά αντικείμενα, όταν η προσαρμογή βρίσκεται σε ηρεμία.

Η θέση του άπω σημείου στον υπερμέτρωπα βρίσκεται πίσω από τον οφθαλμό, στη θέση που θα εστίαζε η συγκλίνουσα δέσμη, αν δεν παρεμβαλλόταν ο οφθαλμός.

Σε σπάνιες περιπτώσεις η υπερμετροπία οφείλεται σε εξαιρετικά ελαττωμένη ισχύ των διαθλαστικών μέσων του οφθαλμού, κυρίως του κερατοειδούς και σπανιότερα του φακού. Τέτοιες καταστάσεις είναι είτε συγγενείς είτε επίκτητες (*διαθλαστική υπερμετροπία*). Η συγγενή μικρή καμπυλότητα του κερατοειδούς *cornea plana* είναι μία απ' αυτές. Επίκτητες καταστάσεις είναι η μετατραυματική οπίσθια μετάθεση του φακού που έχει σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της διοπτρικής ισχύος του οφθαλμού, και η ελάττωση του δείκτη διάθλασης του φακού, που συμβαίνει στις μεγάλες ηλικίες λόγω αύξησης της πυκνότητας του φλοιού του φακού.

## **Γ. Αστιγματισμός**

Ο αστιγματισμός είναι η διαθλαστική ανωμαλία του οφθαλμού κατά την οποία η διαθλαστική ισχύς του διοπτρικού συστήματός του δεν είναι ίδια σε όλους τους μεσημβρινούς, με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η εστίαση όλων των ακτίνων σε ένα σημείο.

Στη μέγιστη πλειοψηφία των περιπτώσεων η διαθλαστική αυτή ανωμαλία οφείλεται στη μη ομαλή κατασκευή της πρόσθιας επιφάνειας του κερατοειδούς και πολύ σπάνια στον φακό.

Για να κατανοήσουμε το φαινόμενο του αστιγματισμού, πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι το διαθλαστικό σύστημα ενός αστιγματικού ματιού λειτουργεί σαν ένας τορικός φακός. Κατά συνέπεια, παράλληλη δέσμη ακτινών διερχόμενη από το οπτικό αυτό σύστημα εστιάζεται σε δύο εστιακές γραμμές, που είναι ασύμβατα κάθετες μεταξύ τους. Η πρώτη εστιακή γραμμή αντιστοιχεί στον διαθλαστικότερο μεσημβρινό του οπτικού συστήματος, ενώ η δεύτερη στον λιγότερο διαθλαστικό. Επιπλέον, κάθε εστιακή γραμμή θα είναι

ασύμβατα κάθετη με τον μεσημβρινό στον οποίο αντιστοιχεί (Κ. Γ. Ψύλλας, 2005).

### **1.2.1 Διαταραχές της προσαρμογής**

Η ικανότητα του οφθαλμού να αυξάνει τη διαθλαστική του ισχύ, ώστε να εξασφαλίζεται κάθε φορά η εγγύς όραση καλείται προσαρμογή.

#### **A. πρεσβυωπία**

Όπως αναφέραμε πιο πάνω, ο φακός του ανθρώπου με την πάροδο της ηλικίας σκληρύνεται προοδευτικά, λόγω απώλειας της ελαστικότητας των φακικών ινών, με αποτέλεσμα να μην μπορεί πλέον να μεταβάλλει την κυρτότητά του και, κατ' επέκταση, να αυξάνει τη διαθλαστική του ισχύ. Έτσι, το άτομο χάνει προοδευτικά την ικανότητα προσαρμογής (μείωση του εύρους προσαρμογής) και δεν μπορεί πλέον να διαβάσει καθαρά ένα αντικείμενο στην απόσταση των 33cm, που είναι και η συνήθης απόσταση ανάγνωσης. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται πρεσβυωπία και εμφανίζεται μετά την ηλικία των 45 ετών.

#### **B. σπασμός της προσαρμογής**

Υπάρχουν καταστάσεις κατά τις οποίες επέρχεται σπασμός του κυκλικού μυός ιδίως σε νεαρά άτομα με αποτέλεσμα την εμφάνιση λειτουργικής μυωπίας. Η διαταραχή αυτή οφείλεται σε διάφορα αίτια:

- φάρμακα που χρησιμοποιούνται τοπικά στην οφθαλμολογία όπως διάφορα παρασυμπαθητικομιμητικά
- ορισμένα φάρμακα χορηγούμενα δια συστηματικής οδού προκαλούν σπασμό της προσαρμογής όπως είναι η μορφίνη.
- διάφορες παθολογικές καταστάσεις όπως νευραλγία του τριδύμου ή φλεγμονές των γειτονικών ιστών του οφθαλμού. Ακόμη σπασμός της προσαρμογής μπορεί να παρουσιαστεί μετά από τραυματισμό της κεφαλής στα πλαίσια του μετατραυματικού συνδρόμου.
- τέλος ορισμένα αγχώδη και νευρικά άτομα είναι δυνατόν να παρουσιάσουν σπασμό της προσαρμογής που εμφανίζεται με τη μορφή παροδικών θολώσεων της όρασης.

#### **Γ. παράλυση της προσαρμογής**

Η παράλυση της προσαρμογής οφείλεται στην παράλυση του κυκλικού μυός με αποτέλεσμα την πλήρη ή μερική απώλεια της προσαρμοστικής ικανότητας του ατόμου. Κύριο σύμπτωμα είναι η αιφνίδια ανικανότητα ευκρινούς όρασης στην εγγύς εργασία. Μπορεί να προκληθεί από φάρμακα που προκαλούν κυκλοπληγία π.χ. ατροπίνη, καθώς και από τοξικές ουσίες όπως αλκοόλ. Οι συνήθεις γενικοί νόσοι που προκαλούν παράλυση της

προσαρμογής είναι η αλλαντίαση και η διεφθερίτιδα (R. Snell & M. Lemp, 2006).

### **1.3 Παθήσεις του επιπεφυκότα**

Οι παθήσεις του επιπεφυκότα διακρίνονται σε φλεγμονές, σε εκφυλίσεις σε μελαγχρωστικές αλλοιώσεις και σε όγκους του επιπεφυκότα.

#### **1.3.1 Μελάνωση του επιπεφυκότα**

Η αυξημένη χρώση του επιπεφυκότα, που οφείλεται στην υπερπλασία ή υπερτροφία των μελανοκυττάρων του, ονομάζεται μελάνωση του επιπεφυκότα. Διακρίνεται σε επιθηλιακή και υποεπιθηλιακή.

Η επιθηλιακή μελάνωση είναι άλλοτε άλλης έκτασης και παρατηρείται στο 90% των ατόμων της μαύρης φυλής και στο 10% των ατόμων της λευκής. Είναι καλοήθης, καφεοειδούς χροιάς και πιο εκσεσημασμένη κοντά στο σκληροκερατοειδές όριο.

Η υποεπιθηλιακή μελάνωση εμφανίζεται είτε σαν μεμονωμένη συγγενής ανωμαλία του επιπεφυκότα (συγγενής μελάνωση των οφθαλμών) είτε συνδυάζεται με αύξηση της χρωστικής του συστοίχου δέρματος, αντίστοιχα προς την περιοχή νεύρωσης του 1ου και 2ου κλάδου του τριδύμου (σπίλος του Ota). Η εν λόγω μελάνωση, επειδή βρίσκεται κάτω από το επιθήλιο, παίρνει χροιά μελανόμαυρη.

#### **1.3.2 Όγκοι του επιπεφυκότα**

Οι όγκοι του επιπεφυκότα διακρίνονται σε καλοήθεις, προκαρκινωματώδεις αλλοιώσεις και κακοήθεις.

Οι συχνότεροι από τους καλοήθεις όγκους του επιπεφυκότα είναι οι σπίλοι. Εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία, η χρωστική και το μέγεθος του σπίλου ενίοτε αυξάνονται κατά την εφηβεία ή κατά την κύηση.

Άλλοι καλοήθεις όγκοι του επιπεφυκότα είναι το θήλωμα το αιμαγγείωμα και τα χωοιστωματα (δερμοειδής κύστη, δερμολιπόματα).

Το μελάνωμα του επιπεφυκότα είναι ο πιο συχνός κακοήθης όγκος του επιπεφυκότα δεν παύει όμως να είναι σπανιότατο. Εμφανίζεται είτε πρωτοπαθώς είτε σαν εξαλλαγή ενός σπίλου του επιπεφυκότα, είτε σε έδαφος επίκτητης μελάνωσης. Το μεταστατικό μελάνωμα είναι ακόμη σπανιότερο (Κ. Ψύλλας, 2005).

## 1.4 Παθολογία του Κερατοειδούς

Τις παθήσεις του κερατοειδούς, μπορούμε να τις κατατάξουμε σε φλεγμονές, εκφυλίσεις, δυστροφίες και συγγενείς ανωμαλίες. Η αιτιολογία των φλεγμονών του κερατοειδούς είναι ποικίλη. Τα κυριότερα αίτια που είναι δυνατόν να προκαλέσουν φλεγμονή στον κερατοειδή είναι:

*α) Λοιμογόνοι παράγοντες βακτηρίδια, μύκητες, πρωτόζωα και ιοί.*

Για παράδειγμα κερατίτιδα από ψευδομονάδα, η φλεγμονή αυτή είναι σοβαρότατη και μπορεί να καταλήξει ταχύτατα σε τήξη και διάτρηση του κερατοειδούς. Αν αφηθεί χωρίς την έγκαιρη αγωγή μπορεί να καταλήξει εντός 48 ωρών σε διάτρηση του κερατοειδούς.

Επίσης η κερατίτιδα από τον ιό του απλού έρπητα αποτελεί σημαντική αιτία τύφλωσης και ένα από τα δύσκολα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο οφθαλμίατρος στην καθημερινή πράξη.

*β) Αντιδράσεις υπερευαισθησίας.*

Για παράδειγμα η υπεριώδης φωτοκερατίτιδα, κάθε ακτινοβολία που απορροφάται από τον κερατοειδή προκαλεί βλάβη στους ιστούς του. Η συχνότερη ακτινοβολία η οποία ενδιαφέρει τον κερατοειδή είναι η υπεριώδης. Η ακτινοβολία αυτή γίνεται επικίνδυνη όταν το άτομο βρεθεί σε μεγάλο υψόμετρο όπου το πάχος της ατμόσφαιρας ελαττώνεται σημαντικά.

*γ) Φυσικά και χημικά αίτια.*

Ορισμένες χημικές ουσίες όταν έρθουν σε επαφή με τον κερατοειδή προκαλούν σοβαρότατες αλλοιώσεις που είναι δυνατόν να καταλήξουν στην καθολική θόλωση του και στην οριστική απώλεια της όρασης. Τέτοια χημικά στοιχεία είναι τα οξέα που προκαλούν μικρότερης σοβαρότητας εγκαύματα, και οι βάσεις από τις οποίες μπορεί να επέλθουν σοβαρές ενδοφθάλμιες βλάβες όπως καταρράκτης γλαύκωμα κ.α.

*δ) Αλλοιώσεις της προκεράτιας δακρυϊκής στιβάδας.*

*ε) Εκθεση του κερατοειδούς. (Jack J. Kanski, 2009).*

### 1.4.1 Εκφυλίσεις Κερατοειδούς

Οι εκφυλιστικές παθήσεις του κερατοειδούς διαφέρουν από τις δυστροφίες και ως προς την αιτιολογία και παθογένεια και ως προς την κλινική εμφάνιση. Κατά κανόνα εμφανίζονται σε μεγάλη ηλικία, δεν έχουν κληρονομικό υπόστρωμα και στα ιστορικό αναφέρεται προϋπάρχουσα πάθηση ή τραυματισμός ή είναι αποτέλεσμα των εκφυλιστικών διεργασιών του γήρατος.

Οι εκφυλιστικές παθήσεις που απαντούν συνηθέστερα στην κλινική πράξη είναι α) το γεροντότοξο εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας 40-60 ετών. Σε νεαρά άτομα μπορεί να είναι εύρημα που συνοδεύεται από υψηλά επίπεδα χοληστερόλης του αίματος, ταινιοειδής ή ζωνοειδής κερατοπάθεια που οφείλεται σε νοσήματα του οφθαλμού ή συστηματικά νοσήματα που συνοδεύονται από υπερασβεστιαμία, νόσος του Terrien (περιφερική κερατολέπτυνση) σπάνια πάθηση.

## **1.4.2 Δυστροφίες του κερατοειδούς**

Οι δυστροφίες του κερατοειδούς είναι κληρονομικές, αμφοτερόπλευρες πρωτοπαθείς αλλοιώσεις του κερατοειδούς, που δεν έχουν σχέση με φλεγμονώδη εξεργασία ή συστηματικό νόσημα. Οι περισσότερες δυστροφίες κληρονομούνται κατά τον αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα και εμφανίζονται κατά τις πρώτες κιόλας δεκαετίες της ζωής. Μπορεί να αποτελούν στάσιμες αλλοιώσεις ή να έχουν προοδευτική εξέλιξη. Από ιστοπαθολογικής πλευράς οι δυστροφίες χαρακτηρίζονται από την εναπόθεση παθολογικών προϊόντων στον κερατοειδή αλλά οι γνώσεις μας πάνω στην ακριβή παθογένεια των δυστροφιών παραμένουν περιορισμένες.

Ανάλογα με την εντόπιση της διαταραχής διακρίνονται σε:

1. δυστροφίες του επιθηλίου και της μεμβράνης του Bowman,
2. σε δυστροφίες του στρώματος και
3. σε δυστροφίες της μεμβράνης του Descemet και του ενδοθηλίου.

Οι δυστροφίες του ενδοθηλίου του κερατοειδούς είναι διαταραχές που έχουν ιδιαίτερη σημασία, γιατί μπορούν να προκαλέσουν εξαιρετικά σημαντική μείωση της όρασης, επειδή επηρεάζουν τη φυσιολογική λειτουργία του ενδοθηλίου. Οι πιο συχνές δυστροφίες που αφορούν στο ενδοθήλιο του κερατοειδούς είναι η σταγονοειδής δυστροφία (cornea guttata) και η δυστροφία του Fuchs. (Jack J. Kanski, 2009).

### **1.4.2.1 Εκτατικές δυστροφίες του κερατοειδούς**

Μία ιδιαίτερη ομάδα δυστροφιών του κερατοειδούς αποτελούν οι εκτατικές δυστροφίες, που χαρακτηρίζονται από φλεγμονώδη λέπτυνση του στρώματος του κερατοειδούς.

Η σπουδαιότερη από αυτές είναι ο κερατόκωνος.

Η νόσος εκδηλώνεται κατά την εφηβεία και ακολουθεί βραδεία προοδευτική πορεία, αν και είναι δυνατόν να σταθεροποιηθεί οποτεδήποτε. Στο 85% των περιπτώσεων

προσβάλλονται και οι δύο οφθαλμοί, η βαρύτητα όμως της προσβολής μπορεί να παρουσιάζει σημαντική ασυμμετρία.

Συχνά στον κερατόκωνο υπάρχει θετικό οικογενειακό ιστορικό και σε ορισμένους ασθενείς η κληρονομικότητα φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο, χωρίς ο χαρακτήρας με τον οποίο η πάθηση κληρονομείται να είναι σαφής. (Κ. Γ. Ψύλλας, 2005).

### **1.4.3 Συγγενείς ανωμαλίες του κερατοειδούς**

Μικροκερατοειδής:

Στην περίπτωση αυτή ο κερατοειδής (συνήθως αμφοτερόπλευρα) έχει μικρή διάμετρο (κάτω των 10 mm) και ελαττωμένη ακτίνα καμπυλότητας. Είναι δυνατόν να συνδυάζεται με φυσιολογικό ή με μικρό μήκος βολβού (μικροφθαλμία).

Κερατόσφαιρα: Είναι σπάνια αμφοτερόπλευρη πάθηση, η οποία χαρακτηρίζεται από ομοιόμορφη λέπτυνση και έκταση του κερατοειδούς, κυρίως του περιφερικού, με συνέπεια ο κερατοειδής να λαμβάνει σχήμα τμήματος σφαίρας. Αναφέρονται περιπτώσεις κερατόσφαιρας σε οικογένειες που έχουν μέλη με κερατόκωνο.

Επίπεδος κερατοειδής: Στην ανωμαλία αυτή η καμπυλότητα του κερατοειδούς είναι παθολογικά μικρή, με αποτέλεσμα άλλοτε άλλου βαθμού τάση επιπέδωσης του κερατοειδούς. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν μεγάλο βαθμού διάθλαση. Ο επίπεδος κερατοειδής συνδυάζεται και με άλλες βλάβες του κερατοειδούς καθώς και με άλλες οφθαλμικές παθήσεις.

Ανωμαλία του Peter (οπίσθια κεντρική θόλωση του κερατοειδούς): Πρόκειται για εξαιρετικά σπάνια συγγενή ανωμαλία του πρόσθιου ημιμορίου του οφθαλμού. (Κ. Γ. Ψύλλας, 2005)

## **1.5 Παθολογία του φακού**

### **1.5.1 Καταρράκτης**

Η κυρίαρχη οντότητα στην παθολογία του φακού είναι η θόλωσή του, που ονομάζεται καταρράκτης. Με τον όρο *καταρράκτης* εννοούμε οποιαδήποτε θόλωση του φακού, που είτε είναι μικρή και εντοπισμένη, είτε καταλαμβάνει ολόκληρο τον φακό.

#### **1.5.1.1 Επίκτητος καταρράκτης**

##### **A. Γεροντικός**

Ο γερωντικός καταρράκτης αποτελεί τη συχνότερη μορφή καταρράκτη και εμφανίζεται σε μεγάλη ηλικία, γι' αυτό και πήρε το όνομα "γερωντικός". Η παθογένεια του γερωντικού καταρράκτη δεν έχει ακόμη πλήρως διευκρινισθεί. Οπωσδήποτε η θόλωση του φακού σε μεγάλη ηλικία έχει σχέση με τις βιοχημικές και μορφολογικές μεταβολές που επέρχονται στον φακό με την πάροδο του χρόνου.

Συνήθως ο γερωντικός καταρράκτης εμφανίζεται μετά την ηλικία των 65 ετών. Εντούτοις, υπάρχουν περιπτώσεις που ο καταρράκτης εμφανίζεται σε πολύ μικρότερες ηλικίες μεταξύ 35 και 40 ετών χωρίς να υπάρχει εμφανής αιτιολογία.

Ο γερωντικός καταρράκτης ανάλογα με τον εντοπισμό των θολώσεων, διακρίνεται σε 3 μορφές : των φλοιώδη, τον πυρηνικό και τον οπίσθιο υποκαψικό ή κυπελλοειδή καταρράκτη. Οι 3 μορφές είναι πιο ευδιάκριτες στα πρώτα στάδια του καταρράκτη ενώ αργότερα συνυπάρχουν (Κ. Γ. Ψύλλας, 2005).

## **B. Δευτεροπαθής**

Από παθήσεις του οφθαλμού : Ο καταρράκτης που είναι αποτέλεσμα άλλων πρωτοπαθών οφθαλμικών παθήσεων ονομάζεται *επιπλεγμένος ή παθολογικός καταρράκτης*. Η θόλωση του φακού αρχίζει από τον υποκαψικό φλοιό και μοιάζει περισσότερο με την κυπελλοειδή μορφή του προγεροντικού καταρράκτη. Προοδευτικά η θόλωση καταλαμβάνει όλα τα στρώματα του φακού.

Τέσσερις μεγάλες κατηγορίες παθολογικών καταστάσεων του οφθαλμού είναι δυνατό να προκαλέσουν δευτεροπαθή καταρράκτη: φλεγμονές του οφθαλμού, εκφυλιστικές καταστάσεις, βαριά διαταραχή της αιματικής κυκλοφορίας του πρόσθιου τμήματος του οφθαλμού και κρίση πρωτοπαθούς οξέως γλαυκώματος (Κ. Γ. Ψύλλας, 2005).

Καταρράκτης σε συστηματικές παθήσεις: Οι συχνότερες συστηματικές παθήσεις που συνοδεύονται από καταρράκτη, κυρίως προγεροντικές είναι η μυοτονική δυστροφία, η ατοπική δερματίτιδα και η σκληροδερμία.

Καταρράκτης σε μεταβολικό νοσήματα : μεταβολικά νοσήματα όπως α) διαβήτη, οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν συχνότερα καταρράκτη. Διακρίνουμε δυο τύπους διαβητικού καταρράκτη τον γερωντικό και τον κυρίως διαβητικό καταρράκτη. β) γαλακτοζαιμία που οφείλεται στην έλλειψη του ενζύμου γαλακτοκινάση ή του ενζύμου ουριδιλοτρανσφεράση της 1 φωσφορικής εξόζης. Στη δεύτερη περίπτωση ο καταρράκτης εμφανίζεται στις πρώτες βδομάδες μετά τη γέννηση και κατατάσσεται στους συγγενείς καταρράκτες. Άλλα νοσήματα είναι η υπασβεστιαμία (τετανία) και η ηπατοφακοειδής εκφύλιση (νόσος του Wilson).

Φαρμακευτικός καταρράκτης: Ορισμένες φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία συστηματικών παθήσεων ή υπό μορφή κολλυρίων σε οφθαλμικές παθήσεις, είναι δυνατόν να προκαλέσουν θόλωση του φακού.

Τα κορτικοστεροειδή: Χορηγούμενα συστηματικά σε υψηλές δόσεις, χρονίως (τουλάχιστον για έναν χρόνο), είναι δυνατόν να προκαλέσουν θόλωση του φακού (*κορτιζονικός καταρράκτης*).

Μυωτικά κολλύρια: Τέτοια κολλύρια που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του χρόνιου γλαυκώματος, όπως είναι η πιλοκαρπίνη, μετά από μακροχρόνια χρήση είναι δυνατόν να προκαλέσουν θόλωση του φακού.

Άλλα φάρμακα: Ορισμένα ψυχοφάρμακα, όπως είναι η χλωροπρομαζίνη, φάρμακα για τη θεραπεία καρδιολογικών παθήσεων, όπως η αμιοδαρόνη και ο ενέσιμος χρυσός, πολύ σπάνια, είναι δυνατόν να προκαλέσουν θολώσεις στον φακό.

### **Γ. Τραυματικός:**

Ο τραυματισμός του οφθαλμού είναι η πλέον συνήθης αιτία ετερόπλευρου καταρράκτη σε νέα άτομα.

Η θόλωση του φακού οφείλεται είτε σε θλαστικό τραύμα του οφθαλμού, είτε σε διαμπερές τραύμα του βολβού (συνήθως του κερατοειδούς) με ρήξη του πρόσθιου περιφακίου και ταχύτατη εξέλιξη προς καταρράκτη. Σε περίπτωση ενδοβολβικού ξένου σώματος, συνήθως μεταλλικού (σίδηρος, χαλκός), είναι δυνατόν να αναπτυχθεί καταρράκτης οφειλόμενος είτε σε απευθείας τρώση του φακού είτε στην τοξική δράση του μετάλλου, εάν παραμεληθεί εντός του οφθαλμού.

Δ. Καταρράκτης από φυσικά αίτια:

α) Ακτινικός καταρράκτης Ορισμένες ιονίζουσες ακτινοβολίες, όπως ακτίνες X και γ, ακτινοβολία νετρονίων ή πρωτονίων, προκαλούν πολύ συχνά θόλωση του φακού.

β) ηλεκτρικός καταρράκτης Είναι δυνατόν να παρατηρηθεί μετά από ηλεκτροπληξία, κεραυνοπληξία ή σπανιότατα κατά τη θεραπεία με ηλεκτροσόκ.

γ) Θερμικός καταρράκτης Η ανάπτυξη υψηλών θερμοκρασιών στο περιβάλλον εργασίας ενός ατόμου είναι δυνατόν να προκαλέσει θόλωση του φακού. Σήμερα θερμικός καταρράκτης παρατηρείται σπανιότατα λόγω χρήσης προστατευτικών γυαλιών.

### **1.5.1.2 Συγγενής καταρράκτης**

Όταν ο καταρράκτης είναι παρών κατά τη γέννηση ή όταν εμφανίζεται κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της ζωής του ατόμου, ονομάζεται *συγγενής καταρράκτης*. Έχει

βρεθεί ότι το 0,4% των νεογνών εμφανίζουν κάποια μορφή θόλωσης του φακού. Στο 35% των ασθενών με συγγενή καταρράκτη συνυπάρχει κάποια άλλη οφθαλμική βλάβη. Ο συγγενής καταρράκτης είναι μία από τις κύριες αιτίες εμφάνισης λευκοκορίας κατά τους πρώτους μήνες ή έτη της ζωής του ατόμου. Αιτιολογία. Το 60% των περιπτώσεων συγγενούς καταρράκτη είναι άγνωστης αιτιολογίας. Η κληρονομικότητα αποτελεί την αιτία στο 25% των περιπτώσεων. Άλλα αίτια που είναι δυνατόν να προκαλέσουν συγγενή καταρράκτη είναι:

α) λοιμώξεις του εμβρύου, Ιογενείς λοιμώξεις: Ο συχνότερος ιός που προσβάλλει το έμβρυο είναι ο ιός της ερυθράς, όταν η μητέρα προσβληθεί κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Συνήθως, εκτός από τον καταρράκτη, παρατηρούνται και άλλες βλάβες, όπως μικροφθαλμία, κώφωση και καρδιακές διαμαρτίες περί τη διάπλαση κ.α.

β) λήψη φαρμάκων από τη μητέρα κατά το πρώτο 3μηνο της κύησης, Τα κορτικοστεροειδή, συστηματικά χορηγούμενα, είναι το κυριότερο φάρμακο που προκαλεί καταρράκτη στο έμβρυο.

γ) ακτινοβολία με ακτίνες X

δ) διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης π.χ. διαβήτη και υποσιτισμός.

ε) μεταβολικές διαταραχές του νεογνού

στ) οφθαλμικές διαμαρτίες κατά τη διάπλαση, τέτοιες διαμαρτίες που συνοδεύονται από καταρράκτη είναι η μικροφθαλμία, η ανιριδία, η εκτοπία του φακού κ.α.

ζ) συστηματικά κληρονομικά σύνδρομα και χρωμοσωμικές διαταραχές, η θόλωση του φακού συνοδεύει συχνά διάφορα κληρονομικά σύνδρομα όπως το σύνδρομο Crouzon, και το σύνδρομο Down στο οποίο ο καταρράκτης εμφανίζεται στο 15% των περιπτώσεων (Jack J. Kanski, 2009).

## 1.6 Γλαύκωμα

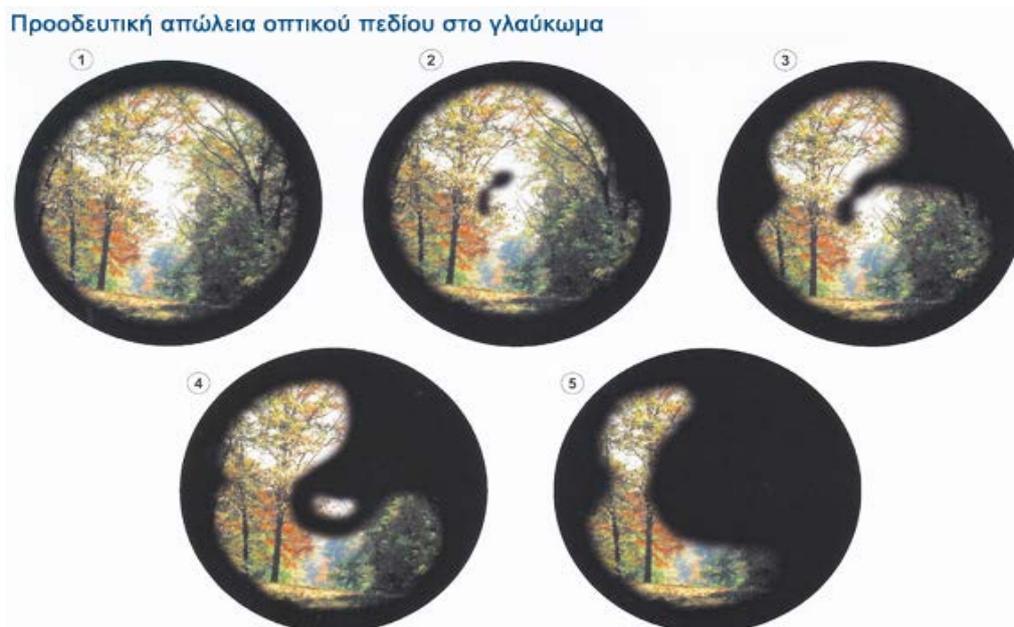
Με τον όρο "γλαύκωμα" εννοούμε ένα σύνολο παθολογικών καταστάσεων του οφθαλμού, που έχουν σαν κοινό εύρημα την αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης σε τέτοιο βαθμό, που να προκαλεί βλάβη στο οπτικό νεύρο και εκπτώσεις του οπτικού πεδίου. Το οπτικό νεύρο αποτελείται από νευρικές ίνες. Το γλαύκωμα ματιού είναι κατά κανόνα ασυμπτωματική νόσος και οι γλαυκωματικοί ασθενείς δεν αντιλαμβάνονται την παρουσία της. Για το λόγο αυτό η έγκαιρη διάγνωση του γλαυκώματος είναι σημαντική και προλαμβάνει την ύπαρξη σημαντικής γλαυκωματικής βλάβης.

Οι λόγοι που μπορεί να εμφανιστεί το γλαύκωμα ματιού δεν είναι γνωστές. Στις περισσότερες περιπτώσεις το οπτικό νεύρο καταστρέφεται από την υψηλή ενδοφθάλμια

πίεση και στη μείωση της στοχεύουν όλες οι υπάρχουσες θεραπείες (φάρμακα, laser, χειρουργικές επεμβάσεις).

Η αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης τις περισσότερες φορές οφείλεται στην παρεμπόδιση της αποχέτευσης του υγρού που παράγεται στο εσωτερικό του ματιού μας, του υδατοειδούς υγρού. Το υδατοειδές υγρό παράγεται και αποχετεύεται συνεχώς. Αν για κάποιο λόγο παρεμποδιστεί η αποχέτευση του, τότε αυξάνεται η ενδοφθάλμια πίεση.

Υπάρχουν όμως και άλλοι παράγοντες κινδύνου που η ύπαρξή τους προδιαθέτει για την εμφάνιση γλαυκώματος. Τέτοιοι είναι η προχωρημένη ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό, η φυλή, η μυωπία και οι αγγειακές παθήσεις (Jack J. Kanski, 2009).



### 1.6.1 Πρωτοπαθές Γλαύκωμα

Η πιο συχνή μορφή των πρωτοπαθών γλαυκωμάτων είναι το λεγόμενο χρόνια απλό γλαύκωμα ανοιχτής γωνίας. Δέκα φορές λιγότερο συχνή μορφή από την προηγούμενη είναι το λεγόμενο πρωτοπαθές γλαύκωμα κλειστής γωνίας.

#### A. Χρόνιο απλό γλαύκωμα ανοιχτής γωνίας

Είναι το συχνότερο πρωτοπαθές γλαύκωμα, αφού αποτελεί το 90% των πρωτοπαθών γλαυκωμάτων. Αποτελεί ακόμη τη συχνότερη μορφή όλων των γλαυκωμάτων, 1,5% στον γενικό πληθυσμό ηλικίας άνω των 40 ετών και αυξάνεται με την ηλικία: 1,2% μεταξύ ατόμων ηλικίας 52-64 ετών, 3,5% στα άτομα ηλικίας 75-85 ετών, και είναι η αιτία τύφλωσης για το

20% όλων των περιπτώσεων τυφλότητας στη Βρετανία και στις Η.Π.Α. Το χρόνια απλό γλαύκωμα ανοιχτής γωνίας χαρακτηρίζεται από:

- 1 Αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης πάνω από 21 mmHg.
- 2 Ανοιχτή γωνία
- 3 Κοίλανση της οπτικής θηλής και εκπτώσεις του οπτικού πεδίου.

Το χρόνια απλό γλαύκωμα είναι κληρονομικό και κληρονομείται κατά τρόπο πολυπαραγοντικό ή πολυγονιδιακό. Επειδή το 10% των συγγενών πρώτου βαθμού των πασχόντων από χρόνια απλό γλαύκωμα αναπτύσσει επίσης τη νόσο, αναγνωρίζει κανείς πόσο είναι χρήσιμη η περιοδική εξέταση της ενδοφθάλμιας πίεσης των εν λόγω συγγενών. Ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου γίνεται μεγαλύτερος όταν ο αδελφός φέρει τη νόσο. (M. N. Μόσχος, 1998)

### **B. Πρωτοπαθές γλαύκωμα κλειστής γωνίας**

Είναι νόσος λιγότερο συχνή από ότι το χρόνια απλό γλαύκωμα. Η σχέση μεταξύ χρόνιου απλού γλαυκώματος και πρωτοπαθούς γλαυκώματος κλειστής γωνίας είναι 9:1 περίπου.

Ο πληθυσμός που παρουσιάζει πολύ πιο συχνά τη νόσο είναι οι Εσκιμώοι της Γροιλανδίας ή του Καναδά. Η συχνότητα της νόσου για άτομα ηλικίας > 60 ετών ανέρχεται για τους άνδρες στο 1,28% και για τις γυναίκες στο 3,7%.

Ηλικία: Συνήθως προσβάλλει άτομα κατά το δεύτερο ήμισυ της ζωής τους,

Κληρονομικότητα: Η νόσος με οικογενή χαρακτήρα εμφανίζεται σπανιότατα.

Αντίθετα, οι ανατομικοί χαρακτήρες του βολβού και κυρίως η αβάθεια του πρόσθιου θαλάμου μεταβιβάζονται περισσότερο συχνά στους απογόνους, που όμως σπανιότατα παρουσιάζουν τη νόσο. Επομένως, για την εμφάνιση της νόσου είναι αναγκαία όχι μόνο η ύπαρξη των ανατομικών εκείνων παραγόντων που συμβάλλουν στον σχηματισμό αβαθούς πρόσθιου θαλάμου, αλλά και η επίδραση παραγόντων του περιβάλλοντος, η ψυχοσύνθεση του ατόμου, το ασταθές νευροφυτικό σύστημα. (Jack J. Kanski, 2009).

### **1.6.2 Δευτεροπαθές γλαύκωμα**

Στην περίπτωση αυτή η αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης αποτελεί σύμπτωμα κάποιας άλλης οφθαλμικής πάθησης.

- Το σύνδρομο του μελαγχρωστικού γλαυκώματος (μελαγχρωστικό γλαύκωμα).
- Το ψευδοαποφολιδωτικό γλαύκωμα
- Δευτεροπαθές γλαύκωμα οφειλόμενο σε αλλοιώσεις του φακού

- Δευτεροπαθές γλαύκωμα οφειλόμενο σε αλλοιώσεις του πρόσθιου ραγοειδούς
- *Τραυματικό γλαύκωμα*, που εμφανίζεται μετά από ισχυρή πλήξη βολβού ή διαμπερή τραύματα του πρόσθιου τμήματος του βολβού.
- *Μετεγχειρητικό γλαύκωμα*, που εμφανίζεται μετά από επεμβάσεις στο πρόσθιο τμήμα του βολβού και κυρίως μετά από επιπεπλεγμένη επέμβαση για αφαίρεση του καταρράκτη
- Νεοαγγειακό ή αιμορραγικό γλαύκωμα,
- *Φαρμακευτικό γλαύκωμα*. Ορισμένα φάρμακα, όπως η μακροχρόνια τοπική χρήση κορτιζονούχου κολλυρίου, είναι δυνατόν να προκαλέσουν γλαύκωμα. (Μ. Ν. Μόσχος, 1998).

### 1.6.3 Συγγενές γλαύκωμα

A. Πρωτοπαθές συγγενές γλαύκωμα ή βούφθαλμος ή παιδικό γλαύκωμα.

B. Δευτεροπαθές συγγενές γλαύκωμα συνδυαζόμενο με διάφορες συγγενείς ανωμαλίες, όπως ανιριδία, σύνδρομο του Axenfeld, σύνδρομο των Sturge-Weber, σύνδρομο Marfan, νευροοϊνωμάτωση κ.λπ.

Ο όρος πρωτοπαθές συγγενές γλαύκωμα (congenital glaucoma) χρησιμοποιείται για να δηλώσει την ύπαρξη διαμαρτίας κατά τη διάπλαση του οφθαλμού στην εμβρυϊκή ζωή, που προκαλεί ή θα προκαλέσει κατά τη διάρκεια των 3 πρώτων ετών της ζωής αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης και στη συνέχεια γλαύκωμα.

Η Αμερικανική Σχολή διακρίνει τρεις τύπους γλαυκωμάτων οφειλόμενων σε διαμαρτία κατά τη διάπλαση της γωνίας:

- *Συγγενές γλαύκωμα (congenital glaucoma)*, παρόν κατά τη γέννηση του ατόμου.
- *Παιδικό γλαύκωμα (infatle glaucoma)*, που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια των 3 πρώτων ετών από τη γέννηση, και
- *Νεανικό γλαύκωμα (juvenile glaucoma)*, που εκδηλώνεται κατά την ενηλικίωση του ατόμου.

Σε περισσότερο από τα 2/3 των περιπτώσεων η εμφάνιση είναι σποραδική, δηλαδή ούτε κληρονομική ούτε οικογενής. Το 15-25% των περιπτώσεων έχει σαφώς κληρονομικό χαρακτήρα, η δε μεταβίβαση στους απογόνους γίνεται κατά τον αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα με ελαττωμένη διεισδυτικότητα (στο 40%). (Μ. Ν. Μόσχος, 1998).

## **1.7 Νόσοι του βυθού**

### **1.7.1 Σκλήρυνση των αγγείων του βυθού**

Το σύνολο σχεδόν των ορατών αρτηριακών κλάδων στον βυθό αποτελείται από αρτηρίδια (το αρτηρίδιο έχει διακεκομμένο μυϊκό χιτώνα). Η αρτηριακή σκλήρυνση είναι μία εκφυλιστική επεξεργασία που προσβάλλει με τον ίδιο τρόπο όλα τα αγγεία του σώματος που έχουν την ίδια διάμετρο, είτε βρίσκονται στον αμφιβληστροειδή, είτε στον νεφρό ή τον εγκέφαλο. Ο βαθμός σκλήρυνσης μπορεί να είναι μεγαλύτερος σε ορισμένα όργανα από ό,τι σε άλλα.

Οι παθολογοανατομικές βλάβες του αρτηριδίου, που οδηγούν στην απώλεια της διαφάνειας του τοιχώματος, συνίστανται σε υπερτροφία του μέσου χιτώνα, υαλινοποίηση του έσω χιτώνα και ενδοθηλιακή υπερπλασία. Την πρόοδο των σκληρυντικών αυτών αλλοιώσεων συνοδεύουν μεταβολές του χρώματος του αγγείου, που παίρνει αρχικά κιτρινωπή-πορτοκαλιά απόχρωση, η οποία στη συνέχεια μεταπίπτει σε χαλκόχροη (απόχρωση χάλκινου σύρματος). Τέλος, το χρώμα του αγγείου γίνεται λευκωπό (σαν σύρμα αργύρου), καθώς το τοίχωμα του είναι τόσο αδιαφανές, ώστε να καλύπτει την υποκείμενη στήλη αίματος.

### **1.7.2 Υπερτασική αμφιβληστροειδοπάθεια**

Η αρτηριακή υπέρταση (ιδιοπαθής ή άλλης αιτιολογίας) προκαλεί βλάβες στον βυθό του οφθαλμού, οι οποίες έχουν σχέση κυρίως με το ύψος της διαστολικής πίεσης. Υψηλή συστολική αρτηριακή πίεση με μικρή ή καθόλου αύξηση της διαστολικής έχει διαφορετική αιτιολογική και προγνωστική σημασία. Ένας σημαντικός παράγοντας που παίζει ρόλο στην εμφάνιση των αλλοιώσεων είναι η χρονική διάρκεια της αρτηριακής υπέρτασης. Μικρού βαθμού αύξηση της διαστολικής πίεσης χρονολογούμενη από σχετικά μικρού χρονικού διαστήματος, προκαλεί ελάχιστες ή καθόλου οφθαλμοσκοπικές αλλοιώσεις, ενώ τυπικές βλάβες του βυθού δείχνουν τη σοβαρότητα αλλά και τη χρονιότητα της νόσου.

Οι οφθαλμοσκοπικές βλάβες στον βυθό του οφθαλμού επί αρτηριακής υπέρτασης αφορούν στα αρτηρίδια, στον αμφιβληστροειδή, στη θηλή του οπτικού νεύρου και στον χοριοειδή (R. S. Snell & M. Lemp, 2006).

### 1.7.3 Αρτηριακές αποφράξεις του αμφιβληστροειδούς

Είναι δυνατόν να οφείλονται σε θρόμβωση του ενδιαφερόμενου αγγείου αλλά κυρίως σε εμβολή, δηλαδή μεταφορά θρόμβου από άλλο σημείο του αγγειακού συστήματος στα αγγεία του αμφιβληστροειδούς. Αν και οι αγγειακές αποφράξεις του βυθού απαντώνται συνήθως σε μεγάλη ηλικία, εντούτοις και νέα άτομα μπορούν να προσβληθούν, συνήθως δια του μηχανισμού της εμβολής.

Τα αίτια της αρτηριακής απόφραξης του βυθού είναι εμβολές, αποφράξεις που οφείλονται σε αθηρωμάτωση του αρτηριακού τοιχώματος είτε σε φλεγμονή και αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης (R. S. Snell & M. Lemp, 2006).

### 1.7.4 Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια

Ο διαβήτης οφείλεται στην έλλειψη ινσουλίνης ή στην παρουσία παραγόντων που ανταγωνίζονται τη δράση της ινσουλίνης. Τελικό αποτέλεσμα και στις δύο περιπτώσεις είναι η μη χρησιμοποίηση από τους ιστούς της γλυκόζης του αίματος και κατά συνέπεια η αύξησή της στο αίμα (υπεργλυκαιμία).

Διακρίνουμε δύο τύπους διαβήτη:

Ο *τύπος 1* (ή *ίνσουλινοεξαρτώμενος*) οφείλεται σε βλάβη των β-κυττάρων των παγκρεατικών νησιδίων. Εμφανίζεται συνήθως σε ηλικία 10-20 ετών, είναι δυνατόν όμως και ηλικιωμένα άτομα να παρουσιάσουν τέτοιου τύπου διαβήτη. Δεν κληρονομείται ευθέως παρά μόνο η προδιάθεση, σε συνδυασμό με κάποιου τύπου HLA- αντιγόνο ιστοσυμβατότητας.

Ο *τύπος 2* (ή *μη ίνσουλινοεξαρτώμενος*) είναι άγνωστης αιτιολογίας, εμφανίζεται κυρίως στην ηλικία 50-70 ετών και κληρονομείται, χωρίς αυτή η κληρονομικότητα να έχει όμως σχέση με το HLA σύστημα.

Η κυριότερη επιπλοκή του διαβήτη από τους οφθαλμούς είναι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (ΔΑ). Αποτελεί τη δεύτερη κυρία αιτία τύφλωσης σε προηγμένα κράτη (Ευρώπη, Η.Π.Α).

Συχνότητα της ΔΑ: Ο κυριότερος παράγοντας που επηρεάζει την εμφάνιση ΔΑ είναι η διάρκεια της νόσου. Για ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 και για διάρκεια της νόσου 5-10 χρόνια η συχνότητα της ΔΑ ανέρχεται στο 27% και για διάρκεια > 10 ετών ανέρχεται στο 71%. Όταν η διάρκεια της νόσου ξεπεράσει τα 30 χρόνια, τότε η συχνότητα της ΔΑ ανέρχεται στο 90-95%. Για διαβητικούς με διαβήτη τύπου 2 και για διάρκεια νόσου 11-13 χρόνια η συχνότητα της ΔΑ είναι 23%. Για διάρκεια της νόσου > 16 χρόνια η συχνότητα ανέρχεται στο

60%. Αν και η διάρκεια της νόσου είναι ο κύριος παράγοντας για την εμφάνιση της ΔΑ, εντούτοις, τα χρόνια του διαβήτη πριν από την εφηβεία δεν προσμετρούν σαν χρόνος διάρκειας της νόσου, Π.χ. εάν δύο ασθενείς ηλικίας 25 ετών παρουσίασαν διαβήτη πριν από την εφηβεία, ο μεν πρώτος σε ηλικία 5 ετών, ο δε δεύτερος σε ηλικία 13 ετών, τότε οι δύο αυτοί ασθενείς έχουν την ίδια πιθανότητα χρονικής εμφάνισης ΔΑ (R. S. Snell & M. Lemp, 2006). Στην παρακάτω εικόνα φαίνεται πως βλέπει ένας ασθενής με διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.



### **1.7.5 Διαβητικό οίδημα της ωχράς (διαβητική ωχροπάθεια)**

Το οίδημα της ωχράς κηλίδας του οφθαλμού στη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τους ασθενείς, καθώς προκαλεί έκπτωση της όρασης που συνεπάγεται αναπηρία και ελάττωση της παραγωγικότητας του ατόμου. Εμφανίζεται σε ποσοστό 14-25% των πασχόντων από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 διάρκειας πάνω από 10 χρόνια. Άτομα με διαβήτη τύπου 1 θα εμφανίσουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους οίδημα ωχράς σε ποσοστό 42%. Σήμερα το οίδημα της ωχράς προσβάλλει 75.000 νέους διαβητικούς ασθενείς κάθε χρόνο στις Η.Π.Α. (Κ. Γ. Ψύλλας, 2005).

### **1.7.6 Μελαγχρωματική αμφιβληστροειδοπάθεια**

Η μελαγχρωματική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι ένα γενικό όνομα που χρησιμοποιείται για μία ομάδα κληρονομικών νόσων, που χαρακτηρίζονται από ημεραλωπία και στένωση των οπτικών πεδίων. Οι κλινικές εκδηλώσεις ποικίλλουν μεταξύ των ασθενών, ακόμη και μεταξύ των ατόμων της ίδιας οικογένειας που πάσχουν από τη νόσο. Χαρακτηρίζεται από άγνωστης αιτιολογίας εκφυλιστικές αλλοιώσεις που αρχίζουν από τις

εξωτερικές στιβάδες κυρίως αμφιβληστροειδούς, κυρίως στα ραβδία επεκτείνονται στη συνέχεια προς το μελάγχρουν επιθήλιο, τις υπόλοιπες στιβάδες του αμφιβληστροειδούς και προς τη χοριοτριχοειδική στιβάδα του χοριοειδούς.

Είναι νόσος κληρονομική και μεταβιβάζεται με τους εξής 3 τύπους:

A) Κατά τον αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα (37%): Είναι ο συχνότερος τρόπος μεταβίβασης της νόσου. Στις περιπτώσεις αυτές η νόσος έχει βαρύτερη κλινική εικόνα και πρόγνωση.

B) Κατά τον αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα (19,5%): Στους ασθενείς αυτούς η πορεία της νόσου είναι σχετικά καλοήθης και τα συμπτώματα εμφανίζονται σε μεγαλύτερη ηλικία.

Γ) Κατά τον X-φυλοσύνδετο υπολειπόμενο χαρακτήρα (4,5%): Η μορφή αυτή της νόσου είναι σπάνια, εξίσου όμως βαριάς πρόγνωσης με την πρώτη και μερικές φορές βαρύτερης.

Ένα μεγάλο όμως ποσοστό των περιστατικών (39%) εμφανίζονται σποραδικά, χωρίς να έχουν οικογενειακό ιστορικό. (Κ. Γ. Ψύλλας, 2005).

### **1.7.7 Αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς**

Όπως δηλώνει και η λέξη, αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς σημαίνει απομάκρυνση του αμφιβληστροειδούς από τον υποκείμενο χιτώνα. Στην πραγματικότητα όμως δεν απομακρύνεται όλος ο αμφιβληστροειδής από το υπόλοιπο τοίχωμα του βολβού, αλλά μόνο ο κυρίως αμφιβληστροειδής, δηλαδή αποχωρίζεται το νευροεπιθήλιο από το μελάγχρουν επιθήλιο.

Με την απομάκρυνση του νευροεπιθηλίου απομακρύνονται και τα κατεξοχήν στοιχεία για την αντίληψη του φωτός, ραβδία και κωνία, από το τροφικό τους στρώμα, το μελάγχρουν επιθήλιο και την υποκείμενη χοριοτριχοειδική στιβάδα. Αποτέλεσμα της απομάκρυνσης αυτής είναι η εκφύλιση των ευγενών αυτών στοιχείων που συνεπάγεται την τύφλωση.

Σαν πάθηση η αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς δεν είναι μία ενιαία και αυτοτελής νόσος. Αποτελεί κλινική συνδρομή οφειλόμενη σε πολλά αίτια, γνωστά και άγνωστα. Με αυτή την έννοια μπορούμε να τη διακρίνουμε στους εξής κλινικούς τύπους:

- 1 Η ρηγματογενής ή ιδιοπαθής αποκόλληση.
- 2 Η λόγω έλξεων αποκόλληση (ελκτική αποκόλληση).
- 3 Η εξιδρωματική ή δευτεροπαθής αποκόλληση

### **1.7.8 Αμφιβληστροειδοπάθεια των πρόωρων νεογνών**

Η αμφιβληστροειδοπάθεια των πρόωρων είναι μία παραγωγική αμφιβληστροειδοπάθεια η οποία, στην κλασική της μορφή, προσβάλλει τα πρόωρα νεογνά που έχουν εκτεθεί σε περιβάλλον με υψηλή περιεκτικότητα οξυγόνου. Συχνότερα εμφανίζεται σε νεογνά των οποίων το βάρος δεν υπερβαίνει τα 1.300 gr κατά τη γέννηση. Στις Η.Π.Α 500 παιδιά κάθε χρόνο τυφλώνονται από τη νόσο.

Σήμερα πιστεύεται ότι το οξυγόνο δεν είναι ο μοναδικός αιτιολογικός παράγοντας για την εμφάνιση της νόσου. Κλινικές μελέτες των τελευταίων ετών έδειξαν ότι η προωρότητα αυτή καθεαυτή σε συνδυασμό με το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση του παιδιού είναι σήμερα η αιτία των περισσότερων περιπτώσεων αμφιβληστροειδοπάθειας των πρόωρων και όχι η υπερβολική χορήγηση οξυγόνου, όπως θεωρούνταν στο παρελθόν. (Μ. Ν. Μόσχος, 1998)

### **1.7.9 Παθήσεις της ωχράς**

Η ωχρά κηλίδα αποτελεί μια ωσειδή περιοχή στον οπίσθιο πόλο, διαμέτρου περίπου 4,5 mm. Είναι περιοχή του αμφιβληστροειδούς που περιέχει τη χρωστική ξανθοφύλλη και περισσότερους από έναν στοιχείους γαγγλιακών κυττάρων. Οι παθήσεις της ωχράς κληρονομικές και επίκτητες, είναι πάμπολλες, γι' αυτό θα αναφερθούμε στις σπουδαιότερες.

#### A. οικογενής εκφύλιση της ωχράς

Είναι οικογενής και κληρονομική νόσος, μεταδιδόμενη συνήθως κατά τον αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα. Προσβάλλει τα παιδιά μιας οικογένειας όταν φθάσουν σε ορισμένη ηλικία, μεταξύ του 6<sup>ου</sup> και 20<sup>ου</sup> έτους της ηλικίας τους. Οι βλάβες είναι πολύμορφες, ενδιαφέρουν αποκλειστικά την περιοχή της ωχράς και είναι αμφοτερόπλευρες και συμμετρικές. Στην αρχή εμφανίζονται δυσκολίες στην ανάγνωση μικρών στοιχείων, για να καταλήξει με τα χρόνια σε κεντρικό απόλυτο σκότωμα. Χαρακτηριστικές είναι και οι διαταραχές στην αντίληψη των χρωμάτων.

#### B. κεντρική ορώδης χοριοαμφιβληστροειδοπάθεια

Είναι αρκετά συχνή νόσος άγνωστης αιτιολογίας κατά την οποία παρατηρείται οίδημα του αμφιβληστροειδούς στην περιοχή της ωχράς. Προσβάλλει νέους άνδρες ηλικίας 20-45, με έντονη επαγγελματική δραστηριότητα και άγχος. Ο ασθενής παραπονιέται για αιφνίδια θόλωση της όρασης από τον έναν οφθαλμό, μικροψίες και μεταμορφώσεις.

#### Γ. γεροντική ή ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς.

Η γερωντική αποτελεί την κυριότερη αιτία τύφλωσης ατόμων ηλικίας >65 ετών στο Δυτικό κόσμο. Είναι νόσος αμφοτερόπλευρη με έναρξη στον έναν οφθαλμό σε ηλικία κατά μέσο όρο 65 ετών και συχνότητα εμφάνισης στον άλλο οφθαλμό 12% κάθε χρόνο. Περίπου 30% των ατόμων ηλικίας >75 ετών πάσχουν από κάποιου βαθμού εκφύλιση της ωχράς. (Κ. Γ. Ψύλλας, 2005).

## **1.8 Παθήσεις της οπτικής οδού**

### **1.8.1 Παθήσεις του οπτικού νεύρου**

#### **1. Οπτική νευρίτιδα**

Ονομάζεται η φλεγμονώδης ή η απομυελινωτική προσβολή του οπτικού νεύρου. Όταν η προσβολή ενδιαφέρει το ενδοβολβικό τμήμα του οπτικού νεύρου (συνήθως στα παιδιά), ονομάζεται *οπτική θηλίτιδα* και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση οιδήματος της θηλής, άλλοτε άλλου βαθμού. Όταν η προσβολή ενδιαφέρει το οπισθοβολβικό τμήμα του οπτικού νεύρου, συνήθως στους ενήλικες, ονομάζεται οπισθοβολβική νευρίτιδα. Η οπτική νευρίτιδα, διαγιγνώσκεται κλινικά με βάση την απώλεια της οπτικής οξύτητας και αλλαγές του οπτικού πεδίου. Μπορεί να συνοδεύεται από φλεγμονή σε άλλα τμήματα της οπτικής οδού ή από πιο εκτεταμένη ενδοκρανιακή φλεγμονή. Οι κυριότερες παθήσεις που προκαλούν οπτική νευρίτιδα είναι:

- α) σκλήρυνση κατά πλάκας, το 50-70% των ασθενών με οπτική νευρίτιδα ηλικίας 20-40 ετών θα παρουσιάσουν σκλήρυνση κατά πλάκας.
- β) ιώσεις, η πιο συχνή αιτία οπτικής νευρίτιδας στα παιδιά αμφοτερόπλευρη
- γ) φλεγμονές των μηνίγγων, των παραρρινικών κόλπων και του κόγχου
- δ) αυτοάνοση οπτική νευρίτιδα, εμφανίζεται σε νέες γυναίκες μέσης ηλικίας που εμφανίζουν οπτική νευρίτιδα με σοβαρή έκπτωση της όρασης.
- ε) το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS)
- στ) τέλος ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου είναι δυνατόν να παρουσιάσουν οπτική νευρίτιδα.

#### **2. διαβητική οπτική νευροπάθεια**

Η πάθηση προσβάλλει διαβητικούς ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 ηλικίας 20-30 ετών, είναι συνήθως αμφοτερόπλευρη ενώ η έκπτωση της όρασης δεν είναι πολύ μεγάλη.

#### **3. τοξική οπτική νευροπάθεια**

Η νόσος προσβάλλει άτομα μέσης ηλικίας που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοολούχων ποτών και είναι βαρείς καπνιστές.

#### **4.Οπτική νευροπάθεια από διαταραχή της θρέψης**

Η στέρηση της βιταμίνης B1 (θειαμίνη) προκαλεί προσβολή του οπτικού νεύρου και το καθιστά περισσότερο ευάλωτο στην τοξική επίδραση του αλκοόλ και της νικοτίνης.

#### **5.Ατροφία της θηλής του οπτικού νεύρου**

Με τον όρο ατροφία της θηλής του οπτικού νεύρου εννοούμε την εκφύλιση του νεύρου. Η ατροφία επέρχεται σε βλάβη του αμφιβληστροειδούς ή σε βλάβη του οπτικού νεύρου μέσα στο κόγχο. Επίσης ατροφία της θηλής παρατηρείται στα πλαίσια γενικής νόσου συνήθως του κεντρικού νευρικού συστήματος.

#### **6.τραύματα του οπτικού νεύρου**

#### **7.Όγκοι του οπτικού νεύρου**

Οι πρωτοπαθείς όγκοι του οπτικού νεύρου είναι σπάνιοι. Πρόκειται κυρίως για γλοιώματα και μηνιγγιώματα. Τα γλοιώματα παριστούν τον συχνότερο συναντούμενο όγκο του οπτικού νεύρου. Εμφανίζονται συνήθως στις ηλικίες μεταξύ 2 και 6 ετών και μεταξύ 10 και 20 ετών. Τα συμπτώματα του γλοιώματος επιδεινούνται μη σφύζοντα εξόφθαλμο, περιορισμό της κινητικότητας του οφθαλμού, οπτική ατροφία και οίδημα της θηλής. Επειδή έχει την τάση να επεκτείνεται προς την ενδοκρανιακή κοιλότητα θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του μικρού ασθενούς.

Το μηνιγγίωμα του οπτικού νεύρου, εμφανίζεται σε ηλικία μεγαλύτερη των 30 ετών και προέρχεται από τα περιβλήματα του οπτικού νεύρου (σκληρό έλυτρο). Προκαλεί εξόφθαλμο που προηγείται της έκπτωσης της όρασης, σε αντίθεση με το γλοίωμα. Προκαλεί διαταραχές της κινητικότητας του βολβού και κυκλοφορικές διαταραχές του κόγχου με αποτέλεσμα οίδημα των βλεφάρων και του επιπεφυκότα, φλεβική στάση και αιμορραγίες στο βυθό.

#### **8.Συγγενείς ανωμαλίες του οπτικού νεύρου**

i) Κολόβωμα της θηλής του οπτικού νεύρου, υπάρχουν 2 μορφές μια κοινή και μια σπάνια. Η κοινή μορφή κολοβώματος οφείλεται στην ατελή σύγκλειση της εμβρυονικής σχισμής μοιάζει με μυωπικό κώνο και με τη διαφορά ότι εντοπίζεται στο κάτω χείλος της θηλής. Η σπάνια μορφή που είναι γνωστή με το όνομα κολόβωμα της κεφαλής του οπτικού νεύρου οφείλεται και αυτή σε ατελή σύγκλειση της εμβρυονικής σχισμής αλλά σε μεγαλύτερο βαθμό. Ο οφθαλμός έχει ελαττωμένη όραση.

ii) Της οπτικής θηλής, είναι μικρά κολοβώματα του οπτικού νεύρου που εντοπίζονται συνήθως στο κροταφικό τμήμα της θηλής και έχουν σχήμα μικρής οπής.

iii) Λοξή πρόσφυση του οπτικού νεύρου, σε σπάνιες περιπτώσεις το οπτικό νεύρο εισέρχεται στο βολβό περισσότερο λοξά απ' ό τι φυσιολογικά με αποτέλεσμα η θηλή και τα κεντρικά αγγεία του αμφιβληστροειδούς να παίρνουν λοξή φορά συνήθως προς τα κάτω και ρινικά. (Κ. Γ. Ψύλλας, 2005).

## **1.8.2 Παθήσεις της ενδοκρανιακής μοίρας της οπτικής οδού**

Πολλές ενδοκρανιακές παθήσεις εκτός από τα άλλα νευρολογικά συμπτώματα, προκαλούν βλάβες της ενδοκρανιακής μοίρας της οπτικής οδού, με αντίκτυπο στην όραση.

### **A) παθήσεις του χιάσματος και των οπτικών ταινιών**

το ενδοκρανιακό αυτό τμήμα της οπτικής οδού προσβάλλεται κυρίως από χωροκατακτητικές επεξεργασίες, καλοήθειες ή κακοήθειες και σπανιότερα από φλεγμονές ή διάφορες άλλες παθήσεις. Οι όγκοι που προσβάλλουν το οπτικό χίασμα είναι το χρωμόφοβο αδένωμα της υπόφυσης, το κρανιοφαρυγγίωμα, το μηνιγγίωμα και τα γλοιώματα. Άλλες παθήσεις που είναι δυνατόν να προσβάλλουν το χίασμα είναι οι απομυελινωτικές νόσοι, οι φλεγμονές της λεπτής μήνιγγας της βάσης του κρανίου καθώς και τραύματα του κρανίου.

### **B) παθήσεις της οπτικής ακτινοβολίας και του οπτικού φλοιού,**

Η κύρια αιτιολογία της προσβολής του εν λόγω τμήματος της οπτικής οδού είναι οι αγγειακές βλάβες. Το 90% των βλαβών της οπτικής ακτινοβολίας οφείλονται σε απόφραξη κλαδών της οπίσθιας εγκεφαλικής αρτηρίας. Λιγότερο συχνές αιτίες είναι τα τραύματα και οι όγκοι. (Μ. Ν. Μόσχος, 1998).

## **1.9 Παθήσεις του έξω αυτιού**

Παρακάτω περιγράφονται οι σημαντικότερες παθήσεις του πτερυγίου που ανάλογα με την μορφή έχουν ως αποτέλεσμα την έκπτωση της ακοής, τέτοιες παθήσεις είναι οι δυσπλασίες, οι φλεγμονές του πτερυγίου και οι όγκοι.

### **1.9.1 Συγγενείς δυσπλασίες**

Οι συγγενείς δυσπλασίες του αυτιού οφείλονται σε διαταραχή της οργανογένεσης των δύο πρώτων βραγχιακών τόξων, της πρώτης βραγχιακής σχισμής και του πρώτου φαρυγγικού θυλάκου. Οι δυσπλασίες μπορεί να εμφανίζονται είτε μεμονωμένα, είτε να συνυπάρχουν με

συγγενείς ανωμαλίες άλλων οργάνων. Συχνά αναπτύσσεται ένα ευρύτερο σύνδρομο του προσώπου και του τραχήλου, ενώ άλλοτε παρουσιάζονται ανωμαλίες και σε άλλα συστήματα του οργανισμού όπως το καρδιαγγειακό ή το ουροποιητικό.

Παράγοντες που θεωρούνται υπεύθυνοι για τη δημιουργία των συγγενών δυσπλασιών είναι:

- Γενετικοί, όπως το σύνδρομο Treacher-Collins- Franceschetti ή γναθοπροσωπική δυσόστωση, χρωματοσωμικές ανωμαλίες και μεταλλάξεις γονιδίων.
- Νοσήματα, που επέδρασαν κατά τη διάρκεια της κύησης, στην πρώτη περίοδο της οργανογένεσης.
- Φάρμακα, όπως η θαλιδομίδη.
- Εξωγενείς παράγοντες όπως η ακτινοβολία και οι υπέρηχοι.

Οι συγγενείς ανωμαλίες του πτερυγίου διακρίνονται σε μακρωτία (πολύ μεγάλα πτερύγια) και μικρωτία.

## **1.10 Παθήσεις του μέσου αυτιού**

### **1.10.1 Συγγενής παθήσεις**

Γενικά οι συγγενείς δυσπλασίες του αυτιού διαιρούνται σε 3 μεγάλες κατηγορίες που βασίζονται όχι στην εντόπιση της βλάβης, αλλά στο βαθμό βαρύτητας. Διακρίνουμε τις εξής κατηγορίες:

- 1 Μικρές δυσπλασίες: Το πτερύγιο υπάρχει αλλά με δυσμορφία και με αναγνωρίσιμα χαρακτηριστικά. Ο έξω ακουστικός πόρος υπάρχει ή παρουσιάζει μερική ατρησία. Μικρές δυσπλασίες στα οστάρια. Οι θυρίδες υπάρχουν.
- 2 Μεσαίες δυσπλασίες: Υπόλειμμα πτερυγίου, ατρησία του έξω ακουστικού πόρου στο χόνδρινο ή στο οστέινο τμήμα ή και στα δύο. Η κοιλότητα του μέσου αυτιού είναι περιορισμένη με υπάρχοντα και αναγνωρίσιμα οστάρια. Οι θυρίδες υπάρχουν.
- 3 Σοβαρές δυσπλασίες: Το πτερύγιο λείπει ή παρουσιάζει σοβαρή δυσπλασία και δυστοπία. Ατρησία του έξω ακουστικού πόρου στο χόνδρινο και στο οστέινο τμήμα. Η κοιλότητα του μέσου αυτιού είναι σοβαρά περιορισμένη με συγχωνευμένα και μόλις αναγνωρίσιμα οστάρια, ή λείπουν τελείως. Οι θυρίδες είναι δυσπλαστικές ή δεν υπάρχουν.

Όταν ακουστική αλυσίδα προέρχεται από το πρώτο και δεύτερο βραγχιακό τόξο οι δυσπλασίες του μέσου αυτιού μπορεί να συνυπάρχουν με αναπτυξιακές ανωμαλίες άλλων οργάνων που προέρχονται από τα τόξα αυτά.

Τέτοια κλασική περίπτωση είναι το σύνδρομο Treacher- Collins - Franceschetti (συγγενής στένωση έξω ακουστικού πόρου άμφω, γναθοπροσωπική δυσόστωση, δυσπλασία της ακουστικής αλύσου). Χαρακτηρίζεται από μέσου μέχρι μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα αγωγιμότητας η οποία εκδηλώνεται από την παιδική ηλικία, αμφοτερόπλευρα ή σπάνια μονόπλευρα. Η βαρηκοΐα παραμένει σταθερή με την πάροδο της ηλικίας (Ι. Δανιηλίδης & Δ. Ασημακόπουλος, 2006).

### **1.10.2 Κακώσεις του μέσου αυτιού**

Η συχνότερη κάκωση του μέσου αυτιού είναι η τραυματική διάτρηση της τυμπανικής μεμβράνης. Λαμβάνει χώρα συνήθως κατά τη διάρκεια αδέξιων χειρισμών στον έξω ακουστικό πόρο, στην προσπάθεια να ξύσει κανείς το αυτί του με κάποιο αιχμηρό αντικείμενο (βελόνα, σπιρτόξυλο, συνδετήρα κλπ.) ή να το καθαρίσει με βαμβακοφορέα. Σε περίπτωση ουλώδους ή ατροφικού τυμπάνου είναι δυνατόν να προκληθεί διάτρηση κατά τη διάρκεια πλύσης των αυτιών ή σε κατάδυση. Επίσης το τύμπανο μπορεί να τραυματισθεί έμμεσα μετά από αιφνίδια μεγάλη αυξομείωση της πίεσης του αέρα στον έξω ακουστικό πόρο (έκρηξη, χαστούκι, κτύπημα με μπάλα ή "ρουφηχτό φιλί" στο αυτί).

Ο ασθενής παραπονείται για έντονο πόνο στο αυτί, εμβοές, βαρηκοΐα αγωγιμότητας και συχνά ωτορραγία (Χ. Ι Φραντζής, 1992).

### **1.10.3 Κατάγματα του κροταφικού οστού (πλαγιοβασικά κατάγματα)**

Είναι συχνά λόγω της αύξησης των τροχαίων ατυχημάτων και προκαλούν σοβαρές βλάβες στο όργανο της ακοής και της ισορροπίας του σώματος.

Αναλόγως με τη φορά της γραμμής του κατάγματος διακρίνονται στα επιμήκη, τα εγκάρσια και τα μικτά κατάγματα

**Επιμήκη κατάγματα.** Είναι αποτέλεσμα κακώσεων του κρανίου στην κροταφική και βρεγματική χώρα. Η γραμμή του κατάγματος φέρεται παράλληλα προς τον επιμήκη άξονα του λιθοειδούς οστού. Σ' αυτά προσβάλλονται κατ' εξοχήν οι δομές του έξω και μέσου αυτιού και σπανιότερα ο λαβύρινθος

Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται:

- ❖ Από βαρηκοΐα αγωγιμότητας λόγω κάκωσης του τυμπανοσταριώδους συστήματος ή μικτού τύπου βαρηκοΐα όταν συμμετέχει και ο κοχλίας. Η συμμετοχή του κοχλίας στις

περιπτώσεις αυτές αποδίδεται σε έμμεση κάκωση από την πιθανή, λόγω του κτυπήματος "διάσειση του λαβυρίνθου". Στο γεγονός αυτό αποδίδονται οι διαταραχές της ισορροπίας που πιθανόν να συνυπάρχουν.

- ❖ Από ωτορραγία η οποία μπορεί να προέρχεται και από την κάκωση του έξω ακουστικού πόρου.
- ❖ Σπάνια έξοδο εγκεφαλονωτιαίου υγρού από τον έξω ακουστικό πόρο.
- ❖ Παράλυση του προσωπικού νεύρου στο 20% των περιπτώσεων, λόγω βλάβης κυρίως στην τυμπανική του μοίρα.

**Εγκάρσια κατάγματα.** Είναι σπανιότερα και προκαλούνται όταν η βία ασκείται από την πλευρά του μετώπου ή της ινιακής χώρας. Η γραμμή του κατάγματος φέρεται εγκάρσια προς τον επιμήκη άξονα του λιθοειδούς οστού. Συνήθως στα κατάγματα αυτά προσβάλλονται οι δομές του λαβυρίνθου ή του έξω ακουστικού πόρου, ενώ το μέσο αυτί είναι δυνατόν να τραυματισθεί στην περιοχή του ακρωτηρίου χωρίς ρήξη του τυμπάνου.

Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από:

- ❖ Νευροαισθητήρια βαρηκοΐα και διαταραχές της ισορροπίας του σώματος με αυτόματο νυσταγμό προς την υγιή πλευρά.
- ❖ Αιματοτύμπανο (συλλογή αίματος στο κοίλο του τυμπάνου) λόγω κάκωσης του έξω τοιχώματος του μέσου αυτιού.
- ❖ Παράλυση του προσωπικού νεύρου, συχνότερα απ' ότι στα επιμήκη κατάγματα και σε ποσοστό 50% περίπου, λόγω βλάβης στη λαβυρινθική του μοίρα.
- ❖ Σπάνια έξοδο εγκεφαλονωτιαίου υγρού (S. Howard Lee, et, al, 1992).

#### **1.10.4 Διαταραχές της λειτουργίας της ευσταχιανής σάλπιγγας**

Η βασική λειτουργία της ευσταχιανής σάλπιγγας είναι ο αερισμός του μέσου αυτιού και η εξισορρόπηση των πιέσεων του αέρα που ασκούνται στην τυμπανική μεμβράνη, τόσο από τον έξω ακουστικό πόρο όσο και από το κοίλο του τυμπάνου. Κάθε διαταραχή της λειτουργίας της σάλπιγγας έχει ως συνέπεια τη μεταβολή της σχέσης των πιέσεων και τελικά την εκδήλωση διαφόρων παθολογικών καταστάσεων στο μέσο αυτί. Διάφοροι εξωγενείς παράγοντες συμβάλλουν στη διαταραχή της διάνοιξης της ευσταχιανής σάλπιγγας κατά την κατάποση, γεγονός που οδηγεί στη μείωση ή την κατάργηση του αερισμού του μέσου αυτιού. Οι παράγοντες που προκαλούν δυσλειτουργία της ευσταχιανής σάλπιγγας είναι:

α) Στα παιδιά:

- Καταρροϊκό; ρινίτιδες, παραρρινοκολπίτιδες και ρινοφαρυγγίτιδες, οι οποίες προκαλούν οίδημα του βλεννογόνου της ευσταχιακής σάλπιγγας και απόφραξη της.
- Υπερτροφία αδενοειδών εκβλαστήσεων και αδενοειδίτιδα, οι οποίες προκαλούν μηχανική απόφραξη των φαρυγγικών στομιών της ευσταχιακής σάλπιγγας
- Υπερωϊοσχιστία με επακόλουθη ανεπάρκεια του τείνοντος την υπερώα μυός,
- Αλλεργικές καταστάσεις των ανωτέρω αεροφόρων οδών,
- Συμφύσεις από τραυματισμό των σαλπιγγικών ογκωμάτων (διεγχειρητικά κατά τη διενέργεια αδενοειδεκτομής).

#### β) Στους ενήλικες:

- Όγκοι καλοήθεις ή κακοήθεις του ρινοφάρυγγα.
- Δυσχέρεια της ρινικής αναπνοής από σκολίωση του ρινικού διαφράγματος, υπερτροφία των ρινικών κογχών, ρινικούς πολύποδες κλπ.
- Χρόνιες παραρρινοκολπίτιδες.
- Παράλυση μυών της υπερώας (μυασθένεια) (S. Howard Lee, et, al, 1992).

### **1.10.5 Όγκοι του μέσου αυτιού**

#### 1. παραγαγγλίωμα (Glomus tumor)

Είναι ο συχνότερος καλοήθης όγκος του μέσου αυτιού. Ιστολογικά τα κύτταρα του όγκου εμφανίζουν δομή παρόμοια με αυτήν των χημειούποδοχέων του καρωτιδικού σωματίου και χαρακτηρίζεται από μεγάλη αγγειοβρίθεια. Είναι συχνότερο στις γυναίκες, στη λευκή φυλή και στην ηλικία των 50-60 ετών.

Αν και καλοήθης όγκος, συμπεριφέρεται με αρκετή επιθετικότητα και μπορεί να προσβάλλει κраниακά νεύρα ( IX, X, XI, XII) με ανάλογη συμπτωματολογία.

Όταν εντοπίζεται στο κοίλο του τυμπάνου εκδηλώνεται με σφύζουσες εμβοές και βαρηκοΐα αγωγιμότητας. Σε προσβολή του λαβυρίνθου, της βάσης του κρανίου και των κраниακών νεύρων εμφανίζονται νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα, διαταραχές ισορροπίας, παράλυση του προσωπικού νεύρου, βράγχος φωνής, διαταραχές στην κατάποση, παράλυση της μαλθακής υπερώας και της γλώσσας.

#### 2.Καρκίνος του μέσου αυτιού

Είναι σπάνιος, εμφανίζεται στην 5η δεκαετία της ζωής και προσβάλλει το ίδιο συχνά άντρες και γυναίκες. Ιστολογικά συνηθέστερο είναι το καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο, ενώ το αδενοκαρκίνωμα, το αδενοκυστικό καρκίνωμα και τα σαρκώματα είναι πολύ σπάνια. Εκδηλώνεται με ωτόρροια βλεννοαιματηρή, πόνο και βαρηκοΐα τύπου αγωγιμότητας στην

αρχή και μικτή ή νευροαισθητηριακή αργότερα εφ' όσον προσβληθεί ο λαβύρινθος. Στην περίπτωση αυτή προστίθενται ίλιγγος, διαταραχές της ισορροπίας και παράλυση του προσωπικού νεύρου. Ωτοσκοπικά παρατηρείται διάτρηση του τυμπάνου και πολύποδες αιμορραγικοί που προβάλλουν μέσα από τη διάτρηση προς τον έξω ακουστικό πόρο (Ι. Δανηλίδης & Δ. Ασημακόπουλος, 2006).

### **1.10.6 Ωτοσκλήρυνση**

Πάνω στον οστέινο λαβύρινθο σχηματίζονται σκληρυντικές εστίες, που η σύσταση τους δεν είναι όπως του φυσιολογικού οστού. Οι αλλοιώσεις αυτές υπάρχουν κυρίως γύρω από την ωοειδή θυρίδα και επεκτείνονται στον αναβολέα με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η κινητικότητα του πάνω στην ωοειδή θυρίδα. Σ' αυτήν την καθήλωση οφείλεται η βαρηκοΐα. Επειδή η βαρηκοΐα οφείλεται στην όχι καλή μετάδοση της κίνησης από τον αναβολέα στην έξω λέμφο γι' αυτό κατά 90% πρόκειται για βαρηκοΐα αγωγιμότητας.

Είναι μια πάθηση όχι σπάνια που το κύριο χαρακτηριστικό της είναι η βαρηκοΐα και τα βουητά. Εμφανίζεται σε άτομα πάνω από 17 χρονών και περισσότερο στις γυναίκες. Η ωτοσκλήρυνση προσβάλλει κατεξοχήν τη λευκή φυλή και σπανιότατα τη μαύρη και την κίτρινη. Στη παθογένεια της ωτοσκλήρυνσης μεγάλη σημασία έχει η κληρονομικότητα και οι ορμονικές διαταραχές, γεγονός που εξηγεί την επιδείνωση της βαρηκοΐας στην εγκυμοσύνη, στην εφηβεία και στην εμμηνόπαυση (Χ. Ι Φραντζής, 1992).

### **1.11 Παθήσεις του εσωτερικού αυτιού ή λαβυρίνθου**

Όλες οι παθήσεις του λαβυρίνθου έχουν περίπου κοινή συμπτωματολογία, η οποία διαφέρει μόνον ως προς τον τρόπο έναρξης, την ένταση και την διάρκεια.

Η κοινή συμπτωματολογία είναι: νευροαισθητήριοι βαρηκοΐα, εμβοές ώτων, ίλιγγος, διαταραχές ισορροπίας του σώματος. Πληθώρα παθήσεων τοπικών και συστηματικών μπορούν να προσβάλλουν τον λαβύρινθο. Το κυρίαρχο σύμπτωμα, η νευροαισθητήρια βαρηκοΐα, μπορεί να εκδηλώνεται αιφνιδίως, βραδέως προοδευτικά, να έχει κυμαινόμενο χαρακτήρα ή τέλος να εξελίσσεται προοδευτικά αλλά ταχέως. Βάσει της χρονολογικής αυτής εξέλιξης της βαρηκοΐας είναι δυνατόν να κατατάξουμε όχι μόνον τις τοπικές παθήσεις του λαβυρίνθου αλλά και τις συστηματικές, που προσβάλλουν δευτεροπαθώς το εσωτερικό αυτί, όπως φαίνονται παρακάτω (Χ. Ι Φραντζής, 1992)

<b>Οξείες ή αιφνίδιες βαρηκοΐες</b>	<p>Ιδιοπαθής αιφνίδια νευροαισθητήρια πτώση της ακοής  Φλεγμονή (οξεία μέση ωτίτιδα, εξωτερική ωτίτιδα, σύφιλη, νόσος του Lyme, ιογενής)  Περιλεμφικό συρίγγιο  Ισχαιμία οπισθοκοχλιακών δομών  Σκλήρυνση κατά πλάκας  Αυτοάνοσα νοσήματα  Τραυματικές  Μεταβολικές (χρόνια νεφρική ανεπάρκεια)  Αιματολογικές (δρεπανοκυτταρική αναιμία)  Πρεσβυακουσία  Ακουστικό τραύμα  Κληρονομικές</p>
<b>Προοδευτικές βαρηκοΐες</b>	<p>Νεόπλασμα οπισθοκοχλιακό  Χρόνια μέση ωτίτιδα, χολοστεάτωμα  Ωτοσκλήρυνση  Παθήσεις ενδοκρινών αδένων (υποθυρεοειδισμός, διαβήτης)  Νόσος του Paget  Μεταβολικά νοσήματα (χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, υπερλιποπρωτεϊναιμία)  Βλεννοπολυσακχαρίδωση</p>
<b>Κυμαινόμενες ή διαλείπουσες βαρηκοΐες</b>	<p>Περιλεμφικό συρίγγιο  Νόσος Meniere  Σκλήρυνση κατά πλάκας  Ημικρανία με απώλεια ακοής  Φλεγμονή (σύφιλη)  Αυτοάνοσα νοσήματα (σύνδρομο Cogan, ερυθματώδης λύκος, οξώδης πολυαρτηρίτις, νόσος Wegener, κροταφική)  Αυτοάνοσες παθήσεις του έσω ωτός  Μηνιγγική καρκινωμάτωση</p>
<b>Ταχέως επιδεινούμενες βαρηκοΐες</b>	<p>Αγγειίτις μετά από μόλυνση (νόσος των Βραχάδων Ορέων)  Νόσος του Lyme  Έκθεση σε ωτοτοξικές ουσίες (αμινογλυκοσίδες, διουρητικά, χημειοθεραπεία)</p>

### 1.11.1 Οξεία ή αιφνίδια πτώση της ακοής

Ως οξεία πτώση της ακοής χαρακτηρίζεται η νοσολογική οντότητα κατά την οποία αιφνίδια και χωρίς να υπάρχουν εμφανείς αιτίες προκαλείται μεγάλου βαθμού νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα, συνήθως ετερόπλευρα, που σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να φθάνει στα όρια της κώφωσης.

Η νόσος προκαλείται από βλάβη που εντοπίζεται κυρίως στον κοχλία και σπανιότερα στο ακουστικό νεύρο. Τα αίτια που προκαλούν τη βλάβη δεν είναι γνωστά. Συζητείται η αγγειακή και η ιογενής παθογένεια της νόσου. Ενοχοποιούνται:

Διαταραχές της μικροκυκλοφορίας του κοχλία λόγω:

- α) Σπασμού της λαβυρινθικής αρτηρίας (αγγειοκινητικές διαταραχές, ψυχικά stress).
- β) Θρόμβωσης της λαβυρινθικής αρτηρίας (αυξημένη πηκτικότητα του αίματος, συγκόλληση ερυθρών αιμοσφαιρίων, έμβολα θρόμβων σε κολπική μαρμαρυγή ή αρτηριοσκληρυντικές βλάβες, αντισυλληπτικά).
- γ) Αλλοιώσεων της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης με βλάβες του συστήματος της σπονδυλοβασικής αρτηρίας.
- δ) Μεταβολών της αρτηριακής πίεσης-διαταραχών της κυκλοφορίας του αίματος.
- ε) Ακουστικού νευρίνωματος συνεπεία φλεβικής στάσης.
  2. Ίωση.
  3. Ρήξη του δευτερεύοντα τυμπανικού υμένα.
  4. Διαταραχές της ανταλλαγής της ύλης (υπερχοληστεριναμία, διαβήτης).
  5. Αυτοάνοσο νόσημα.

Παρακάτω συνοψίζονται οι πιθανές παθήσεις που μπορούν να προκαλέσουν οξεία κώφωση. Αρχικά εμφανίζεται αίσθημα πίεσης στο αυτί που ακολουθείται από έντονες εμβοές και από βαρηκοΐα άλλοτε άλλου βαθμού μέχρι κώφωση. Όλη αυτή η διαδικασία εξελίσσεται μέσα σε λίγα λεπτά και συνήθως δεν συνοδεύεται από ίλιγγο. Σπανίως εμφανίζονται συγχρόνως σφοδρές κρίσεις περιστροφικού ίλιγγου με εμέτους, ωχρότητα και εφίδρωση (S. Howard Lee, et, al, 1992).

<b>Φλεγμονώδεις παθήσεις</b>	Μηνιγγοκοκκική μηνιγγίτιδα, λοίμωξη από ιό του έρπητα, παρωτίτιδα, AIDS, μονοπυρήνωση, μυκόπλασμα, κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα, τοξοπλάσμωση, σύφιλη, κυτταρομεγαλοϊός, ιλαρά, ερυθρά
<b>Τραυματικές παθήσεις</b>	Περίεμφικό συρίγγιο, κατάγματα κροταφικού, διάσειση έσω ωτός, ωτοχειρουργική επέμβαση, εγχειρητικές επιπλοκές μη ωτοχειρουργικής επέμβασης
<b>Νεοπλασματικές παθήσεις</b>	Ακουστικό νευρίνωμα, λευχαιμία, μυέλωμα, μεταστάσεις στον έσω ακουστικό πόρο, καρκινωμάτωση μηνίγγων
<b>Ανοσολογικές παθήσεις</b>	Πρωτοπαθής ανοσολογική πάθηση έσω ωτός, κροταφική αρτηρίτιδα, νόσος Wegener, σύνδρομο Cogan, οζώδης πολυαρτηρίτιδα, ενδολεμφικός ύδρωπας
<b>Τοξικές παθήσεις</b>	Δήγμα φιδιού, ωτοτοξικότητα φαρμάκων
<b>Κυκλοφορικές παθήσεις</b>	Αγγειακή νόσος - Διαταραχές μικροκυκλοφορίας, αγγειακή νόσος σχετιζόμενη με μιτοχονδριακή πάθηση, ανεπάρκεια σπονδυλοβασικού συστήματος, δυσφομίες ερυθρών αιμοσφαιρίων, δρεπανοκυπαρική νόσος, ανώμαλη καρωτίδα, καρδιοπνευμονική παράκαμψη

<b>Νευρολογικές παθήσεις</b>	Πολλαπλή σκλήρυνση, εστιακή ισχαιμία παρεγκεφαλίδας
<b>Μεταβολικό νοσήματα</b>	Θυρεοτοξική υποκαλιαιμία, διαταραχές στο μεταβολισμό του σιδήρου, σακχαρώδης διαβήτης, νεφρική ανεπάρκεια - αιμοκάθαρση
<b>Λοιπές παθήσεις</b>	Νόσος Meniere, ψευδοψύχωση, νευροσαρκοείδωση, μεταμοσχευτής νεφρός υπό θεραπεία με κυκλοσπορίνη, οδοντιατρική επέμβαση, κρανιακή υπερόστωση, γενετικές ανωμαλίες, στρες.

### 1.11.2 Νόσος του Meniere

Οφείλεται σε παθολογική διάταξη (ύδρωπα) του υμενώδους λαβυρίνθου είτε από αυξημένη παραγωγή ενδολέμφου στην αγγειώδη ταινία, είτε από ελαττωμένη παροχέτευση της στον ενδολεμφικό πόρο και σάκο. Στα αρχικά στάδια της νόσου οι βλάβες είναι αναστρέψιμες, γι' αυτό και παρατηρείται αποκατάσταση της ακοής (κυμαινόμενη βαρηκοΐα) και της λειτουργίας του οπίσθιου λαβυρίνθου. Με την πάροδο του χρόνου όμως προκαλείται εκφύλιση του οργάνου του Corti με απώλεια των τριχωτών κυττάρων στον κοχλία και την αίθουσα. Έτσι η βαρηκοΐα εγκαθίσταται μόνιμα και προοδευτικά επιδεινώνεται, ενώ παράλληλα εκπίπτει και η λειτουργία του οπίσθιου λαβύρινθου.

Η νόσος του Meniere εντοπίζεται συνήθως μονόπλευρα και σπάνια αμφοτερόπλευρα, προσβάλλει και τα δύο γένη και εκδηλώνεται συνηθέστερα στη μέση ηλικία. Σημασία από παθογενετικής πλευράς έχει το γεγονός ότι η νόσος εκδηλώνεται πολλές φορές σε άτομα νευροφυτικά ή μετά από ψυχικό stress.

Τα τρία χαρακτηριστικά συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται η νόσος είναι:

- *Ο περιστροφικός ίλιγγος*, που συνοδεύεται από τάση προς εμετό, εμετούς, ωχρότητα και εφιδρώσεις.
- *Η νευροαισθητήριος βαρηκοΐα*, αρχικά είναι κυμαινόμενη, δηλαδή επιδεινώνεται κατά τη διάρκεια του παροξυσμού, ενώ βελτιώνεται μετά την αποδρομή του ίλιγγου και αφορά κυρίως τις χαμηλές συχνότητες. Με την πάροδο της νόσου, όμως, και μετά από πολλαπλές προσβολές η βαρηκοΐα εγκαθίσταται μόνιμα, και προοδευτικά επιδεινώνεται επηρεάζοντας και τις υπόλοιπες συχνότητες (πανκοχλιακή βαρηκοΐα), χωρίς όμως να φθάσει ποτέ στα όρια της κώφωσης. Παράλληλα ο ασθενής έχει αίσθημα πίεσης και βάρους στο αυτί. Η βαρηκοΐα συνδυάζεται με διπλακουσία, δηλαδή ακουστικό ερέθισμα της ίδιας έντασης ο ασθενής το αντιλαμβάνεται εντονότερα στο πάσχον αυτί.

- Οι εμβοές, μαζί με τη βαρηκοΐα συνήθως προηγούνται της εκδήλωσης του ίλιγγου, επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια της προσβολής της νόσου και υποχωρούν χωρίς να εξαφανισθούν στα μεσοδιαστήματα ηρεμίας (Ι. Δανηλίδης & Δ. Ασημακόπουλος, 2006).

### 1.11.3 Ωτικός έρπης ζωστήρας

Ο ωτικός έρπης ζωστήρας προκαλείται από ιό. Η πύλη εισόδου του ιού είναι άγνωστη, η διασπορά του είναι αιματογενής και προσβάλλει το ελικοειδές, το αιθουσαίο και το γονατώδες γάγγλια. Επίσης ο ιός αρκετά συχνά προσβάλλει το πνευμονογαστρικό και το γλωσσοφαρυγγικό νεύρο

Κλινική εικόνα. Τα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται η νόσος είναι:

- Πυρετός.
- Φυσαλιδώδες εξάνθημα στο πτερύγιο και στον έξω ακουστικό πόρο.
- Περιφερική παράλυση του προσωπικού νεύρου (60-90%).
- Νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα μεγάλου βαθμού (40%) οπισθοκοχλιακού τύπου.
- Ίλιγγος και διαταραχές ισορροπίας (40%).
- Νυσταγμός προς την υγιή πλευρά, λόγω έκπτωσης της λειτουργίας του λαβυρίνθου.
- Έντονοι νευραλγικοί πόνοι.
- Παράλυση του φάρυγγα λόγω προσβολής του πνευμονογαστρικού και γλωσσοφαρυγγικού νεύρου.
- Λαβυρινθίτιδα.
- Διόγκωση των επιχωρίων λεμφαδένων.

Ο ωτικός έρπης ζωστήρας εκδηλώνεται με εξάνθημα, νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα, πόνο και συχνά παράλυση του προσωπικού νεύρου. (Χ. Ι Φραντζής, 1992)

### 1.11.4 Νόσος των Δυτών

Συμβαίνει σε ταχεία άνοδο του δύτη στην επιφάνεια της θάλασσας από βάθος μεγαλύτερο των 10 μέτρων ή έξοδο από το σκάφανδρο σε επαγγελματίες δύτες. Η απότομη μείωση της πίεσης έχει ως συνέπεια την απελευθέρωση μέσα στα αιμοφόρα αγγεία αερίου αζώτου, το οποίο μπορεί να προκαλέσει εμβολές στους τελικούς κλάδους των εγκεφαλικών αρτηριών από τις οποίες αρδεύεται και ο λαβύρινθος.

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει, κεφαλαλγία, εμετό, ίλιγγο, εμβοές ότων, αιφνίδια πτώση της ακοής. Σε σοβαρότερες περιπτώσεις νευρολογική συμπτωματολογία και πιθανόν θάνατος (Χ. Ι. Φραντζής, 1992).

### **1.11.5 Πρεσβυακουσία**

Είναι η εξασθένηση της ακοής, η οποία επέρχεται φυσιολογικά με την πάροδο της ηλικίας. οφείλεται σε προοδευτική εκφύλιση του οργάνου του Corti και του ακουστικού νεύρου και συνήθως εμφανίζεται κατά την 5η δεκαετία της ζωής. Στην ανάπτυξη της συμβάλλουν εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες, όπως η χρόνια έκθεση σε έντονο θόρυβο (εργασία σε θορυβώδες περιβάλλον), ο σακχαρώδης διαβήτης, η γενετική προδιάθεση, η χορήγηση ωτοτοξικών φαρμάκων και οι καρδιαγγειακές παθήσεις.

Εκδηλώνεται με νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα που αφορά τις υψηλές συχνότητες στην αρχή, προοδευτικά όμως επηρεάζονται και οι μεσαίες συχνότητες. Η βαρηκοΐα είναι αμφοτερόπλευρη, συμμετρική και επιβαρύνεται σταδιακά, ενώ παρατηρείται το φαινόμενο της σχιζακουσίας (καλύτερη αντίληψη των λέξεων από αυτή των προτάσεων) με αποτέλεσμα την δυσκολία στην κατανόηση του προφορικού λόγου. Το γεγονός αυτό πολλές φορές οδηγεί τα ηλικιωμένα άτομα στην κοινωνική απομόνωση (κοινωνική βαρηκοΐα), τους απομακρύνει από το περιβάλλον και προκαλεί έντονες ψυχολογικές διαταραχές. Η βαρηκοΐα συνδυάζεται με δυσανεξία στους έντονους ήχους ενώ πολλές φορές συνοδεύεται και από έντονες εμβοές.

Υπάρχουν τέσσερις τύποι της πάθησης οι οποίοι ανάλογα με την εντόπιση της βλάβης εκδηλώνονται με διαφορετική ακουολογική εικόνα

**Η αισθητηριακή πρεσβυακουσία** που οφείλεται σε βλάβη των τριχωτών κυττάρων και το ακουόγραμμα δείχνει απώλεια στις υψηλές συχνότητες.

**Η νευρική πρεσβυακουσία** η οποία οφείλεται σε εκφύλιση των νευρώνων του κοχλιακού νεύρου και προκαλεί έντονη διαταραχή της διακριτικής ικανότητας

**Η πρεσβυακουσία της αγγειώδους ταινίας** που οφείλεται σε εκφύλιση της και εκδηλώνεται με επίπεδη ακουομετρική καμπύλη (πανκοχλιακή βαρηκοΐα) με σχετικά ικανοποιητική διακριτική ικανότητα

**Η πρεσβυακουσία κοχλιακής αγωγιμότητας** η οποία οφείλεται σε βλάβες της βασικής μεμβράνης και εκδηλώνεται με αμφοτερόπλευρη συμμετρική κατιούσα ακουομετρική καμπύλη μετά τη συχνότητα των 1.000 HZ (Χ. Ι Φραντζής, 1992)

### 1.11.6 Ακουστικό τραύμα

Είναι η βλάβη που προκαλείται στον κοχλία, και συγκεκριμένα στα έξω τριχωτά κύτταρα του οργάνου του Corti από την οξεία ή χρόνια επίδραση του θορύβου και εκδηλώνεται με νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα και εμβοές. Το ακουστικό τραύμα διακρίνεται σε οξύ και χρόνιο.

#### Οξύ ακουστικό τραύμα

Προκαλείται από ήχους υψηλής έντασης που δημιουργούνται σε εκρήξεις και πυροβολισμούς πυροβόλων όπλων. Κατά τις εκρήξεις δημιουργείται ένα θετικό ηχητικό κύμα, το οποίο προκαλεί βλάβες στο μέσο αυτί (διάτρηση της τυμπανικής μεμβράνης, λύση της συνέχειας των ακουστικών οσταρίων) και ένα αρνητικό κύμα, το οποίο προκαλεί τις βλάβες στον κοχλία. Η βαρηκοΐα που εκδηλώνεται είναι νευροαισθητηριακή ή συχνότερα μικτού τύπου, παραμένει συνήθως μόνιμα και αφορά τις υψηλές συχνότητες.

#### Χρόνιο ακουστικό τραύμα από θόρυβο

Είναι η βλάβη του έσω αυτιού που προκαλείται από ασθενέστερα ηχητικά ερεθίσματα τα οποία όμως διαρκούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η βλαπτική επίδραση του θορύβου εξαρτάται από τρεις παράγοντες: την έντασή του, τη συχνότητά του και τη διάρκεια έκθεσης στο θόρυβο. Η βαρηκοΐα από θόρυβο είναι πολύ συχνή επαγγελματική πάθηση και εμφανίζεται σε άτομα που εργάζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα και για πολλές ώρες κάθε μέρα σε περιβάλλον με θόρυβο έντασης πάνω από 90 dB (S. Howard Lee, et, al, 1992).

### 1.11.7 Ακουστικό Νευρίνωμα ή Σβάνωμα

Είναι καλοήθης όγκος, ο οποίος προέρχεται από τα κύτταρα του ελύτρου του Schwann και αναπτύσσεται στον έσω ακουστικό πόρο και τη γεφυροπαραγκεφαλιδική γωνία. Ο όγκος αναπτύσσεται συνήθως στην αιθουσαία μοίρα του ακουστικού νεύρου και ανάλογα με τη θέση προέλευσης και το μέγεθος του διακρίνεται:

- Στα ακουστικά νευρινώματα που εντοπίζονται μέσα στον έσω ακουστικό πόρο
- Στα νευρινώματα που καταλαμβάνουν τον έσω ακουστικό πόρο και επεκτείνονται προς τη γεφυροπαραγκεφαλιδική γωνία
- Στα νευρινώματα της γεφυροπαραγκεφαλιδικής γωνίας.

Οι ασθενείς με αιθουσαία σβαννώματα εμφανίζουν μια ποικιλία συμπτωμάτων, όπως πίεση του κοχλιακού και πίεση παρεκτόπιση αγγείων. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν βαθμιαία επιδεινούμενη νευροαισθητήρια βαρηκοΐα με δύσκολη διαφοροποίηση, ζάλη ή

γνήσιο ίλιγγο, εμβοές παράλυση του προσωπικού νεύρου, μειωμένη αίσθηση του κερατοειδούς και σημειολογία από το εγκεφαλικό στέλεχος (Ι. Δανηλίδης & Δ. Ασημακόπουλος, 2006).

### **1.11.8 Ωτοτοξικές βλάβες (βλάβες του κοχλιακού αιθουσαίου συστήματος)**

Οι βλαπτικές επιδράσεις στον πρόσθιο ή οπίσθιο λαβύρινθο, που οφείλονται σε ωτοτοξικούς παράγοντες διακρίνονται σε εξωγενούς και ενδογενούς προέλευσης.

Ενδογενείς ωτοτοξικές βλάβες μπορεί να προκληθούν είτε από τοξίνες που παράγουν διάφορα βακτήρια είτε από τοξικούς μεταβολίτες μεταβολικών παθήσεων, όπως είναι ο διαβήτης και τα νοσήματα των νεφρών.

Εξωγενείς ωτοτοξικές βλάβες μπορεί να προκληθούν από φάρμακα και από βλαπτικές τοξικές ουσίες του εργασιακού περιβάλλοντος. (Χ. Ι Φραντζής, 1992)

#### **Α) φάρμακα**

Οι ωτοτοξικές βλάβες από φάρμακα στο εσωτερικό αυτί προκαλούν νευροαισθητηριακή αμφοτερόπλευρη βαρηκοΐα, εμβοές ή και ίλιγγους.

- Αμινογλυκοσιδικά αντιβιοτικά (στρεπτομυκίνη, νεομυκίνη, καναμυκίνη κ.α.)  
Πρόκειται για ενέσιμα αντιβιοτικά τα οποία όταν χορηγούνται σε υψηλές δόσεις ή όταν συνυπάρχει νεφρική ανεπάρκεια, αθροίζονται σε υψηλές πυκνότητες στα υγρά του λαβυρίνθου δημιουργώντας ανεπανόρθωτες βλάβες στα νευρο-αισθητηριακά κύτταρα, στην αγγειώδη ταινία, στα αγγεία και στα γαγγλιακά κύτταρα

- Αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη σκευάσματα, και κυρίως:

τα σαλικυλικά γενικώς, τα πυραζολικά παράγωγα: φαινυλβουταζόνη, βουταζολιδίνη κλπ., η ινδομεθακίνη κ.α.

Τα παραπάνω φάρμακα προκαλούν μιτοχονδριακές αλλοιώσεις στα τριχωτά κύτταρα και την αγγειώδη ταινία και προσβάλλουν κυρίως τον κοχλία.

- Διουρητικά φάρμακα. Προκαλούν ηλεκτρολυτικές διαταραχές στα τριχωτά κύτταρα και στην αγγειώδη ταινία.

- Κινίνη και παράγωγα. Προκαλούν καταστροφή των τριχωτών κυττάρων, στις περιπτώσεις που η χρήση του φαρμάκου είναι παρατεταμένη. Αν διακοπεί η χρήση του έγκαιρα, τότε η βλάβη είναι αναστρέψιμη.

Ωτοτοξικές βλάβες έχουν αποδοθεί και σε άλλα φάρμακα όπως:

- β-αναστολείς του συμπαθητικού (π.χ., Inderal).

- Σε ορισμένα αντιμιτωτικά όπως το Cis-platinum που παρουσιάζει ανάλογη με τις αμινογλυκοσίδες ωτοτοξική δράση.
- Σε βαρβιτουρικά, αρσενικούχα παράγωγα και αντικαταθλιπτικά.

### B) ωτοτοξικότητα και περιβάλλον

Οι παρακάτω ουσίες προκαλούν εκφυλιστικές αλλοιώσεις στα τριχωτά κύτταρα, στους περιφερικούς νευρώνες και στους πυρήνες της 8ης εγκεφαλικής συζυγίας:

- 1 Αρσενικούχα παράγωγα.
- 2 Θειούχα παράγωγα ή περιέχοντα τετραχλωράνθρακα.
- 3 Οργανοφωσφορικά παράγωγα, άλατα.
- 4 Παράγωγα ανιλίνης, βενζόλης, νιτροβενζόλης.
- 5 Μονοξείδιο του άνθρακος.
- 6 Άλατα υδραργύρου και μολύβδου

## **1.12 Παιδική Βαρηκοΐα**

### **1.12.1 Αιτιολογία της παιδικής νευροαισθητήριας βαρηκοΐας**

Η μεγάλη σημασία της παιδικής βαρηκοΐας συνίσταται στο γεγονός ότι για να αποκτήσει ένα παιδί ομιλία, πρέπει να ακούει. Η συχνότητά της υπολογίζεται σε 1:1.000.

Η βαρηκοΐα που εκδηλώνεται πολύ νωρίς στη νεογνική ή βρεφική ηλικία κατά κανόνα οφείλεται σε βλάβες του περιφερικού νευροαισθητηρίου συστήματος της ακοής. Οι παράγοντες που προκαλούν τις βλάβες αυτές είναι κληρονομικοί, συγγενείς και επίκτητοι.

Η κληρονομική βαρηκοΐα οφείλεται σε γενετικές ανωμαλίες, για τις οποίες ευθύνονται παθολογικά γονίδια ή γονιδιακές μεταλλάξεις που συμβαίνουν είτε τυχαία είτε υπό την επίδραση εξωγενών παραγόντων. Η βαρηκοΐα στα 2/3 των περιπτώσεων αποτελεί τη μοναδική εκδήλωση, ενώ στο υπόλοιπο 1/3 εκδηλώνεται στα πλαίσια ενός συνδρόμου. Ποσοστό 60-70% κληρονομείται κατά τον υπολειπόμενο χαρακτήρα, 20-30% κατά τον επικρατούντα και μόνο 2% κατά το φυλοσύνδετο. Αναφέρεται ότι παρουσιάζονται 4 περιπτώσεις κληρονομικής βαρηκοΐας σε κάθε 10.000 γεννήσεις. Εκτιμάται ότι στο 20% των περιπτώσεων με συγγενή νευροαισθητήριο βαρηκοΐα ακτινολογικά διαπιστώνεται άλλοτε άλλου βαθμού δυσπλασία του λαβυρίνθου, όπως συνήθως συμβαίνει στα πλαίσια συνδρόμων. Σύνδρομα που εκδηλώνονται και με κληρονομική βαρηκοΐα νευροαισθητήρια, μικτού τύπου ή αγωγιμότητας έχουν περιγραφεί πάνω από 1.000.

Η συγγενής ή προγεννητική βαρηκοΐα (prenatal) μπορεί να οφείλεται και σε νοσήματα της εγκύου κυρίως κατά τους πρώτους τρεις ή τέσσερις μήνες της εγκυμοσύνης, δηλαδή κατά τη διάρκεια του σταδίου ανάπτυξης του κοχλίου. Η ερυθρά είναι η συχνότερη αιτία συγγενούς βαρηκοΐας με ποσοστό από 6-30%.

Άλλα νοσήματα που μπορεί να προκαλέσουν συγγενή βαρηκοΐα είναι η νόσος των μεγαλοκυτταρικών εγκλείστων, μεταβολικά νοσήματα της μητέρας (διαβήτης, νεφρίτιδα, υποθυρεοειδισμός), η τοξιναιμία της κύησης, η σύφιλη, η τοξοπλάσμωση, η χρήση φαρμάκων (θαλιδομίδη, αμινογλυκοσιδών, κινίνη) και η κατάχρηση οινόπνευματος από τη μητέρα. Η περιγεννητική βαρηκοΐα (perinatal) οφείλεται συνήθως σε προωρότητα ή σε τραυματισμό κατά τον τοκετό λόγω ενδοεγκεφαλικής και ενδοκοχλιακής αιμορραγίας. Η προωρότητα ευθύνεται για το 6-15% των περιπτώσεων της παιδικής βαρηκοΐας. Άλλα αίτια περιγεννητικής βαρηκοΐας είναι η ασυμβατότητα Rhesus και η εμφάνιση πυρηνικού ίκτερου, όπως και η ανοξία λόγω ασφυξίας κατά τη διάρκεια του τοκετού

Η επίκτητη βαρηκοΐα μπορεί να οφείλεται σε:

1. Μηνιγγίτιδα, κυρίως μηνιγγιτιδοκοκκική, που προκαλεί βλάβη στον κοχλία, το ακουστικό νεύρο και την κεντρική ακουστική οδό (η μηνιγγίτιδα προκαλεί μόνιμη βαρηκοΐα στο 5% των περιπτώσεων).
2. Χρήση ωτοτοξικών φαρμάκων, όπως αμινογλυκοσιδών που δίδονται για την αντιμετώπιση διαφόρων λοιμώξεων.
3. Ιώσεις (επιδημική παρωτίτιδα, ιλαρά).
4. Ακουστικό τραύμα και τέλος σε Κρανιοεγκεφαλική κάκωση (Ι. Δανιηλίδης & Δ. Ασημακόπουλος, 2006)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΟΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Ο όρος ψυχική διαταραχή περιλαμβάνει ένα μεγάλο εύρος προβλημάτων που έχουν σχέση με την ψυχική κατάσταση και την συμπεριφορά ενός ατόμου. Οι διάφορες ψυχικές διαταραχές εκδηλώνονται με μια ποικιλία συμπτωμάτων βιολογικών – σωματικών, ψυχολογικών – συναισθηματικών και κοινωνικών και ανάλογα διακρίνονται σε πολλές διαγνωστικές κατηγορίες (Καραστεργίου, Μπούρας, Boardman, 2001).

Οι οργανικές ψυχικές διαταραχές αναφέρονται είτε σε μια γενικευμένη εγκεφαλική παθολογία, με επιπτώσεις στη νοημοσύνη, στο συναίσθημα και στη συμπεριφορά, είτε σε μια εντοπισμένη διαταραχή, που αντανακλά σε μια ή δυο εγκεφαλικές λειτουργίες μόνο και εκδηλώνεται με αφασία, απραξία ή επιληπτικές κρίσεις. Οι οργανικές ψυχικές διαταραχές αποτελούν μια ετερογενή ομάδα παθήσεων, που τις συνδέει το γεγονός ότι οφείλονται σε κάποια γνωστή βλάβη του εγκεφάλου ή πιο συγκεκριμένα σε κάποιον γνωστό οργανικό παράγοντα που θεωρείται ως η αιτία κάποιας ανώμαλης ψυχικής κατάστασης. Τα ψυχοπαθολογικά αποτελέσματα μιας οργανικής δυσλειτουργίας μπορεί να είναι άγχος, φόβος, απώλεια αυτοελέγχου, ευερεθιστότητα, αίσθημα αδυναμίας ελαττωμένη αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, παρανοϊκό παραλήρημα κ.α.

Η απώλεια ελέγχου των παρορμήσεων, της ευαισθησίας και της κριτικής ικανότητας εκδηλώνονται με κοινωνικά ακατάλληλη συμπεριφορά όπως επιθετικότητα, εκρήξεις οργής, κλοπές, ακατάστατο τρόπο φαγητού και ανεπαρκή υγιεινή φροντίδα. Συχνά, λόγω αυτών των αλλαγών το άτομο απορρίπτεται και αποφεύγεται από τους γύρω του, πράγμα που το οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση και απόσυρση με συνέπεια τη μεγιστοποίηση των νοητικών δυσκολιών.

Οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο: όταν τα συμπτώματα που περιγράφουν μια ψυχωτική διαταραχή είναι λίγο πολύ τα ίδια με αυτά που χαρακτηρίζουν οργανικές καταστάσεις, αλλά δεν είναι εύκολο ή δυνατό να εντοπιστεί μια εγκεφαλική βλάβη, γίνεται λόγος για ένα οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο. Μπορεί να έχει γρήγορη ή αργή εξέλιξη, μικρή ή μεγάλη διάρκεια, να είναι αντιστρέψιμο ή όχι. Μπορεί να είναι θανατηφόρο. Ανάλογα με τη διάρκεια του διακρίνεται σε οξύ και χρόνια.

1. Οξύ: χαρακτηρίζεται από μια αλλοίωση της συνειδήσεως, συγκεκριμένα μια μειωμένη αντίληψη του περιβάλλοντος, αργή σκέψη και αβεβαιότητα ως προς την ώρα της ημέρας, που ποικίλει σε ένταση, χειροτερεύοντας τη νύχτα. Συνοδεύεται από ποικίλα άλλα φαινόμενα που διαφέρουν από περίπτωση σε περίπτωση, και περιλαμβάνουν αυξημένη διεγερτικότητα, υπερενεργητικότητα με επαναληπτικές άσκοπες κινήσεις

και ομιλητικότητα που φτάνει στην ασυναρτησία ή αδράνεια, απάθεια και γενικά μια ελαττωμένη κοινωνικότητα. Ο άρρωστος φαίνεται να βρίσκεται σε σύγχυση εκδηλώνει άγχος ή κατάθλιψη. Το οξύ οργανικό σύνδρομο είναι παροδικό, αλλά αφήνει μια αμνησία που καλύπτει όλη την περίοδο της διαταραχής.

2. Χρόνιο: χαρακτηρίζεται από μια γενικευμένη εξασθένηση της νοημοσύνης, προπάντων της μνήμης και της προσοχής, με ανεπηρέαστη τη συνείδηση. Υπάρχει μια αλλαγή στη προσωπικότητα που μεγαλοποιεί νευρωτικά στοιχεία και εκδηλώνεται με νευρική, εριστική, ανάρμοστη, συχνά αντικοινωνική συμπεριφορά. Καθώς η άνοια χειροτερεύει, το άτομο παραμελεί τον εαυτό του, γίνεται ανεύθυνο, χάνει την ικανότητα του προσανατολισμού και τελικά τον έλεγχο των σφιγκτήρων, με προοδευτική ακράτεια ούρων και κοπράνων. Η διάθεση γίνεται ευμετάβλητη, με ξαφνικά χωρίς αφορμή ξεσπάσματα άγχους, θυμού, ευφορίας ή απογοητεύσεως. Συχνά υπάρχει κατάθλιψη με αρνητικά, παρανοϊκά ή ανακλητικά στοιχεία και σωματικά παράπονα, που μπορούν να φτάσουν ως τις ψευδαισθήσεις.

## 2.1 Αίτια

Τα αίτια που είναι δυνατόν να οδηγήσουν στην εκδήλωση ενός οργανικού ψυχοσυνδρόμου είναι ποικίλα. Θα μπορούσε να πει κανείς, εξ αρχής ήδη, ότι δεν υπάρχει νόσημα της εσωτερικής παθολογίας, το οποίο να αφήνει απρόσβλητες τις εγκεφαλικές λειτουργίες. Ανάλογα με τη βαρύτητα του αιτίου αλλά και τον χρόνο δράσεώς του, η ψυχιατρική κλινική εικόνα δυνατόν να είναι οξεία και επανορθώσιμη, η προϊόντος επιτεινόμενη-χρόνια και μη ή μερικώς μόνον αποκαταστάσιμη. Τα κυριότερα αίτια των οξέων οργανικών ψυχώσεων περιλαμβάνονται στις παρακάτω ομάδες:

1. Λοιμώδη νοσήματα (και κυρίως: τυφοειδής πυρετός, γρίπη, πνευμονία, ελονοσία, οστρακιά, ευλογιά, ιλαρά κτλ.)
2. Φλεγμονώδη νοσήματα του ΚΝΣ: μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, μηνιγγοαγγειακή σύφιλη, εγκεφαλικά αποστήματα κλπ.
3. Μη φλεγμονώδεις εγκεφαλικές βλάβες: εγκεφαλική διάσειση, επιληψία, αυξημένη ενδοκράνια πίεση, εγκεφαλική αιμορραγία, υπαραχνοειδής αιμορραγία, επισκληρίδιο και υποσκληρίδιο αιμάτωμα, όγκοι εγκεφάλου κτλ.
4. Κατάχρηση φαρμακευτικών ουσιών: βαρβιτουρικά, αμφεταμίνη, ατροπίνη, οινόπνευμα, παραλδεΐδη, χλωράλη, μεθυλική αλκοόλη, ιμιπραμίνη, αμιτριπτυλίνη, σαλικυλικά, κορτιζόνη κτλ.

5. Άλλες τοξικές ουσίες: όπως μόλυβδος, υδράργυρος, μονοξειδίο του άνθρακα.

6. Απότομη διακοπή, μετά από μακροχρόνια χρήση φαρμακευτικών ή άλλων ουσιών: όπως βαρβιτουρικών, βενζοδιαζεπινών, οιοπνεύματος.

7. Μειωμένη παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο: συνέπεια αναιμίας, πνευμονοπάθειας, καρδιοπαθειών, μεθαιμοσφαιριναιμίας, ελάττωσης της πίεσης του οξυγόνου στον εισπνεόμενο αέρα κτλ.

8. Μεταβολικές νόσοι και ενδοκρινολογικές διαταραχές: ουραιμία, ηπατική ανεπάρκεια, υπέρ και υπογλυκαιμία, υπέρ και υποθυρεοειδισμός, νόσοι της υπόφυσης και των επινεφριδίων.

Όλα τα προαναφερθέντα αίτια των οξέων οργανικών ψυχοσυνδρόμων είναι δυνατόν να οδηγήσουν στη μετάπτωση μιας οξείας ψύχωσης σε μια χρόνια οργανική ψύχωση (παράταση της δράσης του αιτίου) ή να προκαλέσουν εξ αρχής ήδη μία χρόνια οργανική ψύχωση (ένταση του αιτίου). Εκτός όμως αυτών, στην ομάδα των αιτιών των χρόνιων οργανικών ψυχοσυνδρόμων σημαντική θέση κατέχουν εκφυλιστικά νοσήματα του ΚΝΣ, είτε άμεσα (προγεροντικά εκφυλιστικά νοσήματα του εγκεφάλου: νόσος του Pick, νόσος του Alzheimer, νόσος των Jacob-Creutzfeldt, χορεία του Huntington, παρκινσονικά σύνδρομα κτλ) είτε έμμεσα (απότοκα γενικευμένων νοσημάτων: αρτηριοσκληρυντική και υπερτασική εγκεφαλοπάθεια κτλ.).

Ένα βασικό ερώτημα που μένει ακόμη χωρίς τεκμηριωμένη απάντηση είναι σχετικό με την παθογένεια των οργανικών ψυχοσυνδρόμων.

Ο παλαιότερος διαχωρισμός σε α) συμπτωματικές ψυχώσεις (σωματικής αιτιολογίας ψυχώσεις), δηλαδή των οργανικών ψυχώσεων που εκδηλώνονται ως συνέπεια γενικών σωματικών νόσων και β) σε ψυχώσεις που συνδέονται άμεσα προς παθήσεις του εγκεφάλου, έχει σημασία μόνο για την ορθή θεραπευτική αντιμετώπιση. Έτσι ο διαχωρισμός αυτός σωστά εγκαταλείφθηκε. Σήμερα θεωρείται ότι και στις περιπτώσεις γενικών σωματικών νόσων προκαλείται μια προσβολή του εγκεφάλου από το νοσογόνο παράγοντα, η οποία όμως δεν προκαλεί (τουλάχιστον στην αρχή) ανατομικές βλάβες και δεν οδηγεί στην ανάπτυξη μιας επεξεργασίας στον εγκεφαλικό ιστό.

Αρκεί όμως η «εφ' άπαξ δράση» μιας «τοξικής» ουσίας στο εγκέφαλο για να εκδηλωθεί μια οξεία οργανική ψύχωση; Οι μακροχρόνιες παρατηρήσεις σε χρήστες οιοπνεύματος αλλά και σε άτομα στα οποία χορηγήθηκαν ορισμένες «ψυχοτοξικές» ουσίες κατά τις καλούμενες πειραματικές (ψυχώσεις) απέδειξαν το αντίθετο. Η εφ' άπαξ κατάχρηση οιοπνεύματος ή η εφ' άπαξ λήψη «ψυχοτοξικών» ουσιών (μεσκαλίνη, διαιθυλαμίδιο του λυσεργικού οξέος, το γνωστό LSD κ.α.) προκαλούν μια κατάσταση μέθης η οποία διαφέρει

κατά βάση από τις οξείες οργανικές ψυχώσεις. Σε αμφότερες τις καταστάσεις υπάρχουν βεβαίως διαταραχές της συνείδησης, αλλά, ενώ στη μέθη οι συνειδησιακές αυτές διαταραχές εκδηλώνονται άμεσα, μετά δηλαδή τη λήψη της ψυχοτοξικής ουσίας και η βαρύτητά τους εξαρτάται απόλυτα από την χορηγηθείσα δόση, στις οξείες οργανικές ψυχώσεις δεν υπάρχει άμεση σχέση προς τον (προκλητικό) αιτιολογικό παράγοντα (εκτός των πυρετικών παραληρημάτων όπου συχνά η βαρύτητα των συνειδησιακών διαταραχών συμβαδίζει προς την πυρετική έξαρση) και εκδηλώνονται συνηθέστερα μετά την πάροδο της χημικής δράσης του φαρμάκου. Έτσι οι οξείες οργανικές ψυχώσεις έχουν μια τάση ανεξαρτητοποίησης της εκδήλωσης και πολύ περισσότερο της πορείας τους από την (χημική- φαρμακολογική) δράση του εξωγενούς παράγοντα που τις προκάλεσε. Αντίθετα, μια ψυχοτοξική μέθη διαρκεί όσο η διάρκεια δράσης του ληφθέντος φαρμάκου (που εξαρτάται από την χημική δομή του) μετά την πάροδο της οποίας το άτομο επανέρχεται εις το κατά φύση, ενώ η ψύχωση προϋποθέτει την διάρκεια και παραμονή σε μια έκπτωση, που επεκτείνεται και διαρκεί και μετά την πάροδο της επίδρασης του αιτίου.

Θα πρέπει επίσης να τονιστεί ότι κατά την μέθη τα, εκ της ληφθείσης ουσίας απότοκα, σωματικά συμπτώματα συμβαδίζουν προς τα ψυχικά. Υπάρχει μια αλληλουχία, ώστε η σωματική φάση να πηγαίνει παράλληλα προς την ψυχική. Η αποκατάσταση είναι αυτοδύναμη. Αντίθετα, στις οργανικές ψυχώσεις (και κυρίως στις οξείες) η σωματική φάση αποκατάστασης προηγείται συνήθως από την ψυχωτική φάση ανάνηψης, ως εάν η εμφάνιση της ροπής προς αποκατάσταση να προέρχεται από το σύνολο του οργανισμού και να εκβιάζει κατά κάποιον τρόπο προς αποκατάσταση και τον αδρανούντα εγκέφαλο. Επίσης, παρά τις ομοιότητες στις συνειδησιακές διαταραχές, υπάρχουν ουσιώδεις διαφορές και στην κλινική-ψυχοπαθολογική εικόνα. Τα άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση μέθης διατηρούν την αυτοκριτική, τον αυτοέλεγχο και την αυτοαντανάκλαση. Παραμένουν αντικειμενικοί παρατηρητές των συμβαινόντων και έχουν συνείδηση ότι αυτά αποτελούν παθολογικές εκδηλώσεις που οφείλονται στη λήψη της ψυχοτοξικής ουσίας. Και στις οργανικές ψυχώσεις, κυρίως στα αρχικά στάδια, μπορεί να υπάρχει πρόσκαιρη συνείδηση του παθολογικού των συμπτωμάτων, σχεδόν όμως ουδέποτε είναι πλήρης και χάνεται γρήγορα, δεν είναι σύγχρονη με τα βιώματα, αλλά εναλλάσσεται με αυτά. Και σε μια βαριά μέθη μπορεί πρόσκαιρα να διαταραχθεί ο αυτοέλεγχος, στις ψυχώσεις όμως η έλλειψη αυτοελέγχου είναι συνυφασμένη με αυτά τα βιώματα, είναι ανεξάρτητα του βαθμού διαταραχής της συνείδησης και παρατηρείται και κατά την απουσία της.

Κατά τη μέθη τα άτομα διατηρούν συνείδηση ότι έχουν μια σειρά ανώμαλων βιωμάτων, αλλά διατηρούν και τη συνείδηση ότι αυτά δεν αποτελούν την αντικειμενική

πραγματικότητα, ή τουλάχιστον δεν υφίσταται γι' αυτούς τέτοιο θέμα. Αντίθετα για τον ψυχωτικό ασθενή τα παθολογικά βιώματα δεν αποτελούν αποκλειστικά και μόνον δικές του αισθήσεις, αλλά πραγματικές υπάρξεις, ανεξάρτητες της δικής του ύπαρξης. Στη μέθη είναι δυνατή η αντικειμενική τοποθέτηση έναντι των βιωμάτων, πρόκειται δε συνήθως για παραποιήσεις πραγματικών αισθήσεων (παραισθήσεις) που σχεδόν ουδέποτε φτάνουν στην αυτοτέλεια με τη δημιουργία παθολογικών αισθήσεων (ψευδαισθήσεις) όπως συνήθως συμβαίνει στις ψυχώσεις (Χ. Φωτιάδης, 1988).

## **2.2 Οργανικά Ψυχοσύνδρομα**

Συνοπτικά οι οργανικές ψυχώσεις χαρακτηρίζονται από τα εξής κοινά στοιχεία: διαταραχές τις συνειδήσεως και του επιπέδου εγρηγορήσεως, διαταραχές προσανατολισμού ιδίως ως προς το χρόνο, διαταραχές της μνήμης ιδίως για πρόσφατα γεγονότα, διαταραχές άλλων διανοητικών λειτουργιών ιδίως της κρίσης και της ικανότητας για αφηρημένη σκέψη και μάθηση, ρηχό ή ευμετάβλητο συναίσθημα και προοδευτική αλλοίωση της προσωπικότητας. (Π. Χαρτοκόλης, 1998)

Τα οργανικά ψυχοσύνδρομα είναι μια ομάδα διαταραχών, οι οποίες διαφέρουν αρκετά μεταξύ τους στην κλινική εικόνα, έχουν όμως ως κοινό παρονομαστή το γεγονός ότι υπάρχει μια γνωστή και συγκεκριμένη βλάβη στον εγκέφαλο ή γενικά στο νευρικό σύστημα του ατόμου. Ο όρος οργανικά ψυχοσύνδρομα ουσιαστικά αποτελεί κατάλοιπο της εποχής που γινόταν διαχωρισμός των ψυχικών διαταραχών σε *“λειτουργικές ή αντιδραστικές”* (υποτίθεται αντιδράσεις ενός υγιούς εγκεφάλου σε ένα διαταραγμένο *“περιβάλλον”* ανθρωπίνων σχέσεων, κ.λπ.) και *“οργανικής αιτιολογίας”* (που οφείλονταν δηλαδή σε βλάβες του νευρικού συστήματος, οπότε εμφανίζονταν συμπτώματα ακόμη και σε υγιές περιβάλλον). Σήμερα, ως γνωστόν, δεχόμαστε ότι όλες οι φυσιολογικές και παθολογικές συμπεριφορές εμπλέκουν το νευρικό σύστημα, αλλά ο όρος διατηρείται για κάποιες ψυχικές διαταραχές στις οποίες η βλάβη του νευρικού συστήματος παίζει τον πρωταρχικό ρόλο στην εμφάνιση της διαταραχής.

### **2.2.1 Οργανικά Ψυχοσύνδρομα επί εγκεφαλικών βλαβών**

Τα σύνδρομα αυτά εκφράζονται κλινικά από τον συνδυασμό νευρολογικών εκπτώσεων και ψυχικών συμπτωμάτων. Εντοπισμένες εγκεφαλικές βλάβες δίνουν πολλές

φορές μια ξεχωριστή κλινική έκφραση στην από την ψυχική σφαίρα συμπτωματολογία (όπως π.χ. βλάβες του μετωπιαίου λοβού).

Στις συνεχώς πληθυνόμενες εγκεφαλικές κακώσεις, η κάθε φορά διαφορετική βαρύτητα των βλαβών έχει καθοριστική σημασία για την περαιτέρω πορεία, αλλά και το επακόλουθο οργανικό ψυχοσύνδρομο. Στις ελαφρές περιπτώσεις συχνά η κάκωση συνοδεύεται από μια απλή συσκότιση της συνείδησης βραχείας διάρκειας, ή άλλοτε από πρόσκαιρη απώλεια της συνείδησης. Όταν αρχίσει να διαυγάζει η συνείδηση ο ασθενής δεν γνωρίζει στην αρχή πού βρίσκεται, αλλά και όταν αναγνωρίσει το περιβάλλον δεν γνωρίζει πώς βρέθηκε εκεί (παλίνδρομη αμνησία), αλλά και δεν θυμάται γεγονότα που συνέβησαν βραχύ ή μακρότερο χρόνο πριν από την κάκωση. Η αποκατάσταση είναι συνήθως πλήρης και σε μικρότερο χρονικό διάστημα. Συχνά, για περισσότερες μέρες, οι ασθενείς παραπονιούνται για κεφαλαλγία και αίσθημα ζάλης.

Στις μέτριας εντάσεως κακώσεις η συνείδηση αποκαθίσταται βαθμιαία. Μια κατάσταση με θόλωση της συνείδησης μπορεί να παραμένει επί ημέρες και χαρακτηρίζεται από διαταραχές του προσανατολισμού, παρανόηση του περιβάλλοντος, ενίοτε και ψυχοκινητική διέγερση. Την κατάσταση αυτή συχνά διαδέχεται μια επόμενη που χαρακτηρίζεται από άμβλυση της συνείδησης με ονειρικά βιώματα και ευφορία ή φόβο και περιοδική διέγερση. Μερικές φορές και μετά την πλήρη αποκατάσταση της συνείδησης είναι δυνατόν να ακολουθήσει μια κατάσταση αδράνειας με διαταραχές της πρόσφατης μνήμης που ενίοτε εμπλέκεται τις νυχτερινές ώρες από παραληρήματα και διεγέρσεις.

Στην κλινική εικόνα των κρανιοεγκεφαλικών τραυματισμών κυριαρχεί στην αρχή το βαρύ σοκ. Η απώλεια της συνείδησης παρατείνεται για περισσότερες μέρες. Μετά την πάροδο των οξέων σταδίων, στις περιπτώσεις που επιζούν, μπορεί να μείνουν χρόνιες παθολογικές καταστάσεις: μετατραυματικές μεταβολές του χαρακτήρα, επιληπτικές διαταραχές, ή και μετατραυματική άνοια. Γενικότερα όμως παραμένει, για μακρύ χρονικό διάστημα, ένας βραδυψυχισμός, ταχύς ψυχοσωματικός κάματος, συναισθηματική άμβλυση και απάθεια που διακόπτεται από συναισθηματική ακράτεια (Kaplan & Sadock).

### **2.2.1.1 Άλλες ψυχικές διαταραχές που οφείλονται σε εγκεφαλική βλάβη και δυσλειτουργία και σε σωματική νόσο.**

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει διάφορες καταστάσεις που συνδέονται αιτιολογικά με εγκεφαλική δυσλειτουργία λόγω πρωτοπαθούς εγκεφαλικής νόσου, συστηματικής νόσου η οποία επιδρά δευτεροπαθώς στον εγκέφαλο, ενδοκρινικής διαταραχής ή άλλης σωματικής

νόσου και επίδρασης μερικών εξωγενών τοξικών ουσιών. Η υπαγωγή τους εδώ βασίζεται στην υπόθεση ότι προκαλούνται άμεσα από εγκεφαλική νόσο ή δυσλειτουργία παρά ότι προκύπτουν ως αποτέλεσμα είτε τυχαίας σχέσης με παρόμοια νόσο ή δυσλειτουργία ή ότι αποτελούν ψυχολογική αντίδραση στα συμπτώματα της, όπως οι σχιζοφρενικόμορφες διαταραχές που έχουν σχέση με χρονίσασα επιληψία. Τέτοιες διαταραχές είναι:

1. Οργανική ψευδαισθήτωση, στην οποία υπάρχουν χρόνιες ή υποτροπιάζουσες ψευδαισθήσεις, συνήθως οπτικές ή ακουστικές που συμβαίνουν ενώ διατηρείται φυσιολογικό το επίπεδο συνείδησης και μπορούν να αναγνωρίζονται ή να μη αναγνωρίζονται από το άτομο ως ψευδείς αντιλήψεις.
2. Οργανική παραληρητική (σχιζοφρενικόμορφη) διαταραχή.
3. Οργανικές συναισθηματικές διαταραχές, χαρακτηρίζονται από μεταβολές του συναισθήματος και συνήθως συνοδεύονται από μεταβολή του γενικού επιπέδου δραστηριότητας. Κριτήριο αυτών των διαταραχών είναι η υποτιθέμενη άμεση σχέση τους με εγκεφαλική ή άλλη σωματική διαταραχή, της οποίας η παρουσία πρέπει είτε να μπορεί να αποδειχθεί ανεξάρτητα είτε να υποτεθεί βάση πληροφοριών από το ιστορικό. Η συναισθηματική διαταραχή δεν πρέπει να θεωρείται ότι αντιπροσωπεύει συναισθηματική απάντηση στην επίγνωση του ασθενούς ότι πάσχει ή έχει τα συμπτώματα συνυπάρχουσας εγκεφαλικής διαταραχής.
4. Οργανική αγχώδης διαταραχή
5. Άλλες καθοριζόμενες ψυχικές διαταραχές που οφείλονται σε εγκεφαλική βλάβη και δυσλειτουργία και σε σωματική νόσο, π.χ ανώμαλες συναισθηματικές καταστάσεις οι οποίες συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας με στεροειδή ή αντικαταθλιπτικά.
6. Ψυχικές διαταραχές οφειλόμενες σε εγκεφαλική βλάβη και δυσλειτουργία και σε σωματική νόσο μη καθοριζόμενη. (ICD-10)

### **2.2.2 Το Μεταδιασεισικό Σύνδρομο**

Παρατηρείται συχνά μετά από κρανιοεγκεφαλικούς τραυματισμούς, ακόμη και πολύ ελαφρούς και σε ένα μεγάλο αριθμό περιπτώσεων παρατείνεται δυσανάλογα χρονικά ή και μεταπίπτει σε χρονιότητα. Αν και μια ολόκληρη σειρά ψυχολογικών παραγόντων, φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην παράταση ή μη του συνδρόμου (προνοσηρή προσωπικότητα, προβλήματα αποζημίωσης, λανθασμένη ιατρική αντιμετώπιση, δυσχέρειες κοινωνικές ή επαγγελματικές κτλ.) θεωρείται ότι οι οργανικές βλάβες μετέχουν ενεργά στη χρονική διάρκειά του ή και την χρονιότητά του.

Οι ασθενείς παραπονιούνται για κεφαλαλγίες που επιτείνονται σε κάθε σωματική ή ψυχική κόπωση ή κατόπιν συγκινήσεων και υποχωρούν όταν αναπαυθούν και είναι ήρεμοι. Ακόμη, παραπονιούνται για «ζάλη». Άλλοτε αναφέρουν παροδική συσκότιση της όρασης και αστάθεια, «έχουν το αίσθημα ότι θα πέσουν». Συχνά παραπονιούνται για δυσκολία στην συγκέντρωση και γρήγορη κόπωση, κυρίως σε εργασίες διάρκειας, μη ανεκτικότητα στους θορύβους και την φασαρία, διαταραχές του ύπνου και κατάθλιψη.

Συνήθεις είναι και οι μεταβολές της προσωπικότητας, άλλοτε άλλης διάρκειας, συνήθως όμως επανορθώσιμοι. Οι ασθενείς γίνονται γκρινιαρήδες, διεκδικητικοί ή επιθετικοί με εκρήξεις οργής ή και επεισόδια επιθέσεων, ενώ άλλοτε εκδηλώνεται κατά περιόδους μια ευφορική διάθεση χωρίς ηθικές αναστολές.

Σε άλλες περιπτώσεις υπάρχει, στα αρχικά στάδια, ένας βαθμός εκπτώσεως με αδυναμία στην συγκέντρωση, δυσχέρεια στην σκέψη και μια τάση να λησμονούν κυρίως ότι είχαν σκοπό να κάνουν. Άλλοτε προέχει μια ψυχοκινητική επιβράδυνση. Τότε παρατηρείται μια βραδύτητα στις γλωσσικές, σκεπτικές και κινητικές λειτουργίες (χωρίς να υπάρχει ένα καταθλιπτικό συναίσθημα ή βλάβη των ανωτέρων ψυχικών λειτουργιών που να δικαιολογεί αυτές) ώστε να εκλείπει κάθε διάθεση για εργασία ή απασχόληση και οι ασθενείς, όταν αφήνονται μόνοι, βυθίζονται σε μια πνευματική άμβλυση.

Οι μεταδιασεισικοί ασθενείς έχουν συχνά μια μειωμένη ανεκτικότητα στο οινόπνευμα και τον καπνό, αλλά και σε μια ολόκληρη σειρά φαρμακευτικών ουσιών που δρουν στο νευρικό κύτταρο. Ευνόητο είναι ότι άτομα ηλικιωμένα ή με διαταραχές αρχομένου ανοϊκού συνδρόμου παρουσιάζουν μια έκδηλη επιδείνωση της κλινικής εικόνας μετά από μια κρανιοεγκεφαλική κάκωση.

Τρία (ή περισσότερα) από τα παρακάτω εμφανίζονται σύντομα μετά τον τραυματισμό και διαρκούν τουλάχιστον 3 μήνες:

1. Εύκολη κόπωση
2. Ταραγμένος ύπνος
3. Κεφαλαλγία
4. Ίλιγγος ή ζάλη
5. Ευερεθιστότητα ή επιθετικότητα με μικρή ή καθόλου πρόκληση
6. Άγχος, κατάθλιψη ή συναισθηματική ευμεταβλητότητα
7. Μεταβολές στην προσωπικότητα
8. Απάθεια ή έλλειψη αυθορμητισμού

Η διαταραχή προκαλεί σημαντική έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα και παριστάνει σημαντική έκπτωση από το προηγούμενο επίπεδο

λειτουργικότητας. Στα παιδιά της σχολικής ηλικίας η έκπτωση μπορεί να εκδηλώνεται με σημαντική επιδείνωση της σχολικής ή ακαδημαϊκής επίδοσης, που άρχισε μετά το τραύμα. Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια για άνοια από τραυματισμό της κεφαλής και δεν αποδίδονται καλύτερα σε άλλη ψυχική διαταραχή.

### **2.2.3 Όγκοι εγκεφάλου**

Διαταραχές από την ψυχική σφαίρα είναι πολύ συχνές επί όγκων του εγκεφάλου (κατά πολλούς ερευνητές στο 70% των περιπτώσεων). Πολλές φορές εμφανίζονται ήδη πρώιμα συμπτώματα και κυριαρχούν στην κλινική εικόνα, ιδίως όταν ο όγκος εδράζεται σε περιοχές του εγκεφάλου νευρολογικά βουβές ή ολιγοσυμπτωματικές, ώστε οι ασθενείς να θεωρούνται απλοί ψυχικοί άρρωστοι και να υποβάλλονται σε αντίστοιχες θεραπείες. Συνήθης είναι ο βραδυψυχισμός με τάση προς αδράνεια, απάθεια ή υπνηλία. Συχνά προστίθενται επεισόδια άμβλυσης της συνείδησης ή και συσκότισής της, με διαταραχές του προσανατολισμού ή τουλάχιστον δυσχέρεια στον προσανατολισμό κυρίως στον χώρο.

Σε βαρύτερες καταστάσεις (εγκεφαλικό οίδημα, περιεστιάκες αιμορραγίες, πολλαπλούς μεταστατικούς όγκους κτλ.) είναι δυνατόν να εκδηλωθούν οξέα παραληρήματα με βαθύτερες διαταραχές της συνείδησης.

Σε μακροχρονίως εξελισσόμενους όγκους παρατηρούνται σύνδρομα Korsakow ή και ανοϊκές καταστάσεις.

### **2.2.4 Φλεγμονώδη νοσήματα των μηνίγγων και του εγκεφάλου**

Στην πλήρη έξαρση των νοσηρών αυτών καταστάσεων είναι συχνά οξέα παραληρήματα που διακόπτονται από περιόδους υπνηλίας ή κάρωσης. Συχνά συνοδεύουν τις αντίστοιχες πυρετικές εξάρσεις.

Σε αντίστοιχα φλεγμονώδη νοσήματα που δεν συνοδεύονται από υψηλές πυρετικές διακυμάνσεις (tbc μηνιγγίτις, υποξείες εγκεφαλίτιδες κτλ.) παρατηρούνται συχνά, ήδη στα αρχικά στάδια, μεταβολές της συμπεριφοράς, συχνότερα στα παιδιά παρά τους ενήλικες. Γίνονται ευερέθιστα, δύστροπα ή δύσθυμα, έχουν ανορεξία και εμετούς, διαταραχές του ύπνου με νυχτερινές διεγέρσεις ή συγχυτικές καταστάσεις. Αντίστοιχες εικόνες παρατηρούνται και μετά την αποδρομή της νόσου. Τα παιδιά είναι ανήσυχα, άστατα, ενοχλητικά, γκρινιάρικα ή οξύθυμα και επιθετικά. Οι ενήλικες εκφράζουν αιτιάσεις του νευρασθενικού συνδρόμου ή εικόνες μανιοκαταθλιπτικού περιεχομένου.

## 2.3 Χρόνιες οργανικές ψυχικές διαταραχές

Στα οργανικά ψυχοσύνδρομα σήμερα περιλαμβάνονται: I) το ντελίριο, II) η άνοια και III) οι αμνησιακές διαταραχές. Το κοινό χαρακτηριστικό και των τριών ομάδων διαταραχών, που τις ξεχωρίζει από τις υπόλοιπες ψυχικές διαταραχές, είναι η σημαντική έκπτωση της συνείδησης και της μνήμης, η οποία έχει ως συνέπεια την πτώση του επιπέδου της λειτουργικότητας του ατόμου. Ως κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες και για τις τρεις κατηγορίες διαταραχών θεωρούνται κάποιες γενικές σωματικές καταστάσεις, η χρήση ουσιών και οι εγκεφαλικές βλάβες οποιασδήποτε αιτιολογίας.

### 2.3.1 Άνοια

Οι διαταραχές που περιγράφονται ως άνοια χαρακτηρίζονται από την ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων (συμπεριλαμβανομένης έκπτωσης της μνήμης), που οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα κάποιας γενικής ιατρικής κατάστασης, στα επίμονα αποτελέσματα της δράσης κάποιας ουσίας ή σε πολλαπλές αιτιολογίες (π.χ. στον συνδυασμό των αποτελεσμάτων της ύπαρξης αγγειακής νόσου του εγκεφάλου και νόσου του Alzheimer).

Το βασικό χαρακτηριστικό της άνοιας είναι η ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων, που περιλαμβάνουν έκπτωση της μνήμης και τουλάχιστον κάποια από τις παρακάτω γνωστικές διαταραχές: αφασία, απραξία, αγνωσία ή διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας. Η άνοια συνήθως αρχίζει ύπουλα και εξελίσσεται βαθμιαία επιδεινούμενη για μήνες και χρόνια. Συχνά αρχίζει με ασαφή απροσδιόριστα σωματικά ενοχλήματα, κακοδιαθεσία ή ευερεθιστότητα και μείωση του ενδιαφέροντος για τη ζωή. Σιγά-σιγά, όμως, ο ασθενής αρχίζει να δείχνει ότι έχει δυσκολία σε κάθε δραστηριότητα που απαιτεί απόκτηση καινούργιας γνώσης γι' αυτό και η άνοια γίνεται εμφανής νωρίτερα σ' αυτούς που ασχολούνται με διανοητική ή δημιουργική εργασία.

Η έκπτωση της μνήμης, που τελικά θα γίνει από τα πιο έντομα συμπτώματα, στην αρχή περνά απαρατήρητη και από τον ασθενή και από την οικογένεια, π.χ. ο ασθενής μπορεί να αρχίσει να ξεχνά ημερομηνίες ή αριθμούς τηλεφώνων.

Προοδευτικά αρχίζει να ξεχνά διευθύνσεις, οδηγίες ή εντολές και να χρειάζεται να τις επαναλάβει πολλές φορές για να εγγραφούν στη μνήμη του. Άλλοι ασθενείς αντιλαμβάνονται τα προοδευτικά αυξανόμενα ελλείμματα της μνήμης, σε άλλους δεν γίνονται αντιληπτά, ενώ είναι εμφανή στην οικογένειά τους. Φυσικά, ανοϊκοί ασθενείς μπορεί να χρησιμοποιήσουν

μυθοπλασίες (ψευδή στοιχεία) για να καλύψουν τα κενά μνήμης τους. Καθώς προχωρεί η άνοια, η μνήμη χειροτερεύει σε βαθμό που ο ασθενής να ξεχνά τα ονόματα στενών συγγενών και φίλων του, το επάγγελμά του, την ημερομηνία γέννησής του κτλ. Ταυτόχρονα, το έλλειμμα μνήμης δημιουργεί προβλήματα και κινδύνους στην καθημερινή του ζωή π.χ. ξεχνά γιατί άρχισε κάτι, που πήγαινε, ξεχνά τη βρύση ανοιχτή, την κουζίνα αναμμένη κτλ.

Η έκπτωση της μνήμης στην άνοια αφορά, λοιπόν, τόσο την άμεση και την πρόσφατη μνήμη (εκμάθηση καινούργιων πληροφοριών), όσο και την απώτερη. Προοδευτικά το άτομο χάνει και άλλες δεξιότητες και εμφανίζεται αφασία (διαταραχή του λόγου), απραξία (έκπτωση στην ικανότητα να διεκπεραιώνει κινητικές δραστηριότητες παρά την άθικτη κινητική λειτουργία), αγνωσία (αδυναμία να αναγνωρίζει ή να προσδιορίζει άτομα ή αντικείμενα παρά την άθικτη αισθητηριακή λειτουργία), διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας (δηλ. διαταραχή στην ικανότητα να μπορεί να κάνει σχέδια, να οργανώνει, να βάζει στη σειρά, να λειτουργεί αφαιρετικά). Η χειροτέρευση του λόγου (αφασία) εκδηλώνεται με δυσκολία του ατόμου να βρει τα ονόματα ατόμων. Εξαιτίας της αφασίας η ομιλία γίνεται ασαφής ή κενή, με μεγάλες φράσεις, που δεν προσφέρουν πληροφόρηση και κάνουν υπερβολική χρήση όρων αορίστων όπως «αυτό» και «πράγμα». Σε βαριά άνοια το άτομο μπορεί να γίνει βωβό και να μην αντιδρά στο περιβάλλον.

Τα άτομα με απραξία δεν μπορούν να μιμηθούν τη χρήση αντικειμένων (π.χ. να χτενίσουν τα μαλλιά τους) ή να εκτελέσουν γνωστές πράξεις (π.χ. να νεύσουν αντίο), οπότε δυσκολεύονται να μαγειρέψουν, να ντυθούν και να περιποιηθούν τον εαυτό τους κλπ.

Καθώς η άνοια επιδεινώνεται το άτομο μπορεί να φθάσει λόγω της αγνωσίας στο σημείο να μην αναγνωρίζει τους συγγενείς του ή ακόμη ούτε την αντανάκλασή του στον καθρέφτη.

Η προσωπικότητα του ασθενή επίσης παρουσιάζει αλλαγές. Συνήθως το άτομο γίνεται πιο ήσυχο και πιο αποσυρμένο, μπορεί όμως να γίνει πιο ενεργητικό κατά κοινωνικά απρόσφορο όμως τρόπο, οπότε ξοδεύει, θυμώνει και επιτίθεται, κάνει απρέπειες κλπ, καθώς έκπτωση της κρίσης και της εναισθησίας δεν του επιτρέπουν να εκτιμήσει σωστά ούτε την πραγματικότητα ούτε τα ελλείμματά του. Μπορεί επίσης να επιταθούν προνοσηρά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του και το άτομο να παρουσιάσει παραληρητικές ιδέες δίωξης ή ζηλοτυπίας. Ψευδαισθήσεις, επίσης, μπορεί να εμφανισθούν, ιδιαίτερα οπτικές. Παραλήρημα επίσης μπορεί να επικαθήσει εύκολα στην άνοια με αφορμή κάποιο φάρμακο ή κάποια γενική ιατρική κατάσταση.

Όταν η άνοια γίνει πάρα πολύ βαριά, οι ασθενείς δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν ούτε στις απλές καθημερινές τους ανάγκες, οπότε παρουσιάζουν ακράτεια, απρόσφορη παιδική

συμπεριφορά (με κρίσεις γέλιου ή κλάματος) δεν μπορούν να φάνε μόνοι τους κτλ. Ο θάνατος μπορεί τότε να έρθει σε λίγους μήνες, μπορεί όμως να περάσουν και πολλά χρόνια (Καραβάτος 1998).

### **2.3.1.1 Αιτιολογία**

Το 75% των περισσότερων αφορούν στη νόσο Alzheimer και την αγγειακή άνοια. Παρακάτω παρουσιάζονται τα αίτια της άνοιας:

1. Όγκος (εγκεφαλικός) ή μετάσταση νεοπλασίας
2. Τραύμα (αιμάτωμα, μετατραυματική άνοια)
3. Φλεγμονή (χρόνια)
4. Καρδιακή αγγειακή ανεπάρκεια, έμφρακτο. Αγγειακή εγκεφαλοπάθεια
5. Κληρονομικές ασθένειες
6. Επιληψία, υδροκέφαλος (κανονικής πίεσεως)
7. Μεταβολικές διαταραχές / αβιταμινώσεις
8. Πολλαπλή σκλήρυνση
9. Εκφυλιστικές άνοιες: N. Alzheimer, N. Pick, N. Parkinson, N. Wilson
10. Τοξικές από οινόπνευμα, βαριά μέταλλα, άλλα φάρμακα.

### **2.3.1.2 Πορεία και επιπλοκές**

Ο τρόπος έναρξης της άνοιας, ανάλογα με την αιτιολογία της, μπορεί να είναι αρκετά απότομος όπως π.χ. σε εγκεφαλίτιδα, τραύμα κεφαλής κ.α. ή βαθμιαίος και αργός όπως στην άνοια τύπου Alzheimer, τους όγκους του εγκεφάλου, το υποσκληρίδιο αιμάτωμα κ.α. Η πορεία της άνοιας εξαρτάται επίσης από την αιτία της. Αν η αιτία μπορεί να θεραπευθεί (όπως π.χ. σε όγκους του εγκεφάλου, στον υποθυρεοειδισμό, στο υποσκληρίδιο αιμάτωμα, στον υδροκέφαλο φυσιολογικής πίεσης, στην τριτογενή σύφιλη κ.α.) τότε η άνοια μπορεί να αναστραφεί. Αν πρόκειται για άνοια τύπου Alzheimer τότε ο θάνατος είναι η κατάληξη μετά από μακρά πορεία. Ανοϊκοί ασθενείς μπορεί να αναπτύξουν ψευδαισθήσεις ή και παραλήρημα, παραληρητικές ιδέες, κατάθλιψη και ιδέες αυτοκτονίας ιδιαίτερα σαν αποτέλεσμα των μεγάλων μεταβολών της προσωπικότητάς τους. Τα συμπτώματα της άνοιας επιδεινώνονται με το στρες, την αλλαγή σε μη οικείο περιβάλλον, τη νοσηλεία, τον θάνατο αγαπημένου προσώπου κ.α. Ο θάνατος συνήθως προέρχεται από την αδυναμία του ατόμου να φροντίσει τον εαυτό του, που έχει σαν αποτέλεσμα την κακή διατροφή, τις κατακλίσεις, τα

ατυχήματα, τις λοιμώξεις και την πνευμονία από εισρόφιση (η πιο συχνή αιτία θανάτου) (Μάνος Ν., 1997).

### 2.3.2 Ντελίριο

Ο όρος ντελίριο αναφέρεται σε μια παροδική και σφαιρική διαταραχή της συνείδησης, της προσοχής και άλλων γνωστικών λειτουργιών του ατόμου, αποτέλεσμα της οποίας είναι να χάνει ο ασθενής την ικανότητά του να εκτιμά την πάροδο του χρόνου ή να διατηρεί την συγκέντρωσή του. Η διαταραχή της συνείδησης εκδηλώνεται ως ελαττωμένη διαύγεια αντίληψης του περιβάλλοντος, ενώ η προσοχή του ασθενούς είναι διαταραγμένη σε τέτοιο βαθμό ώστε αυτός αδυνατεί να εστιάσει, να διατηρήσει ή να μετατοπίσει την προσοχή του. Παράλληλα, ο ασθενής εμφανίζει κλινικά σημεία που υποδηλώνουν διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, όπως είναι η ταχυκαρδία, η αυξημένη αρτηριακή πίεση, η εφίδρωση και το κοκκίνισμα του προσώπου. Τέλος, το ντελίριο συνοδεύεται από διαταραχές του ύπνου, συναισθηματική αστάθεια, ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις.

Το ντελίριο διαγιγνώσκεται κυρίως σε ηλικιωμένους, οι οποίοι νοσηλεύονται για κάποια άλλη ιατρική κατάσταση. Η συχνότητα εμφάνισής του ανέρχεται περίπου στο 25% του συνόλου των περιπτώσεων που νοσηλεύονται για κάποια ιατρική κατάσταση. Επίσης, εμφανίζεται συχνά σε ηλικιωμένους μετεγχειρητικούς ασθενείς, καθώς και στο 80% περίπου των ασθενών που υποβάλλονται σε επέμβαση ανοιχτής καρδιάς. Η διαταραχή είναι αποτέλεσμα εκτεταμένης διαταραχής του μεταβολισμού του εγκεφάλου και της νευροδιαβίβασης.

Συνήθεις αιτιολογικοί παράγοντες που οδηγούν στην εκδήλωση της διαταραχής είναι:

- α) η τοξίκωση από ουσίες, η οποία μπορεί να προκύψει ακόμη και από φαρμακευτικές ουσίες σε δόσεις που συνταγογραφήθηκαν από τον ειδικό,
- β) οι μετεγχειρητικές καταστάσεις,
- γ) η απόσυρση από το αλκοόλ ή άλλες ουσίες,
- δ) τα τραύματα της κεφαλής,
- ε) η έλλειψη ύπνου,
- στ) η κακή διατροφή και
- ζ) το ψυχολογικό στρες.

Άλλοι παράγοντες που θεωρούνται αιτιολογικοί για την εμφάνιση ντελίου είναι αυτοί που επηρεάζουν πρωτογενώς τον εγκέφαλο (όπως είναι οι επιληπτικές κρίσεις, κρανιοεγκεφαλικά τραύματα, νεοπλάσματα και λοιμώξεις, όπως η μηνιγγίτιδα και η

εγκεφαλίτιδα), καθώς και αυτοί που οφείλονται σε διάφορα αγγειακά προβλήματα (όπως είναι μια θρόμβωση). Η εμφάνιση ντελίριου μπορεί επίσης να είναι συνέπεια της εκδήλωσης κάποιας συστηματικής ασθένειας -όπως είναι η καρδιακή ανεπάρκεια, η υπόταση, η υπέρταση, η αρρυθμία-, ή κάποιας μεταβολικής δυσλειτουργίας του θυρεοειδή, των επινεφριδίων ή της υπόφυσης. Τέλος, η χρήση ορισμένων φαρμάκων -όπως είναι τα αντιχολινεργικά, τα αντιεπιληπτικά, τα αντιπαρκινσονικά, τα στεροειδή και τα αντιυπερτασικά, καθώς και η δηλητηρίαση από μονοξείδιο του άνθρακα ή από βαρέα μέταλλα είναι πιθανό να οδηγήσουν στην εκδήλωση της συγκεκριμένης διαταραχής (Π. Σαλεμή,Κ. Σγαντζούρη& Ι. Νέστορος).

### **2.3.3 Αμνησιακές Διαταραχές**

Οι αμνησιακές διαταραχές έχουν ως χαρακτηριστικό τους σύμπτωμα τη διαταραχή της μνήμης, τόσο της πρόσφατης όσο και της μακροπρόθεσμης, με αποτέλεσμα την αδυναμία εκμάθησης νέων πληροφοριών και την αδυναμία ανάκλησης από τη μνήμη ήδη υπαρχόντων πληροφοριών και γεγονότων. Η διαταραχή αυτή συνήθως επηρεάζει σημαντικά την επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου που πάσχει, δεδομένου ότι παρατηρείται σημαντική υποχώρηση σε σύγκριση με επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου πριν την εμφάνιση της διαταραχής.

Η αμνησία εντοπίζεται συχνότερα σε διαταραχές που προκύπτουν μετά από κατάχρηση κάποιων ουσιών κυρίως αλκοόλ, όπως είναι η εγκεφαλοπάθεια του Wernicke, καθώς και ως αποτέλεσμα κάποιας γενικής ιατρικής κατάστασης όπως στην περίπτωση κακώσεων της κεφαλής, εγκεφαλίτιδα, μηνιγγίτιδα, κλπ. Μάλιστα, το χρονικό διάστημα κατά το οποίο το άτομο παρουσιάζει αμνησία μπορεί να αρχίζει αμέσως μετά τον τραυματισμό ή μπορεί να περιλαμβάνει και κάποια περίοδο πριν από αυτόν. Γενικά, η έναρξη των συμπτωμάτων της διαταραχής μπορεί να είναι αιφνίδια, όπως συμβαίνει σε περιπτώσεις αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και τραυματισμών της κεφαλής, ή βαθμιαία, όπως συμβαίνει σε περιπτώσεις εγκεφαλικών όγκων και ανεπάρκειας θρέψης του ατόμου. Η έκπτωση της μνήμης μπορεί να διαρκεί για βραχύ χρονικό διάστημα δηλαδή, για ένα μήνα ή λιγότερο ή για μακρό χρονικό διάστημα δηλαδή, περισσότερο από ένα μήνα.

Οι αμνησιακές διαταραχές συνοδεύονται από τις ακόλουθες μεταβολές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς του ασθενούς: α) ευερεθιστότητα, β) αναστολή, γ) λήθαργος, δ) εξάρτηση, ε) έλλειψη πρωτοβουλίας και στ) απάθεια. Επίσης, οι ασθενείς παρουσιάζονται να

έχουν ρηχό, επίπεδο συναίσθημα, καθώς και μειωμένη πνευματική ευστροφία (Hofman A. 1997).

Μελέτες σε άτομα που υπέστησαν εγκεφαλική βλάβη σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου, όπως είναι ο ιππόκαμπος και η αμυγδαλή, έδειξαν ότι οι περιοχές αυτές επηρεάζουν το σχηματισμό και τη διατήρηση της μακροπρόθεσμης μνήμης. Η αμνησία θεωρείται αποτέλεσμα της ύπαρξης αμφοτερόπλευρης βλάβης στις εγκεφαλικές αυτές δομές, χωρίς όμως αυτό να αποτελεί το μοναδικό αιτιολογικό παράγοντα της εμφάνισής της. Γενικά, οι αμνησιακές διαταραχές συνιστούν ένα σύνδρομο η εκδήλωση του οποίου, όπως συμβαίνει σε όλα τα σύνδρομα, απαιτεί την ταυτόχρονη εμπλοκή πολλών διαφορετικών παραγόντων. Διάφορες πρωτοπαθείς καταστάσεις του εγκεφάλου, όπως τα νεοπλάσματα, οι αγγειακές εγκεφαλικές νόσοι, χειρουργικές επεμβάσεις, η σκλήρυνση κατά πλάκας όταν εντοπίζεται σε περιοχές του εγκεφάλου, όπως ο θάλαμος και κάποιες περιοχές του κροταφικού λοβού, έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση διαταραχής στη μνημονική λειτουργία, η οποία προκύπτει επίσης όταν υπάρχουν γενικές προσβολές του εγκεφάλου, όπως είναι η εμφάνιση σπασμών ή κάποιο τραύμα της κεφαλής.

Έρευνες έχουν δείξει ότι αρκετές ουσίες σχετίζονται με την εμφάνιση των αμνησιακών διαταραχών. Μεταξύ άλλων, η χρήση των βενζοδιαζεπινών ενοχοποιήθηκε για την εμφάνιση αμνησίας, γεγονός που φαίνεται να επηρεάζεται από τη δοσολογία χορήγησης της συγκεκριμένης ουσίας. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι διάφορες νευροτοξίνες, καθώς και η κατάχρηση αλκοόλ επηρεάζουν σημαντικά την ομαλή λειτουργία της μνήμης.

Το 1881, ο Wernicke περιέγραψε ένα νευρολογικό σύνδρομο με οξεία έναρξη, το οποίο χαρακτηριζόταν από αταξία, οφθαλμοπληγία, νυσταγμό, πολυνευροπάθεια στα χέρια και στα πόδια και γενικευμένη σύγχυση Wernicke-Korsakoff. Το κλασσικό σύνδρομο Korsakoff αφορά την περιγραφή μιας εντοπισμένης βλάβης, της καταστροφής των νευρώνων των μαστοειδών σωματιδίων, η οποία προκαλείται από υπερβολική χρήση αλκοόλ. Ωστόσο, η εκδήλωση του συνδρόμου αυτού είναι σπάνια, ακόμα και σε άτομα που έκαναν χρόνια κατάχρηση αλκοόλ. Η έναρξη του συνδρόμου χαρακτηρίζεται από μια οξεία φάση, κατά τη διάρκεια της οποίας ο ασθενής παρουσιάζει σύγχυση, αποπροσανατολισμό, απάθεια και παθητικότητα. Επίσης, ο ασθενής καταφεύγει σε μυθοπλασίες και παρουσιάζει αδυναμία στη διατήρηση της συνοχής του λόγου του. Αυτή η κατάσταση σύγχυσης συνοδεύεται από αταξία, και οφθαλμοκινητικά προβλήματα. Τέλος, η αμνησιακή διαταραχή που προκαλείται από έλλειψη θειαμίνης αποτελεί μια κατάσταση που συνδέεται κυρίως με τις χαμηλές σε διατροφική αξία συνήθειες των ατόμων που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ. Η διαταραχή αυτή

μπορεί επίσης να προκύπτει από άλλες αιτίες φτωχής θρέψης του ατόμου (Π. Σαλεμή,Κ. Σγαντζούρη& Ι. Νέστορος).

## **2.4 Διαταραχές οφειλόμενες στη χρήση ουσιών**

Συχνά η χρήση των ουσιών αυτών μπορεί να οδηγήσει σε παθολογική κατάσταση κατά την οποία υπάρχει ακαταμάχητη επιθυμία για εξακολουθητική χρησιμοποίηση της ουσίας, ώστε οι ουσίες να επηρεάζουν το Κ.Ν.Σ. και να οδηγούν σε συμπεριφορά κοινωνικά απαράδεκτη. Επίσης η χρησιμοποίηση της ουσίας μπορεί να προκαλεί κοινωνικά, επαγγελματικά, ψυχολογικά ή σωματικά προβλήματα στο άτομο που την χρησιμοποιεί. Η εμφάνιση επειγόντων περιστατικών που αφορούν εξάρτηση από ουσίες και η αντιμετώπισή τους γίνεται καθημερινά και πιο συχνό φαινόμενο σε εφημερεύοντα νοσοκομεία. Δύο ή περισσότερα φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ταυτόχρονα. Λόγω της παράνομης διακίνησης των ουσιών υπάρχουν επικίνδυνες προσμίξεις άλλων ουσιών εκτός από μια συγκεκριμένη ουσία. Επί πλέον, άλλος παράγοντας που δυσχεραίνει την διαφοροδιάγνωση είναι ότι συχνά με την κατάχρηση ουσιών συνυπάρχουν και άλλες ψυχικές διαταραχές, ώστε η επίδραση της ουσίας να συνδυάζεται ή να επιπλέκει τα συμπτώματα της ψυχιατρικής αρρώστιας. (Μ. Μαδιάνος,2000).

Σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα ICD-10 που είναι πιο εύχρηστο στον τομέα αυτό από το DSM-IV, υπάρχουν τα οινόπνευματώδη, τα οπιοειδή, τα κανναβοειδή, τα ηρεμιστικά, η κοκαΐνη, άλλες διεγερτικές ουσίες, τα ψευδαισθησιογόνα, ο καπνός, οι διαλυτικές ουσίες, τα οποία δρουν στο Κ.Ν.Σ. και προκαλούν:

1. Οξεία τοξίκωση
2. Επιβλαβή χρήση
3. Κατάσταση στέρησης
4. Ψυχωσική διαταραχή
5. Αμνησιακό σύνδρομο
6. Υπολειμματική ή όψιμη ψυχωσική διαταραχή.

### **2.4.1 Κλινικές μορφές φαρμακευτικών εξαρτήσεων**

Η χρησιμοποίηση ψυχοδραστικών ουσιών μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση ψυχικών διαταραχών που η κλινική τους εικόνα είναι αυτή των Οργανικών Εγκεφαλικών Συνδρόμων. Σαν οργανικά εγκεφαλικά σύνδρομα περιγράφονται τα άμεσα οξέα ή χρόνια αποτελέσματα

της δράσης των ψυχοδραστικών ουσιών στο Κ.Ν.Σ. του ατόμου που χρησιμοποιεί την ουσία.

Οι κλινικές εικόνες που λαμβάνουν είναι κατά DSM III-R οι παρακάτω:

- Τοξίκωση
- Στερητικό σύνδρομο
- Παραλήρημα
- Άνοια
- Αμνησιακό σύνδρομο
- Οργανικό Παραληρητικό σύνδρομο
- Οργανικό Αγχώδες σύνδρομο
- Οργανική Ψευδαισθήτωση
- Οργανικό Συναισθηματικό σύνδρομο
- Οργανικό σύνδρομο διαταραχής της Προσωπικότητας
- Άτυπο ή Μικτό Οργανικό Εγκεφαλικό σύνδρομο

Ιδιαίτερη σημασία έχει η τοξίκωση διότι η κλινική εικόνα είναι ανάλογη της ουσίας που λαμβάνεται και περιγράφεται για κάθε μια ουσία ξεχωριστά. Το σωματικό στερητικό σύνδρομο δε διαφέρει ουσιαστικά μεταξύ των διαφόρων ουσιών που το προκαλούν και εκδηλώνεται με έντονες διαταραχές κυρίως από το νευροφυτικό σύστημα, με μυδρίαση, ωχρότητα, έντονη εφίδρωση, ορθοτρίχωση, ίλιγγο, εμετό, διάρροια, υπέρπνοια, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδία και πυρετό. Τα συμπτώματα φτάνουν στην μεγαλύτερη ακμή τους 48 ώρες περίπου μετά την διακοπή της ουσίας, διαρκούν 2-3 ημέρες και αργότερα βαθμιαία υποχωρούν σε 8-10 ημέρες. Συχνά η χρήση των ουσιών μπορεί να οδηγήσει σε παθολογική κατάσταση, οπότε υπάρχει ακαταμάχητη επιθυμία για εξακολουθητική χρησιμοποίηση της ουσίας. Η χρησιμοποίηση της ουσίας μπορεί να προκαλεί κοινωνικά, επαγγελματικά, ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα στο άτομο που την χρησιμοποιεί. Οι καταστάσεις αυτές που αφορούν τα κοινωνικά, επαγγελματικά, ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα αναγνωρίζονται σαν ψυχικές διαταραχές, προκαλούνται από την χρησιμοποίηση των φαρμακευτικών ουσιών και διακρίνονται σε κατάχρηση και εξάρτηση (Καραβάτος, 1998).

- i. ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΕΣ, ΥΠΝΩΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ:** Είναι οι περισσότερο διαδεδομένες ουσίες που χρησιμοποιούνται συνήθως μετά από ιατρική συνταγή για καταστολή της αϋπνίας ή του άγχους. Συνήθως η συνταγή δίνεται σε άτομα των οποίων η δομή της προσωπικότητάς τους είναι τέτοια που να μην αντέχει και τα συνηθισμένα επίπεδα του καθημερινού άγχους. Τα άτομα εκδηλώνουν

συχνότερα ψυχολογική και σωματική εξάρτηση από τις ουσίες. Ένας δεύτερος τύπος εξάρτησης περιλαμβάνει νέα άτομα που χρησιμοποιούν τις ουσίες αυτές μόνες ή σε συνδυασμό με οπιούχα για ευφορικούς λόγους, και που τις προμηθεύονται παράνομα. Η τοξίκωση χαρακτηρίζεται από κατάργηση των αναστολών των σεξουαλικών και επιθετικών παρορμήσεων, αστάθεια της συναισθηματικής διάθεσης, έκπτωση της κριτικής ικανότητας, της κοινωνικής και επαγγελματικής δραστηριότητας που ακολουθείται από νευρολογικά σημεία όπως: αστάθεια βαδίσματος, δυσαρθρική ομιλία, διαταραχή στις συνδυασμένες κινήσεις και έκπτωση της προσοχής ή της μνήμης. Το Στερητικό Σύνδρομο χαρακτηρίζεται από την παρουσία τουλάχιστον τριών από τα παρακάτω συμπτώματα μετά τη διακοπή ή ελάττωση της χρήσης της ουσίας. Τα συμπτώματα είναι: ναυτία ή εμετός, αδυναμία ή κακουχία, υπερδραστηριότητα του Α.Ν.Σ. όπως ταχυκαρδία, εφίδρωση, άγχος ή ευερεθιστότητα, ορθοστατική υπόταση, αδρός τρόμος χεριών, γλώσσας, βλεφάρων, εξεσημασμένη υπνηλία ή και επιληπτικοί σπασμοί. Το στερητικό σύνδρομο μπορεί να εκδηλωθεί στις 2 ή 3 πρώτες ημέρες αλλά και μετά την πάροδο 5 ή 6 ημερών, ιδίως σε χρήση ουσιών μακράς διάρκειας όπως η διαζεπάμη. Μετά την διακοπή των παραπάνω ουσιών μπορεί να εκδηλωθεί και Στερητικό Παραλήρημα που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα, όπως: μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής. Αποδιοργάνωση στην σκέψη που εκδηλώνεται με φλύαρη, ασυνάρτητη ομιλία. Μείωση του επιπέδου συνειδήσεως. Αντιληπτικές διαταραχές όπως: παρερμηνείες, παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις. Αυξημένη ή ελαττωμένη ψυχοκινητική δραστηριότητα. διαταραχές προσανατολισμού σε τόπο, χρόνο ή στοιχεία ταυτότητας και διαταραχή πρόσφατης μνήμης. Λιγότερο συχνό σύνδρομο είναι το αμνησιακό σύνδρομο που μπορεί πλήρως να υποχωρήσει. (Μ. Μαδιάνος, 2000)

- ii. **ΟΠΙΟΥΧΑ ΚΑΙ ΟΠΙΟΕΙΔΗ:** Στην κατηγορία αυτή των ναρκωτικών αναλγητικών περιλαμβάνονται το όπιο, τα αλκαλοειδή του οπίου όπως η μορφίνη και κωδεΐνη, τα ημισυνθετικά οπιούχα όπως ηρωίνη και υδροκωδώνη και τα συνθετικά ναρκωτικά αναλγητικά όπως η μεθαδόνη και μεπεριδίνη. Οι ουσίες αυτές λαμβάνονται από το στόμα, ενδομυϊκά, υποδόρια ή με ρινικές εισροφές και αποτελούν το μεγαλύτερο πρόβλημα, γιατί είναι οι ουσίες που περισσότερο από όλες τις άλλες διακινούνται παράνομα και δημιουργούν τα σημαντικότερα προβλήματα.

Η Τοξίκωση χαρακτηρίζεται από εναλλαγές στη συμπεριφορά, με αρχική ευφορία που ακολουθείται από απάθεια, δυσφορία, ψυχοκινητική απόσυρση και διαταραγμένη κριτική, κοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα, μύση της κόρης ή μυδρίαση

λόγω ανοξίας από σοβαρή δηλητηρίαση που ακολουθείται από υπνηλία και έκπτωση της πρόσοψης ή της μνήμης. Το Στερητικό Σύνδρομο από μορφίνη ή ηρωίνη, χαρακτηρίζεται από την παρουσία τουλάχιστον τριών από τα παρακάτω σημεία και εκδηλώνεται μετά 6-8 ώρες από την τελευταία δόση. Φθάνει στην κορυφή την δεύτερη μέρα και υποχωρεί την 7-10 μέρα. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν έντονη επιθυμία λήψης της ουσίας, ναυτία ή εμετό, μυικούς πόνους, εφίδρωση, διάρροια, χασμουρητό, πυρετό και αϋπνία. (Καραβάτος, 1998).

**iii. ΚΟΚΑΪΝΗ:** Η κοκαΐνη συχνά λαμβάνεται από την ρινική κοιλότητα με εισροφήσεις κρυσταλλικής ουσίας. Μπορεί να ληφθεί και με ενδοφλέβια ένεση συνήθως από άτομα που κάνουν χρήση οπιούχων σε συνδυασμό με αυτά ή μπορεί να καπνισθεί. Σήμερα θεωρείται ότι μπορεί μετά την διακοπή της ουσίας να έχουμε Στερητικό Σύνδρομο όπως επίσης Παραλήρημα ή Παραληρητική διαταραχή.

Η Τοξίκωση χαρακτηρίζεται από αλλαγές στην συμπεριφορά με ψυχοκινητική διέγερση, ευφορία, αίσθημα μεγαλείου, τάση για επιθετικότητα και διαταραχή στην κρίση και κοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα. Ακολουθείται συχνά από ταχυκαρδία, μυδρίαση, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ναυτία ή εμετό και οπτικές ή απτικές ψευδαισθήσεις. Η διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να γίνει από μανιακό επεισόδιο ή από τοξίκωση από αμφεταμίνη ή φαινυλκικλιδίνη. Θάνατος μπορεί να προέλθει από καρδιακή αρρυθμία ή αναπνευστική παράλυση. Το Στερητικό Σύνδρομο χαρακτηρίζεται από δυσφορική διάγνωση (κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, άγχος) και την εκδήλωση δύο τουλάχιστον συμπτωμάτων μέσα στο πρώτο 24ωρο από την διακοπή της κοκαΐνης, όπως: εξάντληση αϋπνία, ψυχοκινητική υπερένταση (Καραβάτος, 1998).

**iv. ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ:** Είναι ουσίες διεγερτικές του Κ.Ν.Σ. και δρουν στους κεντρικούς και περιφερικούς α και β υποδοχείς των κατεχολαμινών. Οι κλινικές εικόνες της τοξίκωσης, στερητικού συνδρόμου, παραληρήματος και παραληρητικής διαταραχής είναι ακριβώς οι ίδιες με αυτές που περιγράφηκαν από την χρήση της κοκαΐνης. Πολλά άτομα που εκδηλώνουν εξάρτηση ή κατάχρηση από αμφεταμίνες, χρησιμοποιούν τις ουσίες αυτές σαν κατασταλτικά της όρεξης στην προσπάθεια να χάσουν βάρος. Συχνά συνδυάζεται με εξάρτηση από αλκοόλ ή από αγχολυτικά ή από κατασταλτικά. Αυτό γίνεται καθώς ο χρήστης προσπαθεί να καταστείλει της δυσάρεστες παρενέργειες της τοξίκωσης από την αμφεταμόνη. Αλλαγές στην συμπεριφορά καθώς και ψυχολογικές διαταραχές περιλαμβάνουν κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, κοινωνική απομόνωση, έκπτωση της δραστηριότητας,

σεξουαλική δυσλειτουργία, παρανοϊκή διάθεση, διαταραχές της προσοχής και προβλήματα μνήμης. (Καραβάτος, 1998).

- v. **ΚΑΠΝΟΣ:** Το κάπνισμα τσιγάρων, πίπας ή πούρων είναι μια απόλυτα κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά. Δημιουργεί όμως Εξάρτηση από την Νικοτίνη στον χρήστη και Στερητικό Σύνδρομο. Το Στερητικό Σύνδρομο που εμφανίζεται σε διάστημα 24 ωρών μετά τη διακοπή του καπνίσματος, συνίσταται στην εκδήλωση τεσσάρων τουλάχιστον από τα παρακάτω συμπτώματα: σφοδρή επιθυμία για καπνό, ευερεθιστότητα, άγχος, θυμό, δυσκολία στην συγκέντρωση, ανησυχία, κεφαλαλγία, αύξηση της όρεξης και του βάρους. Καθώς δεν υπάρχουν έκδηλα σημεία Τοξίκωσης, δεν υφίσταται παρεμπόδιση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργίας του ατόμου από την χρήση του καπνού. (Μαδιάνος, 2000).
- vi. **ΚΑΦΕΪΝΗ:** Η πρόσληψη της καφεΐνης συντελείται με την λήψη διαφόρων αφεψημάτων ή ποτών, καφές, τσάι, κόκα κόλα κλπ). Η χρήση της ουσίας αυτής είναι κοινωνικά απόλυτα αποδεκτή. Μετά τη διακοπή χρήσης εκδηλώνεται κεφαλαλγία, η οποία όμως δεν παίρνει την μορφή τυπικού στερητικού συνδρόμου. Εκδηλώνεται όμως πλήρης εικόνα Τοξίκωσης που εμφανίζεται όταν ληφθούν πάνω από 250 χιλιοστά της ουσίας και χαρακτηρίζεται από ανησυχία, νευρικότητα, διέγερση, αϋπνία, εξέρυθρο προσωπείο, διούρηση, γαστρεντερικά ενοχλήματα, μυικές δεσμιδικές συσπάσεις, ταχεία ροή σκέψης και λόγου, καρδιακή αρρυθμία, ψυχοκινητική διέγερση και περίοδοι μεγάλης σωματικής αντοχής. (Καραβάτος, 1998).
- vii. **ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ:** Οι ουσίες αυτές περιλαμβάνουν διάφορα υγρά, που στην θερμοκρασία του δωματίου αεροποιούνται και η εισπνοή των οποίων επιφέρει ευφορική διάθεση. Οι ουσίες αυτές είναι συνήθως η τολουόνη ακετόνη, βενζίνη, και αλογονομένοι υδατάνθρακες. Καθώς οι ουσίες κυκλοφορούν ελεύθερα στην αγορά και είναι φθηνές χρησιμοποιούνται συνήθως από νέους (6-16) ετών και δημιουργούν Εξάρτηση σε μαθητές ή εργάτες βιομηχανιών ή εργοστασίων που χρησιμοποιούν τις ανάλογες ουσίες. Συχνότερη όμως είναι η Τοξίκωση που χαρακτηρίζεται από επιθετικότητα, διάθεση για προστριβές, απάθεια, μείωση κριτικής ικανότητας που ακολουθείται από ζάλη, νυσταγμό, έλλειψη συντονισμένων κινήσεων, επιβραδυμένη ομιλία, αστάθεια βαδίσσεως, λήθαργο, τρόμο, γενική γενικευμένη μυική αδυναμία, ψυχοκινητική έκπτωση, μείωση των τενόντιων αντανάκλασεων, διπλωπία ή θάμβος οράσεως, εμβροντησία, κώμα ή ευφορία.
- viii. **ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΑ:** Αποτελούν μια μεγάλη κατηγορία ψυχοδραστικών ουσιών που περιλαμβάνουν ουσίες που σαν κύριο χαρακτηριστικό έχουν την

εκδήλωση ψευδαισθήσεων και που δομικά σχετίζονται είτε με την 5-υδροξυτρυπταμίνη (L.S.D., D.M.T.) είτε την κατεχολαμίνη (μεσκαλίνη). Οι ουσίες λαμβάνονται μόνο από το στόμα. Τα σύνδρομα που προκαλούν είναι Τοξίκωση (ψευδαισθήτωση), Παραλήρημα, Παραληρητικό και Συναισθηματικό Οργανικό Σύνδρομο και Επιβραδυμένη Αντιληπτική διαταραχή. Η Ψευδαισθήτωση (Τοξίκωση) από ψευδαισθησιογόνα χαρακτηρίζεται από διαταραχές συμπεριφοράς όπως εκσεσημασμένο άγχος ή κατάθλιψη, ιδέες συσχέτισης, φόβο ότι το άτομο θα τρελαθεί, παρανοειδή ιδεασμό, έκπτωση κρίσης και παρεμπόδιση επαγγελματικής και κοινωνικής λειτουργίας που ακολουθείται από αντιληπτικές μεταβολές που συμβαίνουν σε κατάσταση πλήρους εγρήγορσης. Οι μεταβολές συνίστανται σε υποκειμενική επίταση της αντίληψης, αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση, παραισθησίες, ψευδαισθησίες, συναισθησίες. Θα πρέπει να συνυπάρχουν ακόμη δύο τουλάχιστον από τα ακόλουθα σημεία: Μυδρίαση, ταχυκαρδία, εφίδρωση, αίσθημα παλμών, θάμβος όρασης, τρόμος και διαταραχή των συνδυασμένων κινήσεων. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν γεωμετρικές ψευδαισθήσεις, ψευδείς αντιλήψεις κινήσεων στην περιφέρεια των οπτικών πεδίων, φωτεινές λάμπειες, ίχνη εικόνων, κινουμένων αντικειμένων ή φαινόμενα μικρό ή μακροψίας. Τα συμπτώματα αυτά συνήθως δημιουργούν έντονο άγχος και ανησυχία και θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί η κλινική αυτή εικόνα από τραυματικές βλάβες του εγκεφάλου ή λοιμώξεις του Κ.Ν.Σ., από παραλήρημα, άνοια, σχιζοφρένεια, ειδικές μορφές επιληψίας και υπνοπομπικές ψευδαισθήσεις. (Καραβάτος, 1998).

- ix. ΙΝΔΙΚΗ ΚΑΝΝΑΒΗ:** Είναι η ευρύτερα διαδεδομένη και παράνομη διακινούμενη ουσία στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Είναι από παλαιότερους χρόνους γνωστή και κυκλοφορεί σε διάφορες μορφές. Λαμβάνεται με τσιγάρα ή εισπνέεται με ειδικές πίπες ή τελικά λαμβάνεται από το στόμα με μάσηση και απορρόφηση από τον γαστρεντερικό σωλήνα.. Η Τοξίκωση χαρακτηρίζεται από διαταραχές συμπεριφοράς όπως ευφορία, άγχος, καχυποψία ή παρανοειδή ιδεασμό, έκπτωση κρίσης, παρεμπόδιση κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργίας του ατόμου, αίσθηση επιβράδυνσης της ροής του χρόνου, απάθεια που ακολουθείται από τα σωματικά συμπτώματα που είναι παρόντα δύο ώρες μετά την χρήση της ουσίας και που είναι: ερυθρότης και οίδημα επιπεφυκότων, αυξημένη όρεξη, ξηροστομία και ταχυκαρδία. Η Παραληρητική διαταραχή παίρνει την μορφή οργανικού παραληρητικού συνδρόμου μέσα σε διάστημα δύο ωρών από την χρήση της ουσίας. Σε μακρόχρονη χρήση παρουσιάζεται ανοχή με ανάγκη αύξησης της δόσης. (Καραβάτος, 1998)

## 2.5 Σχιζοφρενικού τύπου διαταραχές

Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική διαταραχή αγνώστου αιτιολογίας, που χαρακτηρίζεται από διαταραχές στη σκέψη, τη διάθεση και τη συμπεριφορά. Η διαταραχή της σκέψης εκδηλώνεται μέσω διαστρέβλωσης της πραγματικότητας, ορισμένες φορές με παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις, συνοδευόμενες από κατακερματισμό των συνειρμών, που οδηγούν σε χαρακτηριστική διαταραχή του λόγου. Αν και δεν αποτελεί γνωσιακή διαταραχή η σχιζοφρένεια συχνά προκαλεί γνωσιακά ελλείμματα (π.χ. συγκεκριμένη σκέψη, ελλειμματική επεξεργασία πληροφοριών). Η σχιζοφρένεια είναι συνήθως χρόνια, με πορεία που περιλαμβάνει πρόδρομη, ενεργό και υπολειμματική φάση. Η πρόδρομη και υπολειμματική φάση χαρακτηρίζονται από άμβλυνση της μορφής των ενεργών συμπτωμάτων, όπως παράδοξες πεποιθήσεις και μαγική σκέψη, καθώς και από ελλείμματα της φροντίδας του εαυτού και των διαπροσωπικών σχέσεων. Η σχιζοφρένεια τεκμηριωμένα αποτελεί εγκεφαλική διαταραχή με ανατομικές και λειτουργικές βλάβες οι οποίες είναι ορατές στις νευροαπεικονιστικές μελέτες (Kaplan & Sadock 2007).

Η σχιζοφρένεια είναι από τις πιο σοβαρές ψυχικές νόσους, δεν έχει σύνορα προσβάλλει ανθρώπους όλων των φυλών και των κοινωνικών στρωμάτων. Δεν ταυτίζεται με τη διχασμένη προσωπικότητα, ο διχασμός στη σχιζοφρένεια σημαίνει διαχωρισμός ή διχασμός από τη πραγματικότητα. Οι σχιζοφρενείς αποτελούν μεγαλύτερο κίνδυνο για τον εαυτό τους παρα για τους άλλους, αφού μερικοί αποπειρούνται να αυτοκτονήσουν. Η μέση ηλικία έναρξης της νόσου είναι στην όψιμη εφηβεία και την πρώιμη ενήλικη ζωή και σπάνια στην εφηβεία. Το άτομο αισθάνεται ότι οι πιο προσωπικές του σκέψεις, συναισθηματικές καταστάσεις και πράξεις είναι συχνά γνωστές σε άλλους ή ότι τις μοιράζεται με άλλους και μπορεί να αναπτύξει ερμηνευτικού τύπου παραληρητικές ιδέες, με αποτέλεσμα να πιστεύει ότι φυσικές ή υπερφυσικές δυνάμεις επηρεάζουν τις σκέψεις και τις πράξεις του. Συχνές είναι οι ψευδαισθήσεις ιδιαίτερα οι ακουστικές.

Στη σχιζοφρένεια διακρίνουμε τα αρνητικά συμπτώματα που είναι η ανηδονία (απώλεια ευχαρίστησης για οποιαδήποτε δραστηριότητα, μειωμένος λόγος, η γνωστική έκπτωση και το επίπεδο συναίσθημα. Τα θετικά συμπτώματα αναφέρονται σε συμπεριφορές που έχουν προστεθεί στο σύνολο των συμπεριφορών του ατόμου, και περιλαμβάνουν τις παραληρητικές ιδέες και τις ψευδαισθήσεις, την ψυχοκινητική ανησυχία, την παράξενη συμπεριφορά και την ήπια γνωστική έκπτωση. Στη σχιζοφρένεια υπάρχουν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος, απρόσφορο συναίσθημα και εμμονή. (Andrew R. Getzfeld, 2006).

## 2.5.1 Αιτιολογία

Λόγω της ετερογένειας της συμπτωματικής και της προγνωστικής εικόνας της σχιζοφρένειας, δεν θεωρείται αιτιολογικός κάποιος μεμονωμένος παράγοντας. Πιο συχνά χρησιμοποιείται το μοντέλο της στρεσογόνου προδιάθεσης, σύμφωνα με το οποίο, το άτομο στο οποίο εκδηλώνεται σχιζοφρένεια διαθέτει μια ειδική βιολογική ευαλότητα ή προδιάθεση, που πυροδοτείται από το στρες και οδηγεί στα σχιζοφρενικά συμπτώματα. Το στρες μπορεί να είναι γενετικό, βιολογικό και ψυχοκοινωνικό ή περιβαλλοντικό.

Επίσης υπάρχουν νευροχημικοί παράγοντες, παρουσιάζεται μια διαταραχή στην χημική ισορροπία ανάμεσα στους νευροδιαβιβαστές ντοπαμίνη, σεροτονίνη, νευροαναπτυξιακοί όπου προκαλούνται βλάβες κατά την ανάπτυξη του νευρικού συστήματος και περιβαλλοντικοί, εξωγενείς παράγοντες που δρουν στα αρχικά στάδια π.χ. επιπλοκές τοκετού, ενδομήτριες λοιμώξεις κ.α. (A.M. Krings, et, al, 2010).

## 2.5.2 Τύποι σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια σύμφωνα με το ICD-10 περιλαμβάνει 5 τύπους :

1. **Ηβηφρενική - Αποδιοργανωτική σχιζοφρένεια:** μορφή σχιζοφρένειας που κυριαρχούν οι μεταβολές συναισθήματος και της βούλησης και η διαταραχή της σκέψης. Το συναίσθημα είναι ρηχό και απρόσφορο και συχνά συνοδεύεται από αναίτιους γέλωτες ή χαμόγελα που δείχνουν απορρόφηση ή ικανοποίηση από τον εαυτό του, ανόητη και παλινδρομημένη συμπεριφορά, συχνά σωματικά ενοχλήματα. Η σκέψη είναι αποδιοργανωμένη με ασυναρτησία στην ομιλία. Η μορφή αυτή αρχίζει μεταξύ της ηλικίας των 15 και 25 ετών και συνήθως έχει κακή πρόγνωση λόγω της ταχείας ανάπτυξης αρνητικών συμπτωμάτων.
2. **Κατατονική σχιζοφρένεια:** τα βασικά και κύρια χαρακτηριστικά της μορφής αυτής είναι οι έντονες διαταραχές της ψυχοκινητικότητας. Οι διαταραχές αυτές εναλλάσσονται μεταξύ ακραίων καταστάσεων, όπως η έντονη υπερκινητικότητα και η εμβροντησία ή η αυτόματη υπακοή και ο αρνητισμός, η καταπληξία και σε ορισμένες περιπτώσεις φυτική κατάσταση.

Χαρακτηριστικό επίσης είναι οι στερεοτυπίες σε κινήσεις, η ηχολαλία και η μίμηση μορφασμών. Ο πάσχων παραμένει άλαλος γιατί προφανώς φοβάται μην αποκαλυφθούν οι σκέψεις του καθώς επίσης η αλαλία μπορεί να οφείλεται σε ακουστικές ψευδαισθήσεις (άγνωστες φωνές του λένε να μη μιλήσει). (Γ. φιλιππούλου, 1980)

3. **Παρανοειδής σχιζοφρένεια:** πρόκειται για τον πιο συχνό τύπο σχιζοφρένειας . κυριαρχούν σχετικά συχνά παραληρητικές ιδέες που συνήθως συνοδεύονται από ψευδαισθήσεις, ιδιαίτερα ακουστικές και άλλες αντιληπτικές διαταραχές. Πιο συχνά συμπτώματα είναι οι παραληρητικές ιδέες διώξεως, ψευδαισθήσεις υπο τύπον φωνών που απειλούν τον ασθενή ή δίνουν εντολές , ψευδαισθήσεις οσφρητικές ή γευστικές ακόμα και οπτικές.

Είναι συχνά επιθετικός και εχθρικός. Απουσία των παρακάτω: ασυναρτησία, χάλαση συνειρμού, επίπεδο ή βαριά ελλειμματικό συναίσθημα, κατατονική συμπεριφορά, βαριά αποδιοργανωμένη συμπεριφορά. Η νοημοσύνη παραμένει ανέπαφη (Γ. Φιλιποπούλου).

4. **Απλή σχιζοφρένεια:** εκδηλώνεται συνήθως με αίσθημα σωματικής καταπτώσεως από την εφηβική ηλικία ή κατά τα πρώτα έτη της ενήλικης ζωής εξελίσσεται βραδύτατα και έχει συνήθως κακή πρόγνωση. Το άτομο γίνεται συναισθηματικά ψυχρό και απαθές, είναι ακοινωνήτο και αποξενωμένο από το περιβάλλον. (Γ. Φιλιποπούλου).

Δεν υπάρχουν ενδείξεις παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων και η διαταραχή είναι λιγότερο ψυχωσική από τις άλλες.

5. **Υπολειμματική σχιζοφρένεια:** κυριαρχούν τα αρνητικά συμπτώματα, δηλαδή ψυχοκινητική επιβράδυνση, υποδραστηριότητα, άμβλυση του συναισθήματος, έλλειψη πρωτοβουλίας, πτωχή εξωλεκτική επικοινωνία, παθητικότητα.

Η βασική συμπτωματολογία της σχιζοφρένεια χωρίζεται σε δύο βασικές κατηγορίες. Τα θετικά συμπτώματα και τα αρνητικά (A. Getzfeld, 2006)

### 2.5.3 Θετικά Συμπτώματα

Τα θετικά συμπτώματα ονομάζονται έτσι γιατί «προστίθενται» στις καθημερινές εμπειρίες ενώ κανονικά δεν θα έπρεπε να έχουν καμία θέση σε αυτές. Ο όρος «θετικά» δεν έχει την έννοια του «καλά». Χαρακτηριστικό των θετικών ψυχωσικών συμπτωμάτων και κλινικών σημείων είναι ότι παρουσιάζονται σε ψυχωσικά άτομα ενώ δεν υπάρχουν στα φυσιολογικά άτομα Διακρίνουμε τα εξής:

#### I. Παραληρητικές ιδέες:

Πρόκειται για ιδέες – σκέψεις που δεν ανταποκρίνονται στην κοινά αποδεκτή πραγματικότητα. Μπορεί να είναι ακραίες και υπερβολικές όπως για παράδειγμα ότι εξωγήινοι έχουν σκοπό να καταλάβουν την γη και ότι αυτός πρέπει να τους πολεμήσει, ή πιο ρεαλιστικές και καθημερινές ότι κάποιος γείτονας δεν τον χωνεύει και συνεχώς σκέφτεται πως θα του κάνει κακό.

Οι παραληρητικές ιδέες αντιπροσωπεύουν μια διαταραχή του περιεχομένου της σκέψης και αποτελούν παθολογικές, αμετάβλητες, λανθασμένες πεποιθήσεις, οι οποίες διατηρούνται και δεν αλλάζουν εύκολα, ακόμα και όταν η μαρτυρία υπέρ της αντίθετης άποψης δεν επιδέχεται αμφισβήτηση, ενώ δεν μπορούν να εξηγηθούν με βάση το πολιτισμικό πλαίσιο του ατόμου (Andreasen, 1984. Butler & Braff, 1991).

Οι παραληρητικές ιδέες διακρίνονται σε:

- ↗ παραληρητικές ιδέες δίωξης (ο ασθενής πιστεύει ότι συνωμοτούν εναντίον του ή ότι καταδιώκεται κατά κάποιο τρόπο),
- ↗ παραληρηματικές ιδέες ζηλοτυπίας (ο ασθενής πιστεύει ότι ο/η σύντροφός του/της έχει δεσμό με κάποιο άλλο άτομο),
- ↗ παραληρητικές ιδέες αμαρτίας ή ενοχής (ο ασθενής πιστεύει ότι διέπραξε κάποιο φοβερό αμάρτημα και δεν μπορεί να συγχωρηθεί),
- ↗ παραληρητικές ιδέες μεγαλείου (ο ασθενής πιστεύει ότι έχει ιδιαίτερες δυνάμεις ή ικανότητες),
- ↗ θρησκευτικές παραληρητικές ιδέες (ο ασθενής ασχολείται υπερβολικά με λανθασμένες πεποιθήσεις θρησκευτικής φύσης),
- ↗ σωματικές παραληρητικές ιδέες (ο ασθενής πιστεύει ότι κατά κάποιο τρόπο το σώμα του είναι αρρωστημένο, ανώμαλο ή έχει αλλάξει),
- ↗ παραληρητικές ιδέες αναφοράς (ο ασθενής πιστεύει ότι ασήμαντα σχόλια ή γεγονότα αναφέρονται σ' αυτόν ή έχουν κάποια ειδική σημασία γι' αυτόν),
- ↗ παραληρητικές ιδέες ελέγχου (ο ασθενής νιώθει ότι τα συναισθήματά του ή οι πράξεις του ελέγχονται από κάποια ξένη δύναμη),
- ↗ παραληρητικές ιδέες ότι οι σκέψεις του διαβάζονται (ο ασθενής αισθάνεται ότι οι άνθρωποι μπορούν να διαβάσουν το μυαλό του),
- ↗ παραληρητικές ιδέες εκπομπής σκέψης (ο ασθενής πιστεύει ότι ο ίδιος ή κάποιοι άλλοι μπορούν να τις ακούσουν τις σκέψεις του),
- ↗ παραληρητικές ιδέες παρεμβολής της σκέψης (ο ασθενής πιστεύει ότι οι σκέψεις του δεν ανήκουν σ' αυτόν αλλά έχουν τοποθετηθεί από άλλον), και
- ↗ παραληρητικές ιδέες απόσυρσης της σκέψης (ο ασθενής πιστεύει ότι οι σκέψεις του έχουν απομακρυνθεί από το κεφάλι του).

II. Ψευδαισθήσεις:

Πρόκειται για φαινόμενο της αντίληψης όπου κάποιος βλέπει, ακούει, μυρίζει ή αισθάνεται πράγματα που δεν υπάρχουν. Οι ψευδαισθήσεις αποτελούν λανθασμένες αντιλήψεις που εμφανίζονται χωρίς να υπάρχουν συγκεκριμένα εξωτερικά ερεθίσματα, τα οποία μπορούν να

αναγνωριστούν, και διακρίνονται από τις παραισθήσεις, οι οποίες αποτελούν λανθασμένη αντίληψη εξωτερικών ερεθισμάτων. Οι ψευδαισθήσεις διακρίνονται σε:

- ↗ ακουστικές (ο ασθενής αναφέρει φωνές, θορύβους ή άλλους ήχους τους οποίους δεν ακούει κανένας άλλος),
- ↗ φωνές που σχολιάζουν (ο ασθενής αναφέρει μια φωνή η οποία σχολιάζει συνεχώς την συμπεριφορά του ή τις σκέψεις του),
- ↗ φωνές που συνομιλούν (ο ασθενής αναφέρει ότι ακούει δύο ή περισσότερες φωνές που συνομιλούν μεταξύ τους),
- ↗ σωματικές ψευδαισθήσεις ή ψευδαισθήσεις αφής (ο ασθενής αναφέρει την εμπειρία παράξενων αισθήσεων του σώματος),
- ↗ οσφρητικές ψευδαισθήσεις (ο ασθενής αναφέρει την εμπειρία ασυνήθιστων οσμών τις οποίες κανείς άλλος δεν μπορεί να παρατηρήσει),
- ↗ οπτικές ψευδαισθήσεις (ο ασθενής βλέπει σχήματα ή ανθρώπους τα οποία στην πραγματικότητα απουσιάζουν). (Ι. Νέστορος & Κ. Ζγαντζούρη).

### III. Αποδιοργανωμένος λόγος:

Είναι ο λόγος χωρίς λογική συνέπεια, ειρμό και ροή.

### IV. Παράξενη Συμπεριφορά :

Η παράξενη συμπεριφορά συνίσταται στην παρέκκλιση από τις κοινωνικά συνηθισμένες συμπεριφορές και αφορά:

- ↗ στο ρουχισμό και στην εμφάνιση (ο ασθενής ντύνεται με παράξενο τρόπο ή κάνει άλλα παράξενα πράγματα για να μεταβάλλει την εμφάνισή του),
- ↗ στην κοινωνική και σεξουαλική συμπεριφορά (ο ασθενής μπορεί να κάνει πράγματα που θεωρούνται ακατάλληλα με τις κοινωνικές συμπεριφορές),
- ↗ στην επιθετική και ανήσυχη συμπεριφορά (ο ασθενής συμπεριφέρεται με επιθετικό και ανήσυχο τρόπο, συχνά αρκετά απροσδόκητα),
- ↗ στην επαναληπτική ή στερεοτυπική συμπεριφορά (ο ασθενής αναπτύσσει ένα σύνολο επαναληπτικών κινήσεων τις οποίες πρέπει να εκτελέσει ξανά και ξανά) (Ι. Νέστορος & Κ. Ζγαντζούρη).

### V. Θετική Μορφολογική (Τυπική) Διαταραχή Της Σκέψης:

Η θετική μορφολογική (τυπική) διαταραχή της σκέψης περιλαμβάνει:

- ↗ χάλαση του συνειρμού (είναι η διαδικασία της ομιλίας κατά την οποία οι ιδέες ξεφεύγουν από ένα θέμα σε άλλο έμμεσα σχετική ή άσχετη),
- ↗ εκτροπή της απάντησης (η απάντηση στην ερώτηση δίνεται με πλάγιο ή άσχετο τρόπο),

- ↗ ασυναρτησία (είναι η διαδικασία της ομιλίας η οποία, είναι ακατανόητη),
- ↗ έλλειψη λογικής (είναι μια μορφή λόγου κατά την οποία το υποκείμενο καταλήγει σε συμπεράσματα τα οποία δεν ακολουθούν την λογική),
- ↗ περιττολογία (είναι η διαδικασία της ομιλίας η οποία είναι πολύ έμμεση και καθυστερεί να φθάσει στον στόχο της ιδέας),
- ↗ πίεση του λόγου (η ομιλία του υποκειμένου είναι γρήγορη και δύσκολο για να την διακόψει κάποιος, ενώ η ποσότητα του λόγου που παράγεται είναι μεγαλύτερη από αυτό που θεωρείται φυσιολογικό),
- ↗ λόγος που διασπάται (ο ασθενής διασπάται από τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος του τα οποία διακόπτουν την ροή του λόγου του), και
- ↗ ηχολαλία (είναι η διαδικασία ομιλίας κατά την οποία οι ήχοι αντί των λογικών σχέσεων εμφανίζονται να κυβερνούν την επιλογή των λέξεων) (Ι. Νέστορος & Κ. Ζγαντζούρη).

#### **2.5.4 Αρνητικά Συμπτώματα**

Τα αρνητικά συμπτώματα ονομάζονται έτσι γιατί μειώνουν την ικανότητα να κάνει κανείς πράγματα της καθημερινής ζωής. Χάνεται το ενδιαφέρον ή το κίνητρο για ζωή. Τα πάντα απαιτούν μεγάλη προσπάθεια για να γίνουν. Η οργάνωση και η τάξη της ζωής γίνεται πολύ δύσκολη καθώς και η επικοινωνία και η έκφραση συναισθημάτων. (ΕΠΨΥ, 2004). Τα αρνητικά ψυχωσικά συμπτώματα, σύμφωνα με την ταξινόμηση της Andreasen (1983) στην *Κλίμακα για την Αξιολόγηση των Αρνητικών Ψυχωσικών Συμπτωμάτων* (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1993α), είναι τα ακόλουθα.

##### *I. Επίπεδο ή Αμβλύ Συναίσθημα*

Στο επίπεδο ή αμβλύ συναίσθημα συμπεριλαμβάνονται:

- η αμετάβλητη έκφραση του προσώπου (το πρόσωπο του ασθενούς μοιάζει άκαμπτο και οι αλλαγές είναι λιγότερες από το αναμενόμενο, καθώς το συναισθηματικό περιεχόμενο της ομιλίας αλλάζει),
- οι μειωμένες αυθόρμητες κινήσεις (ο ασθενής εμφανίζει λίγες ή καθόλου αυθόρμητες κινήσεις, δεν αλλάζει στάση, δεν κινεί τα άκρα του, κ.λπ.),
- η έλλειψη εκφραστικών μέσων (ο ασθενής δεν χρησιμοποιεί χειρονομίες, την στάση του σώματος, σαν βοηθητικό μέσο για να εκφράσει τις ιδέες του),
- η μειωμένη οπτική επικοινωνία (ο ασθενής αποφεύγει την οπτική επικοινωνία ή «κοιτάζει το κενό»),

- η έλλειψη συναισθηματικής ανταπόκρισης (ο ασθενής αποτυγχάνει να χαμογελάσει ή να γελάσει ακόμα και όταν προτρέπει), και
- η έλλειψη φωνητικής χροιάς (ο ασθενής αποτυγχάνει να δείξει φυσιολογικά φωνητικά δείγματα έμφασης).

## II. Αλογία

Στην αλογία περιλαμβάνονται:

- η ελάττωση της ομιλίας (οι απαντήσεις του ασθενούς στις ερωτήσεις είναι περιορισμένες στην ποσότητα, τείνουν να είναι σύντομες, και συγκεχυμένες),
- η ελάττωση του περιεχομένου της ομιλίας (οι απαντήσεις του ασθενούς είναι επαρκείς στην ποσότητα αλλά τείνουν να είναι ακαθόριστες, υπερβολικά συγκεκριμένες και περιέχουν λίγες πληροφορίες),
- η εμπλοκή της σκέψης (ο ασθενής δείχνει, είτε αυθόρμητα, είτε μετά από προτροπή, ότι η ροή της σκέψης του έχει διακοπεί),
- ο αυξημένος χρόνος αντίδρασης (ο ασθενής χρειάζεται ένα μεγάλο χρονικό διάστημα για να απαντήσει στις ερωτήσεις η προτροπή από τον συνεντευκτή αποδεικνύει ότι ο ασθενής έχει κατανοήσει την ερώτηση)

## III. Αβουλησία – Απάθεια

Στην αβουλησία-απάθεια συνεκτιμώνται τα ακόλουθα στοιχεία:

- η προσωπική φροντίδα και υγιεινή (τα ρούχα του ασθενούς μπορεί να δείχνουν ακατάστατα και μπορεί να έχει άλουστα μαλλιά, σώμα που μυρίζει άσχημα, κ.λπ.),
- η έλλειψη σταθερότητας στη δουλειά ή στο σχολείο (ο ασθενής αντιμετωπίζει δυσκολία στην διατήρηση της εργασίας του, να καθαρίσει το σπίτι του, στην παρακολούθηση των δραστηριοτήτων του θαλάμου στον οποίο βρίσκεται, εάν είναι εσωτερικός ασθενής, κ.λπ.), και
- η σωματική αδράνεια (ο ασθενής τείνει να είναι σωματικά αδρανής, δηλαδή μπορεί να κάθεται για ώρες και να μην αρχίζει κάποια δραστηριότητα).

## IV. Ανηδονία – Έλλειψη κοινωνικότητας

Στην ανηδονία-έλλειψη κοινωνικότητας εμπλέκονται:

- τα ενδιαφέροντα και οι δραστηριότητες ψυχαγωγίας (ο ασθενής μπορεί να έχει λίγα ή καθόλου ενδιαφέροντα, τα οποία όμως θα πρέπει να αξιολογούνται και ως προς την ποσότητα και ως προς την ποιότητα),
- η σεξουαλική δραστηριότητα (ο ασθενής μπορεί να δείχνει ελάττωση στο σεξουαλικό ενδιαφέρον, ή να εμφανίζει μείωση της ευχαρίστησης),

- η ικανότητα να αισθανθεί οικειότητα και στενές συναισθηματικές σχέσεις (ο ασθενής μπορεί να εκδηλώνει μια ανικανότητα στο να δημιουργεί στενές και οικείες σχέσεις ιδιαίτερα με το αντίθετο φύλο και την οικογένεια), και
- οι σχέσεις με φίλους και συναδέλφους (ο ασθενής μπορεί να έχει λίγους ή καθόλου φίλους και ή προτιμά να περνά όλο το χρόνο απομονωμένος).

## V. Προσοχή

Στην αξιολόγηση της προσοχής του ατόμου περιλαμβάνονται:

- η έλλειψη προσοχής σε κοινωνικό επίπεδο (ο ασθενής δεν εμπλέκεται και δεν συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες, αλλά δείχνει σαν να «βρίσκεται στο διάστημα»), και
- η ανικανότητα συγκέντρωσης κατά την διάρκεια της εξέτασης της διανοητικής κατάστασης. (Andreasen, 1984. Butler & Braff, 1991).

## 2.6 Διαταραχές της διάθεσης

Παλαιότερα καλούνταν συναισθηματικές διαταραχές. Χαρακτηρίζονται από μια διαταραχή του συναισθήματος, που κυριαρχεί στην ψυχική ζωή του ασθενούς και είναι υπεύθυνη για την έκπτωση της λειτουργικότητας (Kaplan & Sadock 2007). Το DSM-IV-TR, προσδιορίζει δύο γενικούς τύπους διαταραχών της διάθεσης, εκείνες που χαρακτηρίζονται από καταθλιπτικά συμπτώματα και εκείνες που χαρακτηρίζονται από μανιακά συμπτώματα (διπολικές διαταραχές). Οι καταθλιπτικές διαταραχές διακρίνονται στις: μείζων καταθλιπτική διαταραχή και δυσθυμική διαταραχή. Ενώ οι διπολικές διαταραχές διακρίνονται σε, διπολική I, διπολική II και κυκλοθυμική διαταραχή. Οι διαταραχές της διάθεσης είναι σε ένα βαθμό ετερογενείς, δηλαδή άτομα που έχουν διαγνωσθεί με την ίδια διαταραχή μπορεί να παρουσιάσουν πολύ διαφορετικά συμπτώματα. Σύμφωνα με το DSM-IV-TR η МКΔ, η διπολική I και η διπολική II διαταραχή ορίζονται ως εποχικού τύπου, εάν τα επεισόδια συμβαίνουν συστηματικά σε συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου. Η θεραπεία για τις «καταθλίψεις του χειμώνα», περιλαμβάνει την έκθεση των ασθενών σε λαμπρό λευκό φως. Η διπολική I και η διπολική II διαταραχή ορίζονται ως διαταραχές με ταχεία εναλλαγή φάσεων, εάν το άτομο έχει βιώσει τουλάχιστον τέσσερα επεισόδια μέσα στον προηγούμενο χρόνο (A.M. Kring. et.al. 2010).

Διαταραχή της διάθεσης με πολλές διαβαθμίσεις που χαρακτηρίζεται από άγχος, ανηδονία, αρνητικές σκέψεις, σκέψεις αυτοκτονίας, διαταραχή του ύπνου και της όρεξης,

χαμηλή αυτοεκτίμηση και απώλεια του ενδιαφέροντος για τη ζωή. Οι πιθανότητες εμφάνισης στις γυναίκες είναι διπλάσιες απ' ό,τι στους άνδρες και εμφανίζεται συνήθως στην εφηβεία και στη μέση ηλικία. Οι γυναίκες μπορεί να παρουσιάσουν κατάθλιψη στη διάρκεια της λοχείας και κατά την εμμηνόπαυση. Η κατάθλιψη έχει πολλές επιπλοκές και θεωρείται ασθένεια με υψηλή θνησιμότητα. Είναι συχνά παρόν ο κίνδυνος αυτοκτονίας ή ανθρωποκτονίας στα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια. Οι διαταραχές της διάθεσης συνοδεύονται από πολλά σημεία και συμπτώματα, που επηρεάζουν όλες τις περιοχές της λειτουργικότητας.

### **2.6.1 Καταθλιπτικές διαταραχές**

Δεν είναι νόσος αλλά αντίδραση εκλυόμενη συνήθως από αφορμή ψυχοτραυματικής εμπειρίας, απώλειας φερ' ειπείν αγαπημένου προσώπου, οικονομικής, κοινωνικής ή ηθικής καταστροφής και άλλων άτυχων επεισοδίων στη ζωή του ανθρώπου. Ο βαθμός και ο τρόπος της αντίδρασης εξαρτάται από την ποιότητα της έντασης της αιτίας και κυρίως από την προσωπικότητα του ασθενή. Ο βαθμός αντιδράσεως είναι διαφορετικός σε κάθε άτομο.

Στα καταθλιπτικά επεισόδια το άτομο συνήθως πάσχει από καταθλιπτικό συναίσθημα, απώλεια ενδιαφερόντων και ευχαρίστησης και παρουσιάζει μειωμένη ενεργητικότητα, η οποία συνοδεύεται από αυξημένη κόπωση και περιορισμένη δραστηριότητα. Κοινά συμπτώματα είναι: μειωμένη συγκέντρωση και προσοχή, μειωμένη αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό, ιδέες ενοχής και αναξιότητας, ζοφερές και απαισιόδοξες προοπτικές για το μέλλον, ιδέες ή πράξεις αυτοκαταστροφής ή αυτοκτονίας. (ICD-10). Αν και τα άτομα που έχουν κατάθλιψη συνήθως αισθάνονται εξαντλημένα, ενδέχεται να δυσκολεύονται να αποκοιμηθούν και μπορεί να ξυπνούν κατά τη διάρκεια της νύχτας, ενώ άλλοι κοιμούνται κατά τη διάρκεια της μέρας. Μπορεί να νιώθουν ότι η γεύση του φαγητού είναι μονότονη ή ότι έχουν χάσει την όρεξη τους ή αντίθετα μπορεί να έχει αυξηθεί η όρεξη τους. Το σεξουαλικό ενδιαφέρον εξαφανίζεται. Κάποιοι αισθάνονται τα άκρα τους βαριά. Οι σκέψεις τους και οι κινήσεις τους μπορεί να γίνουν πιο αργές (ψυχοκινητική επιβράδυνση), ενώ κάποιοι δεν μπορούν να καθίσουν ακίνητοι (ψυχοκινητική διέγερση) (A.M. Kring, et.al 2010). Στο ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο το άτομο ταλαιπωρείται από τα συμπτώματα αλλά όχι σε έντονο βαθμό. Έχει δυσκολία στην εξακολούθηση των συνήθων εργασιακών και κοινωνικών δραστηριοτήτων, αλλά το πιθανότερο είναι να μην έχει διακόψει τελείως τις δραστηριότητες του. Το άτομο με μέτριας βαρύτητας καταθλιπτικό επεισόδιο παρουσιάζει

συνήθως σημαντικές δυσκολίες στην εξακολούθηση των κοινωνικών, εργασιακών ή οικιακών δραστηριοτήτων του. Τα συμπτώματα παρουσιάζουν εκσημασμένη βαρύτητα. Στο βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο, ο πάσχων συνήθως παρουσιάζει σημαντική δυσφορία ή ανησυχία. Είναι πιθανόν να κυριαρχούν η απώλεια της αυτοεκτίμησης ή τα συναισθήματα μηδαμινότητας ή ενοχής, ενώ η αυτοκτονία αποτελεί σαφή κίνδυνο σε ιδιαίτερα βαριές περιπτώσεις. (ICD-10)

### **1. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή:**

Για τη διάγνωσή της απαιτείται η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων για τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Στα συμπτώματα αυτά πρέπει να συμπεριλαμβάνεται είτε καταθλιπτική διάθεση είτε απώλεια του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης. Η ΜΚΔ αποκαλείται επεισοδιακή διαταραχή, επειδή τα συμπτώματα τείνουν να παρουσιάζονται για κάποιο χρονικό διάστημα και μετά εξαφανίζονται. Το καταθλιπτικό επεισόδιο τείνει να υποχωρεί με την πάροδο του χρόνου, αλλά ένα επεισόδιο που δε θα αντιμετωπιστεί θεραπευτικά μπορεί να έχει διάρκεια πέντε ή και περισσότερων μηνών. Σε μικρό ποσοστό ατόμων η κατάθλιψη γίνεται χρόνια. Ακόμη και εκείνοι που βελτιώνονται αρκετά ώστε να μην πληρούν πλέον τα κριτήρια για διάγνωση ΜΚΔ, μπορεί να εμφανίσουν υποκλινική κατάθλιψη για χρόνια.

Τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια τείνουν να επανέρχονται. Από τη στιγμή που λήγει κάποιο συγκεκριμένο επεισόδιο, το άτομο είναι πιθανόν να βιώσει ένα επόμενο επεισόδιο. Περίπου τα δύο τρίτα των ατόμων που έχουν περάσει ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο θα βιώσουν τουλάχιστον άλλο ένα κατά τη διάρκεια της ζωής τους. (Solomon et, al, 2000). Ο μέσος αριθμός επεισοδίων είναι περίπου τέσσερα. (Judd, 1997).

Κριτήρια του DSM-IV-TR για τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή:

Θλιμμένη διάθεση ή απώλεια της ευχαρίστησης σε συνηθισμένες δραστηριότητες.

Τουλάχιστον τέσσερα από τα παρακάτω:

- Δυσκολίες στον ύπνο, δυσκολία του ατόμου να αποκοιμηθεί, αδυναμία του ατόμου να ξανακοιμηθεί αφού ξυπνήσει κατά τη διάρκεια της νύχτας, πολύ πρόωμο ξύπνημα ή παρατεταμένη διάρκεια του ύπνου.
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση
- Απώλεια της όρεξης και απώλεια του βάρους, ή αύξηση της όρεξης και αύξηση του βάρους
- Απώλεια της ενέργειας,
- Αισθήματα αναξιοσύνης
- Δυσκολία στη συγκέντρωση, στη σκέψη, ή στη λήψη αποφάσεων

- Επανεπιλημμένες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας

Τα συμπτώματα είναι παρόντα σχεδόν καθημερινά, για τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Προκαλούν σημαντική δυσφορία ή έκπτωση στη λειτουργικότητα του ατόμου, και δεν οφείλονται σε φυσιολογικό πένθος (A.M. Krings, et.al 2010).

Άλλες μορφές μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι η επιλόχεια κατάθλιψη, που απαντάται εντός ενός μηνός μετά τον τοκετό, η εποχιακή κατάθλιψη, (καλείται επίσης εποχιακή συναισθηματική διαταραχή) που απαντάται πάντα κατά τη διάρκεια των χειμερινών μηνών, η χρόνια, η οποία είναι παρούσα για τουλάχιστον 2 χρόνια, συχνότερη στους ηλικιωμένους άνδρες ειδικά όσους κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών και δεν ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στη φαρμακευτική αγωγή και η μελαγχολική (Kaplan & Sadock, 2007).

Η κατάθλιψη ταξινομείται σε καταθλίψεις

- Μεταβολικής αρχής: φαρμακευτικές, μεταλοιμώδεις, προεμμηνορροϊκές,
- Ενδογενείς(ψυχωτικές) καταθλίψεις: μανιοκαταθλιπτική, η υποστροφική μελαγχολία, η σχιζοσυναισθηματική κατάθλιψη και η κατάθλιψη λοχειάς,
- Νευρωτικές(αντίδρασης): η γνήσια νευρωτική κατάθλιψη, από στέρηση ή θάνατο, από αλλαγή περιβάλλοντος και η ανακλητική κατάθλιψη του Spitz
- Συμπτωματικές: εκφυλιστικές νόσοι του εγκεφάλου, από γενική παράλυση, όγκοι του εγκεφάλου. (Γ. Ε. Φιλιππούλου, 1980)

Η ενδογενής κατάθλιψη παρουσιάζει πρωινή κυρίως αϋπνία, ανορεξία και πτώση βάρους, ημερήσια διακύμανση διαφορικών συναισθημάτων και επεισοδιακό χαρακτήρα, με διαλείμματα ομαλότητας μεταξύ των επεισοδίων.

Εξωγενής και νευρωτική κατάθλιψη: στο ιστορικό ασθενή που πάσχει από εξωγενή κατάθλιψη υπάρχουν ενδείξεις μιας προηγούμενης δυσπροσαρμογής της προσωπικότητας. Έχει πολλά κοινά στοιχεία με τη νευρωτική κατάθλιψη. Χαρακτηρίζεται από παρόμοια αλλά ελαφρότερα συμπτώματα και μια καλύτερη επίγνωση της πραγματικότητας. Η νευρωτική κατάθλιψη έχει κατά κανόνα περισσότερες διακυμάνσεις και επιτρέπει στον άρρωστο να συνεχίσει την καθημερινή του ρουτίνα με παράπονα ότι δε τα καταφέρνει και συχνά ξεσπάσματα οργής ή απελπισίας. Δεν υπάρχουν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή ασυναρτησία. (Π. Χαρτοκόλης 1998). Αποτελεί έξαρση της φυσιολογικής συναισθηματικής αντίδρασης του ατόμου σε προφανή εξωτερικά αίτια τα οποία διακινούν φυσιολογικό βαθμό λύπης, θλίψης και ψυχικής οδύνης σε περιπτώσεις ατυχιών ή ατυχημάτων στη ζωή του

ατόμου. Είναι βραχείας συνήθως διάρκειας, άλλοτε όμως έχει χρόνια διαδρομή και χαρακτηρίζεται από αυτόματες υποχωρήσεις, εξάρσεις και επιδεινώσεις.

Οι σωματικές διαταραχές είναι συχνότερες στις νευρωτικές και στις ψυχωτικές καταθλίψεις. Η νόσος αντανακλάται στα όργανα και στο σύστημα των νεύρων δια μέσω του άγχους. Οι ασθενείς παραπονιούνται για στομαχικές διαταραχές, συνήθως δυσκοιλιότητα, ταχυκαρδία, κεφαλαλγίες, ημικρανίες, αίσθημα ψυχρότητας στα άκρα, λιποθυμία κ.α. Το σύνολο των ψυχικών και σωματικών ενοχλήσεων και διαταραχών καθιστούν τη ζωή του πάσχοντος δύσκολη και σε πολλές περιπτώσεις ανυπόφορη.

## **2. Δυσθυμική διαταραχή**

Λιγότερο σοβαρή μορφή κατάθλιψης που συνήθως οφείλεται σε κάποιο ταυτοποιήσιμο γεγονός ή απώλεια (καλείται επίσης καταθλιπτική νεύρωση). Οι πάσχοντες συνήθως έχουν περιόδους ημερών ή εβδομάδων, κατά τη διάρκεια των οποίων αναφέρουν οι ίδιοι ότι αισθάνονται καλά, αν και το περισσότερο καιρό (συχνά για μήνες) νιώθουν κουρασμένοι και καταθλιπτικοί. Είναι περισσότερο συχνή και χρονιότερη στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Συχνά συνυπάρχει με άλλες με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (π.χ. κατάχρηση ουσιών, διαταραχές προσωπικότητας, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή). Η έναρξη συνήθως παρατηρείται στις ηλικίες των 20 με 35 ετών, αν και μια μορφή πρώιμης έναρξης εκδηλώνεται πριν την ηλικία των 21 ετών (Kaplan & Sadock 2007).

Κριτήρια του DSM-IV-TR για τη δυσθυμική διαταραχή:

Θλιμμένη διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου, για ένα διάστημα δύο ετών.

Κατά τη διάρκεια αυτού του διαστήματος εμφανίζονται τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω

- Μειωμένη όρεξη ή υπερφαγία
- Υπερυπνία ή έλλειψη ύπνου
- Μειωμένη ενέργεια
- Μειωμένη αυτοεκτίμηση
- Δυσκολίες στη συγκέντρωση και στη λήψη αποφάσεων
- Απελπισία

Τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται για περισσότερο από δύο μήνες κάθε φορά. Κατά τα δύο πρώτα χρόνια των συμπτωμάτων δεν παρουσιάστηκε μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Τα συμπτώματα προκαλούν σημαντική δυσφορία ή έκπτωση στη λειτουργικότητα του ατόμου.

## 2.6.2 Διπολικές Διαταραχές

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια, κατά τη διάρκεια των οποίων η διάθεση και τα επίπεδα δραστηριότητας του ασθενούς διαταράσσονται σημαντικά. Η διαταραχή συνίσταται σε πολλές περιπτώσεις σε υπερθυμία και αυξημένη ενεργητικότητα και δραστηριότητα (μανία ή υπομανία) και σε άλλες περιπτώσεις σε πτώση τη διάθεσης και μειωμένη ενεργητικότητα και δραστηριότητα (κατάθλιψη).

Το DSM-IV-TR προσδιορίζει τρεις τύπους διπολικών διαταραχών, τη διπολική I, τη διπολική II και τη κυκλοθυμική διαταραχή. Τα συμπτώματα της μανίας αποτελούν χαρακτηριστικό γνώρισμα των τριών αυτών διαταραχών. Οι διπολικές διαταραχές διαφοροποιούνται με βάση τη βαρύτητα και τη διάρκεια των μανιακών συμπτωμάτων. Αποκαλούνται «διπολικές» επειδή τα περισσότερα άτομα που βιώνουν συμπτώματα μανίας θα βιώσουν και συμπτώματα κατάθλιψης στη διάρκεια της ζωής τους (η μανία και η κατάθλιψη θεωρούνται αντίθετοι πόλοι).

Μανιακό επεισόδιο, χαρακτηρίζεται από επίμονα ανεβασμένη, διάχυτη ή ευερέθιστη διάθεση. Παρατηρείται αυξημένη ενεργητικότητα και δραστηριότητα και συχνά εκσημασμένα συναισθήματα ευεξίας και σωματικής και ψυχοδιανοητικής αποδοτικότητας (συνεχώς επί μερικές μέρες). Παρατηρούνται συχνά αυξημένη κοινωνικότητα, ομιλητικότητα, οικειότητα, σεξουαλική ενεργητικότητα και μειωμένη ανάγκη για ύπνο. Η συγκέντρωση και η προσοχή μπορεί να είναι διαταραγμένες μειώνοντας την ικανότητα για σοβαρή εργασία. Βαριά μορφή μανίας είναι η μανία με ψυχωσικά συμπτώματα. Η διογκωμένη αυτοεκτίμηση και οι ιδέες μεγαλείου εξελίσσονται σε παραληρητικές ιδέες. Η έντονη και παρατεταμένη σωματική δραστηριότητα και η διέγερση είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε επιθετικότητα ή βιαιοπραγίες σε παραμέληση της διατροφής και της πόσης υγρών, ενώ η παραμέληση της προσωπικής υγιεινής μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνες καταστάσεις αφυδάτωσης και παραμέλησης του εαυτού. (ICD-10) Τα μανιακά επεισόδια έχουν συνήθως απότομη έναρξη και η διάρκεια τους είναι μεταξύ 2 εβδομάδων και 4-5 μηνών.

**1. Διπολική I διαταραχή:** Παλαιότερα ήταν γνωστή ως μανιοκαταθλιπτική διαταραχή. Στο DSM-IV-TR τα κριτήρια για τη διάγνωση της περιλαμβάνουν ένα μοναδικό μανιακό επεισόδιο ή μοναδικό μεικτό επεισόδιο στη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Κάποιος που λαμβάνει τέτοια διάγνωση ενδέχεται να βιώνει ή όχι συμπτώματα της μανίας τη συγκεκριμένη περίοδο. Στην πραγματικότητα ακόμη και αν κάποιος βίωσε μανιακά συμπτώματα διάρκειας μιας εβδομάδας πριν από πολλά χρόνια, διαγιγνώσκεται και πάλι με

διπολική I διαταραχή. Τα επεισόδια στις διπολικές διαταραχές τείνουν να εμφανίζονται σε ακόμη μεγαλύτερο βαθμό από ότι αυτά που χαρακτηρίζουν τη ΜΚΔ.

**2. Διπολική II διαταραχή:** το DSM-IV-TR περιλαμβάνει επίσης μια ήπια μορφή διπολικής διαταραχής, που ονομάζεται διπολική II διαταραχή. Για να λάβει κάποιος διάγνωση διπολικής II διαταραχής, πρέπει να έχει βιώσει τουλάχιστον ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και τουλάχιστον ένα υπομανιακό επεισόδιο.

**3. Κυκλοθυμική διαταραχή:** Αποκαλείται και δυσθυμία και είναι μια δεύτερη χρόνια διαταραχή της διάθεσης. Εξίσου συνηθισμένη στους άνδρες και τις γυναίκες. Εκδηλώνεται στην όψιμη εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή. Στην κυκλοθυμική διαταραχή το άτομο έχει συχνά αλλά ήπια συμπτώματα κατάθλιψης που εναλλάσσονται με ήπια συμπτώματα μανίας. Αν και τα συμπτώματα δε γτάνουν τη βαρύτητα ενός μανιακού ή καταθλιπτικού επεισοδίου, τα άτομα με τη διαταραχή και οι οικείοι τους συνήθως παρατηρούν τα «σκαμπανεβάσματα» της διάθεσης. Όταν κανείς είναι «στα κάτω του», μπορεί να είναι θλιμμένος να αισθάνεται ανεπαρκής, να αποσύρεται από τους άλλους και να κοιμάται για 10 ώρες κάθε βράδυ. Όταν κανείς είναι «στα πάνω του», ενδέχεται να είναι εύθυμος, με υπερβολική αυτοπεποίθηση, κοινωνικός, χωρίς αναστολές και να έχει ελάχιστη ανάγκη για ύπνο. (A.M. Kring, et, al, 2010)

Κριτήρια του DSM-IV-TR για τη κυκλοθυμική διαταραχή:

Τουλάχιστον δύο χρόνια

- Πολυάριθμα διαστήματα με υπομανιακά συμπτώματα που δεν πληρούν τα κριτήρια για μανιακό επεισόδιο
- Πολυάριθμα διαστήματα με καταθλιπτικά συμπτώματα που δεν πληρούν τα κριτήρια για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο

Τα συμπτώματα δεν απουσιάζουν για περισσότερο από δύο μήνες κάθε φορά.

Τα συμπτώματα προκαλούν σημαντική δυσφορία ή έκπτωση στη λειτουργικότητα του ατόμου.

## 2.7 Αγχώδεις Διαταραχές

Τόσο το άγχος όσο και ο φόβος παίζουν σημαντικό ρόλο στις αγχώδεις διαταραχές ή διαταραχές του άγχους. Το άγχος ορίζεται ως η ανησυχία γύρω από ένα πρόβλημα που το άτομο προσδοκά ότι θα προκύψει. Αντίθετα ο φόβος ορίζεται ως η αντίδραση σε ένα άμεσο κίνδυνο. Ο φόβος συνήθως αφορά μια απειλή που συμβαίνει τώρα, ενώ το άγχος αφορά μια

μελλοντική απειλή. Και τα δύο συνοδεύονται από διέγερση, δηλαδή από αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος.

Το άγχος συχνά συνδέεται με μέτρια διέγερση ενώ ο φόβος με υψηλότερη. Όσον αφορά την ένταση της διέγερσης ένα άτομο που βιώνει άγχος μπορεί να αισθάνεται απλώς νευρική ενέργεια και ένταση σε σωματικό επίπεδο, ενώ από την άλλη ένα άτομο που βιώνει φόβο μπορεί να ιδρώνει υπερβολικά, να αναπνέει γρήγορα και να νιώθει ότι πρέπει οπωσδήποτε να διαφύγει. Το άγχος είναι μια κατάσταση που σχετίζεται με έντονα συναισθήματα φόβου, συνοδευόμενα από σωματικά ενοχλήματα, όπως προκάρδιους παλμούς και εφίδρωση, τα οποία υποδηλώνουν υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Το άγχος επηρεάζει τη γνωσιακή ικανότητα και τείνει να προκαλεί παραμόρφωση της αντίληψης (Kaplan & Sadock, 2007).

Το άγχος και ο φόβος είναι ουσιαστικά προσαρμοστικά συναισθήματα. Ο φόβος πυροδοτεί πολύ γρήγορες αλλαγές στο συμπαθητικό νευρικό σύστημα, οι οποίες προσαρμόζουν το σώμα για φυγή. Το άγχος μας βοηθά να παρατηρούμε τις μελλοντικές απειλές και να σχεδιάζουμε πως θα τις αντιμετωπίσουμε.

Οι αγχώδεις διαταραχές όπως περιλαμβάνονται στο DSM-IV-TR είναι οι ειδικές φοβίες, η κοινωνική φοβία, η διαταραχή πανικού (μαζί με την αγοραφοβία), τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή και τη διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες. Οι αγχώδεις διαταραχές ως σύνολο αποτελούν το συνηθέστερο τύπο ψυχιατρικής διάγνωσης. Όλες οι αγχώδεις διαταραχές έχουν κοινό στοιχείο το υπερβολικά υψηλό ή ιδιαίτερα συχνό άγχος. Η διαταραχή πανικού και οι φοβίες διακρίνονται από υψηλό επίπεδο φόβου και άγχους. Η κάθε διαταραχή ορίζεται, ωστόσο από ένα διαφορετικό σύνολο συμπτωμάτων που σχετίζονται με το άγχος ή το φόβο

Το DSM-IV-TR αναφέρει 11 διαγνωστικούς τύπους αγχωδών διαταραχών και αποτελούν μια από τις συχνότερες ομάδες ψυχιατρικών διαταραχών.

#### ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-IV-TR

**A. Διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία:** χαρακτηρίζεται από προσβολές πανικού και εκδηλώνεται είτε μεμονωμένα είτε με αγοραφοβία(φόβο του ατόμου για ανοικτούς χώρους, να βγεί εκτός του σπιτιού του μόνο του ή να βρεθεί σε πλήθος ανθρώπων. Ο πανικός μπορεί να εκδηλωθεί κατά στάδια υποκλινικές προσβολές, πλήρεις προσβολές πανικού, άγχος προσμονής, φοβική αποφυγή συγκεκριμένων καταστάσεων και αγοραφοβία (Kaplan&Sadock, 2007). Η προσβολή πανικού είναι μια ξαφνική προσβολή έντονης ανησυχίας, τρόμου και αισθημάτων επικείμενου θανάτου, τα οποία συνοδεύονται από συμπτώματα όπως είναι η εργώδης αναπνοή, η αίσθηση ότι η καρδιά θα σπάσει, η ναυτία, ο

πόνος στο στήθος, αισθήματα πνιγμονής και ασφυξίας, η ζάλη, η εφίδρωση και ο τρόμος. Τα συμπτώματα τείνουν να εμφανίζονται πολύ γρήγορα και η ένταση τους να κορυφώνεται μέσα σε 10 λεπτά.

Όταν οι προσβολές πανικού εμφανίζονται απροσδόκητα, ονομάζονται προσβολές *χωρίς εκλυτικό παράγοντα* (απροσδόκητες). Οι προσβολές αυτές μπορεί να εμφανιστούν ακόμη και όταν το άτομο χαλαρώνει ή κοιμάται. Όταν οι προσβολές πανικού ελκύονται από συγκεκριμένες καταστάσεις, όπως είναι η οδήγηση, ονομάζονται προσβολές πανικού με *εκλυτικό παράγοντα*. Τα άτομα που έχουν μόνο προσβολές πανικού με εκλυτικό παράγοντα πάσχουν, κατά πάσα πιθανότητα από κάποια φοβία.

Η διαταραχή πανικού ξεκινά από την εφηβεία και μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες με την πάροδο του χρόνου. Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV-TR για τη διαταραχή πανικού, πρέπει να υπάρχουν επαναλαμβανόμενες, απροσδόκητες προσβολές πανικού. Το άτομο επί ένα μήνα τουλάχιστον ανησυχεί ότι θα έχει και άλλες προσβολές πανικού, έχει αγωνία για τις συνέπειες μιας πιθανής προσβολής πανικού ή αλλάζει τη συμπεριφορά του εξαιτίας των προσβολών πανικού. (A.M. Kring, et. al.2010)

**B. Αγοραφοβία χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού:** Η αγοραφοβία χαρακτηρίζεται από άγχος για καταστάσεις στις οποίες το άτομο θα είχε δυσκολία να διαφύγει, εάν εμφάνιζε συμπτώματα πανικού ή θα ντροπιαζόταν αν προσπαθούσε να ξεφύγει. Η κατάσταση αποφεύγεται ή αναμένεται με έντονη δυσφορία. Μπορεί να καθηλώνονται στο σπίτι και να μην το αφήνουν παρά μόνο όταν συντροφεύονται. Τα άτομα με αγοραφοβία φοβούνται τους δημόσιους χώρους, φοβούνται να οδηγήσουν, να περάσουν γέφυρες, να βρεθούν μέσα σε μαγαζιά, εμπορικά κέντρα και εκκλησίες και να βρεθούν μέσα σε πλήθος.

Η διάγνωση της αγοραφοβίας μπορεί επίσης να δοθεί ακόμη και χωρίς την ύπαρξη διαταραχής πανικού. Σε αυτή την περίπτωση το άτομο και πάλι φοβάται ότι θα εμφανίσει συμπτώματα που θυμίζουν τον πανικό (πχ ζαλάδα) σε κάποιο χώρο από όπου θα ήταν δύσκολο να διαφύγει.

**Γ. Διαταραχή γενικευμένου άγχους:** περιλαμβάνει υπερβολική ανησυχία αναφορικά με περιστάσεις, γεγονότα ή συγκρούσεις της καθημερινότητας. Τα άτομα με ΓΑΔ ανησυχούν συνεχώς συχνά για ασήμαντα πράγματα, και οι ανησυχίες είναι υπερβολικές, ανεξέλεγκτες και χρόνιες. Άλλα συμπτώματα είναι η δυσκολία συγκέντρωσης, η εύκολη κόπωση, η νευρική κατάσταση, η ευερεθιστότητα και η μυϊκή ένταση. Τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα για τουλάχιστον έξι μήνες, προκειμένου να πληρούνται τα κριτήρια για τη διάγνωση της. Το άγχος είναι δύσκολο να ελεγχθεί, προκαλεί υποκειμενική δυσφορία και ελλείμματα σε σημαντικές περιοχές της ζωής του ατόμου, και συνήθως ξεκινά στην εφηβεία.

**Δ. ειδική φοβία:** φοβία είναι ο παράλογος φόβος ενός αντικειμένου (π.χ. άλογα, ύψη, βελόνες), ή μιας κατάστασης. Το άτομο βιώνει μαζικό άγχος όταν εκτεθεί στο φοβικό αντικείμενο και προσπαθεί με κάθε τρόπο να το αποφύγει. Δύο από τις συνηθέστερες φοβίες είναι η κλειστοφοβία και η ακροφοβία. Άλλες φοβίες που ξεκινούν και από την παιδική ηλικία είναι των ζώων(π.χ. φίδια, έντομα), του φυσικού περιβάλλοντος(π.χ. καταιγίδες, ύψη, νερό), συγκεκριμένων καταστάσεων(π.χ. δημόσια μέσα μεταφοράς, τούνελ, γέφυρες, ανελκυστήρες, πτήσεις, οδήγηση, κλειστοί χώροι,) αίματος, τραυμάτων και τέλος φόβοι πνιγμονής, φόβος κάποιου ότι θα κολλήσει μια ασθένεια και φόβοι παιδιών σχετικά με τους δυνατούς ήχους, τους κλόουν κ.τ.λ.

**Ε. κοινωνική φοβία:** κοινωνική φοβία είναι ο παράλογος φόβος κάποιων κοινωνικών καταστάσεων (π.χ. ομιλία σε ακροατήριο, φαγητό δημόσια, χρήση δημόσιας τουαλέτας). Ο όρος «διαταραχή κοινωνικού άγχους» έχει προταθεί ως ο πιο κατάλληλος για να περιγράψει τη διαταραχή αυτή, επειδή τα προβλήματα που προκαλεί τείνουν να είναι πιο διάχυτα και να παρεμποδίζουν τις συνήθειες δραστηριότητες πολύ περισσότερο από ό,τι τα προβλήματα που προκαλούνται από άλλες φοβίες. Τα κριτήρια του DSM-IV-TR για την κοινωνική φοβία είναι:

- έντονος, επίμονος φόβος που προκαλείται από την έκθεση σε άγνωστα πρόσωπα ή από την ανησυχία ότι το άτομο θα υποστεί εξονυχιστικό έλεγχο από τους άλλους.
- Η έκθεση στο εκλυτικό ερέθισμα οδηγεί σε έντονο άγχος ότι το άτομο θα ταπεινωθεί ή θα ντροπιαστεί.
- Το άτομο αναγνωρίζει ότι ο φόβος δεν είναι ρεαλιστικός.
- Το άτομο αποφεύγει τις εκλυτικές καταστάσεις είτε τις υπομένει με έντονο άγχος.

Συνήθως απαντάται κατά τη διάρκεια της πρώιμης εφηβείας αλλά μπορεί να εκδηλωθεί κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας.

**Στ. ψυχαναγκαστική- καταναγκαστική διαταραχή:** χαρακτηρίζεται από επίμονες και ανεξέλεγκτες σκέψεις ή παρορμήσεις (ψυχαναγκασμοί) και από την ανάγκη επανάληψης συγκεκριμένων πράξεων (καταναγκασμοί). Οι ψυχαναγκασμοί είναι παρεισφορητικές και επαναλαμβανόμενες σκέψεις, εικόνες ή παρορμήσεις οι οποίες εμφανίζονται χωρίς το άτομο να το θέλει, είναι ανεξέλεγκτες και συνήθως φαίνονται παράλογες στο άτομο που τις βιώνει. Οι πιο συχνοί ψυχαναγκασμοί σχετίζονται με το φόβο της μόλυνσης, με σεξουαλικές ή επιθετικές παρορμήσεις και με σωματικά προβλήματα. Μπορεί επίσης να εμφανίζουν την τάση να έχουν έντονες αμφιβολίες για ότι κάνουν και παρουσιάζουν αναβλητικότητα και αναποφασιστικότητα.

Οι καταναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες, σαφώς υπερβολικές συμπεριφορές ή νοητικές πράξεις, τις οποίες το άτομο αισθάνεται αναγκασμένο να εκτελέσει, προκειμένου να μειώσει το άγχος που του προκαλούν οι ψυχαναγκαστικές σκέψεις ή προκειμένου να προλάβει την εμφάνιση κάποιας καταστροφής.

**Ζ. μετατραυματική και οξεία διαταραχή στρες:** η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρές αποτελεί μια ακραία αντίδραση σε ένα σοβαρό στρεσογόνο παράγοντα, η οποία χαρακτηρίζεται από αυξημένο άγχος, αποφυγή των ερεθισμάτων που συνδέονται με την τραυματική εμπειρία και ένα γενικό «μούδιασμα» των συναισθηματικών αντιδράσεων. Το άτομο πρέπει να έχει βιώσει ή να έχει υπάρξει μάρτυρας ενός γεγονότος το οποίο περιλάμβανε το θάνατο ή την απειλή θανάτου, το σοβαρό τραυματισμό ή την απειλή για τη σωματική ακεραιότητα του ίδιου ή κάποιου άλλου. Τα συμπτώματα της ΔΜΨΣ μπορεί να χωριστούν σε τρεις βασικές κατηγορίες:

- *Επαναβίωση του τραυματικού γεγονότος.* Το γεγονός αναβιώνει στα όνειρα και τις νοερές αναδρομές σε αυτό όταν το άτομο δεν κοιμάται. Τα συμπτώματα αναβίωσης της εμπειρίας διαρκούν περισσότερο από ένα μήνα.
- *Αποφυγή ερεθισμάτων.* προσπαθούν να αποφύγουν όλα όσα τους θυμίζουν το γεγονός, ή έχουν ένα γενικό μούδιασμα των αντιδράσεων και ανικανότητα να βιώσουν θετικά συναισθήματα.
- *Συμπτώματα αυξημένης διέγερσης.* Δυσκολίες στην έλευση και στη διατήρηση του ύπνου, δυσκολία στη συγκέντρωση, υπερεπαγρύπνηση και μια υπερβολική αντίδραση ξαφνιάσματος.

Για τους ασθενείς που εμφανίζουν τα συμπτώματα για διάστημα μικρότερο του ενός μηνός, είναι καταλληλότερη η διάγνωση της οξείας διαταραχής στρες.

**Η. αγχώδης διαταραχή λόγω γενικής σωματικής κατάστασης:** ένα ευρύ φάσμα γενικών σωματικών και νευρολογικών καταστάσεων μπορούν να προκαλέσουν αγχώδη συμπτώματα.

**Θ. προκαλούμενη από ουσίες αγχώδη διαταραχή:** ουσίες που σχετίζονται με τοξίκωση ή στέρηση μπορούν να προκαλέσουν αγχώδη συμπτώματα.

**Ι. μικτή αγχώδης- καταθλιπτική διαταραχή:** ενίοτε αναφέρεται ως νευρασθένεια. Περιγράφει ασθενείς με αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα, που δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια ούτε της αγχώδους διαταραχής ούτε της διαταραχής της διάθεσης.

## 2.8 Διαταραχές της παιδικής ηλικίας

### 2.8.1 Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητα

Τα παιδιά που βρίσκονται σε κίνηση, που χτυπούν τα δάχτυλά τους που χοροπηδούν, που πειράζουν τους άλλους χωρίς εμφανή λόγο, που μιλούν χωρίς να είναι η σειρά τους που κινούνται νευρικά συχνά αποκαλούνται υπερκινητικά. Επίσης τα παιδιά αυτά δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν για τον απαιτούμενο χρόνο στις δραστηριότητες που εκτελούν. Όταν τα προβλήματα αυτά είναι αρκετά σοβαρά και επίμονα, μπορεί να πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της ΔΕΠΥ.

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ φαίνεται να έχουν ιδιαίτερη δυσκολία να ελέγξουν το επίπεδο της δραστηριότητας τους σε καταστάσεις όπου απαιτείται να παραμένουν καθισμένα στη θέση τους π.χ. μέσα στη τάξη. Όταν τους πει κάποιος να κάνουν ησυχία, δείχνουν να μη μπορούν να σταματήσουν να κινούνται ή να μιλούν. Είναι ανοργάνωτα, απρόβλεπτα, αδιάκριτα, πεισματάρικα και αυταρχικά. Πολλά παιδιά με ΔΕΠΥ δυσκολεύονται στη συναναστροφή τους με τους συνομηλικούς τους, όπως και στο να εδραιώνουν φιλικές σχέσεις, ενδεχομένως επειδή η συμπεριφορά τους είναι συχνά επιθετική και γενικότερα ενοχλητική και παρεισφρητική.

Περίπου το 15 με 30 τοις εκατό των παιδιών με ΔΕΠΥ παρουσιάζει μαθησιακή δυσκολία στα μαθηματικά, στην ανάγνωση ή στην ορθογραφία και περίπου τα μισά παιδιά τοποθετούνται σε εκπαιδευτικά προγράμματα λόγω της δυσκολίας τους να προσαρμοστούν στο συνηθισμένο περιβάλλον της τάξης (Barkley et.al. 1990). Επειδή τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ ποικίλουν στο DSM-IV-TR περιλαμβάνει τρεις επιμέρους τύπους:

1. Τύπος με κύριο χαρακτηριστικό τις Δυσκολίες προσοχής: παιδιά των οποίων τα προβλήματα σχετίζονται κυρίως με δυσκολίες στην προσοχή
2. Τύπος με κύριο χαρακτηριστικό την υπερκινητικότητα/ παρορμητικότητα: παιδιά των οποίων οι δυσκολίες προέρχονται κυρίως από την υπερκινητική συμπεριφορά
3. Συνδυαστικός τύπος: παιδιά που αντιμετωπίζουν και τις δύο κατηγορίες προβλημάτων.

Κριτήρια του DSM-IV-TR για ΔΕΠΥ:

Πρέπει να ισχύει είτε το Α είτε το Β.

- A. Δυσκολίες στην προσοχή οι οποίες εκδηλώνονται με έξι ή περισσότερους τρόπους και οι οποίες είναι παρούσες για τουλάχιστον έξι μήνες σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και μεγαλύτερο από αυτόν που θα περίμενε κανείς με βάση το αναπτυξιακό επίπεδο του

παιδιού. Για παράδειγμα το παιδί κάνει λάθη απροσεξίας, δεν ακούει προσεκτικά, δεν ακολουθεί οδηγίες, διασπάται εύκολα ή είναι αφηρημένο στις καθημερινές δραστηριότητες.

- B. Υπερκινητικότητα παρορμητικότητα η οποία εκδηλώνεται με έξι ή περισσότερους τρόπους και είναι παρούσα για τουλάχιστον έξι μήνες, σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και μεγαλύτερο από αυτόν που θα περίμενε κανείς με βάση το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Για παράδειγμα το παιδί στριφογυρνά στη θέση του, τρέχει πάνω κάτω σε καταστάσεις όπου η συγκεκριμένη συμπεριφορά είναι ανάρμοστη (το αντίστοιχο χαρακτηριστικό στους ενήλικες είναι η ανησυχία), ενεργεί σαν να είναι «κουρδισμένο» ή μιλάει ακατάπαυστα.

## 2.8.2 Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες

Ο όρος αυτός αναφέρεται σε προβλήματα όπου το άτομο παρουσιάζει περιορισμένη ανάπτυξη σε ένα συγκεκριμένο τομέα που αφορά μαθησιακές δεξιότητες, δεξιότητες της γλώσσας ή της ομιλίας ή κινητικές δεξιότητες και που δεν οφείλεται σε νοητική καθυστέρηση, σε αυτισμό, σε κάποιο εμφανές σωματικό πρόβλημα ή σε ελλειψίες εκπαιδευτικές ευκαιρίες. Τα παιδιά με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες έχουν συνήθως μέση ή ανώτερη της μέσης νοημοσύνης αλλά δυσκολεύονται να μάθουν κάποια συγκεκριμένη δεξιότητα στον τομέα όπου εντοπίζεται το πρόβλημα.

Εκτός της μάθησης παρουσιάζουν και άλλες δυσκολίες όπως στη συγκέντρωση, την οπτική αντίληψη, την πρόσφατη μνήμη και τις διαδικασίες διαδοχής, φτωχό κινητικό συντονισμό, δυσκολία στην κατανόηση των λεπτών αποχρώσεων του λόγου όπως το χιούμορ και η ειρωνεία. Εξαιτίας όλων αυτών των προβλημάτων το μαθησιακά ανεπαρκές παιδί μπορεί να μην γίνεται αποδεκτό από τους συνομηλίκους του, να έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, απόσυρση, παθητικότητα, κατάθλιψη (Κ.Γ. Φρανσίς, 2003).

Ο όρος ειδικές μαθησιακές δυσκολίες δεν παρουσιάζεται στο DSM-IV-TR χρησιμοποιείται από τους επαγγελματίες υγείας και αναφέρεται σε τρεις διαφορετικές ομάδες διαταραχών που εμφανίζονται στο DSM-IV-TR στις διαταραχές μάθησης, στις διαταραχές της επικοινωνίας και στη διαταραχή των κινητικών δεξιοτήτων (Α.Μ. Kring et.al, 2010).

**1. Διαταραχές της μάθησης:** το DSM-IV-TR χωρίζει τις διαταραχές μάθησης σε τρεις κατηγορίες, τη διαταραχή ανάγνωσης (δυσλεξία), τη διαταραχή της γραπτής έκφρασης και τη διαταραχή των μαθηματικών. Οι διαγνώσεις αυτές δε πρέπει να δοθούν σε ένα παιδί

εφόσον οι σχετικές δυσκολίες που παρουσιάζει μπορεί να αποδοθούν σε κάποιο αισθητηριακό έλλειμμα όπως είναι όρασης και ακοής.

- τα παιδιά με διαταραχή της ανάγνωσης γνωστή ως δυσλεξία έχουν σημαντική δυσκολία στην αναγνώριση λέξεων στη κατανόηση της ανάγνωσης και πολύ συχνά στην απλή ορθογραφία. Όταν διαβάζουν δυνατά, παραλείπουν ή προσθέτουν στοιχεία ή παραμορφώνουν την προφορά των λέξεων σε βαθμό ασυνήθιστο για την ηλικία τους. Τα προβλήματα στην ανάγνωση, στην κατανόηση και στην ορθογραφία μπορεί να παραμείνουν και στην ενήλικη ζωή.
- Η διαταραχή γραπτής έκφρασης αφορά μειωμένη ικανότητα του ατόμου να γράφει (στην οποία συμπεριλαμβάνονται τα ορθογραφικά λάθη, τα λάθη στη γραμματική ή στη στίξη και ο πολύ κακός γραφικός χαρακτήρας), η οποία είναι αρκετά σοβαρή ώστε να παρεμποδίζει τη μαθησιακή επίδοση του παιδιού ή τις καθημερινές δραστηριότητες που απαιτούν δεξιότητες γραφής. (A.M. Kring, et,al,2010). Βρίσκεται σπάνια χωρίς διαταραχή της ανάγνωσης. Ο κακός γραφικός χαρακτήρας μπορεί να οφείλεται σε αναπτυξιακή διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων.
- Τα παιδιά με διαταραχή των μαθηματικών που ονομάζεται και δυσαριθμησία μπορεί να δυσκολεύονται να ανακαλέσουν αριθμητικά δεδομένα με ταχύτητα και ακρίβεια να μετρήσουν αντικείμενα γρήγορα και σωστά και να στοιχίσουν αριθμούς και στήλες (A.M. Kring, et,al,2010)

Ικανότητες που παραβλάπτονται είναι λεκτικές (κατανόηση ή ονομασία μαθηματικών όρων, αποκωδικοποίηση γραπτών προβλημάτων σε μαθηματικά σύμβολα), αντιληπτικές (αναγνώριση ή διάβασμα αριθμητικών συμβόλων και σημείων, συγκρότηση αντικειμένων σε ομάδες), προσοχής (αντιγραφή αριθμών και συμβόλων, παρατήρηση λειτουργικών σημείων, πρόσθεση των «κρατουμένων») και μαθηματικές (ακολουθία μαθηματικών αλληλουχιών, μέτρημα αντικειμένων και μάθηση της προπαίδειας) (Κ.Γ. Φρανσίς, 2003).

**2. Διαταραχές επικοινωνίας:** οι διαταραχές αυτές χωρίζονται σε αρκετές κατηγορίες:

- Στη διαταραχή της γλωσσικής έκφρασης, το παιδί δυσκολεύεται να εκφραστεί μέσα από το λόγο. Το παιδί μπορεί να θέλει να επικοινωνήσει αλλά έχει μεγάλη δυσκολία να βρει τις σωστές λέξεις. Μέχρι την ηλικία των τεσσάρων ετών το παιδί χρησιμοποιεί μόνο σύντομες φράσεις. Όταν μαθαίνει καινούργιες λέξεις, ξεχνά αυτές που ήξερε και η χρήση γραμματικών δομών είναι συχνά φτωχότερη από αυτήν που θα έπρεπε να υπάρχει με δεδομένη την ηλικία του.

- Στη φωνολογική διαταραχή, τα παιδιά κατανοούν και μπορούν να χρησιμοποιήσουν σημαντικό λεξιλόγιο, αλλά η ομιλία τους δεν είναι καθαρή. Τα παιδιά αυτά δεν έχουν μάθει να αρθρώνουν φθόγγους τους οποίους μαθαίνει κανείς σε επόμενα αναπτυξιακά στάδια. Υπάρχει πλήρης αποκατάσταση σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις με τη λογοθεραπεία.
- Ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή στη ροή της ομιλίας που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω μοτίβα ομιλίας: συχνές επαναλήψεις ή επιμηκύνσεις ήχων, μεγάλες παύσεις ανάμεσα στις λέξεις, αντικατάσταση λέξεων που αρθρώνονται δύσκολα με λέξεις που είναι εύκολες και επανάληψη ολόκληρων λέξεων. Ορισμένες φορές τα προβλήματα στην ομιλία συνοδεύονται από ομαδικούς σωματικούς σπασμούς και τρεμόπαιγμα των ματιών. Αρκετές φορές επιδεινώνονται όταν το άτομο έχει άγχος, και συχνά βελτιώνεται ή μπορεί να εξαφανιστεί τελείως όταν το άτομο τραγουδά (A.M. Kring, et,al,2010)

**3. Διαταραχή των κινητικών δεξιοτήτων:** στη διαταραχή κινητικών δεξιοτήτων που ονομάζεται επίσης αναπτυξιακή διαταραχή του συντονισμού, τα παιδιά παρουσιάζουν έντονα μειωμένη ικανότητα στην ανάπτυξη του συντονισμού των κινήσεων η οποία δε μπορεί να αποδοθεί σε νοητική καθυστέρηση ή σε κάποια άλλη διαταραχή, όπως είναι η εγκεφαλική παράλυση.

Το μικρό παιδί μπορεί να δυσκολεύεται να δέσει τα κορδόνια του και να κουμπώσει το πουκάμισο του ή μεγαλώνοντας να δυσκολεύεται να αναπαραγάγει μοντέλα να παίζει μπάλα και να αντιγράψει ή να γράψει. Η διάγνωση δίνεται μόνο στην περίπτωση που η μειονεξία που προκαλείται παρεμποδίζει σημαντικά τη σχολική επίδοση του παιδιού ή τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. (A.M. Kring, et,al,2010)

### **2.8.3 Νοητική καθυστέρηση**

Τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR για τη νοητική καθυστέρηση περιλαμβάνουν (1) τη νοητική λειτουργία, σημαντικά χαμηλότερη από το μέσο όρο (2) ελλείμματα στην προσαρμογή και (3) εμφάνιση πριν από την ηλικία των 18 ετών.

Τα κριτήρια του DSM-IV-TR για τη νοητική καθυστέρηση είναι

- Νοητική λειτουργία σημαντικά χαμηλότερη από το μέσο όρο: δείκτης νοημοσύνης χαμηλότερο του 70.
- Ελλείμματα στη προσαρμογή όσον αφορά τη λειτουργικότητα σε τουλάχιστον δύο από τους παρακάτω τομείς, επικοινωνία, αυτοεξυπηρέτηση, διαβίωση στο σπίτι,

διαπροσωπικές δεξιότητες, χρήση των πόρων που είναι διαθέσιμοι στο μαθησιακό τομέα, ελεύθερος χρόνος, εργασία, υγεία και ασφάλεια.

- Εμφάνιση πριν από την ηλικία των 18 ετών. (A.M. Kring, et,al,2010)

Η πνευματική λειτουργία βρίσκεται σημαντικά κάτω από το μέσο όρο δηλαδή έχει νοητικό πηλίκιο ή  $IQ < 70$ . Πρέπει να συνυπάρχουν ελλείμματα ή έκπτωση της προσαρμοστικής του λειτουργίας (δηλ της αποτελεσματικότητας του ατόμου να ανταποκριθεί στις σταθερές που αναμένονται για την ηλικία του από την πολιτισμική του ομάδα) σε τουλάχιστον δυο από τις ακόλουθες περιοχές : επικοινωνία, διαβίωση στο σπίτι, αυτοεξυπηρέτηση, κοινωνικές/ διαπροσωπικές δεξιότητες, χρήση των κοινοτικών πηγών, αυτονομία, λειτουργικές σχολικές δεξιότητες, εργασία, ελεύθερος χρόνος, υγεία ασφάλεια. Η συχνότητα της υπολογίζεται στο 1%.

Διακρίνουμε:

1. Οριακή νοημοσύνη με  $IQ 70-80$ , το σημαντικότερο κριτήριο για την κατάταξη στην ομάδα αυτή είναι η μειωμένη προσαρμοστική λειτουργία.
2. Ήπια νοητική καθυστέρηση με  $IQ 55-70$  «εκπαιδύσιμοι» αποτελούν το 85% των παιδιών με ΝΚ. Αναπτύσσουν κοινωνικές και επικοινωνιακές ικανότητες στην προσχολική ηλικία, έχουν ελάχιστες ελλείψεις στο αισθητικοκινητικό επίπεδο και δεν διακρίνονται παρά μόνο σε μεγαλύτερη ηλικία. Οι ακαδημαϊκές τους επιδόσεις φτάνουν μέχρι την 6<sup>η</sup> δημοτικού. Με την πάροδο υποστήριξη, μπορούν να ζήσουν επιτυχώς στη κοινότητα, ανεξάρτητα ή με κάποια επίβλεψη.
3. Μέτρια νοητική καθυστέρηση με  $IQ 40-55$  «ασκίσιμοι» αποτελούν το 10% των παιδιών με ΝΚ. Τα περισσότερα παιδιά αποκτούν μάλλον νωρίς επικοινωνιακές ικανότητες και με μέτρια επίβλεψη μπορούν να αναλάβουν την φροντίδα τους. Επωφελούνται από προγράμματα για απόκτηση κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων αλλά οι ακαδημαϊκές τους επιδόσεις φτάνουν μέχρι την 2<sup>η</sup> δημοτικού. Η πλειοψηφία μπορεί να μάθει να κυκλοφορεί σε γνωστά μέρη και να εργάζεται με επίβλεψη σε προστατευμένα εργαστήρια. Προσαρμόζονται καλά στη ζωή της κοινότητας σε προστατευμένα πλαίσια.
4. Βαριά νοητική καθυστέρηση με  $IQ 25-40$  , το 3-4% μαθαίνουν να μιλούν συνήθως κατά την σχολική περίοδο οπότε και μπορούν να εκπαιδευτούν σε βασικές ανάγκες αυτοεξυπηρέτησης Μπορούν ίσως μόνο να μάθουν να «διαβάζουν» κάποιες ζωτικές λέξεις και μεγαλώνοντας μπορούν να εκτελέσουν απλά καθήκοντα με στενή επίβλεψη. Μπορούν να προσαρμοστούν καλά σε μικρούς ξενώνες ή με την οικογένειά τους.

5. Βαθιά νοητική καθυστέρηση με IQ <20-25 συνήθως συνυπάρχει μια νευρολογική συνθήκη. Η αισθητικοκινητική τους ανάπτυξη και οι ικανότητες τους για επικοινωνία και αυτοεξυπηρέτηση μπορούν να επιτευχθούν σε υψηλής οργάνωσης πλαίσια με συνεχή βοήθεια και προσωπική σχέση με αυτόν που τον φροντίζει. (Κ.Γ. Φρανσίζ, 2003)

#### 2.8.4 Διάχυτες διαταραχές της ανάπτυξης

Χαρακτηρίζονται από σοβαρές και διάχυτες διαταραχές σε μερικούς τομείς της ανάπτυξης όπως στις ικανότητες για κοινωνική συναλλαγή, στις επικοινωνιακές ικανότητες ή στην παρουσία στερεοτυπικών συμπεριφορών, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων. Γίνονται αντιληπτές από τα πρώτα χρόνια της ζωής και συχνά συνδέονται και με νοητική καθυστέρηση. Η πιο συχνή από τις διαταραχές είναι η αυτιστική.

**1. Αυτιστική διαταραχή.** Χαρακτηρίζεται από την τριάδα του Kanner:

- 1) έκπτωση στην κοινωνική συναλλαγή που εκδηλώνεται με μείωση στη χρήση εξωλεκτικών συμπεριφορών με πιο χαρακτηριστική την αποφυγή της βλεμματικής επαφής, αποτυχία στην ανάπτυξη σχέσεων με τους συνομηλίκους, έλλειψη αυθόρμητης επιδίωξης συμμετοχής σε απολαύσεις, ενδιαφέροντα ή επιτεύγματα με άλλους ανθρώπους, έλλειψη κοινωνικής ή συγκινησιακής αμοιβαιότητας.
- 2) ποιοτική έκπτωση στην επικοινωνία που εκδηλώνεται με καθυστέρηση ή ολική έλλειψη της ανάπτυξης της γλώσσας χωρίς προσπάθεια αντιστάθμισης με εναλλακτική επικοινωνία, έκπτωση της ικανότητας να αρχίσουν ή να διατηρήσουν μια συζήτηση με άλλους, στερεότυπη και επαναληπτική χρήση της γλώσσας ή χρήση ιδιουσυγκρασιακής γλώσσας και έλλειψη ποικίλλοντος, αυθόρμητου παιχνιδιού με παίξιμο ρόλων ή κοινωνική μίμηση.

Στα παιδιά που αναπτύσσεται ο λόγος η ένταση, ο τονισμός, ο ρυθμός, η χροιά μπορεί να μην είναι φυσιολογικά λ.χ. μονότονη ομιλία ή χροιά ερωτήσεως στο τέλος μιας δήλωσης. Η δομή της γλώσσας είναι ανώριμη και περιλαμβάνει στερεοτυπίες και επαναλήψεις χωρίς νόημα (λ.χ. επανάληψη διαφημίσεων) ή και ηχολαλία. Μπορεί να χρησιμοποιεί μεταφορική γλώσσα που γίνεται κατανοητή μόνο από τους δικούς του. Η διαταραχή στην αντίληψη της γλώσσας εκδηλώνεται με την αδυναμία να καταλάβει απλές ερωτήσεις, οδηγίες ή αστεία (μένει στην κυριολεξία της πρότασης).

- 3) Επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφέροντα και δραστηριότητες

που εκδηλώνονται με στερεότυπη ενασχόληση με μη φυσιολογική ένταση και εστίαση λ.χ. ενασχόληση με την κίνηση ενός τροχού ή τη ροή του νερού άκαμπτη εμμονή σε ειδικές, μη λειτουργικές συνήθειες . Μάλιστα αντιστέκονται ή υποφέρουν ακόμα και με πολύ μικρές αλλαγές στο περιβάλλον ξεσπώντας συχνά σε καταστροφικές εκρήξεις και κάνουν στερεότυπους και επαναληπτικούς μαννερισμούς όπως χτυπήματα των χεριών, τέλος δείχνουν επίμονη ενασχόληση με τμήματα των αντικειμένων.

#### Συνοδά συμπτώματα:

Ένα σημαντικό ποσοστό των αυτιστικών παιδιών λειτουργούν σε καθυστερημένο επίπεδο. Η εξέλιξη των γνωσιακών ικανοτήτων παρουσιάζει ασυγχρονία και όχι συσχέτιση με το γενικό επίπεδο της νοημοσύνης. Η μνήμη, ιδιαίτερα στα μεγαλύτερα άτομα είναι συχνά εντυπωσιακή αλλά πάλι δεν είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί σωστά και γιατί τις περισσότερες φορές δεν περιλαμβάνει χρήσιμες πληροφορίες.

Διαταραχές συμπεριφοράς περιλαμβάνουν υπερκινητικότητα, μειωμένο εύρος προσοχής, παρορμητικότητα, επιθετικότητα, αυτοτραυματισμούς, ξεσπάσματα θυμού (ιδίως στα πιο μικρά παιδιά).

Παράξενες και δυσανάλογες απαντήσεις στα ερεθίσματα όπως μεγάλο ουδό στον πόνο, υπερευαισθησία σε ήχους ή άγγιγμα, υπερβολικές αντιδράσεις στο φως ή την οσμή κ.ά. Είναι επίσης συχνές οι ανωμαλίες στην πρόσληψη τροφής (λήψη μόνο συγκεκριμένων τροφών) και τον ύπνο. Μπορεί να υπάρχει έλλειψη φόβου σε επικίνδυνες καταστάσεις και υπερβολικός φόβος για ακίνδυνα αντικείμενα.

Η συχνότητα υπολογίζεται σε 2-5 περιπτώσεις για κάθε 10.000 άτομα. Η συχνότητα στα αγόρια είναι 4-5 φορές μεγαλύτερη. Όμως τα αυτιστικά κορίτσια έχουν αυξημένες πιθανότητες βαρύτερης καθυστέρησης.

Πορεία: Η έναρξη της διαταραχής γίνεται πριν τα 3 χρόνια. Σε μερικές περιπτώσεις οι γονείς αναφέρουν ότι ανησυχούσαν σχεδόν από την γέννηση του παιδιού, εξαιτίας της έλλειψης ενδιαφέροντος για κοινωνική επαφή. Παρόλα αυτά οι εκδηλώσεις είναι εμφανέστερες μετά τα 2 χρόνια. Ενίοτε οι γονείς αναφέρουν μια φυσιολογική εξέλιξη του παιδιού τον πρώτο ή και το δεύτερο χρόνο.

Η φύση των ελλειμμάτων στην κοινωνική συναλλαγή μπορεί να αλλάξει με το χρόνο και ανάλογα με το εξελικτικό επίπεδο του ατόμου. Έτσι το παιδί μπορεί να γίνει πιο πρόθυμο να ασχολείται παθητικά σε κοινωνικές επαφές και μπορεί να αυξηθεί και το ενδιαφέρον του γι' αυτές. Ακόμα όμως και τότε, τείνει να χρησιμοποιεί τους άλλους με ασυνήθιστο τρόπο, χωρίς να έχει συναίσθηση των ορίων των άλλων.

Η συμπεριφορά μερικών ατόμων χειροτερεύει στην εφηβεία ενώ άλλων βελτιώνεται. Τελικά η γλωσσική ικανότητα (παρουσία επικοινωνιακού λόγου) και η γενική νοητική κατάσταση είναι οι ισχυρότεροι προγνωστικοί παράγοντες. Υπολογίζεται πως μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό των αυτιστικών παιδιών θα μπορέσει ως ενήλικας να ζήσει και να εργαστεί ανεξάρτητα. Στο 1/3 ίσως είναι πιθανή μια κάποιου βαθμού μερική αυτονομία. Οι υψηλής λειτουργικότητας αυτιστικοί ενήλικες συνεχίζουν να έχουν προβλήματα στις κοινωνικές επαφές και την επικοινωνία, καθώς και περιορισμένα ενδιαφέροντα και ασχολίες.

**2. Διαταραχή Asperger:** Χαρακτηρίζεται από τις ποιοτικές ανωμαλίες στην λειτουργικότητα που έχουμε και στην αυτιστική διαταραχή δηλ έκπτωση στην κοινωνική συναλλαγή και εμφάνιση στερεότυπων πρότυπων συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων (αν και οι περισσότεροι ερευνητές υποστηρίζουν ότι αυτές είναι πολύ ηπιότερες από τις παρατηρούμενες στα αυτιστικά παιδιά) αλλά χωρίς έκπτωση ή καθυστέρηση στην ανάπτυξη της γλώσσας. Επιπλέον δεν υπάρχει κλινικά σημαντική καθυστέρηση στην ανάπτυξη των γνωσιακών λειτουργιών ή των ανάλογα με την ηλικία δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης, της προσαρμοστικής συμπεριφοράς και της περιέργειας για το περιβάλλον κατά την παιδική ηλικία.

Η διαταραχή Asperger συνήθως αναγνωρίζεται αργότερα από την αυτιστική. Στην προσχολική περίοδο μπορεί να εμφανίζεται μόνο κινητική καθυστέρηση και αδεξιότητα που εκδηλώνονται με παράξενο περπάτημα, προβλήματα στο να πιάσουν την μπάλα και να κουμπώσουν κουμπιά. Οι δυσκολίες στην κοινωνική συναλλαγή γίνονται εμφανείς στο σχολείο, όπως και τα ιδιαίτερα και περιορισμένα ενδιαφέροντα τους λ.χ. η ενασχόληση με τα δρομολόγια του τρένου. Σαν ενήλικες μπορεί να έχουν προβλήματα με το empathy και τη διαμόρφωση κοινωνικών συναλλαγών.

Η συχνότητα της Δ Asperger υπολογίζεται σε 20-50 / 10000 με σχέση αγόρια : κορίτσια 9 :1 (A.M. Kring et, al, 2010).

**3. Διαταραχή Rett:** Στις διάχυτες διαταραχές της ανάπτυξης περιλαμβάνονται εκτός από τις πιο πάνω μορφές δυο ακόμα σπανιότερες δηλαδή η διαταραχή Rett που χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη πολλαπλών ειδικών ελλειμμάτων μετά από μια περίοδο φυσιολογικής λειτουργίας μετά την γέννηση και εμφανίζεται κυρίως σε κορίτσια. Μεταξύ 5 και 48 μηνών η μεγέθυνση της κεφαλής επιβραδύνεται, ενώ μέχρι τους 30 μήνες υπάρχει απώλεια προηγουμένως επίκτητων δεξιοτήτων τελικού σκοπού των χεριών με επακόλουθη την ανάπτυξη στερεότυπων κινήσεων στα χέρια όπως κινήσεις στυψίματος ή πλυσίματος. Ο συντονισμός της βάδισης και των κινήσεων του κορμού είναι προβληματικός και εμφανίζεται μια βαριά έκπτωση της ανάπτυξης της γλωσσικής αντίληψης και έκφρασης με βαριά

ψυχοκινητική καθυστέρηση. Είναι μια νευροεκφυλιστική νόσος που στα τελικά της στάδια οι περισσότεροι πάσχοντες δεν είναι περιπατητικοί, και υποφέρουν από γενική αδυναμία, απώλεια μυϊκών μαζών και σπαστικότητα, πτώση του άκρου ποδός και σκολίωση. (Κ.Γ. Φρανσίς, 2012)

**4. Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή:** Η Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή (νόσος του Heller) χαρακτηρίζεται από σημαντική παλινδρόμηση σε πολλούς τομείς μετά από μια περίοδο φυσιολογικής λειτουργίας, τουλάχιστον 2 ετών, όπως φαίνεται από την παρουσία ανάλογων με την ηλικία λεκτικής και εξωλεκτικής επικοινωνίας, κοινωνικών σχέσεων, παιχνιδιού και προσαρμοστικής συμπεριφοράς. Σταδιακά ή και πιο απότομα, μετά τα δυο αλλά πριν τα δέκα, εμφανίζουν σημαντική απώλεια σε κάποιες από τις επίκτητες δεξιότητες του όπως η γλωσσική έκφραση ή αντίληψη, κοινωνικές δεξιότητες ή προσαρμοστική συμπεριφορά, έλεγχος των σφιγκτήρων, παιχνίδι, κινητικές δεξιότητες. Εμφανίζουν τέλος τις ποιοτικές ανωμαλίες στην λειτουργικότητα που έχουμε και στην αυτιστική διαταραχή. Η έναρξη τοποθετείται συνήθως μεταξύ των 3 και 4 χρόνων. Συνήθως η παλινδρόμηση φτάνει σε ένα μέγιστο βαθμό από όπου σπανίως μπορεί να παρατηρηθεί μικρή βελτίωση. Οι δυσκολίες σε όλους τους τομείς παραμένουν δια βίου. (Κ.Γ. Φρανσίς, 2012)

**5. Διάχυτη διαταραχή της ανάπτυξης Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς:** Τέλος και κατά την πάγια τακτική των ταξινομητικών συστημάτων, υπάρχει μια ακόμα νοσολογική κατηγορία, η διάχυτη διαταραχή της ανάπτυξης Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς ή Άτυπος Αυτισμός. Η οποιαδήποτε μορφής ατυπία, όπως λ.χ. η μεγαλύτερη ηλικία έναρξης, ή η μη πλήρη εμφάνιση όλων των συμπτωμάτων που χαρακτηρίζουν τις άλλες κατηγορίες, οδηγεί σε αυτήν τη διάγνωση, που τελικά είναι ίσως και η πλέον συχνή (Κ.Γ. Φρανσίς, 2012).

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΤΥΦΛΩΣΗ ΚΑΙ ΚΩΦΩΣΗ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η διαταραχή ακοής αυξάνει τον κίνδυνο ψύχωσης (Στεφανής et al, 2006 van der Werf et al. 2007), ιδιαίτερα σε νεαρά άτομα (David et al. 1995, Thewissen et al. 2005). Αν και ο μηχανισμός με τον οποίο η διαταραχή ακοής μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο για ψύχωση των νέων παραμένει δυσδιάκριτος, αρκετές υποθέσεις έχουν προταθεί. Πρώτο, τα προβλήματα ακοής και η ψύχωση μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μιας κοινής αιτίας. Για παράδειγμα, η έκθεση σε περιγεννητικές λοιμώξεις που επηρεάζουν το κεντρικό νευρικό σύστημα, όπως ερυθρά και μηνιγγίτιδα (Brown et al. 2000) Leask et al. 2002, Dalman et al. 2008), μπορεί να εξηγήσει τη σύνδεση μεταξύ πρόωρων διαταραχών ακοής και αργότερα ψύχωσης. Δεύτερο, η ψυχωτική εμπειρία μπορεί να είναι άμεση ή έμμεση συνέπεια των διαδικασιών ενεργοποίησης από την απώλεια ακοής. Για παράδειγμα, πειραματικές μελέτες έχουν δείξει ότι ψυχιατρικές εκδηλώσεις προκαλούνται από αισθητηριακή στέρηση (Leff, 1968 Mason & Brady, 2009). Τέλος, προβλήματα ακοής που δημιουργήθηκαν στην πρώιμη παιδική ηλικία μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο για ψύχωση, παρεμβαίνοντας στα κρίσιμα στάδια εξέλιξης για τη γλώσσα, τη γνωστική λειτουργία και τις κοινωνικές δεξιότητες (Bess et al. 1998).

Απο τότε που ο Kraepelin (1915) ανέφερε το περιστατικό των παραληρητικών ιδεών δίωξης στα άτομα με προβλήματα ακοής, αρκετές μελέτες έχουν διερευνήσει την εικαζόμενη σχέση, κυρίως σε ηλικιωμένους πληθυσμούς. Ενώ ορισμένες μελέτες απέτυχαν να συνδέσουν την κώφωση ή τα προβλήματα ακοής (DHI) και την παρανοϊκή ασθένεια (π. χ. , Moore, 1981 Watt, 1985), ενώ άλλοι ανέφεραν ότι η χρόνια κώφωση μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα στην ανάπτυξη της παρανοϊκής ψύχωσης στην μετέπειτα ζωή (Cooper et al. , 1974, Cooper, 1976). Οι εκθέσεις της συνδέσεως μεταξύ κώφωση και ψύχωση δεν έχουν περιοριστεί σε ηλικιωμένους πληθυσμούς.

Μία μελέτη ανέφερε ότι σημαντικές διαταραχές ακοής σε ηλικία 18 ετών ήταν ένας παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη της σχιζοφρένειας (David et al. , 1995).

Μελέτες σε ψυχιατρικούς ασθενείς με αισθητηριακά ελλείμματα είναι σπάνιες. Η πιο συχνή διάγνωση μεταξύ κωφών είναι οι διαταραχές της διάθεσης και το μετά-τραυματικό σύνδρομο. Η διάγνωση της νοητικής υστέρησης είναι λιγότερο συχνή σε κωφά άτομα.

Η κατηγορία "απροσδιόριστη ψύχωση" είναι συχνά χρησιμοποιούμενη, δείχνοντας τη σύγχυση στους ιατρούς που αντιμετωπίζουν με την πολυμορφική κλινική παρουσίαση των κωφών ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο. Επίσης διαταραχή της διάθεσης είναι η πιο συχνή

διάγνωση. Το ίδιο μπορεί να λεχθεί και για διαταραχές άγχους που είναι επίσης υποτιμημένες από μη ειδικευμένες ομάδες. Επιπλέον, φαίνεται ότι μια συχνά χρησιμοποιούμενη διάγνωση είναι το μετατραυματικό σύνδρομο.

Στην πραγματικότητα, το ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό έχει αποδείξει ότι η μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας έχει το μεγαλύτερο επιπολασμό. Αυτή η συχνότητα πιθανώς να συνδέεται με δυσκολίες των κωφών παιδιών σε οικογένειες ακούοντων. Οι παραληρητικές ιδέες ή αυταπάτες μπορεί να γίνουν καλύτερα κατανοητές ως αποτέλεσμα μιας υποκείμενης γνωστικής παρερμηνείας.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι άτομα με προβλήματα ακοής δείχνουν μια καθυστέρηση στην ανάπτυξη (Jackson, 2001; Peterson και Siegal, 1995).

Άτομα με προβλήματα ακοής μπορούν να έχουν μια τάση να αποφεύγουν την κοινωνική αλληλεπίδραση, η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση, υπερευαισθησίας ή εχθρικές αντιδράσεις απέναντι στο περιβάλλον (Corbin και Eastwood, 1986). Εκφυλιστικές παθήσεις του αυτιού μειώνουν την ανταπόκριση στο διαπροσωπικό και στο κοινωνικό περιβάλλον και κάνουν τα άτομα πιο ευπαθή σε ψευδαισθήσεις που προέρχονται από τη δυσλειτουργία του αισθητηριακού οργάνου (Sadock και Sadock, 2000). Εσφαλμένη αντίληψη από ένα ακουστικό ερέθισμα μπορεί να συμβεί και να οδηγήσει σε φαινομενικά ακατάλληλες συνδέσεις που αποτελούν τη βάση για παρανοϊκές ιδέες. (Cooper & Curry, 1976)

Ένα ερώτημα που παραμένει σχετικά με το μηχανισμό με τον οποίο η εξασθένιση ακοής μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ψύχωσης, ιδίως όσον αφορά τις πιθανές υποκείμενες διαμεσολαβήσεις από άλλες μεταβλητές. Για παράδειγμα, η εξασθένιση ακοής μπορεί επίσης να αυξήσει τον κίνδυνο για άλλους τομείς της ψυχοπαθολογίας, ειδικότερα σε κατάθλιψη. Πράγματι, η εξασθένιση ακοής έχει θεωρηθεί ως παράγοντας κινδύνου για κατάθλιψη (Heine & Browning, 2002, Tsuruoka et al., 2001), ίσως επειδή η αισθητηριακή απώλεια ακολουθείται από μια περίοδο στην οποία η προσαρμογή εμφανίζει απώλειες με αποτέλεσμα τα συναισθήματα της θλίψης και της κατάθλιψης.

Η απώλεια μιας αίσθησης συχνά οδηγεί σε αισθήματα θλίψης και κατάθλιψης, τα άτομα με μακροχρόνια διαταραχή της ακοής ήταν περισσότερο πιθανό να αναπτύξουν ψυχωτικά συμπτώματα και παρανοϊκή διάθεση (Στεφανής et al. , 2006).

Άλλοι πιθανοί παράγοντες κινδύνου για ψύχωση περιλαμβάνουν χρήση κάνναβης (Henquet et al, 2005), κοινωνικό άγχος (van Winkel et al, 2008 Wiles et al. , 2006), τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία και προβλήματα ακοής (David et al, 1995, Thewissen et al, 2005).

Ο κίνδυνος για ανάπτυξη της ψύχωσης μπορεί να αυξηθεί όταν τα άτομα με διαταραχή της ακοής εκτίθενται σε υψηλά επίπεδα κοινωνικής πολυπλοκότητας. Έχει ειπωθεί ότι οι άνθρωποι που ζουν σε πυκνοκατοικημένες περιοχές βρίσκονται εκτεθειμένοι σε πιο έντονες και πιο ασαφείς κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Weiser et al, 2007). Η αστική ζωή, ως εκ τούτου, μπορεί να αντιπροσωπεύει ένα είδος μιας κοινωνικής πολυπλοκότητας που εκδηλώνει έναν κίνδυνο ψύχωσης σε άτομα με προβλήματα ακοής. Η τρέχουσα έρευνα εξέτασε την υπόθεση ότι η σύνδεση μεταξύ της διαταραχής ακοής και της ψύχωσης μπορεί να εξαρτάται από τον βαθμό της αστικοποίησης.

### 3.1 Τυφλοκώφωση

Ο πληθυσμός των ατόμων με εκ γενετής τυφλοκώφωση αντιμετωπίζει προκλήσεις στον τομέα της επικοινωνίας και της κινητικότητας. Τυφλοκώφωση είναι ένας συνδυασμός οπτικής και ακουστικής αναπηρίας. Δεν περιορίζει δραστηριότητες του προσώπου και εμποδίζει την πλήρη συμμετοχή στην κοινωνία.

Αίτια τυφλοκώφωσης είναι η ερυθρά, το σύνδρομο Usher, η προχωρημένη ηλικία, η πρόωρη γέννηση, οι επιπλοκές κατά την γέννηση, η ασφυξία, το σύνδρομο Charge, το σύνδρομο Goldnhar, το σύνδρομο Noonan, το σύνδρομο Cri du Chat, το σύνδρομο Pallister Killian, το σύνδρομο του οφθαλμού της γάτας, η προσβολή από κυτομεγαλοϊό και η προσβολή από μηνιγγίτιδα.

Άτομα με εκ γενετής τυφλοκώφωση είτε γεννιούνται κωφοί και τυφλοί ή γίνονται κωφοί και τυφλοί νωρίς στη ζωή πριν από την ανάπτυξη της γλώσσας (προ-γλωσσική τυφλοκώφωση). Η προ-γλωσσική τυφλοκώφωση αναφέρεται σε ανθρώπους που είναι κωφοί και τυφλοί μετά την ανάπτυξη της γλώσσας (επίκτητη τυφλοκώφωση).

Η επικράτηση των εκ γενετής τυφλοκωφών έχει αναφερθεί να είναι εξαιρετικά σπάνια, με περίπου μία στις 27.000 νεογέννητα που επηρεάζονται (Dammeyer, 2010b). Η επικράτηση των εκ γενετής τυφλών και κωφάλαλων είναι περίπου το 1/5 του συνολικού πληθυσμού των τυφλών και κωφάλαλων ατόμων ( εκ γενετής και επίκτητα) (Rødbroe & Janssen, 2008). Ποσοστό 33% ζούσαν σε ίδρυμα για πνευματικές αναπηρίες δεν ειδικεύονται για άτομα με απώλεια αισθήσεων, το 34% σε ένα ίδρυμα για άτομα που ήταν τυφλοί και κωφάλαλοι εκ γενετής και 5% ζούσαν σε ίδρυμα για άτομα που είτε ήταν κωφά ή τυφλά. Κανείς δεν κατοικούσε με γονείς ή συγγενείς.

Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα αιτιών για συγγενείς τυφλοκώφωση. Μεταξύ των πιο κοινών είναι το σύνδρομο πρόωρων νεογνών, μηνιγγίτιδα, κυτταρομεγαλοϊός, και της ερυθράς (Dammeyer, 2010b). Επίσης υπάρχουν πολλές αιτίες επίκτητης τυφλοκώφωσης. Τα πιο κοινά είναι το σύνδρομο Usher που αντιπροσωπεύει περίπου το ήμισυ του πληθυσμού με επίκτητη τυφλοκώφωση (Møller, 2003).

Παρ' ότι πρέπει να βλέπουμε το κάθε τυφλόκωφο άτομο σαν ξεχωριστή περίπτωση και προσωπικότητα, εν τούτοις χωρίζουμε τους τ/κ σε 4 μεγάλες κατηγορίες.

1. Εκ γενετής τυφλοκωφοί. Αντιπροσωπεύουν το 14% του συνόλου. Είναι τα παιδιά της ερυθράς. Η μέση ηλικία της κατηγορίας αυτής είναι τα 40 χρόνια.
2. Εκ γενετής κωφοί που έχασαν την όρασή τους ενήλικες. Αντιπροσωπεύουν το 35% του συνόλου. Πρωταρχική αιτία της κατηγορίας αυτής είναι το σύνδρομο Usher. Το σύνδρομο Usher προσβάλλει το 5% των εκ γενετής κωφών με αποτέλεσμα σταδιακά να χάνουν την όρασή τους από Μελαγχρωστική Αμφιβληστροειδοπάθεια. Αν εμφανιστεί σε σχετικά νεαρή ηλικία τα αποτελέσματα είναι καταστροφικά. Η μέση ηλικία της κατηγορίας αυτής είναι τα 50 χρόνια.
3. Εκ γενετής τυφλοί που έχασαν την ακοή τους ενήλικες. Αντιπροσωπεύουν το 6% του συνόλου. Η μέση ηλικία της κατηγορίας αυτής είναι τα 68 χρόνια. Πρωταρχική αιτία δεν φαίνεται να υπάρχει, προφανώς έχασαν την ακοή τους λόγω ηλικίας.
4. Οι τυφλοκωφοί της τρίτης ηλικίας. Αντιπροσωπεύουν το 45% του συνόλου. Η μέση ηλικία της κατηγορίας αυτής είναι τα 70 χρόνια. Εδώ, προφανώς, πρωταρχική αιτία είναι η ηλικία.

Ορισμένοι ισχυρίζονται ότι η εμφάνιση της ψύχωσης και συμπτώματα συμπεριφοράς μπορεί να προκληθούν από την απώλεια της ακοής και όρασης, π. χ. ψύχωση μεταξύ των ανθρώπων με σύνδρομο Usher (Mangotich & Misiaszek, 1983). Σε μια άλλη μελέτη McDonnell (2009) έδειξαν ότι η επικοινωνία και η κοινωνική υποστήριξη, είναι σημαντικές για να αποφευχθεί η εμπειρία της κατάθλιψης μεταξύ των ανθρώπων με επίκτητη τυφλοκώφωση, δηλαδή οι δυσκολίες της επικοινωνίας προκαλούνται από τη διπλή αισθητηριακή απώλεια, αυξάνοντας τον κίνδυνο της κατάθλιψης.

Έρευνα που διεξήχθη στη Δανία δείχνει τον αριθμό των σωματικών και συμπεριφοριστικών διαταραχών μεταξύ των 95 εκ γενετής τυφλών και κωφάλαων ατόμων. Τριάντα δύο άτομα βρέθηκαν να είναι διανοητικά καθυστερημένα, 2 με αυτισμό, 12 να έχουν κάποια ψύχωση, 10 με διαταραχή της διάθεσης, 5 με παρορμητική συμπεριφορά, 4 με αγωνία ή αταξία και 5 με μια διαταραχή συμπεριφοράς (π. χ. υπερκινητικοί). Είκοσι πέντε

ατομα δεν έχουν καμία ψυχική διαταραχή ή νευρολογική διαταραχή. Σε όλες τις περιπτώσεις η νοητική υστέρηση είχε διαγνωσθεί στην παιδική ηλικία.

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε υψηλός επιπολασμός της ψυχικής διαταραχής και διαταραχές συμπεριφοράς μεταξύ ατόμων με συγγενείς τυφλοκώφωση. Μόνο ένας στους τέσσερις δεν έχουν οποιαδήποτε ψυχική διαταραχή.

Βρέθηκε μια ισχυρή ένωση μεταξύ ικανοτήτων επικοινωνίας και επικοινωνιακή λειτουργία μεταξύ των ατόμων με εκ γενετής τυφλοκώφωση, υποδηλώνοντας μια αλληλεπίδραση μεταξύ της διπλής απώλειας των αισθήσεων, γνωστικών λειτουργιών και επικοινωνία. Όλες οι ψυχικές και συμπεριφοριστικές διαταραχές εμφανίζονται σε συνδυασμό με διπλή αισθητηριακή απώλεια. Είναι σημαντικό να προσδιορίσει η κύρια διάγνωση για να καθορίσει εάν το άτομο έχει μια εκ γενετής κατώτερη γνωστική, κοινωνική και επικοινωνιακή δυνατότητα, ή εάν το άτομο έχει ένα κανονικό δυναμικό, αλλά χαμηλή γνωστική, κοινωνική και επικοινωνιακή λειτουργία ως αποτέλεσμα των εκ γενετής απωλειών των αισθήσεων.

### **3.1.1 Στατιστικά στοιχεία:**

Υπήρξαν τέσσερις πρόσφατες μελέτες απο τα ευρωπαϊκά ψυχιατρικά δείγματα κωφών. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι σύμφωνα με τις ΗΠΑ με βάση τα πορίσματα. Σε μια σύγκριση απο τους ψυχιατρικούς εξωτερικούς ασθενείς από την Αγγλία και την Ουαλία, το 27% των κωφών εξωτερικών ασθενών (n= 238), σε σύγκριση με 19% απο τους ακούοντες εξωτερικούς ασθενείς (n= 544) είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια. Μια άλλη μελέτη εξετάζει ένα μεικτό δείγμα 160 κωφών ατόμων ανάμεσα σε νοσοκομειακούς και εξωτερικούς ασθενείς από 20 διαφορετικά κτίρια θεραπειών στην Αγγλία, Ουαλία και Σκοτία, ανέφερε ότι το 39% των ασθενών είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια ή μιας συναισθηματική ψύχωση. Αντίθετα, άλλες ευρωπαϊκές μελέτες ανέφεραν πολύ χαμηλότερα ποσοστά επιπολασμού από Βρετανούς και Αμερικανούς βάσει μελετών. Στην Ολλανδία, η μελέτη των 214 κωφών ψυχιατρικών ασθενών ανέφερε το ποσοστό επιπολασμού της σχιζοφρένειας και άλλες ψυχώσεις να είναι 8%. Τέλος, μια μελέτη για ένα αυστριακό δείγμα 310 κωφών ασθενών έδειξε ότι το 3,9 % των ασθενών είχε διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια.

Αναφέρεται ότι οι οπτικές ψευδαισθήσεις είναι πιο κοινές σε κωφούς ασθενείς απ' ότι σε ακούοντες με σχιζοφρένεια, έχουν αναφερθεί ποσοστά που κυμαίνονται από 50% έως 53%.

Ωστόσο, πρόσφατη έρευνα δείχνει ότι πολλές από τις "οπτικές" ψευδαισθήσεις που αναφέρθηκαν από κωφά άτομα με σχιζοφρένεια μπορεί πράγματι να είναι ψευδαισθήσεις των οπτικών εντολών (πχ, αντιλήψεις ότι τα χείλη κινούνται ) σε αντίθεση με την πραγματική οπτική ψευδαίσθηση.

Οι συγγραφείς εξακολουθούν να συζητούν την ύπαρξη του ήχου με βάση ακουστικές ψευδαισθήσεις σε κωφά άτομα. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει αυτο-αναφερόμενα ποσοστά ποσοστά ανθρώπων με ακουστικές ψευδαισθήσεις οι οποίοι πάσχουν από κώφωση και σχιζοφρένεια, να είναι συγκρίσιμα με ποσοστά που αναφέρθηκαν σε ασθενείς με προβλήματα ακοής (52% -59%).

Ωστόσο, αυτά τα ευρήματα έχουν εξεταστεί πρόσφατα για την κώφωση με συναφείς μεταβλητές καταδεικνύουν οι ψευδαισθήσεις ενός κωφού ασθενή συνδέονται με τη γλώσσα του ατόμου και τις ακουστικές εμπειρίες του παρελθόντος. Με άλλα λόγια, τα άτομα με σχιζοφρένεια που είναι τελείως κωφά από τη γέννησή τους δεν περιγράφουν εμπειρίες ήχου με βάση "φωνές" και δεν μπορούν να περιγράψουν την ένταση του ήχου που βιώνουν.

### **3.2 Σύνδρομο Charles Bonnet**

Οι πάσχοντες του συνδρόμου Charles Bonnet είναι άτομα ψυχικά υγιή με συχνά σημαντική οπτική απώλεια και παρουσιάζουν οπτικές ψευδαισθήσεις. Ένα χαρακτηριστικό των ψευδαισθήσεων είναι το λιλιπούτειο στο οποίο οι χαρακτήρες ή τα αντικείμενα είναι μικρότερα από το κανονικό. Η πιο κοινή ψευδαίσθηση είναι πρόσωπα ή καρτούν. Οι πάσχοντες καταλαβαίνουν ότι οι ψευδαισθήσεις δεν είναι πραγματικές και είναι μόνο οπτικές.

Οι οπτικές ψευδαισθήσεις μπορούν να περιλαμβάνουν τόσο εικόνες, όπως οι άνθρωποι, και μη μορφοποιημένες εικόνες, όπως λάμπες φωτός. Η ψευδαίσθηση είναι "μια αισθητηριακή αντίληψη που δεν υπάρχει στην πραγματικότητα αλλά εκδηλώνεται χωρίς εξωτερική διέγερση του αρμόδιου αισθητηριακού οργάνου. Σε ηλικιωμένους ασθενείς, οπτικές ψευδαισθήσεις μπορεί να προκαλούνται από άνοια, έκδηλες καταστάσεις ψυχώσεως, επίρεια ναρκωτικών. Μεταξύ ηλικιωμένων (>65 ετών) με σημαντική απώλεια όρασης, η επικράτηση του συνδρόμου Charles Bonnet έχει αναφερθεί να είναι μεταξύ 10% και 40 %,

μια πρόσφατη Αυστραλιανή μελέτη διαπίστωσε ότι η επικράτηση του είναι 17,5 %. (M.L. Jackson & J. Ferencz, 2009)

Το σύνδρομο πλήττει κυρίως τα άτομα με προβλήματα όρασης λόγω γήρατος ή βλάβη στα μάτια ή οπτικών οδών ειδικότερα απώλεια κεντρικής όρασης που οφείλεται σε μια κατάσταση όπως η εκφύλιση της ωχράς κηλίδας σε συνδυασμό με περιφερειακή απώλεια της όρασης από το γλαύκωμα μπορεί να προδιαθέτουν το σύνδρομο αυτό, αν και οι περισσότεροι άνθρωποι με τέτοια ελλείμματα δεν αναπτύσσουν το σύνδρομο. Το σύνδρομο μπορεί επίσης να αναπτυχθεί μετά από βλάβη του οπτικού νεύρου οφείλεται σε δηλητηρίαση από μεθυλική αλκοόλη.

Η αιτία αυτής της διαταραχής είναι πιστεύεται ότι είναι μια δυσλειτουργία στον εγκέφαλο παρόμοια με την νευρολογική δυσλειτουργία που εμφανίζεται σε ασθενείς με σύνδρομο του μέλους φαντάσματος. Καθώς πέφτει το όραμα, ο εγκέφαλος συνεχίζει να ερμηνεύει οπτικές εικόνες, ελλείψει αντίστοιχης οπτικής εισόδου.

Η παρακάτω εικόνα μας δείχνει τις οπτικές ψευδαισθήσεις που μπορεί να έχει ο ασθενής με σύνδρομο Charles Bonnet.



### 3.3 Το σύνδρομο Usher

Το σύνδρομο Usher είναι μια γενετική ανωμαλία, η οποία χαρακτηρίζεται από μερική ή ολική απώλεια ακοής εκ γενετής και μια σταδιακή απώλεια όρασης που προκαλείται από την Retinitis Pigmentosa (RP). Το όνομα, Retinitis Pigmentosa αναφέρεται στα στρώματα μαύρης χρωστικής ουσίας η οποία ανιχνεύεται στον αμφιβληστροειδή χιτώνα των ανθρώπων μ' αυτή την κατάσταση. Αυτό είναι ένα είδος οπτικής πάθησης, η οποία έχει ως αποτέλεσμα το σταδιακό χάσιμο της όρασης με τον καιρό εξαιτίας χειροτέρευσης του αμφιβληστροειδή χιτώνα.

Αρχικά το άτομο παρουσιάζει τύφλωση μόνο την νύχτα, καθώς τα μάτια δεν μπορούν πλέον να δουν σε αμυδρό φως. Με το χρόνο, το οπτικό πεδίο ελαττώνεται έως το σημείο που ο ασθενής έχει μόνο ένα «τούνελ» κεντρικής όρασης. Ορισμένοι ασθενείς με σύνδρομο Usher παρουσιάζουν επίσης προβλήματα με την ισορροπία τους.

Το σύνδρομο Usher χωρίζεται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες σύμφωνα με τον τύπο και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Ο τύπος 1 και ο τύπος 2 αφορούν περίπου το 10% των παιδιών που γεννιούνται κουφά. Δεν υπάρχει θεραπεία. Οι υπηρεσίες έχουν σαν στόχο να βοηθήσουν τον ασθενή να προετοιμαστεί και να αντιμετωπίσει αυτή τη διπλή απώλεια.

Τα συμπτώματα που αφορούν το σύνδρομο Usher εξαρτώνται από τον τύπο αλλά γενικά περιλαμβάνουν:

Απώλεια ακοής ,η οποία οδηγεί στην κώφωση.

Απώλεια όρασης ,η οποία οδηγεί στην τύφλωση.

Προβλήματα ισορροπίας.

Δυσκολίες στο λόγο.

Το σύνδρομο Usher χωρίζεται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες σύμφωνα με τον τύπο και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Αυτές ονομάζονται Τύπος 1, Τύπος 2 και Τύπος 3. Κάθε τύπος υποδιαιρείται σε υποκατηγορίες.

### **Σύνδρομο Usher Τύπος 1 (US1)**

Παρόλο που υπάρχουν 6 υποκατηγορίες, τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου Usher, Τύπου 1 περιλαμβάνουν:

- ✓ Ευδιάκριτη κώφωση εκ γενετής.
- ✓ Δυσκολίες λόγου. Άλλα μέσα επικοινωνίας όπως νοηματική γλώσσα (Auslan) απαιτούνται.
- ✓ Η ισορροπία μπορεί να επηρεαστεί και τα παιδιά συχνά αργούν να καθίσουν, να σταθούν και να περπατήσουν.
- ✓ Προβλήματα με τα μάτια αναπτύσσονται γύρω στην ηλικία των 10 ετών.
- ✓ Απώλεια όρασης συνήθως παρουσιάζεται γύρω στα πρώτα 10 χρόνια της ζωής του παιδιού.

### **Σύνδρομο Usher Τύπος 2 (US2)**

Υπάρχουν τρεις υποκατηγορίες του Τύπου 2. Τα χαρακτηριστικά του τύπου αυτού περιλαμβάνουν:

- ✓ Μέτρια απώλεια ακοής στη χαμηλότερη κλίμακα συχνότητας ήχου.
- ✓ Σοβαρή απώλεια ακοής στην υψηλότερη κλίμακα συχνότητας ήχου.
- ✓ Η ισορροπία δεν επηρεάζεται.

- ✓ Απώλεια όρασης, κηλίδες τυφλού, αρχίζουν να εμφανίζονται κατά την εφηβεία και μπορεί να μεγαλώσει κατά τη διάρκεια της ζωής.

### **Σύνδρομο Usher Τύπος 3 (US3)**

Μόνο μία υποκατηγορία αυτού του τύπου έχει ανακαλυφθεί μέχρι σήμερα. Τα χαρακτηριστικά αυτού του τύπου περιλαμβάνουν:

- ✓ Ο ασθενής γεννιέται με κανονική ακοή και σχεδόν κανονική ισορροπία.
- ✓ Η απώλεια ακοής γίνεται πιο έντονη καθώς το άτομο μεγαλώνει.
- ✓ Απώλεια ακοής που είναι δυνατόν να μετρηθεί εμφανίζεται στην εφηβεία.
- ✓ Απώλεια όρασης ξεκινά να αναπτύσσεται κατά την εφηβεία και είναι πιθανόν να γίνει πιο έντονη κατά τη διάρκεια της ζωής του ασθενούς.
- ✓ Η ισορροπία χειροτερεύει καθώς το άτομο μεγαλώνει.

Η πλειοψηφία των ανθρώπων με US3 ζουν στη Φιλανδία.

Κληρονομικότητα:

α) Όταν δυο άτομα που νοσούν από το σύνδρομο Usher ενωθούν σε οικογένεια αναμένεται ότι όλα τους τα παιδιά θα είναι επιβαρυνμένα με αυτή την ίδια νόσο.

β) Όταν ένα άτομο που παρουσιάζει το σύνδρομο Usher παντρευτεί με ένα άλλο που δεν πάσχει από αυτή την νόσο, υπάρχει μικρή πιθανότητα τα παιδιά τους να επιβαρυνθούν από το σύνδρομο αυτό. Εν τούτοις θα είναι φορείς του ένοχου γονιδίου

γ) Όταν ένα άτομο που παρουσιάζει το σύνδρομο Usher ενώνεται μ' ένα βαρήκοο άτομο, επιβάλλεται το τελευταίο να εξετασθεί σχετικά με το σύνδρομο Usher.

δ) Ένα παιδί που παρουσιάζει έναν υψηλό δείκτη κινδύνου να επιβαρυνθεί με το σύνδρομο Usher, οφείλει δίχως καθυστέρηση να υποβληθεί σε πλήρη έλεγχο σε μια οφθαλμολογική και ακουολογική κλινική. Παρ' όλο που δεν υπάρχει καμία δυνατότητα ιατρικής αγωγής, είναι απαραίτητο οι γονείς και οι εκπαιδευτές να γνωρίζουν ότι το παιδί έχει ένα στενό οπτικό πεδίο και ότι βλέπει δύσκολα στο σκοτάδι.

### **3.4 Επακτή παραληρητική διαταραχή**

Η επακτή παραληρητική διαταραχή (κατά ICD-10), ή επινεμόμενη ψυχωτική διαταραχή (κατά DSM-IV), ή δυαδική τρέλα, είναι μια ψυχιατρική πάθηση που χαρακτηρίζεται από την παρουσία παρόμοιων ψυχιατρικών συμπτωμάτων, συνήθως παραληρητικών ιδεών, σε δύο ή και περισσότερα άτομα. Τα άτομα που εμπλέκονται αποτελούν συνήθως μέλη της ίδιας οικογένειας (σύζυγοι ή αδέρφια) ή άτομα που βρίσκονται σε στενή σχέση μεταξύ τους (άτομα με κοινή συμβίωση ή άτομα με πολύ στενές

συναισθηματικές σχέσεις) και που παρουσιάζουν το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό να ζουν σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης. Η δυαδική ψύχωση, διεθνώς γνωστή με τον γαλλικό όρο "folie à deux που σημαίνει "τρέλα που μοιράζεται σε δύο" είναι ένα σπάνιο ψυχιατρικό σύνδρομο κατά το οποίο μια παραληρητική ιδέα ή ακόμα και μια ψευδαίσθηση μεταδίδεται από έναν ασθενή σε κάποιον άλλο. Πρωτοπεριγράφηκε ως κλινική οντότητα το 1887. Γενικά, μόνο το ένα άτομο φέρεται να πάσχει από γνήσια ψυχιατρική διαταραχή, συνήθως με αναγνωρίσιμες κατά την πρώτη ψυχιατρική συνέντευξη παραληρητικές ιδέες, και το οποίο πιστεύεται ότι "επάγει" παρόμοια συμπτώματα στα υπόλοιπα άτομα με τα οποία συσχετίζεται. Αυτό το άτομο συχνά αναφέρεται ως πρωτοπαθής περίπτωση.

Ο όρος δυαδική τρέλα εισήχθη για πρώτη φορά από τους Lasague και Falret, οι οποίοι υπέθεσαν ότι η μετάδοση κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής από ένα άτομο σε κάποιο άλλο είναι δυνατή όταν πληρούνται οι παρακάτω συνθήκες:

1. Όταν ένα πιο δραστήριο και έξυπνο άτομο παράγει τις παραληρητικές ιδέες ενώ ένα πιο παθητικό, λιγότερο έξυπνο άτομο σταδιακά αφομοιώνει τις παραληρητικές ιδέες
2. Όταν τα άτομα αυτά ζουν έχοντας στενές σχέσεις μεταξύ τους, μοιραζόμενα κοινά συναισθήματα, ενδιαφέροντα και απόψεις ενώ ταυτόχρονα ζουν σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης και
3. Όταν οι παραληρητικές ιδέες με κάποιο τρόπο σχετίζονται με την πραγματικότητα και αναφέρονται σε κοινές εμπειρίες, ελπίδες και αγωνίες.

Αυτή η πρωταρχική θεωρία επηρέασε την ψυχιατρική σκέψη σε σημαντικό βαθμό και έτυχε ευρείας διάδοσης και αποδοχής χωρίς να υποστηρίζεται από αδιάσειστα κλινικά ευρήματα ή να δεχθεί κριτική επεξεργασία για τουλάχιστον 100 χρόνια.

Παρόλο που ο όρος δυαδική τρέλα είναι αυτός που χρησιμοποιήθηκε ευρέως για την περιγραφή αυτής της ψυχιατρικής διαταραχής, πλήθος άλλων συνώνυμων όρων έχει χρησιμοποιηθεί όπως διπλή παράνοια, ψύχωση της συσχέτισης, κοινή ψυχωτική διαταραχή, συμμεριζόμενη παρανοϊκή διαταραχή και επαγόμενη ψύχωση. Ενδεικτικό όμως της σύγχυσης που επικράτησε μέχρι να καθοριστούν τα κλινικά κριτήρια της επακτής παραληρητικής διαταραχής (κατά ICD-10), ή επινεμόμενης ψυχωτικής διαταραχής (κατά DSM-IV), είναι ότι κάτω από τη σκέπη αυτής της διάγνωσης είχαν συμπεριληφθεί και διαγνώσεις όπως το σύνδρομο Munchhausen με την παραληρητική ιδέα της σωματικής ασθένειας ή η ψυχογενής ανορεξία με την παραληρητική ιδέα του υπέρβαρου ατόμου.

Τα κριτήρια για τη διάγνωση είναι:

*Επακτή παραληρητική διαταραχή (ICD-10)*

1. Δύο ή περισσότερα άτομα μοιράζονται την ίδια παραληρητική ιδέα ή το ίδιο παραληρητικό σύστημα και αλληλοϋποστηρίζονται σε αυτές τις πεποιθήσεις
2. Έχουν ασυνήθιστα στενή σχέση μεταξύ τους
3. Υπάρχουν ενδείξεις, αναφορικά είτε με το χρόνο είτε με τις περιστάσεις υπό τις οποίες συνέβη η διαταραχή, ότι η παραληρητική ιδέα προκλήθηκε στο παθητικό μέλος (ή μέλη) του ζεύγους ή της ομάδας από την επαφή με το μέλος, το οποίο υποφέρει από γνήσια ψυχωτική διαταραχή.

#### *Επινεμόμενη ψυχωτική διαταραχή (DSM-IV)*

1. Μια παραληρητική ιδέα αναπτύσσεται σε ένα άτομο στο πλαίσιο μιας στενής σχέσης με ένα άλλο άτομο που έχει ήδη εγκατεστημένη μια παραληρητική ιδέα.
2. Η παραληρητική ιδέα είναι παρόμοια στο περιεχόμενο με αυτήν του ατόμου που ήδη έχει την εγκατεστημένη παραληρητική ιδέα.
3. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη Ψυχωτική Διαταραχή (π.χ. Σχιζοφρένεια) ή ως Διαταραχή της Διάθεσης με ψυχωτικά Στοιχεία και δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

Η διαταραχή είναι αρκετά σπάνια και ίσως είναι συχνότερη στις γυναίκες.

### **3.4.1 Αιτιολογία**

Γενετικοί παράγοντες πιστεύεται ότι σχετίζονται με την αιτιολογία της επακτής παραληρητικής διαταραχής. Υπάρχουν αρκετές αναφορές για μονοζυγώτες διδύμους με δυαδική τρέλα στη διεθνή βιβλιογραφία και πολλές περισσότερες για δυο προσβεβλημένα αδέρφια σε μια οικογένεια. Επιπλέον, η αναλογία των διδύμων ανάμεσα σε αδέρφια που διαγιγνώσκονται με επινεμόμενη ψυχωτική διαταραχή είναι 16.7%, ποσοστό κατά πολύ υψηλότερο από αυτό που αναμένεται για δίδυμα στην Βόρεια Αμερική και που ανέρχεται στο 1.1%. Στην περίληψη της βιβλιογραφίας από τον Mentjox και τους συνεργάτες του βρέθηκε ότι το 64% των δευτερογενών περιπτώσεων (δηλαδή των επαγόμενων ατόμων) είχαν συγγένεια πρώτου βαθμού με το άτομο που πρώτο εμφάνισε την παραληρητική διαταραχή.

Η κληρονομικότητα είναι γνωστό ότι διαδραματίζει κάποιον ρόλο στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας, που αποτελεί την συχνότερη διάγνωση που τίθεται στο άτομο που αποκαλούμε πρωτοπαθή περίπτωση της δυαδικής τρέλας. Αυτή η διαπίστωση υποδηλώνει εμμέσως ότι οι γενετικοί παράγοντες έχουν σημασία στην επακτή παραληρητική διαταραχή.

Ο Scharfetter υποστηρίζει ότι τα επαγόμενα άτομα είναι "εν δυνάμει" σχιζοφρενείς από την σκοπιά της γενετικής προδιάθεσης. Παρά τις ενδείξεις που αναφέρθηκαν ο ακριβής ρόλος και η έκταση που καταλαμβάνει η γενετική επίδραση στην επακτή παραληρητική διαταραχή δεν έχει αποσαφηνιστεί.

Η συννοσηρότητα, όπως για παράδειγμα η ύπαρξη κατάθλιψης ή ανοϊκών συμπτωμάτων στους ασθενείς που χαρακτηρίζονται ως πρωτοπαθείς περιπτώσεις και η ύπαρξη διαταραχής προσωπικότητας, αισθητηριακού ελλείμματος και νοητικής στέρησης στους ασθενείς που χαρακτηρίζονται ως δευτεροπαθείς περιπτώσεις, φαίνεται επίσης να σχετίζεται και πιθανό να προδιαθέτει κάποια άτομα στο να εμφανίσουν επακτή παραληρητική διαταραχή. Μολαταύτα, οι διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις πιθανολογείται ότι είναι ο κυριότερος παράγοντας δεδομένου ότι η παραληρητική ιδέα συχνά υποχωρεί όταν επιχειρηθεί ο αποχωρισμός των ατόμων από το άτομο που εμφάνισε πρώτο την παραληρητική ιδέα. Ο κυριότερος θεραπευτικός μηχανισμός στη διαταραχή είναι ο πλήρης αποχωρισμός των ατόμων που εμπλέκονται με τον ασθενή που εμφάνισε πρώτος την διαταραχή.

Η αρχική θεωρία του περιβάλλοντος στηρίζεται στην παρατήρηση ότι η επακτή παραληρητική διαταραχή παρατηρείται με μεγαλύτερη συχνότητα σε ασθενείς που ζουν σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης και αποκλεισμού από τα υπόλοιπα άτομα της κοινωνίας. Αυτή η απομόνωση που πιθανόν να προέρχεται και από παράγοντες που δεν σχετίζονται με την ασθένεια αυτών των ατόμων, όπως είναι η φτώχεια, η φυσική ανικανότητα, η δυσκολία εξαιτίας χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και η γεωγραφική απομόνωση, ίσως να συνεισφέρουν στην ευαλωτότητα των επαγόμενων εξαιτίας της αυξανόμενης ανάγκης για εξάρτηση από τα άτομα που χαρακτηρίζονται ως πρωτοπαθείς περιπτώσεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως η απομόνωση από την κοινωνία και τους φίλους κατά κάποιον τρόπο αυτοεπάγεται και έρχεται ως αποτέλεσμα της εχθρότητας και της απορριπτικής συμπεριφοράς που συνήθως συνοδεύουν τις παραληρητικές ιδέες.

Οι Pulver και Brunt παρέχουν την πιο λεπτομερή δυναμική προσέγγιση. Θεωρούν το άτομο, που χαρακτηρίζουμε ως πρωτοπαθή περίπτωση, ως βρισκόμενο σε κατάσταση έντονου άγχους (και θυμού) από τις εξαρτώμενες από αυτό ανάγκες του ατόμου που χαρακτηρίζουμε ως δευτεροπαθή περίπτωση. Όταν αυτός ή αυτή μπαίνουν στην ψύχωση η εχθρότητα απέναντι στο άλλο άτομο στρέφεται προς τους υπόλοιπους και συνεχίζει και απέναντι στο επαγόμενο άτομο αυτή τη φορά με τη μορφή μιας επίμονης απαίτησης να αποδεχθεί τις δικές του παραληρητικές ιδέες. Το επαγόμενο άτομο, με τη σειρά του, είτε λόγω της ανικανότητας του να ανεχθεί την επιθετική συμπεριφορά είτε λόγω της αδυναμίας

του να απεγκλωβιστεί από αυτό μέσω της σύναψης σχέσης με κάποιον τρίτο, επιλύει αυτή τη σύγκρουση ταυτοποιώντας τον εαυτό του με την παραληρητική επίθεση του κυρίαρχου ατόμου. Ο μηχανισμός αυτός ερμηνεύει το διωκτικό παραλήρημα στη δυαδική τρέλα. Αυτός ή αυτή επιχειρεί να διαφυλάξει την σχέση με το κυρίαρχο άτομο υιοθετώντας τις παραληρητικές ιδέες επειδή ο κίνδυνος της απώλειας είναι μεγαλύτερος από τον φόβο της ψύχωσης.

## **Παρουσίαση περιστατικού**

Παρουσιάζουμε την περίπτωση γυναίκας ηλικίας 51 ετών η οποία διακομίστηκε για νοσηλεία στην κλινική. Παρουσίαζε εικόνα έντονου αρνητισμού, συμπεριλαμβανομένης άρνησης λήψης τροφής και υγρών. Η ασθενής συνοδευόταν από τη μικρότερη αδερφή της, 48 ετών, που μας έδωσε πληροφορίες καθώς η ίδια δεν ήθελε να μιλήσει. Ανέφερε ότι προ δεκαετίας οι γείτονές τους, είχαν δηλητηριάσει την αδερφή της και είχαν προσπαθήσει να κάνουν το ίδιο και σε εκείνη, βάζοντας φάρμακα στο γάλα και στα αυγά που τους έφερναν. Ο λόγος που πίστευαν ότι έγινε αυτό ήταν ότι οι δύο αδερφές είχαν ανακαλύψει σχέδιο εξαπάτησης ενός ξάδερφού τους από εκείνους. Είχαν επιχειρήσει να προσφύγουν στη δικαιοσύνη αλλά πίστευαν ότι οι διώκτες τους, σε συνεργασία με την αστυνομία, παρεμπόδιζαν την αλληλογραφία και τις τηλεφωνικές επικοινωνίες. Προ διμήνου είχαν μεταφερθεί ακουσίως σε ψυχιατρείο όπου και έλαβαν φαρμακευτική αγωγή την οποία διέκοψαν όταν εξήλθαν, προ μηνός.

Οι δύο αδερφές ζούσαν τα τελευταία δέκα χρόνια μαζί με την άρρωστη μητέρα τους σε συνθήκες εξαθλίωσης, απομονωμένες από την κοινωνία του χωριού και αρνητικές στις προσπάθειες της κοινωνικής υπηρεσίας για βοήθεια. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο ψυχιατρείο, η μητέρα τους απεβίωσε. Στα σχέδιά τους ήταν, μόλις θα έπαιρναν εξιτήριο από την κλινική να ξεκινήσουν δικαστικό αγώνα εναντίον των γειτόνων τους, της αστυνομίας και των γιατρών του ψυχιατρείου, καθώς και να απευθυνθούν στα ΜΜΕ.

Από τις πληροφορίες της αδερφής της ασθενούς, που αργότερα επιβεβαιώθηκαν και από την ίδια, προέκυψε ότι μοιράζονταν την ίδια παραληρητική ιδέα, ενώ από πληροφορίες των συγγενών και των τοπικών φορέων υγείας διευκρινίστηκε ότι πρώτη παρουσίασε παραληρητικές ιδέες δίωξης η μεγάλη αδερφή και ακολούθησε η μικρότερη. Περαιτέρω ψυχοπαθολογία δεν ανιχνεύθηκε σε κάποια από τις δύο και τέθηκαν οι διαγνώσεις

παραληρητική διαταραχή και επακτή παραληρητική διαταραχή αντίστοιχα, σύμφωνα με το ICD-10. Καθώς η μικρότερη αδερφή δεν είχε πρόθεση να απομακρυνθεί από τη μεγαλύτερη έγινε εισιτήριο και στην ίδια και έλαβαν αντιψυχωσική αγωγή.

Στις ασθενείς έγιναν αιματολογικές εξετάσεις ρουτίνας, ενώ στη μεγαλύτερη (επάγουσα ή κυρίαρχο άτομο), που βρέθηκε να εμφανίζει αναιμία, έγινε ωτολογική εξέταση λόγω αναφερόμενης βαρηκοΐας. Το ακουόγραμμα ανέδειξε μεγάλη έκπτωση της ακουστικής λειτουργίας και τέθηκε η διάγνωση της ωτοσκλήρυνσης. Τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου περιλαμβάνουν απώλεια ακοής, εμβοές ωτών, ίλιγγο ή και συνδυασμό των παραπάνω συμπτωμάτων. Η απώλεια ακοής είναι του τύπου αγωγιμότητας. Η αιτιολογία της νόσου είναι άγνωστη ενώ η χειρουργική διόρθωση της απώλειας ακοής είναι πολύ αποτελεσματική. Ο εργαστηριακός έλεγχος ολοκληρώθηκε με αξονική τομογραφία εγκεφάλου που δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Στη μικρότερη αδερφή (επαγόμενη) έγινε η δοκιμασία WAISS όπου το αποτέλεσμα ήταν μέσα στα όρια της μέσης φυσιολογικής νοημοσύνης.

Έπειτα από τρεις εβδομάδες κοινής νοσηλείας έγινε προσπάθεια απομάκρυνσης της μικρότερης αδερφής δίνοντάς της εξιτήριο. Επέστρεψε μια εβδομάδα αργότερα γιατί δεν ήθελε να είναι μακριά από την αδερφή της, δίχως να έχει λάβει τη φαρμακευτική αγωγή στο διάστημα της απουσίας της. Ήταν αρνητική τόσο στο να ξαναφύγει για λίγες ημέρες όσο και στο να συνεχίσει να λαμβάνει φάρμακα. Τελικά μετά από νοσηλεία 45 ημερών η μεγαλύτερη αδερφή έλαβε εξιτήριο. Παρά το γεγονός ότι δεν ήταν πλέον καχύποπτη και επιφυλακτική με το προσωπικό της κλινικής, το παραλήρημα της παρέμεινε. Ορίστηκε επανεξέταση σε ένα μήνα στην οποία οι ασθενείς δεν προσήλθαν. Σε τηλεφωνική επικοινωνία μαζί τους ανέφεραν ότι ετοιμάζονταν να φύγουν από το χωριό τους και να συνεχίσουν τις προσπάθειες δικαίωσης για όσα πέρασαν από τους διώκτες τους.

## Συμπεράσματα

Οι αντιδράσεις του ασθενούς με σοβαρή σωματική νόσο, μπορεί να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην κατανόηση της ψυχικής υγείας. Η επίδραση στον ασθενή μιας φθίνουσας, αισθητηριακής νόσου, μπορεί να οδηγήσει σε μεταβολή της ψυχολογικής και συναισθηματικής κατάστασης. Αυτή η μεταβολή μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνική απομόνωση, τις μειωμένες σχέσεις, τη μείωση της αυτονομίας του, τη μειωμένη αυτοεκτίμηση του και πιθανότατα να οδηγήσει στην κατάθλιψη. Βέβαια δε μπορούν να αποκλεισθούν και άλλοι παράγοντες, όπως χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ή πολιτισμικές επιδράσεις και ο βαθμός στον οποίο αυτοί επιδρούν θετικά ή αρνητικά στις υποκείμενες αντιδράσεις του ασθενούς απέναντι στη σωματική νόσο.

Στα παραπάνω κεφάλαια αναλύσαμε παθήσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε αισθητηριακό έλλειμμα. Σε μεγαλύτερες ηλικίες όπου τα προβλήματα όρασης και ακοής είναι πιο συχνά, μπορεί να υπάρχουν παρεξηγήσεις λόγω οπτικών ή ακουστικών παραισθήσεων. Η απώλεια των αισθήσεων συχνά οδηγεί σε αισθήματα θλίψης και κατάθλιψης, τα άτομα με μακροχρόνια διαταραχή της ακοής ήταν περισσότερο πιθανό να αναπτύξουν ψυχωτικά συμπτώματα και παρανοϊκή διάθεση.

Στο κλινικό περιστατικό που αναφέραμε, είδαμε ότι η επάγουσα πάσχει από σωματικά νοσήματα, αναιμία και ωτοσκλήρυνση. Στην βιβλιογραφία όμως συχνά αναφέρεται ότι η επαγόμενη πάσχει από σωματικό νόσημα που αυξάνει την εξάρτηση από την επάγουσα. Η ακουστική έκπτωση που οφείλεται στην ωτοσκλήρυνση αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη παραληρητικής διαταραχής.

Όλες οι ψυχικές και συμπεριφοριστικές διαταραχές εμφανίζονται σε συνδυασμό με διπλή αισθητηριακή απώλεια. Είναι σημαντικό να προσδιορίσει η κύρια διάγνωση για να καθορίσει εάν το άτομο έχει μια εκ γενετής κατώτερη γνωστική, κοινωνική και επικοινωνιακή δυνατότητα, ή εάν το άτομο έχει ένα κανονικό δυναμικό, αλλά χαμηλή γνωστική, κοινωνική και επικοινωνιακή λειτουργία ως αποτέλεσμα των εκ γενετής απωλειών των αισθήσεων. Τέλος πρέπει να ερευνηθεί περαιτέρω το πώς τα αισθητηριακά ελλείμματα μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση ψυχωτικής νόσου και σε τι βαθμό καθώς επίσης και πώς αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και πώς αντιμετωπίζονται.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Κωνσταντίνος Γ. Ψυλλας, (2005) *Εισαγωγή στην οφθαλμολογία και στη νευροοφθαλμολογία*, University studio press.
2. Ι. Νικολοπούλου Α. Γιαννακάκη (1987), *Στοιχεία οφθαλμολογίας*, ΑΘΗΝΑ
3. Βασίλειος Κοζομπόλης (2010), *Παθολογία του βυθού του οφθαλμού*, εκδ. Παρισιάνου
4. Μιχάλης Ν. Μόσχος (1998), *Νεύρο- οφθαλμολογία*, Ζήτα ιατρικές εκδόσεις.
5. Ι. Δανιηλίδης Δημήτριος Ασημακόπουλος (2006), *Ωτορινολαρυγγολογία παθολογία-χειρουργική κεφαλής και τραχήλου*, University studio press.
6. Χριστόφορος Ι. Φραντζής (1992) *Η θεωρητική και πρακτική ωτορινολαρυγγολογία στα παραϊατρικά επαγγέλματα*, University studio press.
7. Χριστόφορος Ι Φραντζής (1992) *Μαθήματα Ωτορινολαρυγγολογίας*, university studio press
8. Πέτρος Χαρτοκόλης (1990), *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*, εκδ. Θεμέλιο
9. Πέτρος Χαρτοκόλης, (1998) *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*, Εκδ. Καστανιώτης
10. Γεωργίου Ε. Φιλίππου(1980) *Κλινική Ψυχιατρική*, εκδ. Λιτσας Αθήνα
11. Γ. Σ Φιλίππου(1980) *Δυναμική Ψυχιατρική*
12. Κωνσταντίνος Γ. Φρανσίσ (2003), *Αναπτυξιακές Διαταραχές*.
13. Παρρησία Σαλεμή, Κωνσταντία Ζγαντζούρη & Ιωάννης Ν. Νέστορος *Συμβουλευτική ψυχολογία* Εκδ. Ατραπός
14. Κ.Γ. Φρανσίσ, (2012) *Η προβολή των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ) στην ενήλικη ζωή*.
15. Καραβάτος Αθ. (1998) *Ψυχιατρική*, εκδ. Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη
16. Μαδιάνος Μιχάλης (2000) Γ. *Κλινική Ψυχιατρική*, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα
17. Νέστορος Ι.Ν. & Ζγαντζούρη Κ.Α. (2002, υπό έκδοση). *Περί Ψυχωσικών Εκδηλώσεων*, Εκδ. Ατραπός.
18. Μάνος Ν. (1997) *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, University studio press
19. Αφροδίτη Χρ. Ράγια (2009), *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Ιατρικές Εκδ. Γ. Β. Παρισιάνος,
20. Φωτιάδης Χ. (1988) *Ψυχιατρική*, εκδ. Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη
21. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1997) *ICD-10 ταξινόμηση ψυχικών διαταραχών της συμπεριφοράς* Ιατρικές Εκδ. Βήτα
22. S.Howard Lee, Krishna C.V.G. Rad, Robert A.Zimmerman (1992) *μαγνητική και αξονική τομογραφία εγκεφάλου κρανίου*

23. Richard S. Snell, M. Lemp (2006), *κλινική ανατομία του οφθαλμού*, ιατρικές εκδ. Πασχαλίδης,
24. Jack S. Kanski, (2009) *Κλινική Διαγνωστική Οφθαλμολογία*, ιατρικές εκδ. Πασχαλίδης
25. A.M. Kring - G.C. Davison - J.M. Neale - S.L. Johnson (2010), *Ψυχοπαθολογία*, εκδ. Gutenberg
26. Kaplan Sadock (2007) *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*, εκδ. Λίτσα
27. Andrew R. Getzfeld (2009), *Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας* εκδ. Gotsis
28. Thomas, D. & Woods, H. (2008), *Νοητική Καθυστέρηση θεωρία και πράξη*. Μτφρ. Χ. Λυμπεροπούλου, Εκδ. Τόπος
29. Andrew R. Getzfeld (2006), *Essentials of Abnormal Psychology*, (Essentials of Behavioral Science)
30. M.L. Jackson MD, Joseph Ferencz MD PhD (2009) *Charles Bonnet syndrome: visual loss and hallucinations*, Canadian Medical Association or its licensors
31. Jesper Dammeyer (2011) *Mental and behavioral disorders among people with congenital deafblindness*, Research in Developmental Disabilities, εκδ. Elsevier
32. Nikos Stefanis, Viviane Thewissen, Chryssa Bakoula e, Jim van Os b,c, Inez Myin-Germeys (2006) *Hearing impairment and psychosis: A replication in a cohort of young adults*, Schizophrenia Research 85 266–272
33. Margriet van der Werf, Martin van Boxtel, Frans Verhey, Jelle Jolles Viviane Thewissen, Jim van Os (2007), *Mild hearing impairment and psychotic experiences in a normal aging population*, Schizophrenia Research 94 180–186
34. Margriet van der Werf, Ruud van Winkel, Martin van Boxtel, Jim van Os (2010), *Evidence that the impact of hearing impairment on psychosis risk is moderated by the level of complexity of the social environment*, Schizophrenia Research 122 193–198
35. Sarah A. Landsberger & David R. Diaz (2011), *Identifying and Assessing Psychosis in Deaf Psychiatric Patients*, Curr Psychiatry Rep 13:198–202
36. Sarah A. Landsberger, Ph.D. David R. Diaz, M.D. *Inpatient Psychiatric Treatment of Deaf Adults: Demographic and Diagnostic Comparisons With Hearing Inpatients*, PSYCHIATRIC SERVICES
37. Pierre Cole & Nicolas Zdanowicz, (2010), *DOES IT EXIST?: “A PSYCHOPATHOLOGY OF DEAFNESS”*, Psychiatria Danubina, Vol. 22, pp 114–116

38. Pierre Cole & Christine Magis,(2011),”*THE CASE OF THE BEAU-VALLON*”:  
*MENTAL ILLNESSES OF DEAF PEOPLE TO THE PSYCHIATRIC HOSPITAL*,  
Psychiatria Danubina, Vol. 23, pp 110–113
39. M. van der Werf, V. Thewissen, M. D. Dominguez1, R. Lieb,H. Wittchen and J. van  
Os, (2011), *Adolescent development of psychosis as an outcome of hearing  
impairment: a 10-year longitudinal study*, Psychological Medicine, 41, 477–485,  
Cambridge University Press 2010
40. Viviane Thewissen, Inez Myin-Germeysa, Richard Bentall, Ron de Graaf, Wilma  
Vollebergh, Jim van Os, *Hearing impairment and psychosis revisited*, Schizophrenia  
Research 76, 99– 103
41. William Perry, Robert K. Heaton, Eric Potterat, Tresa Roebuck, Arpi Minassian, and  
David L. Braff, (2001) *Working Memory in Schizophrenia*
42. Παύλος Σακκάς, *Οι Ψυχικές Διαταραχές στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*  
<http://www.megamed.gr/wpcontent/uploads/634426266841545681.pdf>
43. Ζαφείρης Σ. Περιογιάννης Β. Ζαφείρη Ε. Παππάς Δ. Μαυρέας Β., *Επακτή  
παραληρητική διαταραχή*, <http://www.encephalos.gr/43-4-07g.htm>
44. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ  
[http://www.esaea.gr/files/documents/psihikes\\_diatarahes.doc%E2%80%8E](http://www.esaea.gr/files/documents/psihikes_diatarahes.doc%E2%80%8E)
45. Hofman A. (1997) *The Epidemiology of Alzheimer's disease*  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC486358>
46. Lighthouse international, *Charles Bonnet syndrome*  
<http://www.lighthouse.org/about-low-vision-blindness/vision-disorders/charles-bonnet-syndrome/>
47. Royal National Institute of Blind People, *Charles Bonnet syndrome*,  
[http://www.rnib.org.uk/eyehealth/eyeconditions/conditionsac/Pages/charles\\_bonnet.aspx](http://www.rnib.org.uk/eyehealth/eyeconditions/conditionsac/Pages/charles_bonnet.aspx)