



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ

EPIRUS INSTITUTE OF TECHNOLOGY
ARTA , ZIP CODE : 47100 , TEL NUMBER : +30 26810 50000

Η ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Επόπτης καθηγητής : Περιτογιάννης Βάιος

Φοιτήτρια : Καψαλάκη Άρτεμη **A.M. 12264**

Έτος : 2013

Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....σελ. 3

ΕΙΣΑΓΩΓΗσελ. 4

ΠΕΡΙΛΗΨΗσελ. 5

Κεφάλαιο 1

1.1 Τί είναι ψυχοπαθολογίασελ. 6

1.2 Τι είναι το κέντρο αποκατάστασηςσελ. 7

Κεφάλαιο 2

2.1 Συνήθεις μορφές παθολογικής συμπεριφοράςσελ. 10

2.2 Νευρώσειςσελ. 11

2.3 Ψυχώσειςσελ. 27

2.4 Διαταραχές διαγωγήςσελ. 36

2.5 Νοητικές ανεπάρκειεςσελ. 49

2.6 Ειδικές καταστάσεις – Οργανικό ψυχοσύνδρομο.....σελ. 50

2.7 Φάρμακασελ. 59

Κεφάλαιο 3

3.1 Οι ασθενείς που εισάγονται σε κέντρο αποκατάστασης και η ψυχοπαθολογία των ασθενών αυτών.....σελ. 63

3.2 Η αναγκαιότητα συνεργασίας του κλινικού ψυχολόγου σε κλινική αποκατάστασησελ. 95

Κεφάλαιο 4

4.1 ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣσελ. 100

4.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑσελ. 100

Κεφάλαιο 5

5.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗσελ. 101

5.2 ΕΠΙΛΟΓΟΣσελ.106

Πρόλογος

Η ψυχική υγεία παίζει σημαντικό ρόλο στην ζωή ενός ανθρώπου, τόσο γιατί τον καθιστά λειτουργικά ικανό, όσο και γιατί τον κάνει κοινωνικά αποδεκτό και σωματικά και ψυχικά ισορροπημένο. Τα ποσοστά ψυχοπαθολογίας είναι μεγάλα τόσο στον γενικό πληθυσμό, χωρίς δηλαδή κάποιο σωματικό νόσημα, όσο και στα ενδονοσοκομειακά πλαίσια. Γι' αυτό είναι σημαντική η παρέμβαση των κλινικών ψυχολόγων στα κέντρα αυτά τόσο για την πρόωπη διάγνωση όσο και για την ιατρική αποκατάσταση των ψυχιατρικών διαταραχών. Αυτό είναι αναγκαίο για την ομαλή εξέλιξη και αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων όλων των κλινικών θεραπειών και του ιατρικού προσωπικού του κέντρου αλλά και για την εξάλειψη αποκλίνουσων συμπεριφορών και ψυχικών διαταραχών των ασθενών αυτών, που πυροδοτούνται κατά την εισαγωγή τους στην κλινική αποκατάσταση με την εμφάνιση της σωματικής ασθένειας.

Σήμερα, είναι πλέον γνωστό ότι ένα όλο και μεγαλύτερο ποσοστό πρόωρων θανάτων και αναπηριών οφείλεται σε συμπεριφοριστικούς παράγοντες και παράγοντες που σχετίζονται με το σύγχρονο τρόπο ζωής πολλοί από τους οποίους έχουν ψυχολογικό υπόβαθρο.

Ωστόσο, τόσο η έγκαιρη αποκατάσταση της ψυχοπαθολογίας, που είναι πρωταρχικής σημασίας, όσο και το θεραπευτικό πρόγραμμα κινητικής και επικοινωνιακής αποκατάστασης των ασθενών αυτών θα συντελέσει στην γρήγορη και ομαλή αποκατάσταση της λειτουργικότητας του ασθενή για την ένταξή του στην κοινωνική, επαγγελματική ή εκπαιδευτική ζωή του μετά την έξοδό του από το κέντρο αποκατάστασης.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω τόσο τον κύριο Περιτογιάννη Βάιο, καθηγητή του ΤΕΙ Ηπείρου, τμήματος Λογοθεραπείας και επόπτη της πτυχιακής μου εργασίας, για την ιδέα και την παράδοση του θέματος αυτού, την υποστήριξη και την βοήθειά του για την διεκπεραίωση της πτυχιακής μου εργασίας, όσο και την Παπαδοπούλου Σουλτάνα, επόπτρια της πρακτικής μου άσκησης για την ολοκλήρωση αυτού του άρθρου και όλους τους καθηγητές του ΤΕΙ Ηπείρου, τμήματος λογοθεραπείας για τις γνώσεις που μου μετέδωσαν.

Εισαγωγή

Η συνύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών με κινητικά, γνωστικά προβλήματα και προβλήματα λόγου σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε μια κλινική αποκατάστασης παρουσιάζεται σε υψηλά ποσοστά. Στο κέντρο αποκατάστασης ενός γενικού νοσοκομείου, η αξιολόγηση και ψυχολογική ή ψυχιατρική υποστήριξη είναι πρωταρχικής σημασίας, καθώς η ψυχοπαθολογία παρακωλύει την εξέλιξη του ασθενή και μπορεί να δίνει λάθος αποτελέσματα στις άλλες αξιολογήσεις των θεραπειών και κλινικών γιατρών (σε περίπτωση άρνησης επικοινωνίας, λανθασμένα αποτελέσματα στην διάγνωση του λογοθεραπευτή ότι ίσως ο ασθενής δεν έχει κατανόηση ή επικοινωνιακό λόγο).

Οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές της διάθεσης εμφανίζονται τόσο μετά από εγκεφαλικά τραύματα όσο μετά από σωματικές – κινητικές δυσλειτουργίες ορθοπαιδικού και νευρομυοσκελετικού τύπου, αναπνευστικά προβλήματα, προβλήματα κατάποσης και λόγου. Οι ασθενείς με αυτά τα προβλήματα κατά την οξεία φάση του επεισοδίου εντάσσονται σε κέντρα αποκατάστασης.

Εδώ σημαντικό ρόλο παίζει η διασυνδεδετική ψυχιατρική, που σκοπός της είναι η διάγνωση και παρέμβαση των ψυχικά ασθενών, πυροδοτούμενη από την διαγνωσμένη σωματική νόσο. Ο διασυνδεδετικός ψυχολόγος, αξιολογεί και διαγιγνώσκει την ψυχοπαθολογία του ασθενή, η οποία έχει μεγάλο εύρος και βαρύτητα με πιο συχνές, σε μια κλινική αποκατάστασης ενός νοσοκομείου, την καταθλιπτική συνδρομή, τις αγχώδεις διαταραχές, τις διαταραχές προσαρμογής, τα γνωστικά ελλείμματα προερχόμενα συνήθως από εκφυλιστικά νοσήματα, όπως είναι οι άνοιες και σε ένα σημαντικό ποσοστό το οργανικό ψυχοσύνδρομο (Delirium).

Σε δεύτερο χρόνο, παρεμβαίνει είτε συμβουλευτικά σε ασθενείς και φροντιστές, είτε σε βαρύτερες περιπτώσεις με συνεδρίες όταν είναι απαραίτητο και χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων. Τα ψυχιατρικά φάρμακα χορηγούνται τόσο για την καταστολή αρνητικών ψυχιατρικών - συμπεριφορικών συμπτωμάτων, όπως είναι τα καταθλιπτικά συμπτώματα, το άγχος αλλά και για την αντιμετώπιση οργανικών αρνητικών ή θετικών συμπτωμάτων, όπως είναι η διέγερση, η αϋπνία, η μανία κ.α.

Περίληψη

Σκοπός αυτού του άρθρου είναι η διερεύνηση και ανάδειξη ενός μεγάλου ποσοστού ασθενών, που πάσχουν από νευρολογικά νοσήματα, ορθοπαιδικά, κακώσεις εγκεφάλου, αγγειακές και εκφυλιστικές παθήσεις και εγκεφαλική παράλυση με ψυχιατρικές διαταραχές.

Οι ασθενείς με σωματική νόσο, όπως δείχνει και ο ιατρικός φάκελος τους, σε συνάρτηση με την χρονολογική ηλικία, το φύλο, την χορήγηση ψυχιατρικών φαρμάκων, καθώς και τη διάγνωση του ψυχολόγου και ψυχιάτρου του γενικού νοσοκομείου, στην πλειονότητα τους εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως καταθλιπτικά συμπτώματα, διαταραχές προσαρμογής, γνωστικά ελλείμματα, οργανικό ψυχοσύνδρομο σε αρκετές περιπτώσεις, ψευδαισθήσεις κ.α. , που συνυπάρχουν πολλές φορές με άγχος. Οι νοητικές διαταραχές επίσης είναι αρκετά συχνές σε άτομα μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο ή Κ.Ε.Κ. με διαταραχές στη μνήμη, τη σκέψη, τον προσανατολισμό, την κατανόηση και απλών εννοιών, την εκτέλεση αριθμητικών πράξεων, την ικανότητα για μάθηση, την γλώσσα και την κρίση.

Κατ' επέκταση, Είναι αναγκαία η παρέμβαση της Διασυνδεδετικής ψυχιατρικής, συμβουλευτικά και παρεμβατικά, με ψυχοθεραπεία και φαρμακευτική αγωγή, για την μείωση της νοσηλείας των ασθενών, την ποιότητα ζωής τους, την πρόληψη υποτροπών της νόσου αλλά και την αύξηση της διάρκειας ζωής.

Κεφάλαιο 1

1.1 Τί είναι ψυχοπαθολογία

Αρχικά, είναι σημαντικό να αναφερθεί το πότε θεωρείται ένα άτομο *ψυχικά υγιές*. Για να είναι κάποιος ψυχικά υγιής :

1. Δεν πρέπει να πάσχει από κάποιο ψυχικό νόσημα (αν και είναι ελλιπές κριτήριο).
2. Θα πρέπει να έχει άριστη λειτουργικότητα. Η ψυχική υγεία συνίσταται στην ύπαρξη ενός ψυχικού οργάνου, του υποσυνείδητου, που εξασφαλίζει την άριστη λειτουργικότητα (Σύμφωνα με τον Freud υπάρχει καλή λειτουργικότητα εξαιτίας του υποσυνείδητου).
3. Να έχει φυσιολογικό αναπτυξιακό επίπεδο. Φυσιολογικός δηλαδή θεωρείται αυτός που έχει διανύσει ομαλά όλα τα στάδια εξέλιξης της προσωπικότητας (Παραπέμπει στην παιδική ηλικία , πώς μεγαλώνει ένα παιδί).
4. Να έχει κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά (Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι ο κοινωνικά αποδεκτός δεν είναι παθολογικός, ούτε ότι ο μη κοινωνικά αποδεκτός είναι παθολογικός.
5. Τελευταίο κριτήριο είναι τα συναισθήματα του ατόμου, το πώς νιώθει. ⁽²⁾

Η *ψυχοπαθολογία ή ψυχολογία αποκλίνουσας συμπεριφοράς* , είναι η επιστημονική μελέτη των ψυχολογικών διαταραχών. Με αυτόν τον επιστημονικό τομέα ασχολούνται εκπαιδευμένοι επαγγελματίες, όπως είναι οι κλινικοί και συμβουλευτικοί ψυχολόγοι, οι ψυχίατροι, οι ψυχιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές. ⁽¹⁾

Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται σε μια συμπεριφορά βασιζόμενη σε τρεις παραμέτρους: την παράμετρο στατιστικής συχνότητας, των κοινωνικών κανόνων και της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με τον όρο 1. **στατιστική συχνότητα**, μία συμπεριφορά είναι αποκλίνουσα όταν συμβαίνει σπάνια ή δεν συμβαίνει συχνά σε σχέση με τη συμπεριφορά του γενικού πληθυσμού. Με τον όρο 2. **κοινωνικές νόρμες**, μία συμπεριφορά είναι αποκλίνουσα όταν διαφέρει σημαντικά από αποδεκτά κοινωνικά πρότυπα, αξίες ή κανόνες. Με τον όρο 3. **παράμετρος δυσπροσαρμοστικότητας**, μία συμπεριφορά είναι αποκλίνουσα όταν περιορίζει την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί στη ζωή του ή στην κοινωνία. Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη, τον πατέρα της σύγχρονης ιατρικής (460 – 37 π.Χ), η αποκλίνουσα συμπεριφορά

1.(σελ.5)Barlow Durand – ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΚΔΟΣΗ 2001 / Ψυχολογία & Επιμέλεια: Λάμπρος Μεσσήνης - παθολογική Συμπεριφορά: Μια Σύνθετη Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση - Α ΤΟΜΟΣ – εκδόσεις ΕΛΛΗΝ Αθήνα 2.Σημειώσεις ψυχοπαθολογίας / μάθημα :ΘΕΜ.ΨΥΧΟΠΑΘΟΛ.: ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡ.ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ/ εξάμηνο Ζ'

αλλά και η ασθένεια γενικότερα, είχαν εσωτερικά αίτια άρα και βιολογική φύση και αιτιολογία. ⁽³⁾

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών DSM-IV, η ψυχική διαταραχή ορίζεται ως εξής:
Ένα κλινικά σημαντικό συμπεριφορικό ή ψυχολογικό σύνδρομο ή μοτίβο που εμφανίζει κάποιος, το οποίο συνδέεται με την ύπαρξη δυσφορίας (π.χ ένα επώδυνο σύμπτωμα) ή αναπηρίας (δηλαδή, έκπτωση σε έναν ή περισσότερους σημαντικούς τομείς της ζωής του ατόμου) ή με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο οδύνης, θανάτου, πόνου, αναπηρίας ή με σημαντική μείωση της ελευθερίας του ατόμου. Επιπλέον, το συγκεκριμένο σύνδρομο ή μοτίβο δεν πρέπει να αποτελεί απλώς μια αναμενόμενη και πολιτισμικά αποδεκτή αντίδραση σε κάποιο γεγονός, όπως, για παράδειγμα, στο θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου. Όποια και αν είναι η αρχική του αιτία, πρέπει στην παρούσα φάση να θεωρείται ως εκδήλωση συμπεριφορικής, ψυχολογικής ή βιολογικής δυσλειτουργίας του ατόμου. ⁽⁴⁾

1.3 Τί είναι το κέντρο αποκατάστασης

Αμέσως μετά την υποξεία φάση της νόσου ή του τραυματισμού ο ασθενής μεταφέρεται σε μια εξειδικευμένη ενδονοσοκομειακή μονάδα αποκατάστασης ή σε ένα κέντρο αποκατάστασης. Εκεί η ομάδα πραγματοποιεί μια πλήρη διεπιστημονική αξιολόγηση, στην οποία συμμετέχουν ψυχολόγοι, γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό και ακόμα φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και άλλες ειδικότητες.

Στα θεραπευτικά περιβάλλοντα αποκατάστασης, οι επαγγελματίες που δουλεύουν σε αυτά (γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές και άλλοι ειδικευόμενοι), συμπεριλαμβάνουν τους ασθενείς στον θεραπευτικό σχεδιασμό με το να τους υποβοηθούν στο να ανεξαρτητοποιηθούν στον μέγιστο δυνατό βαθμό στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Οι επαγγελματίες αποκατάστασης θα πρέπει να δώσουν λειτουργικώς σχετικές και προσανατολισμένες οδηγίες, στις ανάγκες του ασθενή και συστάσεις, όποτε αυτό είναι δυνατόν. Η ποιότητα και η διάρκεια των προγραμμάτων ποικίλει ανάμεσα στις πολιτείες ή ακόμα ανάμεσα και σε κοινότητες μέσα στην ίδια την πολιτεία. ^(4 & 5)

3.(σελ.13,14) Andrew R. Getzfeld – Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λάμπρος Μεσσήνης, Ph.D Σεπτέμβριος 2009 - *Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας* – εκδόσεις GOTSIS / πρώτη έκδοση & 4.Χριστοδουλίδης Παύλος|εξάμηνο Γ 2010 - Σημειώσεις – *Θέματα Κλινικής Ψυχολογίας / Συμπεριφορισμός /* Ιωάννινα. & 5.(σελ.241) EDITORS Brick Johnstone, Henry H. Stonnington/ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ Λάμπρος Μεσσήνης, Ανδρέας Καστελλάκης - *Γνωστική Αποκατάσταση Νευροψυχολογικών Διαταραχών – ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ*

Αρχικά, σε ένα κέντρο αποκατάστασης (π.χ. για νευροψυχολογικές διαταραχές) πραγματοποιείται αξιολόγηση από τους επαγγελματίες γιατρούς και θεραπευτές, των σωματικών, νοητικών, κινητικών, γνωστικών ικανοτήτων για να καθοριστεί το υπόβαθρο που θα κτιστεί ένα πρόγραμμα θεραπείας. Για παράδειγμα, ένας λογοθεραπευτής, πέρα από την εκτίμηση των ικανοτήτων του λόγου και της επικοινωνίας κ.α. είναι αυτός που θα εκτιμήσει με σταθμισμένες ή μη δοκιμασίες τα γνωστικά ελλείμματα και θα κάνει την παρατήρηση της νοητικής κατάστασης του ασθενή και ο οποίος θα τον παραπέμψει σε έναν κλινικό ψυχολόγο για την αξιολόγηση και διάγνωση των νοητικών, γνωστικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων. Και οι ψυχολόγοι με την σειρά τους θα τους παραπέμψουν στον ψυχίατρο, εφόσον είναι απαραίτητο, για περεταίρω εκτίμηση. Είναι σημαντικό να εκτιμηθούν και οι συμπεριφορικές-ψυχολογικές πτυχές του ασθενή για την ομαλή διεκπεραίωση του θεραπευτικού προγράμματος. ⁽⁵⁾

Ο τομέας της αποκατάστασης (rehabilitation) περιλαμβάνει όλες τις αναγκαίες μεθόδους και τεχνικές για τη μείωση των επιπτώσεων της χρόνιας διαδρομής μιας νόσου. Μια πορεία, στη διάρκεια της οποίας χρησιμοποιούνται όλα τα μέσα επαγγελματικής, παιδαγωγικής, ιατρικής ή άλλης μορφής παρέμβασης, καθώς επίσης δημόσιοι και ιδιωτικοί πόροι, για να επανακτήσουν την ανεξαρτησία τους εκείνα τα πρόσωπα που την έχασαν, μετά από αρρώστια, στέρωση ή τραυματισμό. Είναι μια διαδικασία που σκοπό έχει να επισημάνει, προβλέψει ή ελαχιστοποιήσει τις διάφορες αιτίες ανικανότητας, βοηθώντας το άτομο να χρησιμοποιήσει τις ικανότητές του και να αποκτήσει εμπιστοσύνη και σωστή εκτίμηση του εαυτού του, μέσα από επιτυχημένες εμπειρίες σε διάφορους κοινωνικούς ρόλους (Π.Ο.Υ.). ⁽⁷⁾

Επιπλέον, με τον όρο αποκατάσταση εννοούμε όλα τα μέσα που σχεδιάζονται για να προετοιμάσουν τα ψυχικά ή σωματικά ανάπηρα άτομα ώστε να διεκδικήσουν μια φυσιολογική θέση στην κοινότητα μέσα στα όρια των δυνατοτήτων τους ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή στο σπίτι. Η αποκατάσταση πρέπει να θεωρείται ως μια συνεχή διαδικασία που αρχίζει με την έναρξη και την διάγνωση της νόσου ή του τραύματος και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής. Σε αυτή τη διαδικασία η ενεργός και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας (Συμβούλιο της Ευρώπης, 1958). ⁽⁶⁾

5. (σελ.241-243) EDITORS Brick Johnstone, Henry H. Stonnington/ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ Λάμπρος Μεσσήνης, Ανδρέας Καστελλάκης - *Γνωστική Αποκατάσταση Νευροψυχολογικών Διαταραχών – ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ* 6. (σελ.35) Μιχάλης Γ. Μαδιανός 2005 - *ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ / ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ* / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ / Αθήνα 7.Γαλάτα Αγγελική, Ραπίδη Χριστίνα- Αναστασία, Πετροπούλου Κωνσταντίνα - «*Νοσοκομειακή και μετανοσοκομειακή Αποκατάσταση σε ασθενείς με τραυματική βλάβη εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού*» / Β΄ Κλινική Αποκατάστασης, Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, «ΕΙΑΑ http://library.tee.gr/digital/m2150/m2150_galata.pdf

Το ενδονοσοκομειακό πλαίσιο χρησιμοποιείται κυρίως για τους σκοπούς της αξιολόγησης, της πρόληψης της νόσου και αποκατάστασης του ασθενή. ⁽⁴⁾ Οι δομές αποκατάστασης είναι :

Δομές Αποκατάστασης

1. Πρόληψη
2. Άμεση αντιμετώπιση του αιφνίδιου ή όχι συμβάντος
3. Πρώιμη Αποκατάσταση σε επίπεδο κλειστής περίθαλψης
4. Συνέχιση της Αποκατάστασης σε ανοικτές δομές
5. Διαμόρφωση του περιβάλλοντος χώρου
6. Διατήρηση της φυσικής και ψυχικής υγείας με δραστηριότητες
7. Συστηματική παρακολούθηση
8. Κοινωνική αποδοχή ⁽⁷⁾

Τί είναι η Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση

Η Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση είναι μια κύρια και αυτόνομη ιατρική ειδικότητα, η οποία άρχισε να αναπτύσσεται σε άλλες χώρες από το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, λόγω των επιζώντων στρατιωτών με βαριές αναπηρίες οι οποίοι έπρεπε να επανενταχθούν στην κοινωνία.

Η φύση της ειδικότητας και της φιλοσοφίας της είναι μια ολιστική αντιμετώπιση του αρρώστου σαν μια ψυχοσωματική οντότητα γι' αυτό ενδιαφέρεται πέρα από την ιατρική και για την ποιότητα ζωής του αρρώστου και πέρα από την άμεση παροχή ιατρικών υπηρεσιών προσπαθεί να του δώσει τα μέσα μιας αξιοπρεπούς διαβίωσης στην κοινωνία, έστω και αν πρόκειται για βαριάς μορφής αναπηρία. Καθιστά το άτομο υπεύθυνο και το εντάσσει σαν μέλος στην θεραπευτική ομάδα, με προσαρμοζόμενη τη θεραπεία στο άτομο και όχι το αντίστροφο.

Τα θεραπευτικά μέσα είναι: η κινησιοθεραπεία, η εργοθεραπεία, η επανεκπαίδευση του περινέου, τα ορθρωτικά, η λογοθεραπεία και η επανεκπαίδευση των διαταραχών κατάποσης. Επίσης ο Φυσίατρος ασχολείται με την συνολική υγεία του ασθενούς προλαμβάνοντας και αντιμετωπίζοντας με φαρμακευτική αγωγή τις επιπλοκές της νόσου ή της μακροχρόνιας παραμονής στο κρεβάτι και ελέγχοντας καθημερινά οποιοδήποτε πρόβλημα του ασθενούς (υγείας ή ψυχολογίας). ⁽⁸⁾

7.Γαλάτα Αγγελική, Ραπίδη Χριστίνα- Αναστασία, Πετροπούλου Κωνσταντίνα - «Νοσοκομειακή και μετανοσοκομειακή Αποκατάσταση σε ασθενείς με τραυματική βλάβη εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού » / Β' Κλινική Αποκατάστασης, Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, "ΕΙΑΑ http://library.tcc.gr/digital/m2150/m2150_galata.pdf & 8. φυσική αποκατάσταση - BeStrong.org.gr - 12.04.12 - http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/living_with_cancer/qualitylife/physicalrehabilitation/

κεφάλαιο 2

2.1 Συνήθεις μορφές παθολογικής συμπεριφοράς

Είναι σημαντικό, πριν αναφερθούμε στα είδη ψυχικών διαταραχών, να αναφερθούμε στα αίτια της παθολογικής συμπεριφοράς, τί την προκαλεί.

Τα αίτια είναι δυο ειδών: οργανικά και ψυχολογικά :

Τα **οργανικά** περιλαμβάνουν βλάβες του εγκεφάλου, δυσλειτουργίες των ενδοκρινών αδένων, προχωρημένη ηλικία κ.τ.ο. Επίσης, ανωμαλίες στη λειτουργία του θυρεοειδούς μπορεί να προκαλέσουν ταχείες αλλαγές στην ψυχική διάθεση, διαταραχές του ύπνου, ανεξέλεγκτη νευρική και ταραχή, φοβικές καταστάσεις που μπορούν να φτάσουν ως τον πανικό, παραισθήσεις και άλλα.

Τα **ψυχολογικά** αίτια αναφέρονται στις προσωπικές εμπειρίες του ατόμου μέσα στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Σχετικά με τα αίτια αυτά έχουν διατυπωθεί διάφορες απόψεις. Κάθε θεωρία για τη γένεση και την εξέλιξη της προσωπικότητας έχει και διαφορετικά αίτια που προκαλούν τις παθολογικές αποκλίσεις. Έτσι, ο Freud π.χ. θεωρεί ως αίτιο παθολογικής συμπεριφοράς τις διάφορες άλυτες συγκρούσεις, ψυχοσεξουαλικής κυρίως υφής, που ανάγονται στα πρώτα χρόνια της ατομικής ζωής. Ο Adler θεωρεί ως αίτιο της παθολογικής συμπεριφοράς το συναίσθημα μειονεξίας που δημιουργείται από την παρεμπόδιση της ορμής για επικράτηση. Οι συμπεριφοριστές (Watson, Skinner, Bandura) αποδίδουν την παθολογική συμπεριφορά σε ανεπιθύμητες μαθήσεις μέσω χωροχρονικών συνδέσεων του τύπου “ερέθισμα – αντίδραση”, μέσω συντελεστικών συνδέσεων του τύπου “αντίδραση – αμοιβή” ή/και μέσω της μίμησης προτύπων. Έτσι ο υπερβολικός φόβος για τους σκύλους αποδίδεται σε σύνδεση του σκύλου με κάποιο άλλο φοβικό ερέθισμα (πτώση, ξάφνιασμα). Ομοίως, το υποχονδριακό άτομο έχει “μάθει” ότι προσελκύει την προσοχή και το ενδιαφέρον των άλλων όταν είναι άρρωστο κ.τ.ο. Το ίδιο συμβαίνει και με τις σωματικές παθήσεις, όπου το άτομο αναπτύσσει παθολογική συμπεριφορά, αμέσως μετά την προσβολή της νόσου, το οποίο συμβαίνει στις περιπτώσεις που θα μας απασχολήσουν σε αυτήν την πτυχιακή εργασία. ⁽⁹⁾

9.(σελ.32) Ιωάννου Ν. Παρασκευόπουλου, Καθηγητού Πανεπιστημίου Αθηνών 1988 – *ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ / Διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών* – Αθήνα

Οι πιο συνήθεις μορφές παθολογικής συμπεριφοράς μπορούν να ταξινομηθούν σε πέντε μεγάλες διαγνωστικές κατηγορίες:

| | | | | |
|---------------------|--------------------|---|--------------------------------|---|
| 1. ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ | 2. ΨΥΧΩΣΕΙΣ | 3. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ - (ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ) | 4. ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΕΣ | 5. ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ/ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ |
|---------------------|--------------------|---|--------------------------------|---|

(9)

2.2 ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ

Οι **νευρώσεις** είναι ελαφριάς μορφής ψυχικές διαταραχές που κύριο χαρακτηριστικό τους είναι το υπερβολικό άγχος, μια διαρκής έντονη εσωτερική ανησυχία. Είναι μια χωρίς οργανική βλάβη διαταραχή στην ψυχική εξέλιξη του ατόμου, που εξαρτάται κυρίως από την επίδραση του περιβάλλοντος χωρίς να αποκλείονται ιδιοσυστατικοί παράγοντες. Το νευρωσικό άτομο δεν χάνει την επαφή με την πραγματικότητα (κάτι που συμβαίνει με τα ψυχωσικά άτομα), συνεχίζει να συμμετέχει και να δρα στην επαγγελματική και κοινωνική ζωή, αλλά αδιάλειπτα νιώθει – μπροστά σε συγκεκριμένα αντικείμενα, ιδέες ή καταστάσεις – μια δυσάρεστη εσωτερική ένταση, εκνευρισμό, συναισθήματα ενοχής, φόβο, ακόμα και πανικό. Τα ενοχλήματα που νιώθει είναι δυσπροσαρμοστικά προς το Εγώ του, γι' αυτό και το άτομο νιώθει ότι πάσχει από ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία βιώνει ως ψυχοσυγκρούσεις.^(9&4)

Σύμφωνα με τον **Adler** “οι νευρώσεις οφείλονται στο συναισθήμα μειονεξίας που δημιουργείται από τη σύγκρουση ανάμεσα στην ορμή για επικράτηση και στην αδυναμία του ατόμου να ικανοποιήσει την ορμή αυτή με θετικό τρόπο”.

Κατά τον **Langen** νευρώση θεωρείται “ μια ιδιαίτερη μορφή μιας ψυχοαντιδραστικής εξέλιξης ‘, κατά την οποία φτάνουμε σε αυτοτέλεια συμπλεγμάτων, τα οποία δημιουργούνται από μια εσωτερική σύγκρουση.

Και κατά τον **Schwidder** στη βάση της νευρώσης βρίσκεται διαταραχή στην εξέλιξη και επεξεργασία των συγκρούσεων , η οποία είναι ανεπαρκώς κατανοητή στον ασθενή και της οποίας τα αίτια και οι παθογενετικές συνθήκες φτάνουν μέχρι την παιδική ηλικία. Η διαταραχή είναι πρωταρχικά ψυχογενής και εξαρτάται κυρίως από την επίδραση

9.(σελ.14) Ιωάννου Ν. Παρασκευόπουλου, Καθηγητού Πανεπιστημίου Αθηνών 1988 – ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ / Διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών – Αθήνα & 4. Χριστοδουλίδης Πάυλος (ψυχίατρος) 2010 εξάμηνο Γ Σημειώσεις – Θέματα Κλινικής Ψυχολογίας / Συμπεριφορισμός / Ιωάννινα

του περιβάλλοντος.⁽⁹⁾

Τα κύρια χαρακτηριστικά του ατόμου αυτού είναι *συναισθηματικά* και *σωματικά*.

Οι Συναισθηματικές διαταραχές είναι η ανεπάρκεια και κατωτερότητα, η δυσκαμψία στη σκέψη, το άτομο αδυνατεί να πάρει αποφάσεις για τα σημαντικά θέματα της ζωής ή δυσκολεύεται να διατηρήσει θετικές διαπροσωπικές σχέσεις.

Οι Σωματικές – νευροφυτικές διαταραχές είναι ταχυπαλμία, συχνοουρία, εφίδρωση, ωχρότητα, διάρροια, επιγαστρικός πόνος, αυξημένη συστολική πίεση, τρεμούλιασμα και μούδιασμα στα άκρα και αϋπνία.

Για να μην βιώνει αυτές τις δυσάρεστες συνέπειες, το άτομο αποφεύγει π.χ να συζητάει ορισμένα θέματα ή να αλληλεπιδρά με άλλους ανθρώπους ή να πλησιάζει ορισμένα αντικείμενα και χώρους. Το νευρωσικό άτομο αναγνωρίζει ότι πρόκειται για παράλογες εκδηλώσεις. Ανακουφίζεται μόνο όταν απομακρυνθεί από τις γενεσιουργές συνθήκες.⁽⁹⁾

Οι πιο συνήθεις μορφές νευρώσεων είναι οι αγχώδεις διαταραχές με τα είδη των αγχωδών διαταραχών να χωρίζονται στις παρακάτω μορφές :

ο **Είδη Αγχωδών διαταραχών**

Υπάρχει το *φυσιολογικό άγχος*, το οποίο δεν εμποδίζει τη λειτουργικότητα του ατόμου και ακόμα μπορεί να πετύχει θετικά αποτελέσματα, αποτελεί κινητήρια δύναμη π.χ ένας φοιτητής πριν την εξεταστική μπορεί να εκδηλώσει άγχος , το οποίο μπορεί να τον κάνει να διαβάσει περισσότερο για να γράψει καλά.

Υπάρχει όμως και το *παθολογικό άγχος*, το οποίο μας αφορά άμεσα εδώ, που εμποδίζει τη λειτουργικότητα και το άτομο δεν μπορεί να το ελέγξει.⁽¹⁰⁾

Το **άγχος** ορίζεται ως ένα δυσάρεστο αίσθημα φόβου ή ανησυχίας, που συνήθως συνοδεύεται από παθολογικά συμπτώματα εγρήγορσης, όπως αυξημένη καρδιακή συχνότητα, αυξημένη αρτηριακή πίεση, εφίδρωση, μυδρίαση, νευρικότητα, ανασφάλεια, σωματικό πόνο, σφίξιμο στο στομάχι, τρέμουλο, ρίγος, κρύα χέρια και υγρά, ζάλη, συχνοουρία, αϋπνία, ένα αίσθημα ότι ‘‘κάθεται σε αναμμένα κάρβουνα’’. Μπορεί να θεωρηθεί μια υπερβολική αντίδραση φόβου σε εξωτερικά ερεθίσματα. Σε αντίθεση με τον φόβο που είναι η αντίδραση στον πραγματικό κίνδυνο, το άγχος δημιουργείται λόγω της αναμονής μελλοντικών απειλών.⁽³⁾

10.(σελ.186) Θεόδωρος Ι. Μπαλλής - *Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής*, Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων 3.(σελ.29) Andrew R. Getzfeld – Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λάμπρος Μεσσήνης, Ph.D Σεπτέμβριος 2009 - *Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας* – πρώτη έκδοση / εκδόσεις GOTSIS & 9.(σελ.14) Ιωάννου Ν. Παρασκευόπουλου, Καθηγητού Πανεπιστημίου Αθηνών 1988 – *ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ / Διάγνωση, πρόληψη και Θεραπεία των ψυχικών διαταραχών* – Αθήνα

Κάποιες από τις λειτουργίες που επηρεάζει το άγχος είναι η συγκέντρωση, η προσοχή, η αντίληψη, η μνήμη, η κρίση, η μάθηση.

Όλες οι **Αγχώδεις Διαταραχές** έχουν ένα κοινό βασικό γνώρισμα: το άτομο βιώνει μια συναισθηματική αντίδραση, συνήθως φόβο, που είναι δυσανάλογη σε σχέση με το περιβαλλοντικό ερέθισμα. Το άγχος αυτό προκαλεί ένα γενικότερο πρόβλημα στην ικανότητα του ατόμου να έχει μια φυσιολογική καθημερινότητα και μια φυσιολογική ζωή. Όλες αυτές οι διαταραχές οδηγούν σε μια απαισιόδοξη στάση ζωής και ένα αίσθημα απώλειας έλεγχου απέναντι σε μια επερχόμενη δυσάρεστη κατάσταση. Αυτό το αίσθημα απώλειας ελέγχου και ο φόβος για το άγνωστο είναι κοινό χαρακτηριστικό όλων των αγχωδών διαταραχών. ⁽³⁾

1. Μικτή Αγχώδης – Καταθλιπτική κατάσταση

Το 1989, ο Klerman, αναφερόμενος σε μια μεγάλη μελέτη του Wells και άλλων, βρήκε ότι οι ασθενείς υποφέρουν από άγχος και ήπια κατάθλιψη και ήταν αδύναμοι σε αρκετές περιοχές της λειτουργίας τους, εμφάνιζαν σωματική και κοινωνική ανικανότητα. Παρουσιάζει τα συμπτώματα των αγχωδών διαταραχών που αναφέρθηκαν και συμπτώματα από την καταθλιπτική συνδρομή που θα αναφερθούν αναλυτικότερα παρακάτω. ⁽¹¹⁾

Σύμφωνα με το DSM-IV υπάρχουν πολλές υποκατηγορίες αγχωδών διαταραχών. Οι τέσσερις πιο συχνοί τύποι είναι α) η *Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία*, β) η *κοινωνική φοβία*, γ) η *ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ)* και δ) η *Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Στρες (ΔΜΤΣ)*. ⁽³⁾

2. Φοβίες

Φόβος λέγεται το δυσάρεστο συναίσθημα, που νιώθει κάποιος μπροστά στην απειλή κάποιου συγκεκριμένου κατανοητού λογικά κινδύνου, που συνήθως συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα και συναισθηματική ταραχή, καθώς και από την επιθυμία του ατόμου να αμυνθεί ή να τραπεί σε φυγή. Συνήθως, φόβος προκαλείται στο άτομο σε μεγαλύτερο από όσο νομίζει ότι μπορεί να αντιμετωπίσει, κίνδυνο. Παρότι μπορεί να εμφανιστεί σαν συνοδευτικό σύμπτωμα σε πολλές ψυχικές διαταραχές (σχιζοφρένεια, ψυχαναγκαστική υστερική νεύρωση κ.α.), θεωρείται αυτός καθ' αυτόν φυσιολογικός και ωφέλιμος, διότι μας

3.(σελ.30,32) Andrew R. Getzfeld – Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λάμπρος Μεσσήνης, Ph.D Σεπτέμβριος 2009 - *Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας* – πρώτη έκδοση / εκδόσεις GOTSIS & 11.(σελ.132) Δρα Κωνσταντίνου Χ. Πιάνου 1989- *Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπιση τους / Για καλύτερη κατανόηση και βοήθεια νηπίων – παιδιών – νέων* – Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ β' έκδοση – Γιάννινα

βοηθάει εφόσον δεν είναι υπερβολικός, στην αντιμετώπιση πολλών κινδύνων της ζωής. Όταν όμως η διάρκεια και η ένταση δεν ανταποκρίνονται στο αίτιο και στις πραγματικές εξωτερικά συνθήκες και όταν γενικεύεται και αποτελεί ιδιαίτερη κατάσταση, τότε συνήθως παίρνει παθολογικό χαρακτήρα. ⁽¹¹⁾

Μια συνήθης περίπτωση παθολογικού φόβου αποτελεί η λεγόμενη **φοβική νεύρωση ή φοβία**. Ο όρος δηλώνει τον ισχυρό φόβο ή το άγχος που νιώθει ένα άτομο από ορισμένα πρόσωπα, αντικείμενα, ζώα ή καταστάσεις και ο οποίος δεν δικαιολογείται λογικά. Φαίνεται και στον ίδιο τον ασθενή παράλογος. Η φοβία, είτε αποτελεί μετάθεση του εσωτερικού άγχους σε ένα εξωτερικό συμβολικό αντικείμενο (ψυχανάλυση), είτε είναι προϊόν σύνδεσης μιας τραυματικής εμπειρίας με ένα ουδέτερο ερέθισμα (ψυχολογία συμπεριφοράς), αποτελεί ένα μηχανισμό προσαρμογής. Το άτομο δηλαδή κάνει την λιγότερο οδυνηρή επιλογή. Είναι ευκολότερο συνήθως να αποφύγει ο φοβικός το συγκεκριμένο εξωτερικό φοβογόνο ερέθισμα από το εσωτερικό ψυχικό άγχος. Θεωρείται δε η φοβία παράλογος φόβος, γιατί έχει λησμονηθεί η αρχική πραγματική της αιτία.

Οι περισσότεροι φόβοι είναι επίκτητοι ή κάποιοι μπορεί να οφείλονται σε εγκεφαλική βλάβη ή διαταραγμένη λειτουργία ενδοκρινών αδένων όπως ο συγκεχυμένος φόβος. ⁽¹¹⁾

Κοινό χαρακτηριστικό σε όλα τα είδη του φόβου είναι ότι η συναισθηματική ταραχή εκδηλώνεται με κάποια συμπτώματα, όπως: τρεμούλα, ταχυπαλμία, υπερβολική εφίδρωση, πονοκέφαλοι, ημικρανίες, ζαλάδες, ωχρότητα, δυσκολία αναπνοής, ξηρότητα στόματος κ.τ.λ. και γενικά διαταραχές σε όλα τα συστήματα (π.χ πεπτικό, κυκλοφορικό, αναπνευστικό), που επηρεάζονται από το συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα. Συχνά στις παθολογικές καταστάσεις φόβου εμφανίζονται και ψυχολογικά συμπτώματα. Αυτά είναι μείωση στη συγκέντρωση προσοχής, περιορισμός των δυνατοτήτων για μάθηση και άσκηση, μικρότερη επίδοση και απόδοση σε όλους τους τομείς από εκείνη, που οι πνευματικές δυνάμεις επιτρέπουν, δυσκολίες στην κοινωνική προσαρμογή. Συχνά παρουσιάζεται αίσθημα κόπωσης, διαταραχή ύπνου, μελαγχολία. ⁽¹¹⁾

Η φοβία μπορεί να πάρει διάφορες μορφές όπως:

2.α Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία

Η διαταραχή πανικού μπορεί να διαγνωστεί με ή χωρίς αγοραφοβία.

Ο πανικός είναι φόβος που εμφανίζεται σε ακατάλληλη στιγμή και διακρίνεται σε τρεις τύπους:

α) καταστασιακής υπόδειξης ή περιστασιακά κατευθυνόμενη: πάντα συμβαίνουν στην ίδια κατάσταση που μπορεί να οδηγήσει στην ακραία αποφυγή ατόμων, χώρων και γεγονότων που την προκαλούν. (κοινωνική φοβία)

β) απροσδόκητη: μπορεί να οδηγήσει σε ακραία αποφυγή κάθε κατάστασης ή τόπου στον οποίο το άτομο αισθάνεται ανασφαλές. (αγοραφοβία)

και γ) καταστασιακώς προδιατεθειμένη: προσβολή που μπορεί να συμβεί ή να μην συμβεί σε συγκεκριμένες καταστάσεις. (βρίσκεται ανάμεσα στις 2 προηγούμενες)

Περίπου το 60% των ατόμων υποφέρουν από προσβολές πανικού κατά τη διάρκεια της νύχτας (**νυχτερινός πανικός**). Μάλιστα, οι προσβολές πανικού εμφανίζονται περισσότερο συχνά ανάμεσα στη 1.30 π.μ. και στις 3.30 π.μ. παρά οποιαδήποτε άλλη ώρα. Σε ορισμένες περιπτώσεις μάλιστα οι άνθρωποι φοβούνται και να κοιμηθούν τη νύχτα. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν και άπνοια του ύπνου (διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος) που μοιάζει με ασφυξία ή ακόμα μπορεί να παρουσιάζουν, μαζί με νυχτερινό πανικό, μεμονωμένη παράλυση του ύπνου, κατά την οποία το άτομο είναι ανίκανο να κινηθεί και βιώνει ένα κύμα τρόμου που μοιάζει πολύ με μια προσβολή πανικού. Περιστασιακά υπάρχουν και έντονες ψευδαισθήσεις. ^(1&10)

2.β Η αγοραφοβία είναι ένας υπερβολικός φόβος για τους ανοιχτούς χώρους. Σύμφωνα με το DSM-IV όταν το άτομο βρίσκεται σε καταστάσεις όπου η διαφυγή είναι δύσκολη ή το φέρνει σε αμηχανία εμφανίζει υπερβολικό άγχος. Η αγοραφοβία θεωρείται ότι έχει προκληθεί από μια κατάσταση όπου το άτομο είχε μια κρίση πανικού σε ένα δημόσιο χώρο που το έφερε σε αμηχανία ή δεν είχε εύκολο τρόπο διαφυγής από αυτόν. Έτσι το άτομο αποφεύγει τέτοιες καταστάσεις. Αυτό μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε απομόνωση και περιορισμό στο σπίτι και άρνηση να συναντήσει οποιονδήποτε σε άλλο χώρο. ^(3 &10)

Για να διαγνωστεί κάποιος με διαταραχή πανικού θα πρέπει να έχει βιώσει επανειλημμένα, απροσδόκητα επεισόδια κρίσεων πανικού. Η κρίση πανικού μιμείται την καρδιακή προσβολή. Μερικά από τα συμπτώματα περιλαμβάνουν προκάρδιο άλγος, ναυτία, ρίγος, φόβο θανάτου, αίσθημα πνιγμονής και εξεσημασμένη εφίδρωση. Το άτομο επίσης αισθάνεται πολύ φόβο και άγχος στην διάρκεια του επεισοδίου το οποίο συμβαίνει χωρίς

10. (σελ.200,205)Θεόδωρος Ι. Μπαλλής 2000 – *Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων / University Studio Press & 1 (σελ.123).*Barlow Durand - Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λάμπρος Μεσσήνης, Ph.D 2001 – ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΚΔΟΣΗ / Ψυχολογία & παθολογική Συμπεριφορά: Μια Σύνθετη Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση Α ΤΟΜΟΣ – εκδόσεις ΕΛΛΗΝ & 3.(σελ.33) Andrew R. Getzfeld – Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λάμπρος Μεσσήνης, Ph.D Σεπτέμβριος 2009 - *Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας* – πρώτη έκδοση / εκδόσεις GOTSIS

προειδοποίηση και κορυφώνεται ύστερα από περίπου δέκα λεπτά: ^(3 & 10)

Θα πρέπει να τονιστεί ότι η λήψη φαρμάκων όπως η ρεζερπίνη που είναι αντιυπερτασικό, προκαλεί ίδια συμπτώματα, όπως επίσης και η άμεση λήψη ναρκωτικών ουσιών.

2.γ Κοινωνική φοβία

Η κοινωνική φοβία μπορεί να προκαλέσει κρίση πανικού ή συμπτώματα που τη μιμούνται όταν το άτομο εκτίθεται σε κοινωνικές καταστάσεις που φοβάται, όπως για παράδειγμα να μιλήσει μπροστά σε κοινό.

Τα συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσει το άτομο είναι τάση φυγής, νομίζει ότι θα λιποθυμήσει, κρίσεις πανικού. Τα σωματικά συμπτώματα που είναι ορατά είναι κοκκίνισμα, εφίδρωση, τραυλισμός, πίεση στο λαιμό, τρέμουλο, πόνος.

Ακόμα, φοβούνται να φάνε ή να πάνε σε καφετέρια μόνοι τους, δεν μπορούν να μιλήσουν στο τηλέφωνο, έχουν μειωμένη αυτοεκτίμηση – αυτοπεποίθηση, δεν αντέχουν την κριτική.

Ο πάσχων ανησυχεί μήπως προβεί σε κάποια πράξη που θα τον ταπεινώσει ή θα τον έφερνε σε δύσκολη θέση. Τα άτομα με κοινωνικοφοβική συμπτωματολογία υπερεκτιμούν τη σημασία της καλής εντύπωσης, βλέπουν τον εαυτό τους με τα μάτια ενός επικριτικού εξωτερικού παρατηρητή, έχουν τη βεβαιότητα ότι θα αποδοκιμαστούν και ότι μια τέτοια αποδοκιμασία θα ισοδυναμούσε με καταστροφή. ⁽¹²⁾

Επίσης, πρέπει να γίνει διαφοροδιαγνωστεί :

2.δ Η Ειδική φοβία, η οποία σύμφωνα με το DSM-IV ορίζεται ως ένας έντονος και επίμονος φόβος που εκλύεται από την παρουσία ή την αναμονή παρουσίας ενός συγκεκριμένου αντικείμενου ή μιας κατάστασης , όπως τα αεροπορικά ταξίδια, η θέα αίματος, οι μαύρες γάτες, η ακαθαρσία κ.τ.λ ⁽³⁾

2.ε Η Διαταραχή άγχους αποχωρισμού πρέπει επίσης να αποκλειστεί. Μια κρίση πανικού μπορεί να προκληθεί όταν το άτομο απομακρυνθεί από το σπίτι του ή από στενά συγγενικά πρόσωπα. ⁽³⁾

2.ζ Κλειστοφοβία

Το άτομο έχει αδικαιολόγητο φόβο για τους κλειστούς χώρους και αποφεύγει να βρίσκεται σε κλειστούς χώρους (όπως ασανσέρ). ⁽³⁾

12. Ιανουάριος – Μάρτιος 2012 / ΕΨΕ 1986 & PSYCHIATRIKI / ψυχιατρική – Τριμηνιαία Έκδοση της Ψυχιατρικής Εταιρίας, τόμος 23 – τεύχος 1 & 3.(σελ.35) Andrew R. Getzfeld – Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λάμπρος Μεσσήνης, Ph. D πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας / εκδόσεις GOTSIS

2.η Μυσοφοβία

Το άτομο παρουσιάζει παθολογικό φόβο για την ακαθαρσία και τα μικρόβια.

- Ακόμα ένα άτομο μπορεί να εμφανίζει νυκτοφοβία, ζωοφοβία, πυροφοβία κ.α ⁽³⁾

3. Υστερική νεύρωση (μετατροπής)

Ο όρος υστερία χρησιμοποιήθηκε πρώτα από τους Έλληνες και συνδέθηκε με τους πόνους της γυναίκας κατά την αποβολή του ύστερου. Γι' αυτό και μέχρι τα τέλη του 19^{ου} αιώνα εθεωρείτο ασθένεια των γυναικών. Σε βαριές περιπτώσεις έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση σοβαρών σωματικών συμπτωμάτων, όπως ολική ή μερική αχρηστία των αισθητηρίων οργάνων ή μελών του σώματος, όπως παραλύσεις (μονοπληγία μέχρι ημιπληγία), κράμπες, ορισμένα τικ. Ακόμα μπορεί να εμφανίσει κώφωση, μείωση της όρασης ακόμα και τύφλωση. Οι συνηθέστερες μορφές υστερίας είναι η υστερική τύφλωση, η υστερική κώφωση, η υστερική αλαλία (απώλεια της ομιλίας), οι υστερικές παραλύσεις, η υστερική αμνησία, η υστερική ανοσμία, η νευρωσική ανορεξία κ.α

Συγκεκριμένα τα συμπτώματα της υστερίας είναι ποικίλα. Μπορεί να μιμηθεί κάθε αρρώστια, από όγκο στον εγκέφαλο μέχρι ρευματισμούς και επιληψία. Κατά κανόνα το υστερικό άτομο παρουσιάζει συμπτώματα μιας ασθένειας όπως εκείνο τα φαντάζεται. Παρουσιάζει συμπτώματα όπως διαταραχές στην κινητικότητα και τις αισθήσεις, δυσκολίες βαδίσματος, παραλύσεις γενικά των άκρων, διαταραχές των αισθητηρίων οργάνων κ.λ.π. Συχνά παρατηρούνται καρδιακές κρίσεις ή δυσκολίες αναπνοής, παράπονα για πόνους καθώς και διάφορες σπλαχνικές και αγγειοκινητικές διαταραχές. Τα υστερικά άτομα παρουσιάζουν συνήθως νηπιακά και εγωιστικά χαρακτηριστικά ανωριμότητας στις εκδηλώσεις τους, καθώς και ναρκισσισμό.

Μια μορφή υστερίας θεωρείται και η διάσπαση της συνείδησης. Στην υστερική διάσπαση της συνείδησης, το άτομο δεν απομακρύνεται από τον κόσμο της πραγματικότητας. Εδώ υπάγονται και ορισμένα είδη αμνησίας και κυρίως η εκλεκτική, όπου το άτομο δεν θυμάται ορισμένα γεγονότα, που αποτελούν για το ίδιο το άτομο τραυματική εμπειρία. ^(9 & 11)

4. Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση

9.(σελ.17) Ιωάννου Ν. Παρασκευόπουλου, Καθηγητού Πανεπιστημίου Αθηνών 1988 – ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ / Διάγνωση, πρόληψη και Θεραπεία των ψυχικών διαταραχών – Αθήνα & 11. (σελ.128,129) Δρα Κωνσταντίνου Χ. Πιάνου 1989 - Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ, Β' έκδοση – Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπιση τους / Για καλύτερη κατανόηση και βοήθεια νηπίων – παιδιών - νέων / Γιάννινα

Χαρακτηρίζεται από έμμονες ιδέες και επίμονη επανάληψη, κατά τρόπο τελετουργικό, μιας σειράς στερεοτυπικών ενεργειών. Το άτομο νιώθει πως είναι αναγκασμένο να επαναλαμβάνει ορισμένες σκέψεις, να εκτελεί ορισμένες πράξεις, να φέρνει στο νου του ορισμένα βιώματα ή να συλλογίζεται για ένα αφηρημένο θέμα, παρότι έχει το συναίσθημα, ότι αυτό είναι αταίριαστο για την περίπτωση και παράλογο. Κάθε προσπάθεια να εμποδίσει ή να καταπιέσει την εμφάνιση τους οδηγεί σε έντονο συναίσθημα άγχους, συγκεχυμένου δηλαδή, φόβου με σωματικά συμπτώματα, πράγμα που εξαναγκάζει στο τέλος τον ασθενή να υποκύπτει στους παράλογους αυτούς ψυχαναγκασμούς. Εντοπιστικά στον εγκέφαλο, μεγάλη δραστηριότητα παρατηρείται στην υπερμεσολόβιο έλικα και σε μικρότερο βαθμό, στον κερκοφόρο πυρήνα, ένα κύκλωμα που εκτίνεται από τον μετωπιαίο λοβό μέχρι τον θάλαμο. ^(3&9)

Ιδεοληψίες: Επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες, τις οποίες το άτομο προσπαθεί να εξουδετερώσει ή να καταπιέσει και είτε δεν τα καταφέρνει είτε δυσκολεύεται πάρα πολύ να το κάνει.

Καταναγκασμοί: Σκέψεις ή πράξεις που προκαλούν ανακούφιση. Χρησιμοποιούνται για να καταπιέσουν τις ιδεοληψίες. ⁽³⁾

Η συμπτωματολογία των ψυχαναγκαστικών μπορεί να συνοψιστεί σε τρεις μεγάλους άξονες: Συμμετρία (τακτοποίηση, ομοιομορφία, γραμμές κ.α), προβλήματα αρρώστιας (καθαριότητα, πλύσιμο χεριών, μικρόβια και δηλητήρια, δυσμορφίες κ.τ.λ), και θρησκεία – σεξ (ανεπίτρεπτες σκέψεις, φαντασιώσεις κ.α).

Πιο συγκεκριμένα το άτομο αναγνωρίζει ότι οι ιδεοληψίες και οι καταναγκασμοί είναι υπερβολικές και παράλογες. Έτσι επιδεικνύει κάποια εναισθησία για την συμπεριφορά του και αναγνωρίζει πως αυτές οι συμπεριφορές δεν είναι φυσιολογικές, ότι είναι δημιούργημα του δικού του μυαλού και δεν επιβάλλονται έξωθεν, όπως συμβαίνει στην παρεμβολή σκέψης. ⁽³⁾

Ακόμα, σύμφωνα με το DSM – IV οι ιδεοληψίες και οι καταναγκασμοί προκαλούν έντονη δυσφορία και είναι χρονοβόροι, απασχολώντας το άτομο περισσότερο από μια ώρα την ημέρα, κάθε μέρα. Παρεμποδίζονται σημαντικά οι συνήθειες καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου, είτε το επάγγελμα είτε το σχολείο είτε οι κοινωνικές του επαφές. Κάποια παραδείγματα ιδεοψυχαναγκαστικών τάσεων είναι π.χ. να ελέγχει επανειλημμένα αν έχει κλειδώσει ή όχι την πόρτα ή να μην αρχίσει να εργάζεται παρά μόνο αφού ‘‘στοιχίσει’’

σχολαστικά όλα τα αντικείμενα του γραφείου του ή να ελέγχει επανειλημμένα αν έκλεισε τον θερμοσίφωνα.⁽³⁾

Κάθε παρέκκλιση από τη ρουτίνα προκαλεί στο άτομο θυμό, δυσαρέσκεια, φόβο, άγχος. Δεν ανέχεται απρόσμενες αλλαγές.

Τέλος, νομίζουν ότι η σκέψη τους θα αποκτήσει παντοδυναμία. Χρησιμοποιούν αντίθετες λέξεις για να διώξουν κάποια δυσάρεστη σκέψη που τους ταλαιπωρεί και θα είχε μάλλον δυσάρεστες συνέπειες. Επαναλαμβάνουν προσευχές και συχνά καταφεύγουν σε εξομολόγους για να ομολογήσουν τις αμαρτωλές σκέψεις που τους κάνουν να υποφέρουν.⁽¹⁰⁾

Παρουσιάζουν όχι σπάνια, αυτό που περιγράφεται σαν ψευδο – ψευδαισθήσεις. Είναι ως βιώματα αισθητηριακά, συνήθως, οπτικά, που τα άτομα τα αναγνωρίζουν ως μη πραγματικά και συνοδεύονται από συναισθήματα δυσάρεστα και σπάνια ευχάριστα π.χ αιμομικτικές, φονικές ενέργειες.⁽¹⁰⁾

5. Σωματόμορφες Διαταραχές:

Οι διαταραχές αυτές περιλαμβάνουν οργανικά συμπτώματα όπως πονοκέφαλους, στομαχόπονους, άσθμα, έλκος, ζαλάδες, χρόνια πνευματική και σωματική κόπωση κ.α, που γενεσιουργό τους αίτιο είναι κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα. Πρόκειται για σωματοποιητικές διεργασίες – οργανονευρώσεις – που κύριο στοιχείο τους είναι ο πόνος. Πολλοί στις ψυχοσωματικές διαταραχές συμπεριλαμβάνουν και εκείνες, στις οποίες υπάρχει διαταραχή μόνο στη λειτουργία όχι όμως και στο όργανο (π.χ. διαταραχές ύπνου, ενούρηση και λοιπά), χρησιμοποιώντας τον όρο “*ψυχογενείς διαταραχές με σωματικά κυρίως συμπτώματα*”.^(10&9)

Σημαντικό ρόλο στις ψυχοσωματικές διαταραχές παίζει το αυτόνομο νευρικό σύστημα και κυρίως το συμπαθητικό σε συνεργασία με το ενδοκρινολογικό, που ρυθμίζει τη συγκινησιακή συμπεριφορά.

Ο δρόμος που οδηγεί από τη συναισθηματική ένταση στη σωματική βλάβη, μπορεί να παρασταθεί σχηματικά ως εξής: *Συναισθηματική ένταση – διαταραχή του νευροφυτικού συστήματος – διαταραχή στη λειτουργία – βλάβη του οργάνου.*⁽¹¹⁾

11.(σελ.153) Δρα Κωνσταντίνου Χ. Πιάνου 1989 / Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ, Β' έκδοση - *Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπιση τους / Για καλύτερη κατανόηση και βοήθεια νηπίων – παιδιών – νέων /* Γιάννινα, 9.(σελ.17)Ιωάννου Ν. Παρασκευόπουλου, Καθηγητού Πανεπιστημίου Αθηνών 1988 \- *ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ /* Αθήνα & 10(σελ.214,236).Θεόδωρος Ι. Μπαλλής 2000 – *Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων /* University Studio Press

5. 1. Υποχονδρίαση

Χαρακτηρίζεται από διαρκή ενασχόληση με θέματα σωματικής υγείας. Το άτομο με υποχονδρίαση δείχνει υπερβολική ευαισθησία στην παρουσία και του πιο ασήμαντου σωματικού συμπτώματος, κατατρύχεται συνεχώς από τον φόβο ότι είναι άρρωστο και αναζητεί εναγωνίως τρόπους να προλάβει το χειρότερο.

Φυσιολογικές ή συνηθισμένες αισθήσεις και στοιχεία της εμφάνισης του ατόμου συχνά ερμηνεύονται από το ίδιο ως ανώμαλα και προκαλούν δυσφορία, ενώ η προσοχή του επικεντρώνεται σε ένα ή δύο όργανα ή συστήματα του σώματος. Η δυσμορφία ή η διαταραχή με την οποία υπερασχολείται το άτομο, μπορεί να αλλάζουν από την μία μέχρι την επόμενη επίσκεψη στον γιατρό. Συχνά η διαταραχή συνυπάρχει με κατάθλιψη και άγχος.

Ο όρος ‘‘υποχονδριακή’’ προέρχεται από την ελληνική λέξη υποχόνδριο (κάτω από τους χόνδρους), που αναφέρεται στην κοιλιακή χώρα, όπου και οι περισσότεροι άρρωστοι εντοπίζουν τα ενοχλήματά τους.

Αν και η έναρξη των συμπτωμάτων μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, φαίνεται ότι η πάθηση εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα ηλικίας μεταξύ 20 και 30 χρόνων. ^(9 & 10)

5. 2. Σωματοποιητική Διαταραχή

Για παραπάνω από 100 χρόνια η διαταραχή αυτή λεγόταν το σύνδρομο του Briquet, πριν αλλάξει το 1980 και μετονομαστεί σε σωματοποιητική διαταραχή. Οι ασθενείς παραπονιούνται για σειρά σωματικών συμπτωμάτων, για τα οποία δεν υπάρχει καμία οργανική αιτία. Είναι πολύ σπάνια και σύμφωνα με το DSM-IV ο ασθενής πρέπει να έχει μόνο οκτώ συμπτώματα. Ο Katon και οι συνεργάτες του (1991), απέδειξαν ότι η σωματοποιητική διαταραχή αποτελεί μια συνέχεια: τα άτομα που έχουν μόνο κάποια σωματικά συμπτώματα ανεξήγητης προέλευσης μπορεί να βιώνουν σε τέτοιο βαθμό εξάντληση και ανικανότητα λειτουργίας, ώστε να θεωρούνται ότι έχουν μια διαταραχή.

Εκτός από μια ποικιλία σημαντικών παραπόνων, τα άτομα, μπορεί, επίσης, να έχουν ψυχολογικά προβλήματα, συνήθως άγχος ή διαταραχές της διάθεσης, και άρσης αναστολών που οφείλονται σε νευροβιολογικούς παράγοντες π.χ. ο έντονος πόνος συνοδεύεται από κακή διάθεση, ενώ η διάσπαση της προσοχής μπορεί να μειώσει την ένταση

9. (σελ.17)Ιωάννου Ν. Παρασκευόπουλου, Καθηγητού Πανεπιστημίου Αθηνών1988 – ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ / Διάγνωση, πρόληψη και Θεραπεία των ψυχικών διαταραχών / Αθήνα & 10. (σελ.242)Θεόδωρος Ι. Μπαλλής 2000 – Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων / University Studio Press

του. Οι απόπειρες αυτοκτονίας, που φαίνεται να είναι περισσότερο πράξεις δημιουργίας εντυπώσεων, παρά πραγματική επιθυμία του ατόμου να πεθάνει, είναι συχνές.

Η συνεχής εμφάνιση νέων σωματικών συμπτωμάτων επιφέρει (για μικρό χρονικό διάστημα) μια άμεση συμπάθεια και προσοχή αλλά, εντέλει, οδηγεί στην κοινωνική απομόνωση. Άλλες συμπεριφορές που φαίνεται να επιφέρουν μια βραχυχρόνια ικανοποίηση στο άτομο είναι η προκλητική σεξουαλική συμπεριφορά και η σεξουαλική συμπεριφορά που στοχεύει στην αναζήτηση καινούργιων εμπειριών, συμπεριφοράς, που συχνά είναι εμφανής στα άτομα που πάσχουν από σωματοποιητική διαταραχή.

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV, για να έχει ένα άτομο διαταραχή σωματοποίησης,

A) πρέπει να υπάρχει ιστορικό πολλών σωματικών ενοχλημάτων, που διαρκούν για αρκετό καιρό και είτε οδηγούν τον ασθενή σε αναζήτηση θεραπείας, είτε προκαλούν σημαντική έκπτωση στον κοινωνικό, στον επαγγελματικό ή σε άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του.

B) Εκτός από όλα τα παραπάνω θα πρέπει ο ασθενής να παρουσιάζει :

α) Τέσσερα συμπτώματα πόνου σε τουλάχιστον τέσσερα διαφορετικά σημεία (κοιλιά, αρθρώσεις, στήθος, ράχη κ.α.).

β) Δύο γαστρεντερικά συμπτώματα (ναυτία, εμετοί κ.α.)

γ) Ένα σεξουαλικό σύμπτωμα (σεξουαλική αδιαφορία, διαταραχή στύσης ή εκσπερμάτισης)

δ) Ένα ψευδονευρολογικό σύμπτωμα (διαταραχή κινητικής συνέργειας ή ισορροπίας, παράλυση ή αδυναμία κ.α.)

Γ) είτε το 1 είτε το 2 από τα παρακάτω:

1) Μετά από τον απαιτούμενο έλεγχο, όλα τα συμπτώματα του κριτηρίου B δεν μπορούν εξηγηθούν πλήρως βάσει γνωστής σωματικής νόσου ή βάσει των άμεσων δράσεων μιας ουσίας.

2) Όταν υφίσταται σωματική νόσος, τα σωματικά ενοχλήματα ή η συνακόλουθη κοινωνική ή επαγγελματική έκπτωση υπερβαίνουν τα αναμενόμενα βάσει του ιστορικού, της κλινικής εξέτασης ή των εργαστηριακών ευρημάτων.

Δ) Τα συμπτώματα δεν παράγονται σκόπιμα ή ως αποτέλεσμα προσποίησης (όπως στη διαταραχή προσποίησης ή την υπόκριση).^(13&1)

13)(σελ.157) 1. Α. Κουζούπης, Θ. Ματσούκας / από Α. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας 2009 / Σωματοποίηση - Διασυνδεδετική Ψυχιατρική ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ / Αθήνα & 1.(σελ.157).Barlow Durand 01/01/2001 - ΑΕΥΤΕΡΗ ΕΚΔΟΣΗ - Επιμέλεια: Λάμπρος Μεσσήνης / Ψυχολογία & παθολογική Συμπεριφορά: Μια Σύνθετη Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση Α ΤΟΜΟΣ / εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα

5. 3. Διαταραχή Μετατροπής

Οι διαταραχές μετατροπής γενικά έχουν να κάνουν με την παθολογική σωματική λειτουργία, όπως είναι η παράλυση, η τύφλωση, ή η δυσκολία στην ομιλία (έλλειψη φωνής), χωρίς να υπάρχει καμία οργανική παθολογική αιτία (που να ευθύνεται). Τα περισσότερα συμπτώματα μετατροπής υποδεικνύουν ότι κάποια νευρολογική ασθένεια επηρεάζει το αισθητικό-κινητικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού, αν και τα συμπτώματα αυτά καλύπτουν όλο το φάσμα της σωματικής δυσλειτουργίας. ⁽¹³⁾

Τα συμπτώματα της διαταραχής μετατροπής μπορεί να περιλαμβάνουν ακόμα, την ολική βωβότητα και την απώλεια της αίσθησης της αφής. Ορισμένα άτομα υποφέρουν από κρίσεις, είτε παραπονιούνται για αίσθημα κόμβου στο λαιμό που τους δυσκολεύει να καταπιούν, να φάνε ή ορισμένες φορές να μιλήσουν. Η διαταραχή αυτή εμφανίζεται στα άτομα μετά από έντονο στρες. Σε πολλές περιπτώσεις η συμπτωματολογία της συνοδεύεται από αντίστοιχη συναισθηματική απάντηση αδιαφορίας, κατάσταση που χαρακτηρίζεται με τον όρο “ la belle indifference ”. ⁽¹⁾

5. 4. Σωματοδυσμορφική Διαταραχή

Σε αυτήν την διαταραχή οι περισσότεροι άνθρωποι σκέπτονται να βελτιώσουν κάποια σημεία της εμφάνισης τους, ενώ κάποιοι άλλοι αποφεύγουν την κοινωνική επαφή ή δεν μπορούν να λειτουργήσουν φυσιολογικά από φόβο ότι οι συνάνθρωποι τους θα γελάσουν , αυτό το περίεργο συναίσθημα ονομάζεται σωματοδυσμορφική διαταραχή και το βασικό χαρακτηριστικό της είναι ότι το άτομο ασχολείται με ένα φανταστικό ελάττωμα της εμφάνισης του, ενώ στην πραγματικότητα αυτό είναι ψυχολογικό. Πολλοί άνθρωποι με αυτή τη διαταραχή κοιτάζονται συνεχώς στον καθρέπτη, άλλοι αποφεύγουν τους καθρέπτες σε υπερβολικό βαθμό. Η ιδέα της αυτοκτονίας ή η ίδια η αυτοκτονία είναι συχνά σε αυτήν την διαταραχή. Ακόμα, οι πεποιθήσεις των ατόμων αυτών είναι τόσο απόλυτες που θα μπορούσαν να ονομαστούν παραληρητικές ιδέες (μια δεύτερη διάγνωση είναι παραληρητική διαταραχή σωματικού τύπου). Ακόμα, η διαταραχή μπορεί να συνοδεύεται από κατάθλιψη, κοινωνική φοβία, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας. ^(1 & 13)

1.(σελ.160,164,165) Barlow Durand 2001 – ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΚΔΟΣΗ / Ψυχολογία & παθολογική Συμπεριφορά: Μια Σύνθετη Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση Α ΤΟΜΟΣ –Επιμέλεια: Λάμπρος Μεσσήνης, β τόμος, εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, & 13) (σελ.159) 2. Α. Κουζούπης, Θ. Ματσούκας – Σωματοποίηση –από Α. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας 2009 - *Διασυνδετική Ψυχιατρική* / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ / Αθήνα

5. 5. Διαταραχή προσποίησης

Η διαταραχή χαρακτηρίζεται από συνειδητή και εμπρόθετη παραγωγή ή επίταση διαφόρων συμπτωμάτων από τον ασθενή. Στην τρέχουσα και παλαιότερη βιβλιογραφία η διαταραχή απαντάται και σε σύνδρομο Münchhausen. Η κλινική εικόνα της διαταραχής προσποίησης περιλαμβάνει την σκόπιμη παραγωγή συμπτωμάτων, την παθολογική ψευδολογία γύρω από την υποτιθέμενη σωματική νόσο και στην περίπτωση του συνδρόμου Münchhausen, η μετακίνηση και η χρήση ψευδώνυμων. Τα συνηθέστερα συμπτώματα που επικαλείται ο ασθενής είναι αιμόπτυση και διάφοροι πόνοι (θώρακα, κοιλιά).

Δεν φέρνει αντίρρηση στη χορήγηση διάφορων τεστ, όμως όταν αυτά δείχνουν το αντίθετο αποτέλεσμα δυσανασχετεί. Ακόμα, οι ασθενείς αυτοί, εκτός από τα σωματικά συμπτώματα, παρουσιάζουν προσποιητά ψυχολογικά συμπτώματα π.χ. καταθλιπτική διάθεση, αυτοκτονική πρόθεση, διαταραχή μνήμης κ.α. ⁽¹³⁾

5. 6. Υπόκριση

Τα άτομα υποδύονται ή επίτηδες εμφανίζουν σε υπερβολή κάποια σωματική ή ψυχική νόσο, με κίνητρο κάποιο συγκεκριμένο εξωγενές κέρδος π.χ. αποφυγή στρατιωτικής θητείας κ.α. Έτσι τα άτομα με υπόκριση αναφέρουν συμπτώματα όπως κεφαλαλγία, ζάλη, τα οποία εξαφανίζονται μετά την ενδεχόμενη επίτευξη του προσδοκώμενου οφέλους. Δεν τίθεται θέμα θεραπείας αλλά η διασυνδεδετική ψυχιατρική συμβάλει στην αντιμετώπιση συναφών προβλημάτων, όπως αντιδράσεων του ατόμου ή δεοντολογικών προβλημάτων. ⁽¹³⁾

5. 7. Αποσυνδεδετικές (διχαστικές) διαταραχές

Σε αυτήν την διαταραχή τα άτομα αισθάνονται αποκομμένα από τον εαυτό τους ή τους γύρω τους, σχεδόν σα να ονειρεύονται ή σα να ζουν σε αργή κίνηση, έχουν αποσυνδεδετικές (διχαστικές) εμπειρίες. Αυτή η διαταραχή είναι πιθανότερο να συμβεί μετά από ένα γεγονός εξαιρετικής ψυχικής έντασης, όπως είναι ένα ατύχημα. Μπορεί όμως να συμβεί ακόμα και όταν το άτομο είναι κουρασμένο ή κάτω από σωματική ή ψυχική πίεση.

Τα είδη αυτών των εμπειριών μπορούν αν χωριστούν σε δυο τύπους. Κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου **αποπροσωποποίησης**, η αντίληψη μας μεταβάλλεται ώστε προσωρινά χάνουμε την αίσθηση της δικής μας πραγματικότητας. Τα πράγματα μπορεί να φαίνεται ότι αλλάζουν σχήμα ή μέγεθος, οι άνθρωποι μπορεί να φαίνονται νεκροί ή

μηχανικοί. Τα συμπτώματα της αποπροσωποποίησης είναι χαρακτηριστικά των αποσυνδεδετικών διαταραχών, επειδή η αποπροσωποποίηση είναι, κατά μια έννοια, ένας ψυχολογικός μηχανισμός με τον οποίο ένα άτομο “διασχίζεται” από την πραγματικότητα, όπου η πραγματικότητα, η εμπειρία, ακόμα και η ταυτότητα ενός ατόμου φαίνονται να αποδιοργανώνονται.⁽¹³⁾

5. 8. Αποσυνδεδετική (Διχαστική) Αμνησία (πρώην ψυχογενής αμνησία)

Αυτή η διαταραχή περιλαμβάνει πολλές διαφορετικές μορφές και τα άτομα που πάσχουν από Αποσυνδεδετική Αμνησία δεν μπορούν να θυμηθούν τίποτα, ακόμα και το ποιοι είναι, αναφέρεται στην **γενικευμένη αμνησία**. Μπορεί αυτή η αμνησία να διαρκεί όλη τη ζωή του ατόμου ή ένα περιορισμένο διάστημα, 6 μήνες ή ένα χρόνο.

Η **εντοπισμένη ή επιλεκτική αμνησία** είναι μια αποτυχία ανάκλησης συγκεκριμένων γεγονότων, συνήθως τραυματικών που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου.⁽¹³⁾

5. 9. Αποσυνδεδετική (Διχαστική) Φυγή (πρώην Ψυχογενής φυγή)

Σε αυτή τη διαταραχή η απώλεια μνήμης περιστρέφεται γύρω από ένα συγκεκριμένο περιστατικό – ένα απρόσμενο ταξίδι (ή ταξίδια). Κυρίως τα άτομα απλώς φεύγουν και μετά βρίσκουν τους εαυτούς τους σε ένα καινούργιο μέρος, ανίκανα να θυμηθούν γιατί ή πώς βρέθηκαν εκεί. Κατά τη διάρκεια αυτών των ταξιδιών, ένα άτομο μερικές φορές υιοθετεί μια καινούργια ταυτότητα ή τουλάχιστον είναι μπερδεμένο για την παλιά.⁽¹³⁾

5. 10. Αποσυνδεδετική (Διχαστική) Διαταραχή της ταυτότητας (πρώην Διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας)

Τα άτομα με αυτή τη διαταραχή μπορούν να υιοθετήσουν και 100 καινούργιες ταυτότητες, που όλες συνυπάρχουν ταυτόχρονα μέσα σε ένα σώμα και σε ένα μυαλό. Σε μερικές περιπτώσεις οι ταυτότητες είναι ολοκληρωμένες, με την κάθε μια να έχει τη δική της συμπεριφορά, το δικό της τόνο φωνής και τις δικές της σωματικές χειρονομίες. Σε μερικές περιπτώσεις, μόνο λίγα χαρακτηριστικά είναι διαφοροποιημένα, επειδή οι ταυτότητες είναι μόνο εν μέρει ανεξάρτητες.⁽¹³⁾

Τα κριτήρια του DSM-VI περιλαμβάνουν την αμνησία, όπως στην περίπτωση

διχαστικής αμνησίας και της διχαστικής φυγής. Εν τέλει, το προσδιοριστικό χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι συγκεκριμένες πλευρές της ταυτότητας του ατόμου διχάζονται.

6. Τικ (ή στερεοτυπίες)

Είναι άσκοπες, στερεότυπες και επαναλαμβανόμενες σπασμωδικές, μη βουλητικές κινήσεις, που συνήθως παρουσιάζονται στο πρόσωπο και στο λαιμό. Συνήθως πρόκειται για ένα είδος κίνησης. Είναι συχνότερη στην παιδική ηλικία, εμφανίζεται όμως και στην ενήλικη ζωή σε μικρότερη συχνότητα και συχνότερα στα αγόρια παρά στα κορίτσια. Ενίοτε τα τικ εμφανίζονται σε περιόδους συναισθηματικής έντασης και χειροτερεύουν με το άγχος. ⁽¹⁰⁾

7. Καταθλιπτική νεύρωση

Ο όρος καταθλιπτική νεύρωση ή νευρωτική κατάθλιψη χρησιμοποιείται για να δηλωθεί ένα σύμπλεγμα μικρής ή μεγαλύτερης διάρκειας συμπτωμάτων, όπως παθητική απαισιόδοξη στάση ζωής, υπερβολική θλίψη (μελαγχολία, αδιαφορία, αίσθημα κόπωσης, αδυναμία συγκέντρωσης προσοχής), ανορεξία, έλλειψη σιγουριάς, παραίτηση, αϋπνίες, ζαλάδες, απάθεια, ευερεθιστότητα και κλείσιμο στον εαυτό του. Συνήθως αποτελούν αντίδραση του ατόμου σε μια εσωτερική σύγκρουση ή μια εξωτερική τραυματική εμπειρία, όπως απώλεια αγαπημένου προσώπου ή πράγματος, αλλαγή ρουτίνας και καθημερινότητας (π.χ. μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο ή τραυματισμό λόγω αδυναμίας αυτοεξυπηρέτησης). Το άτομο διαστρέφει την πραγματικότητα και σε μια απώλεια ή και απειλή αντιδρά με θλίψη μεγαλύτερη σε ένταση και χρονική διάρκεια από ότι τα περισσότερα άτομα. Συνήθως γνωρίζει την αίτια αλλά υπερβάλει ως προς την εκτίμηση της. Ο κόσμος και οι δυσκολίες μεγαλώνουν στα μάτια του και νιώθει γενικά αδύναμος όχι μόνο να χαρεί τη ζωή αλλά και να ξεπεράσει τις δυσκολίες της. Αυτό μπορεί να οδηγήσει κάποιες φορές σε απόπειρες αυτοκτονίας. ⁽¹¹⁾

8. Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Στρες (ΔΜΤΣ)

Στο παρελθόν λεγόταν νεύρωση πόλεμου και αφορούσε Βετεράνους του πόλεμου που όταν επέστρεφαν στο σπίτι τους εμφάνιζαν συμπτώματα άγχους και αναβίωναν σκηνές του πολέμου από τον οποίο είχαν μόλις επιστρέψει.

Για να διαγνωστεί κάποιος με ΔΜΤΣ πρέπει να έχει εκτεθεί σε ένα τραυματικό

11.(σελ.148) Δρα Κωνσταντίνου Χ. Πιάνου 1989 - Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ - *Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπιση τους / Για καλύτερη κατανόηση και βοήθεια νηπίων – παιδιών – νέων*, Β' έκδοση / Γιάννινα & 10. (σελ.162)Θεόδωρος Ι. Μπαλλής 2000 – *Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων* / University Studio Press

γεγονός και το γεγονός αυτό πρέπει να αναβιώνεται επίμονα. Η έκθεση στο τραυματικό γεγονός πρέπει να περιλαμβάνει πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, βαρύ τραυματισμό ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του ίδιου ή άλλων. Επιπλέον η αντίδραση του ατόμου πρέπει να περιλαμβάνει έντονο φόβο, αίσθημα αβοηθησίας ή αίσθημα φρίκης.

Συνεπώς για να έχει κάποιος ΔΜΤΣ θα πρέπει να παρουσιάζει τα ακόλουθα συμπτώματα:

1. Το τραυματικό γεγονός πρέπει να αναβιώνεται επίμονα. Το άτομο έχει πολλούς εφιάλτες στη διάρκεια της ημέρας ή της νύχτας που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός.
2. Το άτομο πρέπει να αισθάνεται πως το τραυματικό γεγονός ξανασυμβαίνει. Αυτό περιλαμβάνει αναβίωση της εμπειρίας, ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις που κάνουν το άτομο να αισθάνεται πως ξαναζεί το γεγονός.
3. Το άτομο μπορεί να έχει αποσυνδεδετικά επεισόδια αναβίωσης. Η αποσύνδεση αναφέρεται σε μια σειρά δραστηριοτήτων, σκέψεων ή συναισθημάτων που διαφοροποιούνται από την υπόλοιπη προσωπικότητα του ατόμου και λειτουργούν ανεξάρτητα από αυτά. Το άτομο μπορεί να αισθάνεται αποκομμένο, μη πραγματικό, να έχει μια αίσθηση Deja vu, ή να αισθάνεται μούδιασμένο σε σχέση με συγκεκριμένα γεγονότα, στην περίπτωση αυτή στο τραύμα.
4. Το άτομο μπορεί να βιώνει έντονη ψυχική δυσφορία και σωματική αντίδραση κατά την έκθεση σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα ή συζητήσεις που σχετίζονται με το περιστατικό.
5. Το άτομο επίσης μπορεί να μην θυμάται μια σημαντική πλευρά του τραύματος κάτι που μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα σε επαγγελματίες υγείας και νομικούς που εργάζονται με αυτά τα άτομα.
6. Το άτομο επίσης μπορεί να έχει αίσθημα απομάκρυνσης ή αποξένωσης από τους άλλους, που είναι μια μορφή συναισθηματικής αμβλύτητας. Μπορεί να αισθάνεται πως η ζωή του έχει σχεδόν τελειώσει, είναι απελπισμένο, πιστεύει πως δεν θα παντρευτεί, δε θα κάνει παιδιά και δεν θα έχει φυσιολογική διάρκεια ζωής κ.α.
7. Ακόμα μπορεί να εμφανίζει άγχος και υπερεγρήγορη, δυσκολία στην επέλευση ή τη διατήρηση του ύπνου ή δυσκολία συγκέντρωσης. Μπορεί να υπάρχει ευερεθιστότητα ή εκρήξεις οργής ή υπέρμετρη αντίδραση στο ξάφνιασμα. Μπορεί να

8. Ουρλιάζουν υστερικά στον παραμικρό μη αναμενόμενο θόρυβο, όπως μια κόρνα ή μια σειρήνα.

Τα συμπτώματα αυτά θα πρέπει να υφίστανται για τουλάχιστον ένα μήνα. ⁽³⁾

Η διαφοροδιάγνωση ανάμεσα στο ΔΜΤΣ και το χρόνιο μεταδιασεισικό σύνδρομο περιπλέκεται από κάποια παρόμοια συμπτώματα όπως, ευαισθησία στο θόρυβο, κόπωση, άγχος, αϋπνία, φτωχή συγκέντρωση, φτωχή μνήμη, ευερεθιστότητα/θυμό και κατάθλιψη. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι σύμφωνα με τους Honi και Raskin (2000) η ΔΜΤΣ μπορεί να επιδεινώσει τα γνωστικά συμπτώματα σε ασθενείς με ήπια ΚΕΚ. ⁽¹⁴⁾

Πρέπει να σημειωθεί, ότι μετά από ένα τραυματικό γεγονός το άτομο μπορεί να εμφανίσει μετά των άλλων, και **ψυχογενή ή τραυματικό τραυλισμό**.

Ο τραυματικός τραυλισμός (διαταραχή της φυσιολογικής ροής και ρυθμικής διαμόρφωσης της ομιλίας) παρουσιάζεται σε ενήλικες και αιτία του είναι ένα δυνατό ψυχικό σοκ. Τα συμπτώματα του εκδηλώνονται από την αρχή πολύ έντονα. Τα κλινικά συμπτώματα του τραυλισμού είναι τα ακόλουθα:

Πρωτεύουσες μορφές συμπεριφοράς: 1)επαναλήψεις φθόγγων – συλλαβών – λέξεων 2)δυσρυθμίες 3)παύσεις / μπλοκαρίσματα 4)ατελείς φράσεις 5)εμβολές φθόγγων, συλλαβών, λέξεων ή φράσεων 6)αναθεωρήσεις, αφύσικος ρυθμός ομιλίας, αφύσικο ανέβασμα έντασης και τόνου της φωνής.

Δευτερογενή συμπτώματα: 1)λεκτικές μορφές συμπεριφοράς (συμπτώματα αποφυγής, αναβολής, εκκίνησης κ.α.) 2)μη λεκτικές μορφές συμπεριφοράς (αποφυγή βλεμματικής επαφής, συνεχής άνοιγμα και κλείσιμο βλεφάρων, ρυτίδωση μετώπου, πίεση χειλιών, κοκκίνισμα, εφίδρωση, δυσκολίες στην αναπνοή κ.α.). ⁽⁴³⁾

2.3 ΨΥΧΩΣΕΙΣ

9. Οι ψυχώσεις είναι οι πιο βαριές μορφές ψυχικών διαταραχών. Οι ψυχωσικές διαταραχές παίρνουν ποικίλες μορφές. Το κοινό χαρακτηριστικό των διαφόρων μορφών ψυχώσεων είναι ότι το άτομο έχει χάσει την επαφή με την πραγματικότητα. Διεγείρεται περισσότερο από εσωτερικές καταστάσεις, υπακούει σε μια εξωπραγματική λογική και ζει στο δικό του κόσμο. Παρουσιάζει ένα είδος νοητικής σύγχυσης και συχνά οι

43.(σελ.29, 36 ,51)Ε. ΚΑΚΟΥΡΟΣ – Κ. ΜΑΝΙΑΔΑΚΗ, 2006 – *ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ / Η φύση και η αντιμετώπισή του στα παιδιά και στους εφήβους* – εκδόσεις Τυπωθήτω Γιώργος Δάρδανος, Αθήνα, & 14. (σελ.208) MURIEL D. LEZAK – DIANE B. HOWIESON – DAVID W. LORING μετάφραση Λάμπρος Μεσσήνης, Μαίρη Κοσμίδου, Παναγιώτης Παπαθανασόπουλος πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - *ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ* – Τόμος 1, ΤΕΤΑΡΤΗ ΕΚΔΟΣΗ – εκδόσεις GOTSIS

συναίσθηματικές του αποκρίσεις είναι απρόσφορες – ανορθόδοξες. Έχει ελάχιστη ή ακόμα και καμία επίγνωση τόσο της φύσης όσο και της σοβαρότητας της πάθησης του. Δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις επαγγελματικές και κοινωνικές απαιτήσεις, καθώς η σκέψη, το συναίσθημα, η επικοινωνία και η συμπεριφορά του ατόμου είναι βαριά διαταραγμένα. Επίσης, επειδή πολλές φορές είναι επικίνδυνος για τον εαυτό του και για τους άλλους, απαιτεί εγκλεισμό και περίθαλψη σε ψυχιατρική κλινική.⁽⁹⁾

Οι ψυχώσεις διακρίνονται σε **οργανικές**, όσες δηλαδή έχουν διαγνωσμένο οργανικό αίτιο (εγκεφαλικό τραύμα, εγκεφαλική αρτηριοσκλήρυνση, ορμονικές διαταραχές), όπως είναι οι γεροντικές άνοιες, αλκοολικές ψυχώσεις κ.α και σε **λειτουργικές**, όσες δηλαδή δεν έχουν σαφώς διαγνωσμένη οργανική αιτία, ιστοπαθολογική αλλοίωση, και επομένως μπορούν να αποδοθούν σε ψυχοκοινωνικά αίτια.⁽⁹⁾

Οι συνηθέστερες μορφές ψυχώσεων είναι:

1. Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από διαταραχές στην **α) σκέψη**, στο **β) συναίσθημα** και στην **γ) κινητική – πραξιακή συμπεριφορά**, που οδηγούν τον άρρωστο σε λειτουργική έκπτωση.

α) Οι διαταραχές στη σκέψη συνίστανται σε μεταβολή του τρόπου σχηματισμού των εννοιών και των κρίσεων που οδηγούν σε παρερμηνείες της πραγματικότητας και, μερικές φορές, σε παραγωγή ψευδαισθήσεων (π.χ ο ασθενής ακούει φωνές, βλέπει οράματα, βιώνει αισθήματα που δεν προέρχονται από εξωτερικούς ερεθισμούς) και αλλόκοτων παραληρηματικών ιδεών (π.χ ο ασθενής πιστεύει ότι μαγνητικά κύματα από μακρινό πλανήτη ελέγχουν τη σκέψη του και τον εξαναγκάζουν να κάνει ορισμένες πράξεις, πιστεύει ότι ζούφια περνούν κάτω από το δέρμα του, νομίζει ότι είναι ήδη νεκρός).

β) Οι διαταραχές στο συναίσθημα περιλαμβάνουν 1) αμφιθυμικές καταστάσεις (π.χ ο ασθενής αγαπάει και μισεί ταυτόχρονα με την ίδια ένταση το ίδιο πρόσωπο), 2) υποτονικό θυμικό (π.χ ο ασθενής μένει απαθής, ασυγκίνητος και αδιάφορος μπροστά στα διάφορα συγκινησιογόνα ερεθίσματα) και 3) απρόσφορες συναίσθηματικές αποκρίσεις (π.χ ο ασθενής σκάει στα γέλια όταν χτυπήσει ο ίδιος ή κάποιος άλλος, χαίρεται στο άκουσμα ότι κάποιο συγγενικό ή φιλικό του πρόσωπο πέθανε).⁽¹⁰⁾

9.(σελ.18)Ιωάννου Ν. Παρασκευόπουλου, Καθηγητού Πανεπιστημίου Αθηνών 1988 – ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ / Διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών / Αθήνα

γ) Οι διαταραχές στον κινητικό – πραξιακό τομέα συχνά περιλαμβάνουν αδράνεια, εσωστρέφεια, απόσυρση, παλινδρόμηση σε παιδικά πρότυπα συμπεριφοράς και παραδοξότητα (π.χ ο ασθενής στέκεται σαν άγαλμα χωρίς καμία έκφραση, στηρίζεται για ώρες στο ένα πόδι σαν πελεκάνος, δεν ακουμπάει το κεφάλι του στο μαξιλάρι όταν ξαπλώνει, το λεγόμενο *ψυχικό προσκέφαλο*, μένει για ώρες σε άβολη θέση, όπως το χέρι πάνω από το κεφάλι, χωρίς να δείχνει ότι ενοχλείται, η λεγόμενη *κηρώδης ευκαμψία*).

Από το 1980, ο T. J. Crow πρότεινε την ταξινόμηση σχιζοφρενών σε δυο τύπους: **τύπου I**, ο οποίος ανταποκρίνεται καλά στα αντιψυχωσικά, σχετίζεται με φυσιολογικό μέγεθος εγκεφαλικών κοιλιών και με αποδεδειγμένες ανωμαλίες στο μεταιχμιακό σύστημα και **τύπου II**, ο οποίος δεν ανταποκρίνεται καλά στα αντιψυχωσικά, σχετίζεται με αυξημένο μέγεθος εγκεφαλικών κοιλιών και με ανωμαλίες στους μετωπιαίους λοβούς, με βάση την παρουσία ή απουσία θετικών (παραγωγικών) ή αρνητικών (εκπρωτικών) συμπτωμάτων. Αν και δεν έγινε δεκτό από τις επίσημες ταξινομήσεις, εν τούτοις χρησιμοποιείται πολύ συχνά στην κλινική και την έρευνα. ⁽¹⁰⁾

Αρνητικά Συμπτώματα (πρόκειται για απαντήσεις, συμπεριφορές ή λειτουργίες που είναι ελλιπείς ή απύσες στον ασθενή. Πρόκειται για απώλεια ή εξασθένηση φυσιολογικών λειτουργιών). ⁽³⁾

Οι *Συναισθηματικές αμβλύνσεις* περιλαμβάνουν έντονη απάθεια, αμετάβλητη έκφραση προσώπου, πτωχεία οπτικής επαφής, έλλειψη συναισθηματικής απάντησης, αδιαφορία και απάθεια του ασθενή, συναισθηματική απροσφορότητα κ.α.

Οι *Διαταραχές Λόγου* περιλαμβάνουν πτωχεία περιεχομένου λόγου, πτωχεία λεκτικής έκφρασης (ολιγόλογος), Διακοπή της ομιλίας κ.α.

Η *Βούληση* περιλαμβάνει απάθεια, έλλειψη περιποίησης του εαυτού του και υγιεινής φροντίδας κ.α.

Η *Ανηδονία – Κοινωνική απόσυρση* ⁽¹⁰⁾

Θετικά Συμπτώματα (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). Αυτά περιλαμβάνουν α) (παρανοϊκές) ιδέες β) περίεργη συμπεριφορά (ενδυμασία, εμφάνιση,

3. (σελ.169) Andrew R. Getzfeld – Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λάμπρος Μεσσήνης, Ph.D πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας / εκδόσεις GOTSIS & 10.(σελ.72,73) Θεόδωρος Ι. Μπαλλής 2000 – Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων / University Studio Press

κοινωνική και σεξουαλική συμπεριφορά, επιθετικότητα – ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού, στερεότυπη συμπεριφορά) γ) διαταραχή της σκέψης (αυτιστική, ακατανόητη, παράλογη σκέψη, ασυναρτησία).^(3 & 10)

Οι συνηθέστερες κλινικές καταστάσεις της σχιζοφρένειας είναι: η **οξεία** φάση και η **χρόνια**. Ακόμη, παρακάτω θα αναφερθούν εκτενέστερα οι πέντε υποτύποι της σχιζοφρένειας: *παρανοειδής σχιζοφρένεια, αποδιοργανωμένος τύπος, κατατονική, αδιαφοροποίητη και υπολειμματική σχιζοφρένεια.*

ο **Τύποι Σχιζοφρένειας :**

Το DSM-IV απαριθμεί πέντε υποτύπους για την σχιζοφρένεια, των οποίων η διάγνωση βασίζεται στην πιο πρόσφατη ή τρέχουσα ψυχολογική ή ψυχιατρική συνέντευξη / κλινική εξέταση. Ένας ασθενής με σωματική ασθένεια μπορεί να εμφανίσει κάποιον από τους παρακάτω :⁽³⁾

1. 1. Παρανοειδής σχιζοφρένεια

Είναι η πιο συχνή διαταραχή και χαρακτηρίζεται από θετικά συμπτώματα, χωρίς καθόλου αρνητικά. Επικρατούν οι παρανοϊκές/παραληρητικές κυρίως διωκτικού περιεχομένου ιδέες, ψευδαισθήσεις κυρίως ακουστικές και εμφανίζουν όχι συχνά μικρό βαθμό απροσφορότητας του συναισθήματος και αποδιοργάνωση λόγου ή συμπεριφοράς. Οι ασθενείς αυτοί είναι καχύποπτοι (απέναντι σε συγγενείς κ φίλους), πάντοτε σε ετοιμότητα, καμία φορά απειλητικοί ή επιθετικοί κ επικίνδυνοι, όχι πάντα όμως συμπεριφέρονται κανονικά στις κοινωνικές επαφές τους. Η νοημοσύνη τους παραμένει σε πολύ καλή κατάσταση.^(3 & 10)

1. 2. Αποδιοργανωμένος τύπος (ηβηφρενική σχιζοφρένεια)

Εδώ κυριαρχούν οι μεταβολές του συναισθήματος. Οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις είναι φευγαλέες και αποσπασματικές. Η συμπεριφορά είναι ανεύθυνη, πρωτόγονη, απρόβλεπτη, χωρίς αναστολές, με συχνές ιδιοτροπίες και αδιαφορία για τις κοινωνικές συμβάσεις. Το συναίσθημα είναι ρηχό και απρόσφορο και συχνά συνοδεύεται από αναίτιους γέλωτες ή χαμόγελα, ενώ άλλοτε οι ασθενείς συμπεριφέρονται με υπεροψία,

3. (σελ.175) Andrew R. Getzfeld – Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λάμπρος Μεσσήνης, Ph.D πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας / εκδόσεις GOTSIS & 10.(σελ.81) Θεόδωρος Ι. Μπαλλής 2000 – Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων / University Studio Press

κάνουν γκριμάτσες, χοντρά αστεία και επαναλαμβανόμενες φράσεις. Η σκέψη είναι αποδιοργανωμένη με απεραντολογία και εμφανίζουν αποδιοργάνωση λόγου. Η επαφή με την πραγματικότητα είναι πτωχή. ^(3 & 10)

1. 4. Αδιαφοροποίητη σχιζοφρένεια

Χαρακτηρίζεται από παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία και βαριά αποδιοργάνωση λόγου ή συμπεριφοράς. Για να τεθεί η διάγνωση θα πρέπει να αποκλειστούν οι άλλες διαταραχές (αποδιοργανωμένου τύπου, κατατονικού τύπου και παρανοειδή). ⁽¹⁰⁾

1. 5. Υπολειμματική σχιζοφρένεια

Αυτός ο τύπος αναφέρεται σε ασθενείς που νόσησαν από σχιζοφρένεια και τώρα βρίσκονται σε ύφεση. Σε αυτή τη μορφή παρουσιάζονται αρνητικά συμπτώματα ή ήπια θετικά. Είναι μια συνεχής σχιζοφρενική διαταραχή, με απουσία όμως χαρακτηριστικής ομάδας συμπτωμάτων που θα μπορούσαν να την κατατάξουν σε μια άλλη κατηγορία. Χαρακτηρίζεται από συναισθηματική αμβλύτητα, κοινωνική απόσυρση, εκκεντρική συμπεριφορά, διαταραγμένος ιδεασμός και κάποιος βαθμός ασυναρτησίας. Εμφανίζονται παρανοϊκές ιδέες και ψευδαισθήσεις που δεν επηρεάζουν την συμπεριφορά του ατόμου, ένα ή περισσότερα ψυχωσικά συμπτώματα που πληρούν τα κριτήρια της σχιζοφρένειας. Η μορφή αυτή χαρακτηρίζεται κυρίως από την μακροχρόνια παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων που μπορεί να είναι και αναστρέψιμα. ⁽¹⁰⁾

Παράγοντες που επηρεάζουν την κλινική εικόνα:

- Ηλικία έναρξης
- Φύλο
- Κοινωνική – οικονομική κατάσταση
- Τα ερεθίσματα
- Συναισθηματική φόρτιση ⁽¹⁰⁾

2. Ψυχοσεξουαλικές διαταραχές

Υπάρχουν δύο απόψεις σχετικά με το τί είναι παθολογική σεξουαλική συμπεριφορά. Η μία βασίζεται στην άποψη ότι κάθε σεξουαλική δραστηριότητα που δεν απολήγει – κορυφώνεται στον οργασμό με ετερόφυλη συνουσία θεωρείται απόκλιση. Η άλλη

3.(Σελ.176) Andrew R. Getzfeld – Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λάμπρος Μεσσήνης, Ph.D, πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 -Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας / εκδόσεις GOTSIS & 10. (σελ.82,83) Θεόδωρος Ι. Μπαλλής 2000–Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπειάς των ψυχικών παθήσεων / University Studio Press

άποψη τονίζει περισσότερο, όχι τόσο τις συγκεκριμένες πράξεις αυτές καθαυτές, αλλά τα συναισθήματα που βιώνει το άτομο για τις πράξεις του αυτές. Εάν το άτομο νιώθει καταπίεση ή ενοχή για την σεξουαλική του ζωή ή είναι ανίκανο να απολαμβάνει πλήρως τη σεξουαλική ζωή.

Σύμφωνα με το DSM-IV, για να διαγνωστεί ένα άτομο με διαταραχή σεξουαλικότητας θα πρέπει να αδυνατεί να συμμετέχει σε σεξουαλική λειτουργία όπως αυτό θα επιθυμούσε και η διαταραχή να εμφανίζεται σε πάνω από το 50% των περιπτώσεων σεξουαλικής επαφής και να διαρκεί πάνω από 6 μήνες. Στο γενικό νοσοκομείο, μια πληθώρα παθολογικών καταστάσεων όπως έμφραγμα του μυοκαρδίου, πολλαπλή σκλήρυνση, αναπηρίες, βλάβες στη σπονδυλική στήλη κ.α., συνδέονται μέσω ποικίλων παθοφυσιολογικών και ψυχολογικών μηχανισμών με σεξουαλική δυσλειτουργία. (3&13)

Τα είδη των σεξουαλικών διαταραχών είναι

α) Διαταραχές της σεξουαλικής επιθυμίας: μειωμένη σεξουαλική επιθυμία, σεξουαλική αποστροφή.

β) Διαταραχές σεξουαλικής διέγερσης: διαταραχή σεξουαλικής διέγερσης στις γυναίκες, διαταραχή στύσης.

γ) Διαταραχές οργασμού: ανεσταλμένος γυναικείος οργασμός (ανοργασμία), ανεσταλμένος οργασμός στον άντρα, πρόωρη εκσπερμάτιση.

δ) Πριαπισμός : παρατεταμένη και επώδυνη στύση χωρίς σεξουαλικό ερεθισμό, που μπορεί να διαρκεί ώρες.

ε) Διαταραχές με πόνο κατά τη σεξουαλική πράξη: δυσπαρεύνεια, κολπικός σπασμός.

3. Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή

Πρόκειται για επεισοδιακές διαταραχές, στις οποίες είναι έντονα τόσο συναισθηματικά όσο και σχιζοφρενικά συμπτώματα, κατά προτίμηση ταυτόχρονα, ή τουλάχιστον με διάστημα λίγων ημερών μεταξύ τους. (10)

Ο ασθενής θα πρέπει να συμπληρώνει τα διαγνωστικά κριτήρια του μείζονος καταθλιπτικού ή του μανιακού επεισοδίου συγχρόνως με τα διαγνωστικά κριτήρια της οξείας φάσης της σχιζοφρένειας. Επιπλέον θα πρέπει να έχει παραληρητικές διαταραχές ή ψευδαισθήσεις για τουλάχιστον 2 εβδομάδες, με απουσία έντονων καταθλιπτικών διαταραχών. (3 & 10)

13)(σελ.304) 12 . Ρ. Γουρνέλλης, Κ. Κοντοάγγελος - Προβλήματα σχετιζόμενα με τη σεξουαλικότητα από Α. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας 2009 - Διασυνδετική Ψυχιατρική / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ 3.(σελ.177,139) Andrew R. Getzfeld Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λάμπρος Μεσσήνης, Ph.D πρώτη έκδοση , Σεπτέμβριος 2009 - Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας / εκδόσεις GOTSIS

Η πορεία μπορεί να ποικίλει μεταξύ μιας μορφής με εξάρσεις και υφέσεις και μιας μορφής με μακροχρόνια πορεία αποδιοργάνωσης.

Περιγράφονται τρεις κυρίως τύποι: Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή μανιακού, καταθλιπτικού και μεικτού τύπου. Σε καθέναν από τους τύπους συνυπάρχουν ή εναλλάσσονται τα συμπτώματα των δυο βασικών παθήσεων, της σχιζοφρένειας και της συναισθηματικής διαταραχής.

Έτσι στην *μανιακού τύπου σχιζοσυναισθηματική διαταραχή* η υπερθυμία συνοδεύεται από ευερεθιστότητα, επιθετική συμπεριφορά και ιδέες καταδίωξης. Υπάρχουν οι ιδέες μεγαλείου (π.χ ότι υπάρχει παρεμβολή στην σκέψη τους), που όμως χρειάζεται προσοχή για να διαπιστωθεί αν το άτομο βιώνει πραγματικά αυτά τα νοσηρά φαινόμενα και ότι δεν είναι απλά αστεϊσμοί. Μερικοί υποστηρίζουν ότι οι παραληρητικές ιδέες και το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων είναι ασύμβατα με το συναίσθημα της φάσης που διέρχεται ο ασθενής.

Στον *καταθλιπτικό τύπο*, εκτός από τα τυπικά καταθλιπτικά συμπτώματα συνυπάρχουν και τυπικές για την σχιζοφρένεια εκδηλώσεις, όπως εκπομπή σκέψης, παρεμβολή στη σκέψη του από ξένες δυνάμεις ή ακόμα ότι συνωμοτούν εναντίον του, ακούει απειλητικές φωνές κ.α

Τέλος, στη *διαταραχή μεικτού τύπου* συνυπάρχουν όλα τα προαναφερθέντα. ⁽¹³⁾

4. Παράνοια

Αποτελεί μια χρόνια και επίμονη διαταραχή που εμφανίζεται με βραδεία, ύπουλη έναρξη, σε άτομα μέσης ή μεγάλης ηλικίας. Το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών μπορεί να είναι *διωκτικό, μεγαλείου, ερωτικό, σωματικό* ή και *μεικτό*.⁽¹³⁾

Στο **Ερωτομανιακό παραλήρημα** η κύρια παρανοϊκή ιδέα είναι ότι ο πάσχων αγαπιέται από ένα φημισμένο άτομο, αστέρα του κινηματογράφου ή γνωστό τραγουδιστή κ.α, και καταντά να περιστρέφεται η ζωή του μόνο γύρω από αυτό το γεγονός. Ο ασθενής κάνει προσπάθειες να έρθει σε επαφή με αυτό το άτομο, ακόμα και κινήσεις καταδίωξης ή παρακολούθησης ακόμα και να φτάσει στον φόνο του ατόμου αυτού πιστεύοντας ότι θα το απαλλάξει από ένα μαρτύριο που ίσως βιώνει. ⁽¹³⁾

Στο **Παραλήρημα μεγαλείου** το άτομο πιστεύει ότι έχει ένα μεγάλο μη αναγνωρισμένο ταλέντο ή μια ενόραση ή ότι έχει κάνει κάποια μεγάλη ανακάλυψη. Υποστηρίζει ακόμα ότι

έχει κάποια ιδιαίτερη σχέση με κάποιο σπουδαίο πρόσωπο θρησκευτικό ή πολιτικό ή ακόμα ότι γεννήθηκε για να επιτελέσει ή για να εφαρμόσει κάποια κοινωνική μεταρρύθμιση π.χ ο ασθενής πιστεύει ότι είναι ο Μέγας Ναπολέων ή ο Ιησούς Χριστός και προσπαθεί να πείσει τον κόσμο για αυτήν του την ταυτότητα και το μοναδικό του έργο. ^(13&9)

Στο **Ζηλοτυπικό παραλήρημα**, το οποίο είναι γνωστό ως ‘‘συζυγική παράνοια’’ ή ‘‘ σύνδρομο του Οθέλλου’’, αρχίζει αιφνίδια και τα συμπτώματα εξαφανίζονται μόνο μετά τον χωρισμό του συζύγου ή τον θάνατο του/της ‘άπιστης’. Ο παρανοϊκός ζηλότυπος είναι επιθετικός λεκτικά ή και σωματικά και μπορεί να φτάσει ακόμα και στο φόνο. Μπορεί να συλλέγει μικρολεπτομέρειες από ενδείξεις της απιστίας (όπως ανακατεμένα ρούχα, μια κηλίδα στο σεντόνι κ.α) και να τις χρησιμοποιεί σαν αδιάσειστες, δικαιολογημένες αποδείξεις. Απαγορεύει την έξοδο στην/ στον άπιστο και την / τον παρακολουθεί κρυφά. ⁽¹³⁾

Στο **Διωκτικό παραλήρημα** είναι το πιο συχνό παραλήρημα. Οι παρανοϊκοί με διωκτικό περιεχόμενο είναι συχνά μνησικάκοι και οξύθυμοι και μπορεί να εκδηλώσουν βιαιότητες σε βάρος αυτών που πιστεύουν ότι τους έβλαψαν. Ο ασθενής μπορεί να νομίζει ότι παρακολουθείται από την αστυνομία, ότι δηλητηριάζεται, ότι του χορηγούνται φάρμακα που επιφέρουν διάφορες αλλαγές, ότι είναι θύμα κάποιας δικαστικής πλάνης και άλλα, με αποτέλεσμα συχνά να εμπλέκεται σε απίθανους δικαστικούς αγώνες. ⁽¹³⁾

Στο **Σωματικό παραλήρημα**, γνωστό και ως ‘‘μονοσυμπτωματική υποχονδριακή ψύχωση’’, το άτομο νομίζει ότι πάσχει από συγκεκριμένη πάθηση και διαφέρει από την υποχονδρία στον βαθμό που το άτομο είναι πεπεισμένο ότι πάσχει από κάτι. Συχνότερα σωματικά παραληρήματα αποτελούν οι φλεγμονές (από βακτηρίδια, ιούς ή παράσιτα), τα επικίνδυνα τσιμπήματα στο δέρμα, η δυσμορφία (άσχημη μύτη) ή η πεποίθηση ότι ορισμένα όργανα δεν λειτουργούν κ.α.

Συχνά στο ιστορικό αναφέρεται κατάχρηση ουσιών και μπορεί να οδηγηθούν μερικοί ασθενείς στην αυτοκτονία λόγω της επιμονής και της έντασης των συμπτωμάτων. ⁽¹³⁾

5. Αυτοκτονία

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός και οι απόπειρες αυτοκτονίας συνδέονται συχνά με καταθλιπτικές διαταραχές που προέρχονται από νευρολογικές και κινητικές διαταραχές ή απομόνωση. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός δεν είναι ένα στατικό φαινόμενο αλλά αυξομειώνεται.

9.(σελ.19)Ιωάννου Ν. Παρασκευόπουλου, Καθηγητού Πανεπιστημίου Αθηνών 1988 – ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ / Διάγνωση, πρόληψη και Θεραπεία των ψυχικών διαταραχών / Αθήνα & 13)(373,374) 2. Ι. Τριποδιανάκης Δ. Σαραντίδης - Αυτοκτονικότητα από Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας 2009 - Διασυνδετική Ψυχιατρική / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ

Η απόφαση να αποπειραθεί κάποιος αυτοκτονία μπορεί να ληφθεί τελείως παρορμητικά, χωρίς πολύ σκέψη, ή να είναι το αποτέλεσμα μακρόχρονης σκέψης και σχεδιασμού.

Οι συχνότεροι μέθοδοι αυτοκτονίας είναι ο απαγχονισμός, η δηλητηρίαση με ουσίες ή φάρμακα και η πτώση από ύψος.

Ενδείξεις επικείμενου κινδύνου αυτοκτονίας είναι οι σαφείς τάσεις αυτοκτονίας, διαρκείς ευχές να πεθάνει, προηγούμενα επεισόδια αυτοκαταστροφικά, καταθλιπτική διαταραχή, αντικοινωνική συμπεριφορά, απομόνωση, μεγάλη ηλικία, άρρεν φύλο, απώλεια ευχαρίστησης της ζωής. Ακόμη, το άτομο εμφανίζει αβάστακτο ψυχικό πόνο, ματαίωση, απελπισία, αίσθημα αβοηθησίας, αμφιθυμία (είναι η πιο συχνή γνωσιακή κατάσταση στην αυτοκτονία), στένωση του συναισθήματος και των γνωστικών λειτουργιών, κοινοποίηση της πρόθεσης τερματισμού της ζωής και στο ιστορικό τους υπάρχουν μακροχρόνιες δυσκολίες στην αντιμετώπιση καταστάσεων.⁽¹⁰⁾

Διακρίνονται τέσσερις τύποι αυτοκτονίας:

1. Εγωιστική αυτοκτονία: Η αιτία της αυτοκτονίας είναι ο εγωισμός και η ασθενής σχέση του ατόμου με την κοινότητα έτσι ώστε το να δώσει τέρμα στην ζωή του θα είχε ελάχιστη επίδραση στους άλλους. Αυτό ο Durkheim το είδε και σε μοναχικά και διαζευγμένα άτομα.

2. Αλτρουιστική αυτοκτονία: Ο αλτρουισμός είναι η αντίθετη κατάσταση από τον εγωισμό. Το άτομο θα προβεί σε αυτοκτονία, ανεξάρτητα από τους δισταγμούς του, εφόσον αυτό απαιτούν οι κοινωνικές νόρμες. Ο Durkheim ερμήνευσε αυτές τις αυτοκτονίες στον αρχαίο κόσμο ή σε πρωτόγονες κοινωνίες και σε ανατολικές θρησκείες.

3. Ανομική αυτοκτονία: Ο Όρος ανομία αναφέρεται στην κατάσταση κατά την οποία οι κοινωνικοί και οι ηθικοί κανόνες είναι συγκεχυμένοι, ασαφείς ή και ελλείπουν για το άτομο. Αυτός ο τύπος αυτοκτονίας συμβαίνει όταν οι νόρμες και οι νόμοι της κοινωνίας δεν ανταποκρίνονται στους στόχους της ζωής του ατόμου, το οποίο με την πράξη του δραπετεύει από αυτούς.

4. Φαταλιστική αυτοκτονία: ο φαταλισμός είναι ακριβώς αντίθετη κατάσταση της ανομίας, κατά την οποία η κοινωνική ρύθμιση έχει ενσταλαχτεί στο άτομο ολοκληρωτικά και δεν υπάρχει ελπίδα αλλαγής ενάντια στην καταπιεστική πειθαρχία της κοινωνίας. Ο μόνος τρόπος απελευθέρωσης είναι η αυτοκτονία.⁽¹³⁾

10.(σελ.169,170) Θεόδωρος Ι. Μπαλλής 2000 – Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων / University Studio Press & 13)(σελ.376) 2. Ι. Τριποδιανάκης Δ. Σαραντιδής - Αυτοκτονικότητα από Α. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας 2009 - Διασυνδεδετική Ψυχιατρική / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ

Ας αναλύσουμε κάποιους ορισμούς για να κατανοήσουμε περισσότερο την αυτοκτονία και ότι συνεπάγεται :

Αυτοκτονία : ο θάνατος από το ίδιο το χέρι του ατόμου με σαφή ή συγκαλυμμένη πρόθεση να θέσει τέρμα στη ζωή του.

Απόπειρα αυτοκτονίας : Η μη μοιραία για τη ζωή αυτοβλαπτική συμπεριφορά ενός ατόμου με σαφή ή συγκαλυμμένη πρόθεση να τερματίσει τη ζωή του.

Ανεσταλμένη απόπειρα αυτοκτονίας : Η δυνητικά αυτοβλαπτική συμπεριφορά ενός ατόμου με σαφή ή συγκαλυμμένη πρόθεση να τερματίσει τη ζωή του, συμπεριφορά που το άτομο ανέστειλε πριν συμβεί σωματική βλάβη.

Αυτοκτονικός ιδεασμός : Σκέψεις τερματισμού της ζωής. Ποικίλει ως προς τη σοβαρότητα, η οποία εξαρτάται από τον βαθμό επεξεργασίας των σχεδίων αυτοκαταστροφής και τη σοβαρότητα πρόθεσης αυτοκαταστροφής.

Αυτοκαταστροφική πρόθεση : Υποκειμενική προσδοκία και επιθυμία η αυτοκαταστροφική πράξη να οδηγήσει στον θάνατο.

Επικινδυνότητα για τη ζωή της αυτοκτονικής συμπεριφοράς : Η επικινδυνότητα για τη ζωή είναι διαφορετική και μπορεί να μην συμπίπτει πάντα με τις προσδοκίες του ατόμου για το τί είναι επικίνδυνο από πλευράς ιατρικής.

Εσκεμμένη βλάβη του εαυτού : Η εκούσια πρόκληση οδυνηρής, καταστροφικής ή βλαπτικής του σώματος πράξης χωρίς επιθυμία θανάτου. ⁽¹³⁾

2.4 Συναισθηματικές Διαταραχές (Συμπεριφοράς)

Οι διαταραχές Συμπεριφοράς ή διαγωγής αναφέρονται σε καταστάσεις που κύριο χαρακτηριστικό τους είναι οι αντικοινωνικές μορφές έκφρασης των εσωτερικών ενορμήσεων και επιθυμιών ειδικά κάτω από συνθήκες στρες. Αναφέρονται σε πράξεις που συστηματικά είναι αντίθετες με το ηθικό, κοινωνικά καθιερωμένο και την έννομη τάξη. Το άτομο με διαταραχή διαγωγής δεν θεωρεί υπεύθυνο για τα ψυχολογικά του προβλήματα, τον εαυτό του, αλλά ενοχοποιεί την κοινωνία, αλλά άτομα κ.τ.λ.

Από τις μορφές ψυχικών παθήσεων η διαταραχή αυτή είναι κυρίως ενδοτροπική και ζημιώνει το ίδιο το άτομο. ⁽⁹⁾

Το συναίσθημα χωρίζεται σε τρεις συνιστώσες: τη *συμπεριφορά*, τη *φυσιολογία* ή τη *γνωστική διεργασία*. Πιο συγκεκριμένα, οι θεωρητικοί τονίζουν για την συμπεριφορά ότι το συναίσθημα είναι τρόπος επικοινωνίας ανάμεσα στα άτομα. Μέσω της

9.(σελ.22)Ιωάννου Ν. Παρασκευόπουλου, Καθηγητού Πανεπιστημίου Αθηνών 1988 – ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ / Διάγνωση, πρόληψη και Θεραπεία των ψυχικών διαταραχών / Αθήνα & 13)(σελ.377) 2. Ι. Τριποδιανάκης Δ. Σαραντίδης - Αυτοκτονικότητα από Α. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας 2009 - Διασυνδετική Ψυχιατρική / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ

έκφρασης του προσώπου αυξάνονται οι πιθανότητες επιβίωσης των άλλων επειδή μπορούν αν αντιδράσουν γρηγορότερα σε μια πραγματική απειλή. Αυτός είναι ένας λόγος που τα συναισθήματα είναι μεταδοτικά.

Ο Cannon (1929), για την φυσιολογία του συναισθήματος, θεωρούσε το συναίσθημα ως μια κυρίως εγκεφαλική λειτουργία.

Τέλος, μια ομάδα διακεκριμένων θεωρητικών εστιάζουν την προσοχή τους στη μελέτη των γνωστικών πλευρών του συναισθήματος. Ο πιο σημαντικός είναι ο Richard S. Lazarus, οποίος υποστηρίζει ότι οι αλλαγές στο περιβάλλον του ατόμου εκτιμώνται σύμφωνα με την πιθανή του συνέπεια στο συγκεκριμένο άτομο. Το είδος της εκτίμησης που κάνει το άτομο καθορίζει και το συναίσθημα που βιώνει π.χ. αν δει κάποιος να κρατάει όπλο, πιθανότατα θα εκτιμήσει την κατάσταση ως επικίνδυνη και θα νιώσει το συναίσθημα του φόβου.⁽¹⁾

ο ***Βασικοί τύποι κατάθλιψης:***

- Αγχώδης κατάθλιψη
- Πολύ βαριά μορφή – Καταθλιπτική εμβρονησία
- Ψυχωσική – Παραληρητική κατάθλιψη
- Λανθάνουσα κατάθλιψη – Συγκαλυμμένη (συμπτώματα υποχόνδρια, πονοκέφαλο, πόνο στη μέση, στην κοιλιά, μουδιάζουν τα άκρα – εμφανίζεται και στην εφηβεία).

με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης :

- την Διπολική διαταραχή
- την Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή
- την Δυσθυμία και κυκλοθυμία
- και την Μανία – Μελαγχολία

Αναλυτικότερα :

1. Οι ψυχωσικές μορφές κατάθλιψης ή της μανίας θα πρέπει να διαφοροδιαγνωστούν από την σχιζοφρένια. Οι διαταραχές που προκαλούνται από την χρήση ουσιών μπορούν να διαφοροδιαγνωστούν μόνο μετά την διακοπή της χρήσης ουσιών. Εν τούτοις, μόνο όταν μιλάμε μόνοι μας με το άτομο μπορούμε να αντλήσουμε πληροφορίες για

1.(σελ.54)Barlow Durand – Επιμέλεια: Λάμπρος Μεσσήνης 2001 / ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΚΔΟΣΗ / Ψυχολογία & παθολογική Συμπεριφορά: Μια Σύνθετη Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση Α ΤΟΜΟΣ / εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα

αυτοκτονικό ιδεασμό ή απόπειρα αυτοκτονίας, εγκυμοσύνη, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, χρήση οινόπνευματος ή τοξικών ουσιών ή αστυνομικές παραβάσεις.

1. 1. Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR, το άτομο πρέπει να έχει τουλάχιστον ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο χωρίς κανένα μανιακό επεισόδιο. Το DSM-IV απαριθμεί 9 κριτήρια, από τα οποία πρέπει να πληρούνται τουλάχιστον τα 5 από αυτά στη διάρκεια 2 συνεχόμενων εβδομάδων. Πρέπει να υπάρχει αλλαγή της προηγούμενης λειτουργικότητας και πολλά από αυτά είναι σωματικά συμπτώματα⁽³⁾

Η διαταραχή της διάθεσης συμβαίνει μετά από μια σημαντική για το άτομο απώλεια ή θάνατο. Είναι μια μορφή αντίδρασης στο στρες ή μια δευτερογενή αντίδραση σε ασθενείς με οργανικά ή ψυχιατρικά προβλήματα και τέλος μπορεί να αποτελεί μια ψυχοπαθολογική διαταραχή ή σύνδρομο, όπως η “μείζον καταθλιπτική διαταραχή”, η “ήπια” ή “ελάσσων κατάθλιψη”, η “δυσθυμική διαταραχή” και οι “διπολικές διαταραχές” που μεταξύ άλλων κατατάσσονται, σύμφωνα με το ICD-10 και με το DSM-IV στις “Διαταραχές διάθεσης”.

Πρέπει να έχει καταθλιπτική διάθεση για την περισσότερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα. Αυτό μπορεί να προκύψει είτε από μια υποκειμενική αναφορά (λένε ότι αισθάνονται απελπισμένοι, θλιμμένοι, κενοί κ.τ.λ) είτε από αντικειμενική παρατήρηση από άλλους (κάποιος τρίτος λέει – οικογένεια, φροντιστές – κλινικό προσωπικό – ότι κλαίνε συχνά).

1. Το άτομο πρέπει να έχει ανηδονία, που σημαίνει σημαντικά ελαττωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση σε όλες ή σχεδόν όλες, τις δραστηριότητες για την περισσότερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.

Το άτομο θα εμφανίσει σημαντική απώλεια βάρους χωρίς να βρίσκεται σε δίαιτα, σημαντική αύξηση βάρους (πάνω από 5% σε ένα μήνα) ή αλλαγή στην όρεξη για φαγητό. Οι καταθλιπτικοί πολλές φορές τρώνε πολύ και έτοιμο φαγητό γιατί τους κάνει να αισθανθούν καλύτερα. Έτσι, ενώ συνήθως οι καταθλιπτικοί που βλέπουμε τρώνε λίγο,

υπάρχουν και αυτοί που τρώνε παραπάνω από το φυσιολογικό.

2. Το άτομο θα έχει διαταραχές ύπνου, συνήθως αϋπνία ή υπερυπνία (αυξημένο ύπνο) σχεδόν κάθε μέρα. Ένα σημαντικό φαινόμενο είναι το άτομο να ξυπνάει στη μέση της νύχτας και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί.
3. Μπορεί να παρατηρηθεί ψυχοκινητική διέγερση (μπορεί να δείχνει σαν μανία) ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα. Και τα δυο αυτά πρέπει να είναι παρατηρήσιμα από τους άλλους.
4. Το άτομο αισθάνεται κόπωση και απώλεια ενεργητικότητας σχεδόν κάθε μέρα.
5. Το άτομο θα έχει αισθήματα αναξιότητας ή απρόσφορης ενοχής. Δεν συμπεριλαμβάνεται ενοχή για το ότι είναι άρρωστο το άτομο. Εδώ χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή γιατί πολλοί ασθενείς έρχονται στους κλινικούς με χαμηλή αυτοεκτίμηση και αναξιότητα.
6. Παρουσιάζεται μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης ή σκέψης ή αναποφασιστικότητα, σχεδόν κάθε μέρα. Πάλι χρειάζεται προσοχή εδώ γιατί τα ίδια ισχύουν και σε αρκετές από τις Αγχώδεις Διαταραχές αλλά και σε άλλες ψυχικές νόσους.
7. Τέλος, μπορεί να υπάρχουν επανερχόμενες σκέψεις θανάτου (όχι απλά φόβος θανάτου), αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή αυτοκαταστροφική απόπειρα ή συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας.⁽³⁾

Σε παιδιά και εφήβους με κατάθλιψη εμφανίζονται ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Οι καταθλιπτικές αυτές παραληρητικές ιδέες έχουν περιεχόμενο ενοχής, σοβαρών σωματικών παθήσεων, θανάτου, μηδενισμού, επικείμενης τιμωρίας, προσωπικής αναξιότητας και καμιά φορά καταδίωξης.

Οι καταθλιπτικές ψευδαισθήσεις συνήθως αποτελούνται από μια φωνή που μιλά στον άρρωστο έξω από το κεφάλι του και τον κατηγορεί, τον μειώνει ή τον προτρέπει σε αυτοκτονία.

1. 2. Διπολική Διαταραχή

Το DSM-IV αναγνωρίζει τρεις τύπους Διπολικής Διαταραχής, οι οποίοι περιλαμβάνουν είτε ένα Μανιακό είτε ένα Υπομανιακό επεισόδιο. Το Υπομανιακό επεισόδιο χαρακτηρίζεται από μια περίοδο αυξημένης ενέργειας ή εγρήγορσης που δεν είναι αρκετά

3. (σελ65) Andrew R. Getzfeld – Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λάμπρος Μεσσήνης, Ph.D , πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας / εκδόσεις GOTSIS

σοβαρή για να αποτελεί Μανιακό επεισόδιο. Για την Διπολική I διαταραχή το άτομο πρέπει να έχει βιώσει τουλάχιστον ένα Μανιακό ή Μικτό επεισόδιο. Στο μικτό επεισόδιο πληρούνται τα κριτήρια τόσο του Μανιακού όσο και του καταθλιπτικού επεισοδίου σχεδόν κάθε μέρα για περίοδο τουλάχιστον μιας εβδομάδας (APA, 2000). Τα άτομα αυτά θα πρέπει επίσης να έχουν ιστορικό μείζονος κατάθλιψης.

Για να διαγνωστεί η Διπολική II διαταραχή θα πρέπει να υπάρχει τουλάχιστον ένα Μείζον Καταθλιπτικό επεισόδιο, τουλάχιστον ένα Υπομανιακό και κανένα Μανιακό επεισόδιο. Τα συμπτώματα του Υπομανιακού είναι ίδια με του Μανιακού αλλά διαφέρουν στη διάρκεια και τη βαρύτητα.

Μανία: Πρόκειται για μια περίοδο παθολογικά και επίμονα ανεβασμένης, διαχυτικής ή ευερέθιστης διάθεσης που διαρκεί τουλάχιστον μια εβδομάδα (ή οποιασδήποτε διάρκειας εάν είναι απαραίτητη η νοσηλεία).

Υπομανία: Είναι μια βραχύτερη και λιγότερη σοβαρή μορφή μανίας. Η ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη διάθεση πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον τέσσερις μέρες, σε αντίθεση με τη μια εβδομάδα που ισχύει για το Μανιακό επεισόδιο. Η αλλαγή στη διάθεση πρέπει να είναι εμφανής σε τρίτους.

Για να υπάρχει Διπολική διαταραχή πρέπει:

* Το άτομο να έχει βιώσει μια περίοδο παθολογικά και επίμονα ανεβασμένης, διαχυτικής ή ευερέθιστης διάθεσης που διαρκεί τουλάχιστον μια εβδομάδα. Επίσης, στη διάρκεια αυτής της διαταραχής της διάθεσης, θα πρέπει να υπάρχουν τρία ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα (τέσσερα εάν η διάθεση είναι μόνο ευερέθιστη). Επίσης τα συμπτώματα αυτά θα πρέπει να είναι αρκετά σοβαρά.

1. Το άτομο θα πρέπει να έχει διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου.
2. Το άτομο θα πρέπει να έχει μειωμένη ανάγκη για ύπνο, δηλαδή αισθάνεται ξεκούραστο με μόνο 3 ώρες ύπνου.
3. Το άτομο θα πρέπει να είναι πιο φλύαρο από ότι συνήθως ή μπορεί να μιλά πιο γρήγορα από ότι συνήθως.
4. Θα πρέπει να έχει φυγή ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν.

5. Θα πρέπει να περισπάται εύκολα η προσοχή του, δηλαδή η προσοχή του στρέφεται εύκολα σε πράγματα ανούσια ή άσχετα. Μπορεί να μιλάτε μαζί του και εκείνο να βρίσκει ατέλειες στα ρούχα, στο γραφείο, στο παράθυρο.
6. Θα πρέπει να υπάρχει αυξημένη ενεργητικότητα στη δουλειά, στο σπίτι ή τις σεξουαλικές δραστηριότητες.
7. Τέλος, θα πρέπει να επιδεικνύει υπέρμετρη εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες, που συνήθως έχουν οδυνηρές συνέπειες. Κλασικό παράδειγμα είναι η εξάντληση πιστωτικών καρτών, η εμπλοκή σε ανόητες επενδύσεις κ.α. ⁽³⁾

1.3. Δυσθυμία και κυκλοθυμία

Η **δυσθυμία** και η **κυκλοθυμία** είναι ήπιες μορφές κατάθλιψης και της διπολικής διαταραχής. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι παρά την ομοιότητα τους έχουν πιθανώς διαφορετικό βιολογικό και ψυχολογικό υπόστρωμα από τις βαριές μορφές στις οποίες μοιάζουν.

Ο όρος **δυσθυμία** χρησιμοποιείται από το 1980 και σημαίνει “κακή διάθεση”. Θα μπορούσε να υποστηριχτεί ότι η **δυσθυμία** βρίσκεται μεταξύ της φυσιολογικής ψυχικής κατάστασης και της κατάθλιψης. Σήμερα θεωρείται μια δυσίατη και αρκετά συχνή διαταραχή.

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της **δυσθυμίας** είναι τα εξής:

- Η διάρκεια της ασθένειας πρέπει να είναι τουλάχιστον 2 χρόνια στους ενήλικες και ένας χρόνος στα παιδιά και στους εφήβους.
- Οι ασθενείς αναφέρουν ότι πάσχουν από αϋπνία (καθυστέρηση στην έναρξη του ύπνου, συχνά ξυπνήματα ή πρόωρο πρωινό ξύπνημα).
- Μειωμένη ενεργητικότητα, εύκολη κούραση, δυσκολία σκέψης και αυτοσυγκέντρωσης, χαμηλή αυτοεκτίμηση και απώλεια ενδιαφερόντων.
- Πιστεύουν ότι είναι άτυχοι και είναι κατηφείς, δεν χαίρονται σχεδόν με τίποτε, δείχνουν αδιάφοροι και είναι χειρότερα το πρωί.
- Συχνά υποφέρουν από σεξουαλικές διαταραχές και συχνά παραπονιούνται για ενοχλήματα από την καρδιά, το έντερο ή το κεφάλι.
- Είναι συνήθως σαρκαστικοί και είρωνες, μηδενιστές, απαιτητικοί, ευερέθιστοι και άκαμπτοι. Αρνούνται στην αρχή την θεραπευτική αγωγή αν και έρχονται κανονικά στα

3. (σελ.63) Andrew R. Getzfeld – Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λάμπρος Μεσσήνης, Ph.D πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας – εκδόσεις GOTSIS

ραντεβού τους με τον ψυχίατρο.

- Παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους, κατάχρηση οινοπνεύματος ή άλλων ουσιών.
- Μερικές φορές οι άρρωστοι αναφέρουν ότι αισθάνονται καλά, αλλά αυτό διαρκεί λίγες ημέρες ή εβδομάδες, ενώ τον περισσότερο καιρό είναι κουρασμένοι και καταθλιπτικοί.⁽³⁾

* Επηρεάζεται σημαντικά η οικογενειακή, συναισθηματική, κοινωνική, επαγγελματική ζωή του ατόμου. Η ποιότητα ζωής του είναι ιδιαίτερα χαμηλή.

Κυκλοθυμία: Πρόκειται για επίμονη αστάθεια της διάθεσης, η οποία περιλαμβάνει πολλές περιόδους ήπιας κατάθλιψης και ήπιας υπομανίας. Η αστάθεια αυτή συνήθως εμφανίζεται στην ενήλικη ζωή και ακολουθεί χρόνια πορεία, αν και κατά διαστήματα η διάθεση επανέρχεται στο φυσιολογικό και διατηρείται σταθερή για μερικούς μήνες κάθε φορά. Οι περισσότεροι άρρωστοι προσφεύγουν στην βοήθεια του ψυχιάτρου εξ αιτίας της κατάθλιψης. Τα ουσιαστικά προβλήματα τους οφείλονται στην απρόβλεπτη και χαοτική κατάσταση της συμπεριφοράς τους, που προκαλείται από την υπομανιακή φάση.

Τα κριτήρια για την διάγνωση απαιτούν περίπου σταθερή παρουσία των συμπτωμάτων για τουλάχιστον 2 χρόνια (1 χρόνο για τα παιδιά και τους εφήβους). Όλοι οι ασθενείς έχουν περιόδους με μεικτά συμπτώματα (καταθλιπτικά και υπομανιακά) που κυρίως εκδηλώνονταν με ευερεθιστότητα.

Ακόμα, η ζωή του ατόμου με κυκλοθυμία είναι αρκετά προβληματική. Αναφερόμαστε στους κύκλους της διαταραχής από κατάθλιψη σε υπομανία και αντίστροφα. Οι μεταβολές του θυμικού είναι ακανόνιστες και απότομες και μερικές φορές συμβαίνουν μέσα σε λίγες ώρες. Οι άρρωστοι αντιλαμβάνονται ότι η συναισθηματική κατάσταση τους είναι ανεξέλεγκτη και αυτό τους δημιουργεί επιπλέον Stress, ιδίως σε περιόδους κατά τις οποίες νιώθουν φυσιολογικά. Στις περιόδους με μεικτή συμπτωματολογία γίνονται ευερέθιστοι και ανυπόφοροι και δημιουργούν παρεξηγήσεις με φίλους, συνεργάτες ή μέλη της οικογένειας τους.⁽¹⁰⁾

3.(σελ.63) Andrew R. Getzfeld – Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λάμπρος Μεσσήνης, Ph.D - πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009, *Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας* / εκδόσεις GOTSIS & 10.(σελ.160,161) Θεόδωρος Ι. Μπαλλής 2000 – *Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων* / University Studio Press

1. 4. Μανία – Μελαγχολία

Πρόκειται για μείζονες διαταραχές του συναισθήματος. Χαρακτηρίζεται από περιοδική εμφάνιση ακραίων συναισθηματικών καταστάσεων, αφενός καταθλιπτικής κατάπτωσης – φάση μελαγχολίας – και αφετέρου πλεονάζουσας συναισθηματικής έξαρσης – φάση μανίας. Οι δυο αυτές φάσεις (μελαγχολίας – μανίας) μπορεί να διαδέχονται η μια την άλλη, οπότε έχουμε τη λεγόμενη μανιοκαταθλιπτική (ή διπολική – κυκλική) ψύχωση. Μπορεί όμως να επαναλαμβάνεται περιοδικά μια μόνο φάση, πάντοτε η ίδια, οπότε έχουμε τη λεγόμενη μονοφασική (ή μονοπολική) ψύχωση.⁽⁹⁾

Στην φάση της **μανίας** τα συμπτώματα είναι: Έκφραση ζωνρή (έχει βλέμμα σπινθηροβόλο, κάνει συνεχώς χειρονομίες), θυμική έξαρση (είναι εύθυμος, φλύαρος, δραστήριος, αισιόδοξος, ευέξαπτος), υπερεκτίμηση του Εγώ (πιστεύει ότι είναι ωραίος, πλούσιος, έξυπνος, άξιος, ικανός), ιδεόρροια – λογόρροια (έχει πληθώρα ιδεών, τις οποίες για να εκφράσει, μιλάει γρήγορα και αδιάλειπτα), υπερκινητικότητα (κοιμάται λίγο, κουράζεται δύσκολα, μπορεί να χορεύει για ώρες), αύξηση της ερωτικής επιθυμίας κ.τ.λ.

Στην φάση της **μελαγχολίας** (τον αντίποδα της μανίας) τα συμπτώματα είναι: Αθυμία και κατήφεια, παραμελημένη εμφάνιση, αναποφασιστικότητα, ευσυγκινησία, πτωχεία και λίμνασμα ιδεών, ανορεξία και απώλεια βάρους, μειωμένη κινητικότητα που μπορεί να φτάσει στην εμβροντησία (πλήρης αναστολή κάθε κίνησης), συναισθήματα αναξιοσύνης και ενοχής, τάσεις αυτοκαταστροφής, αναφροδισία και σεξουαλική ανικανότητα κ.τ.λ.⁽⁹⁾

Ακόμα οι συναισθηματικές διαταραχές διαχωρίζονται σε :

2. Διαταραχές προσωπικότητας:

Ο Όρος “διαταραχή προσωπικότητας”. Χαρακτηρίζονται από άκαμπτες δυσλειτουργικές αντιδράσεις του ατόμου. Γενικά τα άτομα με διαταραχές προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από μια δυσκολία διαχείρισης της ενδοψυχικής τους πραγματικότητας, οι συμπεριφορές να είναι εναρμονισμένες με το εγώ του, και των διαπροσωπικών τους σχέσεων. Το επιβαρυντικό γεγονός της νόσου και της νοσηλείας επιτείνει αυτές της δυσκολίες και οι αναφερόμενοι αντιδρούν με έναν τρόπο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας τους. Τα άτομα αυτά ενοχοποιούν την κοινωνία, τους άλλους κ.τ.λ.⁽⁴⁾

9.(σελ.20,21) Ιωάννου Ν. Παρασκευόπουλου, Καθηγητού Πανεπιστημίου Αθηνών 1988 – *ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ / Διάγνωση, πρόληψη και Θεραπεία των ψυχικών διαταραχών* / Αθήνα & 13)(σελ.219) 14. Ι. Βαρτζόπουλος, Ε. Τζεμπελικός - Ο ασθενής με διαταραχή προσωπικότητας από Α. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας 2009 - *Ψυχιατρικές Διασυνδεδετική / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ & 4.*(σελ.48) Χριστοδουλίδης Πάυλος 2010|εξάμηνο Γ Σημειώσεις – *Θέματα Κλινικής Ψυχολογίας / Συμπεριφορισμός / Γιάννινα*

Αυτές είναι :

2. 1. Ψυχοπαθητική προσωπικότητα

Η συμπεριφορά του ατόμου με ψυχοπαθητική προσωπικότητα καθορίζεται εξολοκλήρου από τις δίκες του επιθυμίες. Ενεργεί παρορμητικά και επιδιώκει άμεση ικανοποίηση των ορέξεων και των επιθυμιών του, χωρίς κανέναν ηθικό φραγμό. Γνωρίζει ποιο είναι το πρόπον αλλά δείχνει παντελή αδιαφορία και περιφρόνηση στους κοινωνικούς κανόνες και παντελή έλλειψη συναισθημάτων φιλαλληλίας και αναλγησία. Κύριο χαρακτηριστικό της πάθησης είναι ότι το άτομο προβαίνει συστηματικά σε αντικοινωνικές πράξεις (κλέβει, ψεύδεται, βασανίζει τους άλλους), χωρίς να νιώθει συναίσθημα ενοχής ή μεταμέλειας και ενεργεί μόνο του. ⁽⁹⁾

Δεν πρέπει να συγχέεται με άλλες διαταραχές προσωπικότητας όπως:

2. 2. Παρανοειδής διαταραχή της προσωπικότητας

Χαρακτηριστικά συμπτώματα: υπερβολική ευαισθησία στην αποτυχία και την απόρριψη, δεν ξεχνά προσβολές ή απορρίψεις από τους άλλους, καχυποψία, πίστη ότι έχει πάντοτε δίκιο και στρέφεται εναντίον αυτού που πάει να τον μεταπείσει, αδικαιολόγητες υποψίες για την πίστη του/της συντρόφου, θεώρηση του εαυτού του ως υπερβολικά σημαντικού και υπεραπασχόληση με αβάσιμες ‘‘συνωμοτικές’’ ερμηνείες των διαφόρων γεγονότων. Διατηρεί γενικά την επαφή με την πραγματικότητα, οι σκέψεις του είναι μεγεθύνσεις πεποιθήσεων και καχυποψίας κοινών σε όλους τους ανθρώπους. Η ένταση της ενδοψυχικής του κατάστασης ανακουφίζεται με τη συμμετοχή του σε ευρύτερες ομάδες που πρεσβεύουν την άποψη του φανερού ή κρυμμένου εχθρού στους έχοντες διαφορετικές δοξασίες και στάση ζωής. ^(10&13)

Σε ένα ενδονοσοκομειακό πλαίσιο, η νόσος βιώνεται από τον νοσηλεύόμενο ασθενή με παρανοειδή διαταραχή προσωπικότητας ως επιβεβαίωση βαθύτερων φόβων αναξιοσύνης και εγκατάλειψης στη μοίρα του, με έντονη ντροπή για αυτό που του συμβαίνει και έντονο φόβο επειδή εξαρτάται από τους θεράποντες και το προσωπικό. Το περιβάλλον ελέγχεται συνεχώς λόγω της καχυποψίας του. Η θετική μεταχείριση των θεραπειών γίνεται κατά τον αυτόν, για να του αποσπάσουν για παράδειγμα χρήματα και οι διαγνωστικοί προβληματισμοί και οι καθυστερήσεις γίνονται γιατί τον παραμελούν, ενώ οι άλλοι έχουν

9.(σελ.22) Ιωάννου Ν. Παρασκευόπουλου, Καθηγητού Πανεπιστημίου Αθηνών 1988 – ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ / Διάγνωση, πρόληψη και Θεραπεία των ψυχικών διαταραχών / Αθήνα & 10.(σελ.276) Θεόδωρος Ι. Μπαλλής 2000 – Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπειών των ψυχικών παθήσεων / University Studio Press, & 13) (σελ.223) 4. 14 Ι. Βαρτζόπουλος, Ε. Τζεμπελίκος - Ο ασθενής με διαταραχή προσωπικότητας από – Α. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας 2009 - Διασυνδεδετική Ψυχιατρική / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ

ειδική μεταχείριση.⁽¹³⁾

2. 3. Σχιζοειδής και σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας

Θεωρούνται και οι δύο τύποι ότι αποτελούν άτυπες μορφές ήπιας σχιζοφρένειας. Κοινό στοιχείο τους είναι η έντονη κοινωνική απόσυρση και το “περισφιγμένο” συναίσθημα. Η σχιζότυπη διαταραχή και η σχιζοφρένεια συνδέονται στους τομείς της ελλειμματικής προσοχής και της παρατηρητικότητας.

Συμφώνα με το DSM-IV τα χαρακτηριστικά που απαρτίζουν την διαταραχή είναι γενική απόσυρση από κοινωνικές σχέσεις, επιλεκτική έκφραση συναισθημάτων κυρίως σε συγγενείς πρώτου βαθμού. Το άτομο δεν απολαμβάνει τις σχέσεις, επιλεγεί μοναχικές δραστηριότητες, δεν ακολουθεί την εξέλιξη των συνομηλίκων του, δεν αναπτύσσει ερωτική δραστηριότητα, παρουσιάζει για τους άλλους ψυχρότητα ή επίπεδο συναίσθημα. Παρουσιάζει ακόμα, γνωστικά και αντιληπτικά ελλείμματα και εκκεντρικότητα στην εμφάνιση και συμπεριφορά. Παρατηρούνται παράδοξες πεποιθήσεις ή μαγική σκέψη, που δεν εντάσσονται σε μια υποκοουλτούρα, με ασαφή, μεταφορικό υπερλεπτομερή, στερεότυπο λόγο. Αυτοί οι ασθενείς σκέφτονται με καχυποψία, απρόσφορο συναίσθημα, τάση για συσχετίσεις, παράδοξες αντιληπτικές εμπειρίες, έντονο κοινωνικό άγχος, το οποίο δεν ελαττώνεται με την οικειότητα.

Αυτοί οι ασθενείς πιο συγκεκριμένα, με σχιζοειδή και σχιζότυπη διαταραχή, θεωρούνται αλλόκοτοι, περίεργοι και απομονωμένοι. Θεωρείται ότι τα άτομα αυτά έχουν διάσπαση της εικόνας εαυτού, έτσι ώστε δεν είναι σίγουροι για τις σκέψεις, τα συναισθήματα και την ταυτότητα τους και η απόσυρση είναι η τελική λύση.⁽¹³⁾

2. 4. Δυσκοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας

Χαρακτηριστικά συμπτώματα: Αδυναμία συμμόρφωσης με το νόμο , συμπεριφορά εξαπάτησης για προσωπικό κέρδος και ευχαρίστηση, συναισθηματική σκληρότητα και αδιαφορία για τα συναισθήματα των άλλων, έλλειψη υπευθυνότητας και σεβασμού των κανόνων και υποχρεώσεων, εύκολη εκδήλωση επιθετικότητας με πιθανό σοβαρό τραυματισμό του άλλου ή και θάνατο, έλλειψη αισθήματος ενοχής και αδυναμία να διδαχτεί από την τιμωρία, ρίχνει το φταίξιμο στους άλλους με αληθοφανείς εκλογικεύσεις.^(10&13)

10.(σελ.276) Θεόδωρος Ι. Μπαλλής 2000 – Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων / University Studio Press & 13)(σελ.230) 2. 14 Ι. Βαρτζόπουλος, Ε. Τζεμπελίκος - Ο ασθενής με διαταραχή προσωπικότητας από Α. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας 2009 - Διασυνδεδετική Ψυχιατρική – ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ

2. 5. Μεθοριακός τύπος

Χαρακτηριστικά συμπτώματα που περιγράφουν τη διαταραχή: συναισθηματική αστάθεια, ασαφή εικόνα για τον εαυτό του – για τις προτιμήσεις του και τους στόχους του, δοκιμάζει συναισθήματα κενού, ρέπει σε έντονες αλλά ασταθείς διαπροσωπικές σχέσεις, συναισθηματικές κρίσεις και συχνά απειλεί με αυτοκτονία ή αυτοβλαπτικές πράξεις. Ακόμα παρατηρούνται απότομα εναλλασσόμενα συναισθήματα και έντονη παρορμητικότητα. Εμφανίζει έντονη ενασχόληση με την αποφυγή μιας πραγματικής ή φαντασιακής εγκατάλειψης, αχαλίνωτες και δεσμευτικές φαντασιώσεις συχνά σεξουαλικού περιεχομένου, επεισόδια βουλιμίας. Τα συναισθήματα του είναι κενά και χαρακτηρίζονται από ανηδονία, παρορμητικότητα, απρόσφορος και έντονος θυμός, παρανοϊκός ιδεασμός σοβαρά αποσυνδεδετικά φαινόμενα.

Η νόσος και η νοσηλεία για τον μεθοριακό τύπο βιώνεται από τον ίδιο ως έκθεση σε αμφίσημο και δυνητικά επικίνδυνο περιβάλλον. Αναζητά ανθρώπους να στηριχτεί και ανακαλύπτει εκείνους που τον επιβουλεύονται. Εξεγείρεται για δυσδιάκριτους λόγους και κάνει επικίνδυνες πράξεις. ^(10&13)

2. 6. Οιστριονική διαταραχή της προσωπικότητας

Χαρακτηριστικά συμπτώματα: αυτοδραματοποίηση, θεατρνισμοί, υποβολιμότητα, ρηχό και ευμετάβλητο συναίσθημα, συνεχή αναζήτηση συγκινήσεων και δραστηριοτήτων (όπου να γίνεται το επίκεντρο του ενδιαφέροντος), ανάρμοστη επιστράτευση, υπεραπασχόληση με την σωματική ελκυστικότητα, απόκρυψη πραγματικής ηλικίας και υπερβολική αυταρέσκεια, επιδεικτική συμπεριφορά, σαγήνη και έκπληξη όταν οι άλλοι ανταποκρίνονται. Οι σχέσεις με τα άλλα άτομα χαρακτηρίζονται από θαυμασμό και προσκόλληση, συχνά αναίτια απογοήτευση, δυσκολία στον αποχωρισμό και συχνά εύκολη αντικατάσταση. Ο εσωτερικός ηθικός νόμος είναι ελαστικός και εφαρμόζεται κατά περίπτωση στον εαυτό του και τους άλλους.

Τα άτομα αυτά ειδικότερα, προσδίδουν μεγάλη αξία στο σώμα τους, όπου εκεί αποδίδεται η ταυτότητα τους, στην ελκυστικότητα. Η νοσηλεία τους σε νοσοκομείο έχει τραυματικό χαρακτήρα και κινητοποιούνται μηχανισμοί αντιμετώπισης του. Παρατηρούνται άρνηση της κατάστασης, εξιδανίκευση θεραπόντων και εξάρτηση από αυτούς, φαινόμενα αποσύνδεσης με ανάληψη ρόλων θύματος ή ηγέτη. ^(10&13)

10. (σελ.276) Θεόδωρος Ι. Μπαλλής 2000 – Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων / University Studio Press & 13) σελ(278) 14 Ι. Βαρτζόπουλος, Ε. Τζεμπελίκος - Ο ασθενής με διαταραχή προσωπικότητας από Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας 2009 - Δισυνδεδετική Ψυχιατρική – ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ

2. 7. Αγχώδης διαταραχή της προσωπικότητας (αποφευκτική και εξαρτητική διαταραχή)

Στην αποφευκτική διαταραχή ανήκουν τα άτομα που αποφεύγουν κάθε είδος εξάρτησης και στην εξαρτητική ανήκουν οι ασθενείς που την επιδιώκουν.

Χαρακτηριστικά συμπτώματα: επίμονα και διαβρωτικά συναισθήματα έντασης και ανησυχίας, πίστη ότι είναι κοινωνικά ανίκανος, δεν είναι ελκυστικός, κοινωνικά κατώτερος και ανεπαρκής από ότι οι άλλοι, υπερβολική ευαισθησία στην κριτική, απροθυμία για κοινωνικές επαφές και αποφυγή κοινωνικών και επαγγελματικών δραστηριοτήτων από φόβο της απόρριψης.

Τα άτομα με εξαρτητική διαταραχή χαρακτηρίζονται από έντονη παθητική συμπεριφορά, δεν παίρνουν μόνοι τους αποφάσεις και περιμένουν την στήριξη από άλλους, προσκολλώνται στους άλλους, έχουν άγχος αποχωρισμού. Αίσθημα υπερβολικών φόβων αδυναμίας να φροντίσει τον εαυτό του χωρίς την παρουσία των άλλων, υπεραπασχόληση με φόβους εγκατάλειψης, περιορισμένη ικανότητα λήψης καθημερινών αποφάσεων χωρίς την βοήθεια των άλλων. ^(10&13)

2. 8. Καταναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας

Χαρακτηριστικά συμπτώματα : συναισθήματα υπερβολικής αμφιβολίας, υπεραπασχόληση με τις λεπτομέρειες, τους κανόνες, τους καταλόγους, την τάξη, το πρόγραμμα και την οργάνωση. Τελειοθηρία, υπερβολική ευσυνειδησία, σχολαστικότητα και προσκόλληση στις κοινωνικές συμβάσεις, ανελαστικότητα και ισχυρογνωμοσύνη, αδικαιολόγητη επιμονή να υποτάσσονται οι άλλοι στον τρόπο με τον οποίο θέλει να γίνονται ακριβώς τα πράγματα. ⁽¹⁰⁾

3. Φυγή ή τάση φυγής

Η φυγή αποσυνδεδετικού τύπου έχει όλα τα χαρακτηριστικά της αμνησίας που περιγράφηκε προηγουμένως. Επιπλέον το άτομο πραγματοποιεί ταξίδι ή σχεδιάζει να το κάνει, το οποίο φαίνεται φυσιολογικό για κάποιον που δεν τον ξέρει, φέρεται και ζει φυσιολογικά, περιποιείται τον εαυτό του και δεν τραβά την προσοχή. Συχνά αυτή η αλλαγή ταυτότητας είναι εκπληκτικά πλήρης και το ταξίδι γίνεται σε μέρη γνωστά για τον άρρωστο που έχουν κάποια συναισθηματική αξία γι' αυτόν. Είναι σχετικά σπάνια πάθηση και εμφανίζεται σε περιόδους πολεμικές, μετά από μεγάλες φυσικές καταστροφές, ή ως

10. (σελ.277) Θεόδωρος Ι. Μπαλλής 2000 – Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων / University Studio Press & 13)(σελ.280) 2. 14 Ι. Βαρτζόπουλος, Ε. Τζεμπελίκος – Ο ασθενής με διαταραχή προσωπικότητας από Α. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας 2009 - Διασυνδεδετική Ψυχιατρική / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ

αποτέλεσμα προσωπικών κρίσεων με έντονες εσωτερικές συγκρούσεις. Άλλοι παράγοντες που προδιαθέτουν σε τέτοιου είδους φυγές είναι κάποια κρανιοεγκεφαλική κάκωση αλλά και η κατάθλιψη, απόπειρα αυτοκτονίας, η κατάχρηση ηδονιστικών ουσιών. ⁽¹⁰⁾

ο **Άλλες διαταραχές συμπεριφοράς**

4. Στις διαταραχές συμπεριφοράς συμπεριλαμβάνονται επίσης :

Η **ψευδολογία** είναι η διαστρέβλωση ή παραποίηση της αλήθειας. Αποτελεί μια διαταραχή της συμπεριφοράς όπου οι λόγοι είναι κατανοητοί αν σκεφτεί κανείς ότι η κοινωνία και οι κοινωνικές σχέσεις στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στην ειλικρίνεια και την αμοιβαία εμπιστοσύνη.

Για παθολογικό ψεύδος γίνεται λόγος, όταν ένα άτομο, που είναι σε ηλικία να ξεχωρίζει το ψεύδος από την αλήθεια, ψεύδεται συχνά από συνήθεια και χωρίς πολλές φορές να αποβλέπει σε κάποιο όφελος. Συχνά η τάση για ψευδολογία συνοδεύεται και από άλλες διαταραχές της συμπεριφοράς όπως επιθετικότητα, κοινωνική αλητεία, τάση κλοπής κ.α.

Στο πραγματικό ψεύδος οδηγείται το άτομο: από φόβο, δυσπιστία, ανάγκη για αναγνώριση και αναπλήρωση της αγάπης, λόγους εκδίκησης, κοινωνικής αλητείας.

Στο φαινομενικό ψεύδος ανήκει: το ψεύδος σαν αδυναμία διάκρισης του φανταστικού από το πραγματικό, αποτέλεσμα πλάνης και αδυναμίας του ατόμου να κατανοήσει τα πράγματα, σαν προσπάθεια να δοκιμάσει τις αντιστάσεις του περιβάλλοντος, μίμηση προτύπου.

5. επιθετικότητα

Η **επιθετικότητα** είναι η εχθρική βίαιη συμπεριφορά στην οποία εκδηλώνεται επιθυμία για πρόκληση ζημίας, πόνου, άγχους, τραυματισμού ή καταστροφής. Η διάθεση για πρόκληση ζημίας στον ίδιο τον εαυτό του ονομάζεται **αυτοεπιθετικότητα**.

Η επιθετικότητα μπορεί να είναι λεκτική και να εκδηλώνεται με λόγια (βρισιές), σωματική εναντίον των άλλων, και καταστροφικότητα αντικειμένων και μπορεί να συνοδεύεται από εκρήξεις οργής, άρνηση φαγητού ή ύπνου, μη τήρηση ορισμένων κανόνων, ειρωνεία.

13) (σελ.567) Χ. Χριστοδούλου, Ε. Ρίζος - Ο επιθετικός ασθενής και η αντιμετώπισή του από Α. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας 2009 - Διασυνδετική Ψυχιατρική - ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ & 10. (σελ.230) Θεόδωρος Ι. Μπαλλής 2000 - Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων / University Studio Press

Διαταραχές που σχετίζονται με βίαιη συμπεριφορά (επιθετικότητα):

- Οργανικές ψυχιατρικές διαταραχές (delirium, άνοια, σύνδρομο μετωπιαίου λοβού, οργανική παραληρητική διαταραχή, επιληπτικές κρίσεις και ψευδαισθήσεις).
- Ψυχωσικές διαταραχές όπως σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις.
- Συναισθηματικές διαταραχές (κατάθλιψη με ψυχοκινητική ανησυχία, μανία ή υπομανία).
- Διαταραχές του ελέγχου των παρορμήσεων (κλεπτομανία, πυρομανία, διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή κ.α.)
- Διαταραχές προσωπικότητας (π.χ. μεθοριακή ή αντικοινωνική διαταραχή) (11&13)

2.5 Νοητικές ανεπάρκειες

○ Βαθμίδες καθυστέρησης

Τα σύνδρομα που προκαλούνται από εγκεφαλικές βλάβες είναι α) η πνευματική καθυστέρηση ή ολιγοφρένεια β) Σύνδρομο ελαφρών εγκεφαλικών βλαβών γ) καθυστέρηση της ψυχικής εξέλιξης. Ο όρος διανοητική καθυστέρηση / νοητική υστέρηση αναφέρεται στις συνήθεις κλίμακες γενικής νοημοσύνης, νοητικό πηλίκο μικρότερο από 70 (δηλαδή περισσότερο από δυο τυπικές αποκλίσεις, 30 μόρια, κάτω του μέσου όρου 100) και συγχρόνως παρουσιάζει μειωμένη ικανότητα προσαρμογής στις συνήθεις για την ηλικία του αναπτυξιακές απαιτήσεις. Ακόμα, τα άτομα με νοητική υστέρηση χαρακτηρίζονται από ελλιπή ανάπτυξη γνωστικών ικανοτήτων, όπως είναι οι λειτουργίες της μνήμης, της προσοχής, της αντίληψης, της κρίσης, της γλώσσας και επικοινωνίας, της ικανότητας για μάθηση κ.α. (11&15)

Τα νοητικά υστερούντα άτομα διακρίνονται, για εκπαιδευτικούς σκοπούς, σε τρεις κατηγορίες – βαθμίδες (παιδιά – έφηβοι):

A) Οι **εκπαιδεύσιμοι** είναι η ελαφρότερη μορφή και το νοητικό τους πηλίκο κυμαίνεται μεταξύ του 50 και 70. Στον σχολικό τομέα μπορούν να αφομοιώσουν σχολικές γνώσεις και δεξιότητες (ανάγνωση, γραφή, αριθμητική), σε βαθμό ώστε να μην θεωρούνται αναλφάβητοι (μέχρι και Δ' δημοτικού υλη). Στον κοινωνικό τομέα μπορούν να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο ως ανειδίκευτοι εργάτες και να ζήσουν ως ανεξάρτητοι, αυτάρκεις πολίτες. (9)

11.(σελ.43) Δρα Κωνσταντίνου Χ. Πιάνου 1989 - *Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπιση τους / Για καλύτερη κατανόηση και βοήθεια νηπίων – παιδιών – νέων* – Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ / Γάννινα & 15. (σελ.126) M.Marsel Mesulam (2000) Oxford – επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Γρηγόριος Νάσιος 2011 - *Αρχές Συμπεριφορικής και Γνωστικής Νευρολογίας* – εκδόσεις Πασχάλιδη/ Αθήνα

Β) Οι **ασκήσιμοι** είναι η μεσαία βαθμίδα νοητικώς υστερούντων. Το νοητικό τους πηλίκο κυμαίνεται μεταξύ 25 με 50. Δεν έχουν την ικανότητα να αποκτήσουν ούτε τις στοιχειώδεις σχολικές γνώσεις, έκτος μόνο από μεμονωμένες λέξεις, απλές φράσεις και απλές αριθμητικές πράξεις. Μπορούν να ασκηθούν σε βασικούς κανόνες αυτοεξυπηρέτησης (ντύσιμο, πλύσιμο, καθαριότητα, προετοιμασία και λήψη φαγητού κ.α.) και να απασχολούνται παραγωγικά κάτω από εποπτεία. ⁽⁹⁾

Γ) Οι **ιδιώτες** αποτελεί την βαρύτερη μορφή με το νοητικό πηλίκο να είναι κάτω από το 25. Η ανεπάρκεια τους είναι τόσο μεγάλη και τα ελαττώματά τους τόσο σημαντικά, που να τους καθιστά ουσιαστικά ανίκανους να επωφεληθούν από οποιαδήποτε μορφή μάθησης και άσκησης. Δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται και απαιτούν συνεχή ιατρική φροντίδα και επίβλεψη. Οι περισσότεροι περιθάλπονται σε ιδρύματα – άσυλα για όλη τους τη ζωή. ⁽⁹⁾

Ενήλικες :

Νοητική έκπτωση με γνωστικά ελλείμματα μετά από Κ.Ε.Κ., MS, Α.Ε.Ε., Εγκεφαλική πάρεση, εγκεφαλίτιδα, όγκο εγκεφάλου : Αδυναμία ελέγχου τροφής στο στόμα (παραμονή βλωμού στο στόμα χωρίς κατάποση – δυσκολία μεταφοράς της τροφής από το στόμα στο στομάχι), αδυναμία κατανόησης και εκτέλεσης θεραπευτικών προγραμμάτων με επιτυχία, αδυναμία προσανατολισμού στο χώρο και χρόνο και άρνηση θεραπειών, ερωτήσεις στους γιατρούς χωρίς νόημα και άστοχη επικοινωνία κάποιες φορές.

2.6 Οργανικές και ψυχικές διαταραχές

1. Επιληψία - ‘ κρίσεις ‘Ε’ ‘

Ο όρος επιληψία χρησιμοποιείται για ένα πλήθος παροξυσμικών διαταραχών διαφορετικής έντασης, που συνήθως (όχι πάντα) συνοδεύονται από απώλεια συνείδησης και σπασμούς, παρουσιάζονται σε όχι τακτά διαστήματα και έχουν σαν κοινό χαρακτηριστικό μια βιοηλεκτρική εκφόρτιση σε ένα ορισμένο σημείο του εγκεφάλου.

Οι ψυχοκινητικές επιληψίες ή κροταφικές χαρακτηρίζονται από θόλωση της συνείδησης χωρίς πτώση. Στην διάρκεια του μισού ή περισσότερων λεπτών που διαρκεί η διαταραχή, ο ασθενής εκτελεί πλήθος άσκοπων και παράλογων ενεργειών (πιάνει τα ρούχα του, πηγαίνει πέρα δώθε, καταπίνει ή μασάει κατά χαρακτηριστικό τρόπο κ.α.). Συχνά παρατηρείται βλάβη στην κροταφική περιοχή.

Οι ψυχωσικές διαταραχές που εμφανίζονται σε ασθενείς με σύνθετες εστιακές κρίσεις κροταφικού λοβού παρουσιάζει "σχιζοφρενικόμορφη" μεσοκριτική ψύχωση.

11.(σελ.93) Δρα Κωνσταντίνου Χ. Πιάνου, 1989 - *Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπιση τους / Για καλύτερη κατανόηση και βοήθεια νηπίων – παιδιών - νέων* – Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ / Γιάννινα & 9.(σελ.24,25) Ιωάννου Ν. Παρασκευόπουλου, Καθηγητού Πανεπιστημίου Αθηνών 1988 –ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ / Διάγνωση, πρόληψη και Θεραπεία των ψυχικών διαταραχών / Αθήνα

Ψυχωσικές διαταραχές, οι οποίες συνδέονται άμεσα με τη κλινική εμφάνιση της επιληπτικής δραστηριότητας. Αυτές περιλαμβάνουν τα ψυχωτικά συμπτώματα που εμφανίζονται στη φάση της κρίσης (κριτικές ψυχώσεις) στις σύνθετες εστιακές κρίσεις κροταφικού λοβού, όπως παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, δυσμνησικά φαινόμενα, αποπροσωποποίηση-αποπραγματοποίηση, διαταραχές σκέψης με τη μορφή της "επιβαλλόμενης σκέψης" ("forced thinking") και αυτοματισμοί και τη μετακριτική ψυχωσική διαταραχή. Η τελευταία εμφανίζεται μετά το πέρας μίας επιληπτικής κρίσης, συχνότερα μετά από μία δευτεροπαθώς γενικευμένη τονικοκλονική κρίση ή μετά από status epilepticus. Παρουσιάζεται σε ποσοστό 6-10% των ασθενών με επιληψία και πρέπει να διακρίνεται από τη μετακριτική συγχυτικοδιεγερτική κατάσταση. Έχει διάρκεια ολίγων ωρών ως, σπάνια, ολίγων ημερών (ως 7 ημέρες), δεν συνοδεύεται από έκπτωση του επιπέδου συνείδησης και χαρακτηρίζεται από παραληρητικές ιδέες, αλλόκοτη συμπεριφορά, επιθετικότητα και συχνά καταθλιπτικά ή μανιακά συμπτώματα. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να εξελιχθεί σε μεσοκριτική ψυχωσική διαταραχή.

Οι Ιατρογενείς ψυχωσικές διαταραχές οφείλονται στα αντιεπιληπτικά φάρμακα. Τα συμπτώματα αυτά είναι συνήθως παροδικά και συχνά υποχωρούν με τη διακοπή του υπεύθυνου σκευάσματος χωρίς να απαιτείται μακρόχρονη χορήγηση αντιψυχωσικής αγωγής. Περισσότερο ενοχοποιούνται η τοπιραμάτη και η βικαμπατρίνη. Σε αυτές μπορούν να περιληφθούν οι ψυχωσικές διαταραχές που εμφανίζονται μετά τη χειρουργική αφαίρεση της επιληπτογόνου εστίας, ιδιαίτερα εφόσον αυτή εντοπίζεται στο κροταφικό λοβό.⁽¹⁶⁾

2. Αμνησία

Η πλήρης και γενικευμένη αμνησία είναι σπάνια. Πρόκειται συνήθως για απώλεια μνήμης σημαντικών πρόσφατων γεγονότων. Η αμνησία δεν οφείλεται σε οργανική βλάβη και είναι τόσο εκτεταμένη που δεν μπορεί να αποδοθεί σε ένα συνηθισμένο ξέχασμα ή κόπωση. Επικεντρώνεται κυρίως σε ψυχοτραυματικά γεγονότα, όπως ατυχήματα ή απροσδόκητο πένθος. Υπάρχει ένας σταθερός πυρήνας μνημονικού υλικού που αφορά το γεγονός και δεν μπορεί να ανακληθεί. Συγχρόνως οι άρρωστοι αυτοί διατηρούν ακέραιη την ικανότητα τους να εγγραφούν στην μνήμη τους καινούργιες πληροφορίες.

16. ΣΤΕΡΓΙΟΥ Β.¹, ΚΑΡΛΟΒΑΣΙΤΟΥ Α. Ψυχίατρος, υποψήφιος Διδάκτωρ Α.Π.Θ., ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ-ΜΑΡΤΙΟΣ 2010, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νευρολογίας Α.Π.Θ., / *Οι ψυχωσικές διαταραχές στην επιληψία* / Εργαστήριο Κλινικής Νευροφυσιολογίας Α.Π.Θ. / ΤΟΜΟΣ 47, ΤΕΥΧΟΣ 1 - <http://www.encephalos.gr/full/47-1-01g.htm>

Η συχνότερη μορφή είναι η αμνησία της προσωπικής τους ταυτότητας, όλων δηλαδή των πληροφοριών που αφορούν την προσωπική ζωή τους, ενώ θυμούνται γενικότερες πληροφορίες. Οι ανοιακοί πάλι θυμούνται το όνομα τους αλλά ξεχνούν γενικές πληροφορίες, ενώ, στη μεταδιασεισική αμνησία υπάρχει παλίνδρομος αμνησία. Συνήθως η αμνησία εγκαθίσταται αιφνίδια και οι άρρωστοι είναι ενήμεροι ότι έχασαν τη μνήμη τους. Διακρίνονται διάφορες μορφές αμνησίας όπως: η **εστιακή**, που αφορά την απώλεια μνήμης γεγονότων περιορισμένου χρόνου (μερικών ωρών ή ημερών), **γενικευμένη**, που αφορά την απώλεια μνημονικών εικόνων ολόκληρης της ζωής και **εκλεκτική**, όπου το άτομο αδυνατεί να θυμηθεί μερικά, αλλά όχι όλα τα γεγονότα που συνέβησαν στη διάρκεια κάποιου μικρού χρονικού διαστήματος.

Τα άτομα αυτά δείχνουν αμηχανία, δυσφορία, αναζητούν την προσοχή των άλλων ή αποδέχονται την όλη κατάσταση με εντυπωσιακή αδιαφορία.

Η **παροδική γενικευμένη αμνησία** συνδέεται με διαταραχές της αιμάτωσης του εγκεφάλου και γι' αυτό παρουσιάζεται κυρίως σε άτομα ηλικίας 60 με 70 χρόνων, ενώ η **αμνησία μετατραυματικού τύπου** εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας μεταξύ 20 και 40 χρόνων, δηλαδή σε περίοδο της ζωής τους που συνδέεται με στρεσογόνες καταστάσεις. Η παροδική γενικευμένη αμνησία εμφανίζεται ξαφνικά και αφορά κατά κύριο λόγο πρόσφατες μνήμες.
(10)

3. Διαταραχές του ύπνου – Δυσυπνίες (οφειλόμενες σε ψυχιατρική ή σωματική πάθηση):

3.1. Αϋπνία

Η αϋπνία είναι κοινό και συχνό πρόβλημα για το οποίο παραπονιέται το 10 – 30% του ενήλικου πληθυσμού. Ο υποκειμενικός παράγοντας για το αν κοιμάται κάποιος καλά ή όχι, έχει μεγάλη σημασία. Ορίζεται ως η μείωση της ποσότητας του ύπνου (δεν μπορεί να κοιμηθεί ή αδυνατεί να συντηρήσει τον ύπνο, ανεξάρτητα από την ύπαρξη εμφανούς αιτίας) και η κακή ποιότητα του. Οι ασθενείς αναφέρουν καθυστέρηση στην επέλευση του ύπνου είτε πρόωπη πρωινή αφύπνιση ή δυσκολία στη συντήρηση του ύπνου κατά τη διάρκεια της νύχτας. Τα άτομα αισθάνονται δυσφορία, υπεραπασχολούνται με το πρόβλημα και έχουν φόβους για τις ενδεχόμενες βραχυπρόθεσμες ή και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της διαταραχής στην υγεία τους, στη συμπεριφορά τους και στη γενικότερη

λειτουργικότητα τους. ^(10&13)

Σε μερικούς η αϋπνία είναι συχνά δευτερογενής διαταραχή που συνοδεύει άλλες παθήσεις όπως κατάθλιψη, άγχος, άνοια, τα οποία προέρχονται από σωματικές παθήσεις όπως για παράδειγμα μια πάρεση. Για να τεθεί η διάγνωση θα πρέπει τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα να υπάρχουν συμπτώματα για διάστημα ενός μήνα. ⁽¹⁰⁾

Η αϋπνία μπορεί να διακριθεί σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή. Η πρωτοπαθής αϋπνία σχετίζεται με μαθημένη συμπεριφορά και παθογόνες γνωσιακές συσχετίσεις που δεν ενισχύουν τον ύπνο όπως είναι η προσπάθεια να κοιμηθεί κάποιος. Σε αυτήν την περίπτωση δημιουργείται αυξημένη σωματική ένταση (ανησυχία, μυϊκή ένταση, αυξημένη αγγειοσυστολή), που είναι ασύμβατα με τον ύπνο και οδηγούν σε αϋπνία.

Η δευτεροπαθής αϋπνία είναι συχνότερη μορφή και αποτελεί συμπτώματα πολλών ψυχιατρικών και σωματικών παθήσεων και είναι αποτέλεσμα χορήγησης ή/και διακοπής φαρμάκων και αποτέλεσμα περιβαλλοντικών επιδράσεων.

Μερικά από τα σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με αϋπνία είναι : καρδιαγγειακά νοσήματα, νοσήματα αναπνευστικού συστήματος, νοσήματα γαστρεντερικού συστήματος, νοσήματα ουροποιογεννητικού συστήματος, του ενδοκρινικού συστήματος, του νευρικού συστήματος και άλλες καταστάσεις όπως πόνοι, πυρετός, αρθρίτιδα κ.α. ^(10&13)

3. 2. Ναρκοληψία

Η σπάνια αυτή διαταραχή έχει ως αποτέλεσμα ο άρρωστος να νυστάζει υπερβολικά και να έχει επεισόδια ημερήσιου ύπνου που διαρκούν κάθε φορά γύρω στα 15 λεπτά. Πολλοί άρρωστοι έχουν ξαφνικά επεισόδια απώλειας μυϊκού τόνου με παράλυση (καταπληξία), η οποία συνίσταται σε σύντομης διάρκειας επεισόδια μυϊκής αδυναμίας ή παράλυσης οφειλόμενης σε μερική ή εστιακή απώλεια του μυϊκού τόνου και μπορούν να οδηγήσουν σε αιφνίδια πτώση κεφαλής ή πτώσεις στο έδαφος, και υπναγωγικές ψευδαισθήσεις. Συνήθως δεν υπάρχει απώλεια συνείδησης και τα επεισόδια πυροδοτούνται από έντονη συγκινησιακή φόρτιση (γέλιο, θυμό) συνοδευόμενα από αισθήματα αμηχανίας ή ντροπής και μπορεί να εκθέσουν τον ασθενή σε ποικίλους κινδύνους.

Η υπνική παράλυση, η οποία είναι ένα άλλο σύμπτωμα της ναρκοληψίας, και είναι συχνή, χαρακτηρίζεται από βραχεία διάρκεια, παροδική μερική ή πλήρη παράλυση κατά την μετάβαση από τον ύπνο στην εγρήγορση ή και αντίστροφα. Ο ασθενής αδυνατεί να κινηθεί ή να μιλήσει.

10. (σελ.359) Θεόδωρος Ι. Μπαλλής, 2000 – *Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων* / University Studio Press & 13) (σελ.445) 10 – Θ. Παπαρηγόπουλος, Κ. Ψάρρος - οι διαταραχές του ύπνου στην κλινική ιατρική πρακτική από Α. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας , 2009 - *Διασυνδεδετική Ψυχιατρική* / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ

Τέλος, οι υπναγωγικές ψευδαισθήσεις είναι πολύ ζωντανές ακουστικές ή οπτικές ονειρικού τύπου εμπειρίες, που έχουν συνήθως τρομακτικό και αγωνιώδη χαρακτήρα. Άλλα συμπτώματα που εμφανίζονται στην ναρκοληψία είναι αυτοματικές συμπεριφορές, περιοδικές κινήσεις των κάτω άκρων, υπνική άπνοια, προβλήματα μνήμης, κατάθλιψη και προβλήματα όρασης. ^(10&13)

Τα συμπτώματα ακατανίκητου ύπνου μπορούν να συμβούν και κάτω από εντελώς ακατάλληλες συνθήκες, όπως κατά τη διάρκεια της οδήγησης ή μιας συνομιλίας κ.α. Μερικοί έχουν δευτερογενείς συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες. Τα φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί για την πάθηση αυτή είναι οι αμφεταμίνες, μεθυλφενιδάτη, αντικαταθλιπτικό προτριπτυλίνη, κάποιοι SSRI και τέλος το modatini¹, που φαίνεται να είναι το ειδικότερο όλων. ⁽¹³⁾

3. 3. Υποτροπιάζουσα υπερυπνία (σύνδρομο Kleine-Levin)

Παρατηρούνται επεισόδια υπερυπνίας και υπερφαγίας που επέρχονται περιοδικά ανά εβδομάδες ή μήνες. Ενίοτε η διαταραχή συνοδεύεται από υπερσεξουλικότητα, άρση αναστολών, ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, διαταραχές του προσανατολισμού και ψευδαισθήσεις. Οι ασθενείς είναι φυσιολογικοί μεταξύ των επεισοδίων και μπορεί να εμφανίζουν ενίοτε κάποιο βαθμό αμνησίας. Πιθανολογείται ότι οφείλεται αυτή η διαταραχή σε κάποια διαταραχή λειτουργίας του υποθάλαμου και του μεταιχμιακού συστήματος. ⁽¹³⁾

3. 4. Σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας κατά τον ύπνο

Η διαταραχή χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια απόφραξης των ανώτερων αναπνευστικών οδών που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του ύπνου, διαρκούν περίπου 10-30 sec , επαναλαμβάνονται πολλές φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας και τα οποία συνήθως συνοδεύονται από μείωση του κορεσμού του αίματος σε οξυγόνο.

Τα κύρια συμπτώματα είναι ηχηρό ροχαλητό, με μεσοδιαστήματα άπνοιας, υπέρμετρη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας με μακρές και μη αναζωογονητικές προσβολές ύπνου. Άλλα συμπτώματα μπορεί να είναι έντονη πρωινή κεφαλαλγία, πρωινή σύγχυση, μειωμένη διανοητική απόδοση, κατάθλιψη και άγχος.

Η διαταραχή , εφόσον χρονίσει, μπορεί να οδηγήσει σε προοδευτικά επιδεινούμενη συστηματική και πνευμονική υπέρταση, αρρυθμίες, συμφορητική καρδιακή

10. (σελ.360) Θεόδωρος Ι. Μπαλλής, 2000 – *Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων* / University Studio Press & 13) (σελ.447,448)10 – Θ. Παπαρρηγόπουλος, Κ. Ψάρρος - οι διαταραχές του ύπνου στην κλινική ιατρική πρακτική από Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 -*Διασυνδεδετική Ψυχιατρική* / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ

ανεπάρκεια και στεφανιαία νόσο. Επιπλέον, αυξάνεται σημαντικά η πιθανότητα ατυχημάτων και συνολικά επιδεινώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών.⁽¹³⁾

Υπολογίζεται η τα ποσοστά να ανέρχονται στο 20-25% των αντρών και 16-20% των γυναικών ηλικίας 40 έως 70 ετών. Ως αίτια αυτής της διαταραχής έχουν αναφερθεί πέραν από την παχυσαρκία και διάφορα υπνωτικά φάρμακα, την χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια, τον υποθυρεοειδισμό και διάφορες ανατομικές ανωμαλίες του ρινοφάρυγγα.⁽¹⁷⁾

3. 5. Διαταραχή περιοδικών κινήσεων των άκρων (νυχτερινός μυόκλονος)

Η διαταραχή αυτή συνίσταται σε περιοδικές και στερεότυπες κινήσεις των κάτω άκρων κατά τη διάρκεια του ύπνου και οδηγεί συχνά σε αϋπνία με συχνότητα περισσότερων των 5 επεισοδίων ανά ώρα. Η αιτιοπαθογένεια της διαταραχής δεν είναι γνωστή αλλά πιθανολογείται η συμμετοχή ντοπαμινεργικού συστήματος ή/και του συστήματος των απιοειδών. Συχνά αίτια θεωρούνται η λήψη φαρμάκων, απόσυρση από φάρμακα, η κατάχρηση καφεΐνης νεφρική ανεπάρκεια, η νόσος Parkinson, η περιφερική νευροπάθεια και η σιδηροπενία.⁽¹³⁾

4. Παραϋπνίες:

4. 1. Διαταραχή εφιαλτικών ονείρων

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από μακρά, τρομακτικά όνειρα, από τα οποία τα άτομα ξυπνούν τρομοκρατημένα. Μερικά άτομα έχουν συχνούς εφιάλτες σε όλη τους τη ζωή, ενώ σε άλλα παρουσιάζονται όταν βρίσκονται σε καταστάσεις stress ή έχουν κάποια πάθηση ή κινητικά και άλλα προβλήματα, και αυτό είναι που μας ενδιαφέρει εδώ. Φάρμακα που ελαττώνουν τον REM ύπνο (στη διάρκεια του ύπνου εμφανίζονται οι εφιάλτες) είναι δυνατό να ελαττώσουν και τους εφιάλτες, ενώ για τον ίδιο σκοπό χρησιμοποιήθηκαν και οι βενζοδιαζεπίνες. Μπορεί να συνοδεύεται η διαταραχή με ομιλία στον ύπνο (παραμιλητό), είναι συχνή στα παιδιά αλλά και στους ενήλικες. Έχει διαπιστωθεί ότι εμφανίζεται σε όλα τα στάδια του ύπνου. Συνήθως αποτελείται από λίγες λέξεις που είναι δύσκολο να διακριθούν ακριβώς.^(10&13)

13) (σελ.451,453) 10 Θ. Παπαρηγόπουλος, Κ. Ψάρρος - οι διαταραχές του ύπνου στην κλινική ιατρική πρακτική από Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 – Διασυνδεδετική Ψυχιατρική – / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ & 17) ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΤΣΟΥΚΑΛΑ Ειδική Πνευμονολόγος, Πνευμονολογικό Ιατρείο Γαλατσίου - ΥΠΝΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ - « Δ Ι Α Τ Α Ρ Α Χ Ε Σ Τ Ο Υ Υ Π Ν Ο Υ Κ α ρ δ ι ο α ν α π ν ε υ σ τ ι κ ά Π ρ ο β λ ή μ α τ α κ α ι Ε π ί δ ρ α σ η Σ τ η Σ ε ξ ο υ α λ ι κ ή Ζ ω ή » / http://www.pneumonologos.site90.com/2_2_-.html & 10. (σελ.362) Θεόδωρος Ι. Μπαλλής, 2000 – Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων / University Studio Press

4. 2. Διαταραχή ενυπνίου τρόμου

Στον ενύπνιο τρόπο, το άτομο ξυπνά στη διάρκεια του πρώτου τρίτου του νυχτερινού ύπνου, στον REM ύπνο (στάδια III και IV ή βραδύ ύπνο). Σχεδόν πάντα αρχίζει με μια διαπεραστική φωνή ή κλάμα και συνοδεύεται από συμπεριφορά έντονου άγχους, που φτάνει μέχρι τον πανικό, ταχυκαρδία, εφίδρωση, μυδρίαση. Ο άρρωστος κάθεται στο κρεβάτι με φοβισμένη έκφραση, ενώ μερικές φορές ξυπνά απότομα με την αίσθηση ενός φοβερού τρόμου. Μπορεί να μείνει ξύπνιος σε μια δυσπροσανατολισμένη κατάσταση, αλλά συνήθως μετά ξανακοιμάται και, όταν ξυπνά κανονικά, δε θυμάται τίποτα. Καμιά φορά συνδυάζεται και με υπνοβασία.

Η διαταραχή ενυπνίου τρόμου είναι πιθανό να είναι αποτέλεσμα νευρολογικής ανωμαλίας, ίσως κροταφικού λοβού. ^(13&10)

4. 3. Διαταραχή της συμπεριφοράς κατά τον ύπνο REM

Χαρακτηρίζεται από περιστασιακή αναστολή της φυσιολογικά παρατηρούμενης απώλειας της ηλεκτρομυογραφικά μεταγραφόμενης ατονίας κατά τη διάρκεια του ύπνου REM και την απότομη εμφάνιση συντεταγμένης κινητικής δραστηριότητας, συχνά βίαιης, σε συνδυασμό με παράλληλη ονειρική δραστηριότητα.

Οι κύριες αναφορές των ασθενών είναι τραυματισμοί κατά τον ύπνο λόγω βίαιης εκδραμάτισης των ονείρων και υπερβολική υπνηλία την ημέρα λόγω κατακερματισμού του ύπνου. Αρκετά συχνά προηγείται πρόδρομη περίοδος, κατά την οποία παρατηρείται μεταβολή του τύπου και του περιεχομένου των ονείρων. Υπάρχει πλήρης ανάμνηση του ονείρου και έχει άμεση σχέση με την συμπεριφορά του ατόμου κατά τη διάρκεια της νύχτας. Μπορεί να εμφανίζονται παράλληλα νυχτερινοί τρόμοι, υπνοβασία, ναρκοληψία και τα επεισόδια συμβαίνουν από 1 φορά το μήνα και λιγότερο μέχρι και αρκετές φορές μέσα στην ίδια νύχτα.

Άλλες παραύπνιες που μπορεί να εμφανιστούν στο άτομο είναι αφυπνίσεις σε κατάσταση σύγχυσης, τινάγματα των κάτω άκρων κατά την έναρξη του ύπνου (sleep starts), υπνολαλία (παραμιλητό), νυχτερινές κράμπες των κάτω άκρων, υπνική παράλυση ως μεμονωμένο σύμπτωμα, ατελείς ή επώδυνες στύσεις κατά τον ύπνο, συνδεδεμένη με τον ύπνο REM φλεβοκομβική παύλα, τριγμός των οδόντων, νυχτερινή ενούρηση, παροξυσμική δυστονία, σύνδρομο ανώμαλης κατάποσης συνδεδεμένο με τον ύπνο, πρωτοπαθές ροχαλητό. Οι διαταραχές του ύπνου μπορεί να είναι συνδεδεμένες με ψυχικές διαταραχές. ⁽¹³⁾

13)(σελ.455,457)10.Θ. Παπαρρηγόπουλος, Κ. Ψάρρος -οι διαταραχές του ύπνου στην κλινική ιατρική πρακτική από – Α.Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 –Διασυνδεδετική Ψυχιατρική / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ & 10.(σελ.362)Θεόδωρος Ι. Μπαλλής, 2000 –Σύννοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων / University Studio Press

5. Ντελίριο (Delirium) – Οργανικό ψυχοσύνδρομο

Το **ντελίριο** ή οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο ή οξεία συγχυτική κατάσταση ή οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο είναι μια γενικευμένη φυσιολογική διαταραχή της λειτουργίας του φλοιού του εγκεφάλου, η οποία εντάσσεται στις οργανικές ψυχικές διαταραχές (γνωστικές διαταραχές).

Η έναρξη είναι οξεία και έχει κυμαινόμενη πορεία και παρουσιάζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό σε ηλικιωμένους ασθενείς και πάσχοντες από σοβαρά νοσήματα. Χαρακτηρίζεται από διαταραχή της συνείδησης, της προσοχής, των γνωστικών λειτουργιών και της αντίληψης, τα οποία επιδεινώνονται τις βραδινές ώρες.

Κατά κανόνα συνυπάρχουν συναισθηματική αστάθεια, με τις ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις να κυριαρχούν (οπτικές, οι οποίες συνυπάρχουν με απτικές, οσφρητικές και γευστικές παραισθήσεις by Wolff et al.) και απρόσφορη, παρορμητική, παράλογη ή βίαιη συμπεριφορά. Σε ασθενείς με Ντελίριο μπορεί να συνυπάρχουν επίσης, άνοια, μείζον κατάθλιψη, διαταραχή προσαρμογής, διπολική διαταραχή, σχιζοειδής διαταραχή, σχιζοφρένεια.

Σε γενικές γραμμές θεωρείται οξεία και αναστρέψιμη διαταραχή, μπορεί όμως να γίνει και μη αναστρέψιμη. Χαρακτηρίζεται από αυξομειούμενη βαρύτητα των συμπτωμάτων και με επιδείνωση της συμπτωματολογίας τις νυχτερινές ώρες. ^(13&18)

Σύμφωνα με τους Βάϊος Περιτογιάννης και Δημήτρης Ρίζος στο άρθρο "Ο κατεσταλμένος (hypoactive) τύπος delirium στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας" το delirium διαχωρίζεται σε δύο τύπους με βάση την συμπτωματολογία.

Αυτοί οι τύποι είναι :

1) Διεγερμένος ή υπερδραστήριος (hyperactive) τύπος, που περιλαμβάνει συμπτώματα, όπως ψυχοκινητική διέγερση, επιθετικότητα, αυξημένη απάντηση στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα και πίεση λόγου.

- Κατεσταλμένος ή υποδραστήριος (hypoactive) τύπος, που περιλαμβάνει ψυχοκινητική επιβράδυνση, νωθρότητα, απάθεια, απόσυρση, μειωμένο λόγο και λήθαργο. (Lipowski)

Από τους δύο αυτούς τύπους ο δεύτερος, με τα λιγότερο θορυβώδη συμπτώματα και το μικρότερο κίνδυνο τραυματισμού για τον ασθενή, δεν

13) (σελ.56) 2.Χ. Χριστοδούλου, Α. Δουζένης / Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 - Διασυνδεδετική Ψυχιατρική / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ & 18. ROBERT WEBSTER, M.D., SUZANNE HOLROYD, M.D - Βάϊος Περιτογιάννης, Δημήτρης Ρίζος -Ο κατεσταλμένος (hypoactive) τύπος delirium στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας - Prevalence of Psychotic Symptoms in Delirium./ ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ ΒΟΡΕΙΟΑΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ 2011, Τόμος 7, Τεύχος 1 - <http://www.ixek.gr/images/articles/2971%20delirium.pdf>

παρατηρείται συχνά από τους κλινικούς ή μπορεί να θεωρηθεί ως καταθλιπτική αντίδραση. Η ύπαρξη ψυχωτικών συμπτωμάτων, δηλ. παραληρητικών ιδεών και διαταραχών της αντίληψης (οι οπτικές ψευδαισθήσεις στην περίπτωση αυτή) έχει περιγραφεί σε όλους τους τύπους delirium.⁽¹⁸⁾

Τα κλινικά χαρακτηριστικά που απαιτούνται για τη διάγνωση του delirium σύμφωνα με το DSM-IV περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Διαταραχή στη συνείδηση, με μειωμένη ικανότητα του ασθενούς να εστιάσει, να διατηρήσει ή να στρέψει κάπου την προσοχή του.
- Διαταραχή του προσανατολισμού.
- Διαταραχή μνήμης και προσοχής: διαταραχές στη λειτουργία της πρόσφατης και μακράς διάρκειας μνήμης, της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων κλπ
- Διαταραχή αντίληψης: ψευδαισθήσεις, κυρίως οπτικές και ακουστικές. Οι οπτικές ψευδαισθήσεις μπορεί να παίρνουν το χαρακτήρα μικροσκοπικών τρομακτικών όντων (σύνηθες στο τρομώδες παραλήρημα). Οι ψευδαισθήσεις σχεδόν στους μισούς ασθενείς με Ντελίριο συνοδεύονται από παράνοια, που είναι και το πιο κοινό χαρακτηριστικό τους.
- Διαταραχή σκέψης και λόγου: ο λόγος είναι αποδιοργανωμένος ή ασυνάρτητος. Το άτομο δεν έχει πλέον ικανότητα για ειρμό, καθαρότητα σκέψης, ικανότητα συγκέντρωσης και στοχο-κατευθυνόμενης σκέψης.
- Διαταραχή του συναισθήματος (θυμός, οργή, αδικαιολόγητος φόβος, απρόσφορες αλλαγές συναισθηματικών καταστάσεων).^(13&18)

Επίσης μπορεί να παρατηρηθούν στους ασθενείς τα ακόλουθα χαρακτηριστικά :

- Διαταραχή των ανώτερων γνωστικών λειτουργιών, συμπεριλαμβανομένων της αφαιρετικής σκέψης, της ικανότητας κατανόησης αφηρημένων εννοιών.
- Παρατηρούνται επίσης απάθεια, κατάθλιψη και ευφορία.
- Ψυχοκινητικές διαταραχές και διαταραχές εγρήγορσης.
- Διαταραχές του κύκλου ύπνου – εγρήγορσης

Νευρολογικές εκδηλώσεις όπως τρόμο, μυοκλονίες, νυσταγμό, αταξία, αδυναμία στήριξης, παρεγκεφαλιδικά σημεία, δυσαρθρία, ακράτεια ούρων, παράλυση κρανιακών νεύρων. Εκδηλώσεις του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ταχυκαρδία, υπέρταση, υπερθερμία, ναυτία, διάρροια, δυσκοιλιότητα).

13)(σελ.57) 2.Χ. Χριστοδούλου, Α. Δουζένης / Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 - Διασυνδεδετική Ψυχιατρική / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ & 18. ROBERT WEBSTER, M.D., SUZANNE HOLROYD, M.D - Βάιος Περιτογιάννης, Δημήτρης Ρίζος -Ο κατεσταλμένος(hypoactive) τύπος delirium στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας - Prevalence of Psychotic Symptoms in Delirium./ ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ 2011, Τόμος 7, Τεύχος 1 - <http://www.ixek.gr/images/articles/2971%20delirium.pdf>

Μπορεί να προηγείται πρόδρομη φάση 2-3 ημερών, που χαρακτηρίζεται από αδιαθεσία, ανησυχία, αδυναμία συγκέντρωσης, άγχος και ευερεθιστότητα, διαταραχές του ύπνου και εφιάλτες.

Είναι ιδιαίτερα συχνό μεταξύ ασθενών που νοσηλεύονται στα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα των νοσοκομείων και εμφανίζεται με μεγαλύτερη ένταση στα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, στην νόσο Parkinson, στην άνοια και στις εγχειρήσεις ισχίου. ⁽¹⁸⁾

2.7 Φάρμακα

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την διάγνωση και τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών είναι πολυάριθμες και ποικίλες. Στην διαγνωστική – θεραπευτική μεθοδολογία των ψυχικών διαταραχών υπάρχουν δυο βασικές κατευθύνσεις: *η βιολογική και η ψυχολογική κατεύθυνση.*

Η ψυχοφαρμακευτική θεραπεία, η οποία θα αναλυθεί παρακάτω και μας ενδιαφέρει περισσότερο σε αυτό το κεφάλαιο, απαντά στην βιολογική κατεύθυνση, η οποία βασίζεται στην άποψη ότι η ψυχική διαταραχή έχει άμεση σύνδεση με κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού και ειδικότερα του νευρικού συστήματος. Έτσι για την αντιμετώπιση ψυχολογικών δυσλειτουργιών βιολογικής αιτιολογίας χορηγούνται αντιψυχωσικά φάρμακα. ⁽⁹⁾

Η επιτυχής εφαρμογή των φαρμάκων άλλαξε ολόκληρο τον τομέα της ψυχολογίας και ψυχιατρικής, αφού ο κόσμος συνειδητοποίησε ότι ασθενείς με ψυχική νόσο μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά και δικαιούνται σωστή θεραπεία.

Ο τομέας των αντιψυχωσικών φαρμάκων αλλάζει συνεχώς γιατί συνεχώς ανακαλύπτονται νέα και καλύτερα φάρμακα με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και πιο αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου.

Για να δούμε τι είναι τα αντιψυχωσικά θα πρέπει να αναφερθούμε παλιότερα, τα περασμένα χρόνια τα αντιψυχωσικά φάρμακα χωρίζονταν σε **τυπικά** και **άτυπα**. Τα τυπικά, όπως η *χλωροπρομαζίνη*, είναι ανταγωνιστές ντοπαμίνης. Τα **άτυπα**, όπως η *κλοζαπίνη*, είναι νεότερη κατηγορία και είναι πιο αποτελεσματικά στα θετικά συμπτώματα και δρουν και στα επίπεδα *σεροτονίνης*. Ορισμένοι συγγραφείς σήμερα χρησιμοποιούν τους

9.(σελ.36)Ιωάννου Ν. Παρασκευόπουλου, Καθηγητού Πανεπιστημίου Αθηνών, 1988 – *ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ / Διάγνωση, πρόληψη και Θεραπεία των ψυχικών διαταραχών* / Αθήνα, 3.(190) Andrew R. Getzfeld – Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λάμπρος Μεσσήνης, Ph.D, πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - *Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας* / εκδόσεις GOTSIS

όρους **κλασσικά** και **δεύτερης γενιάς αντιψυχωσικά** αντίστοιχα. ⁽³⁾

Μια άλλη κατηγορία χωρίζει τα ψυχοφάρμακα σε *ηρεμιστικά – καταπραϋντικά*, για την μείωση άγχους και την καταστολή της ψυχοκινητικής διέγερσης και σε *αντικαταθλιπτικά – διεγερτικά*, για την μείωση των μελαγχολικών καταπτώσεων και την επαναδραστηριοποίηση του ατόμου. ⁽¹⁰⁾

Τυπικά αντιψυχωσικά

Εδώ περιλαμβάνονται φάρμακα όπως η *χλωροπρομαζίνη*, η *θειοριδαζίνη* και η *τριφλουροπεραζίνη*. Τα φάρμακα αυτά δρουν καλύτερα στα θετικά παρά στα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Έχουν βραχύ χρόνο ημιζωής που σημαίνει ότι πρέπει να λαμβάνονται καθημερινά και πολλές φορές την ημέρα. Τα πρώτα αποτελέσματα φαίνονται μέσα σε μια περίπου εβδομάδα αλλά αισθητή βελτίωση περιμένει κανείς μετά από αρκετές εβδομάδες. Βασικό πλεονέκτημα είναι ότι τα φάρμακα αυτά δεν προκαλούν σχεδόν ποτέ σωματική εξάρτηση, μπορεί όμως να προκαλέσουν ψυχολογική εξάρτηση.

Τα τυπικά αντιψυχωσικά προκαλούν από τις σοβαρότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Από τις πιο συχνές είναι η υπνηλία, ζάλη, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα και κατακράτηση ούρων. Αυτές είναι γνωστές ως *αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες* και είναι παρόμοιες με τα συμπτώματα που προκαλούνται από τα *αντιϊσταμινικά*, που περιλαμβάνονται σε σκευάσματα για το κρυολόγημα και την αλλεργία (Benadryl, Chlortrimetron και Contac).

Οι εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν τον παρκινσονισμό με τρόμο, δυσκαμψία και σιελόρροια. Αυτές είναι πιο συχνές στους ηλικιωμένους ασθενείς και αντιμετωπίζονται με προσαρμογή της δόσης του αντιψυχωσικού ή με φάρμακα όπως το *Symmetrel (αμανταδίνη)*. Άλλες παρενέργειες είναι η ακαθισία και οι ασυνήθιστες και ακούσιες στάσεις σώματος. Οι παρενέργειες αυτές μπορεί να μειωθούν μετά από 3 – 4 μήνες χρήσης των φαρμάκων. Για τις παρενέργειες αυτών των φαρμάκων δίνονται φάρμακα όπως η *βενζοτροπίνη (cogentin)*, η *διφενυλιδραμίνη (Benadryl)* και η *τριεξιφενιδύλη (artane)*, ακόμη *B – αναστολείς* ή και *βενζοδιαζεπίνες*. ⁽³⁾

Λόγω των αντιψυχωσικών φαρμάκων, ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει όψιμη δυσκαμψία. Δηλαδή εμφανίζονται συμπτώματα όπως ακούσιες κινήσεις προσώπου, κορμού και άκρων, όπως προβολή της γλώσσας, κινήσεις μάσησης και πλατάγιασμα των χειλιών. Παρουσιάζονται επίσης σπαστικές κινήσεις κορμού και άκρων, ακόμα μπορεί να

3.(σελ.190) Andrew R. Getzfeld – Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λάμπρος Μεσσήνης, Ph.D, πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας / εκδόσεις GOTSIS & 10.(σελ.373) Θεόδωρος Ι. Μπαλλής, 2000 – Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων / University Studio Press

παρουσιαστούν και επιληπτικές κρίσεις. Μάλιστα μετά τη διακοπή των φαρμάκων η κατάσταση αυτή μπορεί και να επιδεινωθεί.

Τα βραδείας αποδέσμευσης αντιψυχωσικά (depot) είναι φάρμακα με μεγάλο χρόνο ημιζωής που κυμαίνεται από 2 -4 εβδομάδες. Φάρμακα αυτής της κατηγορίας περιλαμβάνουν την *φλουφenaζίνη (prolixin)* και την *αλοπεριδόλη (haldon)*. Τα φάρμακα αυτά έχουν χαμηλότερο κίνδυνο υποτροπής αφού ο ασθενής δεν χρειάζεται να θυμάται να πάρει το φάρμακο του κάθε μέρα και έτσι αυξάνεται η συμμόρφωση. Το βασικό μειονέκτημα είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες. ⁽³⁾

Άτυπα Αντιψυχωσικά

Τα άτυπα αντιψυχωσικά ανακαλύφθηκαν τη δεκαετία του 1990 και αποτέλεσαν ακόμα μια επανάσταση στο χώρο. Τα φάρμακα αυτά είναι εξίσου αποτελεσματικά με τα τυπικά αντιψυχωσικά στα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και πιο αποτελεσματικά στα αρνητικά. Γενικά έχουν και λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από τα τυπικά.

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν φάρμακα όπως η *κλοζαπίνη (clozaril)* και η *ρισπεριδόνη (resperdal)*. Η *κλοζαπίνη* μπορεί να προκαλέσει ακοκκιοκυτταραιμία (δραστική μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων με αποτέλεσμα μεγάλη ευπάθεια σε λοιμώξεις, δυνητικά θανατηφόρες) σε ένα ποσοστό 1%.

Η συμμόρφωση είναι καλύτερη με τα άτυπα αντιψυχωσικά γιατί έχουν λιγότερες εξωπυραμιδικές και άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι παρενέργειες που προκαλούν όμως αυτά τα φάρμακα είναι η αύξηση βάρους που οδηγεί σε παχυσαρκία, υπέρταση, στεφανιαία νόσο και σακχαρώδη διαβήτη τύπου II. ⁽³⁾

Τρίτης γενιάς Αντιψυχωσικά

Εδώ συγκαταλέγεται η *αριπιπραζόλη (abilify)* που χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 2002 και είναι άτυπο αντιψυχωσικό. Έχει την ιδιαιτερότητα να μην προκαλεί σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες όπως, εξωπυραμιδικά, όψιμη δυσκινησία, ακοκκιοκυτταραιμία, αύξηση βάρους ή διαβήτη. Η *αριπιπραζόλη* δρα σταθεροποιώντας τους υποδοχείς ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Ακόμα, όπως και άλλα άτυπα, μπλοκάρει και τους υποδοχείς σεροτονίνης.

Η ψυχοφαρμακευτική θεραπεία όπως είπαμε παραπάνω βασίζεται στην χορήγηση φαρμάκων ειδικών για κάθε διαταραχή, με σκοπό τη καταστολή των ανεπιθύμητων ενεργειών. ⁽³⁾

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

| <i>Κύριες ομάδες φαρμάκων</i> | <i>Κύριες ενδείξεις χορήγησης</i> |
|---|--|
| <p><u>ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΤΙΚΑ</u></p> <p>Φαινοθειαζίνες Θειοξανθένια Διβενζαμίνες Ινδόλες Βουτυροφαινόνες Διφενυλπιπεριδίνες Ολανζαπίνη, Ρασπεροδόνη κ.α.</p> | Σχιζοφρένεια |
| <p><u>ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ</u></p> <p>Τρικυκλικά Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης Εκλεκτικοί αναστολείς Επαναπρόσληψης της σεροτονίνης Αναστρέψιμοι αναστολείς της MAO-A</p> | Κατάθλιψη |
| <p><u>ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΤΟΥ ΘΥΜΙΚΟΥ</u></p> <p>Λίθιο, Καρβαμοζεπίνη – Οξκαρβαζεπίνη, Βαλπροϊκό Να-Τοπιραμάτη, Λαμοτριζίνη Γκαμπαπεντίνη</p> | Μανία Διπολική Διαταραχή |
| <p><u>ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ</u></p> <p>Βενζοδιαζεπίνες, Αζαπρόνες, Βουσπιρόνη</p> | Άγχος |
| <p><u>ΥΠΝΩΤΙΚΑ</u></p> <p>Βενζοδιαζεπίνες, Κυκλοπυρρόλνες, Ιμιδαζοπυριμιδίνες, Ζαλεπλόνη, Ζολπιδέμη Φλοριονιτραζεπάμη, Χλωρμεθειοζόλη</p> | Ύπνος |
| <p><u>ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ</u></p> <p>Μεθυλφενιδάτη</p> | Σύνδρομο ελάσσονος εγκεφαλικής δυσλειτουργίας |
| <p><u>ΝΟΟΤΡΟΠΑ</u></p> <p>Ριβαστιγμίνη, Τακρίνη, Δονεπεζίλη</p> | Άνοια |

(10)

Κεφάλαιο 3

3.1 Η ψυχοπαθολογία ασθενών που εισάγονται σε κέντρο αποκατάστασης

Σε ένα κέντρο αποκατάστασης οι εξειδικευμένοι ιατροί και θεράποντες και το προσωπικό που ασχολούνται με ενήλικα άτομα κυρίως, συνειδητοποιούν ακόμη περισσότερο πόσο πολλοί και πόσο αλληλένδετοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν το άτομο, την ψυχολογική και σωματική του υγεία αλλά και τη συμπεριφορά του. Τέτοιοι παράγοντες είναι γνωστικοί (νοητικές λειτουργίες όπως μνήμη, ανάκληση πληροφοριών, συγκέντρωση, προσοχή, επεξεργασία κ.α.), συναισθηματικοί (κατάθλιψη, άγχος), ψυχοκοινωνικοί (όπως η σχέση του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον), οικογενειακή, περιβαλλοντικοί, οικονομικοί. Έτσι πριν εμφανιστεί ένα πρόβλημα υγείας, βλέπουμε συχνά ότι προηγούνται δυσμενείς, μη οργανικοί παράγοντες και συνθήκες, που επηρεάζουν την πορεία της ασθένειας. Στη συνέχεια το πρόβλημα υγείας στη σειρά του δημιουργεί συνθήκες που επηρεάζουν την ψυχολογική και την όλη ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου. Για παράδειγμα, η ασθένεια προκαλεί ψυχολογικό στρες στο άτομο και αυτό με τη σειρά του κάνει το άτομο πιο επιρρεπές στην ασθένεια, πράγμα που αυξάνει την κατάθλιψη, άγχος ή άλλα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ατόμου, όπως η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση, τα οποία θα αναφερθούν ειδικότερα παρακάτω.

Οι ψυχιατρικές διαταραχές επίσης μπορεί να ευθύνονται για σωματικές παθήσεις. Πιστεύεται ότι μερικές σωματικές παθήσεις, που ονομάζονται ψυχοσωματικές, προκαλούνται κυρίως από ψυχολογικούς παράγοντας όπως π.χ. το άσθμα και η ελκωτική κολίτιδα.

Ένας παράγοντας που φαίνεται να επιβαρύνει την υγεία των ατόμων και ειδικότερα σχεδόν όλων των ηλικιωμένων με νευρομυικά και κινητικά προβλήματα, που εισάγονται σε κέντρο αποκατάστασης είναι το ψυχολογικό στρες, το οποίο έχει αναφερθεί εκτενέστερα παραπάνω. ^(10&19)

ο ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ – ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ:

Η πιο συχνή από τις αγγειοεγκεφαλικές παθήσεις είναι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ). Ονομάζεται και αποπληξία ή αποπληκτικό επεισόδιο και αναφέρεται πλέον ως εγκεφαλικό. Είναι η τρίτη πιο συχνή αιτία θανάτου και κυρίαρχη αιτία αναπηρίας στην ηλικιακή ομάδα άνω των 60 ετών με πιθανότητα εμφάνισης και από την

19.(σελ.86) Επιμέλεια Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη - ΘΕΜΑΤΑ ΓΗΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ / 7^η έκδοση – ελληνικά γράμματα & 10.(σελ.18) Θεόδωρος Ι. Μπαλλής, 2000 – Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπειών των ψυχικών παθήσεων / University Studio Press

ηλικία των 40 ετών και άνω.

Αποτελεί μια εστιακή νευρολογική διαταραχή αιφνίδιας εγκατάστασης λόγω μιας παθολογικής διαδικασίας στα αγγεία του αίματος. ⁽¹⁴⁾

1) **Αποφρακτικά (ισχαιμικά) εγκεφαλικά επεισόδια**

Αναφέρεται και ως εγκεφαλική θρόμβωση. Στα θρομβωτικά εγκεφαλικά, το έμφρακτο προκαλείται από την απόφραξη ενός αγγείου από μια μάζα σωματιδίων του αίματος και ιστικής υπερανάπτυξης, έναν θρόμβο, τα οποία συσσωρεύονται στις αρτηριοσκληρωτικές πλάκες. Μπορεί να συμβούν ξαφνικά χωρίς περαιτέρω αύξηση των συμπτωμάτων.

Περισσότερα από τα 2/3 των επακόλουθων εμφράκτων αφορούν στις οπίσθιες μετωπιαίες, κροταφικές και βρεγματικές δομές στην παροχή που τροφοδοτείται από τη μέση εγκεφαλική αρτηρία. Άλλα έμφρακτα εμφανίζονται στο εγκεφαλικό στέλεχος, στον κατώτερο κροταφικό λοβό (περιλαμβανομένου του ιππόκαμπου) και στους ινιακούς λοβούς όταν συμμετέχει το σπονδυλοβασικό σύστημα.

Όταν συμμετέχει η μέση εγκεφαλική αρτηρία, οι πιο προφανείς γνωστικές διαταραχές που προβληματίζουν εκείνους τους ασθενείς με βλάβη στο δεξί ημισφαίριο θα αφορούν τις οπτικοχωρικές ικανότητες και το σχηματισμό εννοιών μορφολογικού τύπου. Πολλοί ασθενείς με αριστερή εντόπιση της βλάβης θα είναι λίγο ή πολύ αφασικοί, οι οποίοι θα περιγραφούν παρακάτω. ⁽¹⁴⁾

Ψυχιατρικές εκδηλώσεις :

Παρατηρούνται Αγχώδεις διαταραχές και Κατάθλιψη, με το ένα τρίτο των ασθενών να έχουν μείζονα κατάθλιψη με καταστροφικές αντιδράσεις όταν η βλάβη βρίσκεται αριστερά και αντιδράσεις αδιαφορίας – απάθειας, που περιλαμβάνει και νοσοαγνωσία - όταν η βλάβη βρίσκεται δεξιά. Ακόμα, παρουσιάζεται ψυχοκινητική επιβράδυνση. Μπορεί να παρουσιαστεί μετά από βλάβη στο δεξί ημισφαίριο, μανία ή υπομανία και σεξουαλικές δυσλειτουργίες –υποσεξουαλικότητα ή υπερσεξουαλικότητα που συνοδεύεται από συναισθηματική αταραξία, καταναγκαστική εξερεύνηση αντικειμένων του περιβάλλοντος, βουλιμία και οπτική αγνωσία, μετά από αμφοτερόπλευρες βλάβες στις έσω περιοχές των κροταφικών λοβών . Από φλοιώδη εκφύλιση ή ρήξη ανευρύσματος της πρόσθιας αναστομωτικής αρτηρίας ,τα άτομα με Α.Ε.Ε, παρουσιάζουν ευμεταβλητότητα της διάθεσης

14.(σελ/230, 232) MURIEL D. LEZAK, DIANE B. HOWIESON, DAVID W. LORING / Μετάφραση επιμέλεια ελληνικής έκδοσης – Λάμπρος Μεσσήνης, Μαίρη Κοσμίδου, Παναγιώτης Παπαθανασόπουλος, πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ / τόμος 1 / εκδόσεις GOTSIS 13)(σελ.34) 1. Π. Φερεντίνος, Θ. Παπαρρηγόπουλος - ψυχιατρικές εκδηλώσεις νευρολογικών νοσημάτων –από Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 - Διασυνδεδετική Ψυχιατρική – ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ

(ταχεία εναλλαγή μεταξύ περιόδων κατάθλιψης, ευφορίας, θυμού, ευερεθιστότητας). Μπορεί ο ασθενής να παρουσιάσει και επιθετικότητα και παραϋπνίες (Διαταραχή της συμπεριφοράς κατά τον ύπνο REM) ακόμα και Ντελίριο. ^(14&13)

Σύμφωνα με το περιοδικό "Ψυχιατρική" (Ιανουάριος – Μάρτιος 2012, Τριμηνιαία Έκδοση της Ψυχιατρικής Εταιρίας, τόμος 23 – τεύχος 1), οι ασθενείς με Α.Ε.Ε. και καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορεί να παρουσιάσουν διέγερση, αυτό – ετεροκαταστροφική συμπεριφορά, μειωμένη συναισθηματική αντιδραστικότητα, άγχος και κοινωνική απόσυρση. Από το Φυτικό Νευρικό Σύστημα: διαταραχές του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης, ανορεξία, κόπωση, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης, δυσκοιλιότητα.

Από τη Σκέψη/Αντίληψη: αισθήματα απόγνωσης, σκέψεις ενοχής και αναξιοσύνης, αυτοκτονικός ιδεασμός, δυσκολία στη συγκέντρωση .

Η κατάθλιψη προκαλεί και δυσκολία στην κοινωνική προσαρμογή και επηρεάζουν το ένα με δυο τρίτα των ασθενών. Ακόμα, η κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσει περιορισμό των δραστηριοτήτων και κοινωνικών επαφών. Τέλος, σημαντικό να αναφερθεί είναι ότι η θνησιμότητα στους ασθενείς με Α.Ε.Ε. και κατάθλιψη αυξάνεται σε αντίθεση με έναν ασθενή χωρίς κατάθλιψη. ⁽⁴⁴⁾

2) **Αιμορραγικά εγκεφαλικά**

Η αιμορραγία είναι η κύρια και σημαντικότερη αιτία της βλάβης. Τα αιμορραγικά εγκεφαλικά συνοδεύονται από ένα υψηλό ποσοστό θνησιμότητας, της τάξης του 35%- 52% εντός των πρώτων 30 ημερών.

Οι δυο πιο συχνοί μηχανισμοί που προκαλούν την αρτηριακή ρήξη είναι αφενός η εξασθένηση του αγγειακού τοιχώματος, που οφείλεται σε παθολογικές αλλαγές συνέπεια της υπέρτασης, και αφετέρου η ρήξη που σχετίζεται με μια αγγειακή ανωμαλία, όπως είναι το ανεύρυσμα (μια φούσκα που αποδυναμώνει το αρτηριακό τοίχωμα), η αρτηριοφλεβώδης δυσπλασία, ένας όγκος ή η ανεπαρκής πήξη. ⁽¹⁴⁾

Ψυχιατρικές εκδηλώσεις :

Τα σωματικά, τα γνωστικά και τα συναισθηματικά ελλείμματα είναι περίπου ίδια και στα αιμορραγικά. Για παράδειγμα, ασθενείς που είχαν ρήξη ανευρύσματος της πρόσθιας αναστομωτικής αρτηρίας, είναι πιθανό να εμφανίσουν αγχώδεις διαταραχές και συμπεριφορικές διαταραχές όπως έλλειψη αυθορμητισμού, παιδαριώδης συμπεριφορά,

14. (σελ. 136 – 137) MURIEL D. LEZAK, DIANE B. HOWIESON, DAVID W. LORING / Μετάφραση επιμέλεια ελληνικής έκδοσης – Λάμπρος Μεσσήνης, Μαίρη Κοσμίδου, Παναγιώτης Παπαθανασόπουλος, πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ / τόμος 1 / εκδόσεις GOTSIS & 44. Σ. Αρσενίου, Α. Αρβανίτη, Μ. Σαμακουρή , 2011 - Κατάθλιψη μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: Αναγνώριση και θεραπευτικές παρεμβάσεις / ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ 22 (3) <http://www.psych.gr/documents/psychiatry/22.3-GR-2011-240.pdf>

αδιαφορία, και προβλήματα μνημονικής ανάκτησης, που συνδέονται με βλάβες μετωπιαίου λοβού. Διαταραχές κινητικού συστήματος και υπολειμματικά συμπτώματα και διαταραχές μνήμης εμφανίζονται και εδώ. Μπορούν ακόμα οι ασθενείς αυτοί να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα ή και επιθετικότητα. Μπορεί να εμφανίσει το άτομο σεξουαλικές δυσλειτουργίες (υποσεξουαλικότητα) μετά από βλάβη δεξιά και υπερσεξουαλικότητα που συνοδεύεται από συναισθηματική αταραξία, καταναγκαστική εξερεύνηση αντικειμένων του περιβάλλοντος, βουλιμία και οπτική αγνωσία, μετά από αμφοτερόπλευρες βλάβες στις έσω περιοχές των κροταφικών λοβών. ^(13&14)

ο Άνοιες

Η άνοια είναι ένα σύνδρομο που οφείλεται σε επίκτητη εγκεφαλική νόσο που εξελίσσεται και συμπεριλαμβάνεται στις εκφυλιστικές παθήσεις. Συνήθως συνοδεύεται από έκπτωση πολλών ανώτερων ψυχοδιανοητικών και ψυχολογικών λειτουργιών, όπως η μνήμη, η σκέψη, ο προσανατολισμός, η κατανόηση και απλών εννοιών, η εκτέλεση αριθμητικών πράξεων, η ικανότητα για μάθηση, η γλώσσα και η κρίση, χωρίς διαταραχή της συνείδησης, όπως π.χ θόλωσή της, σύγχυση, πτώσεις που συνοδεύονται από ζάλη, μεταβολές στην όραση, ασύμμετρη αδυναμία των άκρων και τέλος κατάθλιψη.

Οι πιο γνωστές και συχνότερες άνοιες είναι οι εξής: αγγειακές άνοιες και φλοιϊκές άνοιες. ^(20&13)

3) Αγγειακή άνοια / πολυεμφρακτική άνοια

Η **αγγειακή άνοια** είναι η εξασθένηση των γνωστικών λειτουργιών που προκύπτει από ένα οποιοδήποτε πλήθος αγγειακών αιτιών. Η διάγνωση της άνοιας προϋποθέτει εξασθένηση της λειτουργίας της μνήμης.

Πολυεμφρακτική άνοια (ΠΕΑ ονομάζεται επίσης αρτηριοσκληρωτική άνοια ή ψύχωση) είναι ένας γενικός όρος για καταστάσεις στις οποίες εκτεταμένες γνωστικές διαταραχές λαμβάνουν χώρα ως αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενων εμφράκτων, συνήθως σε πολλά διαφορετικά σημεία.

Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν διαταραχές επικοινωνίας, στις οποίες το περιεχόμενο και η οργάνωση του λόγου παραμένουν ανεπηρέαστα. Αυτά που επηρεάζονται

13)(σελ.39) 1. Π. Φερεντίνος, Θ. Παπαρηγόπουλος - ψυχιατρικές εκδηλώσεις νευρολογικών νοσημάτων – από Α. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 - Διασυνδεδετική Ψυχιατρική – ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ & 20. ΔΟΜΝΑ ΖΕΛΕΝΗ*, ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΣΙΚΛΑΦΙΔΟΥ*, ΜΙΑΤΟΣ ΛΕΙΒΑΔΙΤΗΣ - ΤΕΥΧΟΣ 2, ΑΠΡΙΛΙΟΣ-ΙΟΥΝΙΟΣ 2012 / ΤΕΥΧΟΣ 2 ΑΝΟΙΑ: ΨΥΧΙΑΤΡΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ - ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ 49, 47-50, <http://www.encephalos.gr/pdf/49-2-01g.pdf> & 14. (σελ. 136 – 137) MURIEL D. LEZAK, DIANE B. HOWIESON, DAVID W. LORING / Μετάφραση επιμέλεια ελληνικής έκδοσης – Λάμπρος Μεσσίνηης, Μαίρη Κοσμιδίου, Παναγιώτης Παπαθανασόπουλος, πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ / τόμος 1 / εκδόσεις GOTSIS

είναι το ύψος, ο τόνος και η μελωδικότητα της ομιλίας, ενώ ο ρυθμός παραγωγής είναι αργός. Οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς γίνονται δυσαρθρικοί και μπορεί τελικά να εμφανίζουν επιδείνωση με κινητική αλαλία. Η γραφή επηρεάζεται και το ακουστικό εύρος μπορεί να μειωθεί. Ακόμα μπορεί να παρουσιάσουν υπέρταση, ημικρανία, με γνωστικά ελλείμματα, κινητικές ανωμαλίες, όπως διαταραχές βάδισης και δυσκαμψία. ⁽¹⁴⁾

Ψυχιατρικές εκδηλώσεις :

Η **ψυχοπαθολογία** των ασθενών αυτών εστιάζεται , με ποσοστό μεγαλύτερο από 60% των ασθενών, στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και αγχώδων διαταραχών, δεδομένου ότι οι ασθενείς αυτοί έχουν επίγνωση των ανικανοτήτων τους, και οργανικό ψυχοσύνδρομο (delirium). Ακόμα εμφανίζουν παραισθήσεις με απειλές, όπως ότι γίνονται θύματα ληστείας ή απιστίας τα λεγόμενα ως διωκτικό και ζηλοτυπικό παραλήρημα. Ακόμα μπορεί να εμφανιστούν διαταραχές προσωπικότητας και παραϋπνίες (Διαταραχή της συμπεριφοράς κατά τον ύπνο REM), ακόμα και παραληρητικές ιδέες. Θα εμφανίσουν Υπερσεξουαλικότητα, η οποία συνοδεύεται από συναισθηματική αταραξία, καταναγκαστική εξερεύνηση αντικειμένων του περιβάλλοντος, βουλμία και οπτική αγνωσία, μετά από αμφοτερόπλευρες βλάβες στις έσω περιοχές των κροταφικών λοβών.

Επιπροσθέτως, οι ασθενείς με άνοια είναι δύστροποι, ευερέθιστοι ή επιθετικοί ιδίως εναντίον των φροντιστών τους. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι σχετικά αυξημένος, για ανοϊκούς ασθενείς που βρίσκονται στα αρχικά στάδια, πριν η άνοια παραβλάβει σοβαρά τη βούλησή τους ή την ικανότητά τους να συλλάβουν και να εκτελέσουν ένα σχέδιο δράσης.

Σε προχωρημένο στάδιο τα άτομα με άνοια εμφανίζουν επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (διαταραχές ψυχοκινητικότητας) όπως ηχολαλία, παλλιλαλία, κοπρολαλία, ηχοπραξία, τριχοτιλλομανία, αυτοτραυματισμοί, στερεοτυπίες, μανιερισμοί, εμμονές κ.α.
(14&13&20)

4) Άνοιες μετωπιαίων λοβών

Οι μετωποκροταφικές άνοιες είναι εκφυλιστικά νοσήματα με λανθάνουσα έναρξη και αργή εξέλιξη, που προσβάλλουν μετωπιαίους και κροταφικούς λοβούς, ενώ δεν επηρεάζεται σχετικά ο οπίσθιος εγκέφαλος. Έχουν άγνωστη αιτιολογία και τείνουν να εμφανίζονται μεταξύ ηλικίας 40 με 65. Οι πρώιμες μελέτες χαρακτήρισαν τις μετωποκροταφικές άνοιες γενικά ως νόσο του pick, αν και η νόσος του pick διακρίνεται ως υποκατηγορία της μετωποκροταφικής άνοιας. Το πιο χαρακτηριστικό γνώρισμα αυτής της

14. (σελ.239) MURIEL D. LEZAK, DIANE B. HOWIESON, DAVID W. LORING / Μετάφραση επιμέλεια ελληνικής έκδοσης – Λάμπρος Μεσσήνης, Μαίρη Κοσμίδου, Παναγιώτης Παπαθανασόπουλος, πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 / τόμος 1 - *ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ* / εκδόσεις GOTSIS, & 13)(σελ.53) .1 – Π. Φερεντίνος, Θ. Παπαρρηγόπουλος - ψυχιατρικές εκδηλώσεις νευρολογικών νοσημάτων από Α. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 - *Διασυνδεδετική Ψυχιατρική* / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ

άνοιας είναι η εμφανής μεταβολή στην κοινωνική συμπεριφορά και την προσωπικότητα, που μερικές φορές εμφανίζεται χρόνια πριν από την διάγνωση. Η μετωποκροταφική άνοια συγγέεται με την νόσο Alzheimer καθώς παρουσιάζουν σχετικά ίδια χαρακτηριστικά. Τα συμπτώματα που τις διαφοροποιούν είναι η έλλειψη οξύνουιας μαζί με τη στερεοτυπική συμπεριφορά και τις διατροφικές συνήθειες. Άλλα χαρακτηριστικά της νόσου που είναι κοινά με το Alzheimer είναι οι αλλαγές στο λόγο και τη γλώσσα, τα εξωπυραμιδικά στοιχεία (ακινησία, δυσκαμψία και τρόμος), η ακράτεια και τα πρωτόγονα αντανακλαστικά. ⁽¹⁴⁾

Ψυχιατρικές εκδηλώσεις :

Στα νευροψυχολογικά συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται στα αρχικά στάδια, η φτωχή νόηση, καταθλιπτικά συμπτώματα και επιθετικότητα, παραϋπνίες (Διαταραχή της συμπεριφοράς κατά τον ύπνο REM) και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Ένα μικρό ποσοστό ανοϊκών ασθενών μπορεί να εμπλακούν σε μικρό αδικήματα, όπως μικροκλοπές, ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά ή παρενόχληση και απάθεια. Τα αδικήματα αυτά μπορεί να έχουν ως γενεσιουργό αιτία την ακρισία ή τη μωρία που συνοδεύει τη μετωπιαία άνοια. Μπορεί να έχουμε μετά από βλάβη δεξιού ημισφαιρίου μανία ή υπομανία. Ακόμα, αυτοί οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν σεξουαλικές δυσλειτουργίες όπως παραφιλίες. ^(13&20)

Νόσος Parkinson

Η νόσος Parkinson είναι μια ιδιοπαθής διαταραχή που συνδέεται με τη μείωση ντοπαμίνης στα βασικά γάγγλια και επίσης συνδέσεις με τη μελανά ουσία. Τα συμπτώματα χαρακτηρίζονται από τρόμο ηρεμίας, μια σχετικά ταχεία και ρυθμική δόνηση που μπορεί να επηρεάσει τα άκρα, τη γνάθο και τη γλώσσα, το οποίο είναι και το πρώτο και κύριο σύμπτωμα, η επιβραδυνόμενη κίνηση επίσης βραδυκινησίας μαζί με την ακινησική δυσχέρεια έναρξης επίσης κίνησης. Αργότερα στην πορεία επίσης της νόσου εμφανίζεται διαταραχή του αυτονόμου νευρικού συστήματος.

Επίσης, τα συμπτώματα της νόσου Parkinson είναι αισθητικά ενοχλήματα, δηλαδή αιμωδίες, αίσθηση ψυχρού και θερμού ή άλγος, οσφρητικά ελλείμματα, βραδυκινησία (νοητική επιβράδυνση). Παρατηρούνται γνωστικές λειτουργίες και δυσκολίες

20. ΔΟΜΝΑ ΖΕΛΕΝΗ*, ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΣΙΚΛΑΦΙΔΟΥ*, ΜΙΛΤΟΣ ΛΕΙΒΑΔΙΤΗΣ - ΑΠΡΙΛΙΟΣ-ΙΟΥΝΙΟΣ 2012, ΤΕΥΧΟΣ 2 *ΑΝΟΙΑ: ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ* / ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ 49, 47-50, / <http://www.encephalos.gr/pdf/49-2-01g.pdf> & 14. (σελ.259) MURIEL D. LEZAK, DIANE B. HOWIESON, DAVID W. LORING / Μετάφραση επιμέλεια ελληνικής έκδοσης – Λάμπρος Μεσσήνης, Μαίρη Κοσμίδου, Παναγιώτης Παπαθανασόπουλος, , πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 / τόμος 1 - *ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ* / εκδόσεις GOTSIS & 13)(σελ.62) 1 Π. Φερεντίνος, Θ. Παπαρηγόπουλος - ψυχιατρικές εκδηλώσεις νευρολογικών νοσημάτων από Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 - *Διασυνδετική Ψυχιατρική* / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ

στην εναλλαγή ή διατήρηση μιας σειράς, στην έναρξη αντιδράσεων, στη σειροθέτηση, στη δημιουργία στρατηγικών και στη γνωστική επιβράδυνση και μειωμένη παραγωγικότητα, στην προσοχή, στην μνήμη (βραχυπρόθεσμη, μακροπρόθεσμη και οπτική) και μάθηση, επίσης λεκτικές λειτουργίες (το λεξιλόγιο, η γραμματική και η σύνταξη μένουν άθικτα, αλλά διαταράσσονται το μήκος των φράσεων και η συνολική παραγωγή), υποκινητική δυσαρθρία, οπτικοχωρικές λειτουργίες, σκέψη και συλλογισμός. ⁽¹⁴⁾

Ψυχιατρικές εκδηλώσεις :

Όσον αφορά την προσωπικότητα και τη συμπεριφορά παρατηρούνται στα άτομα με Parkinson, κατάθλιψη που είναι ένα από τα πιο σταθερά χαρακτηριστικά του παρκινσονισμού. Ωστόσο, μελέτες αναφέρουν ότι οι ασθενείς με Parkinson, χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη δυσφορία και απαισιοδοξία, ευερεθιστότητα, θλίψη και αυτοκτονικό ιδεασμό, με μικρότερη ενοχή, αυτοκατηγορία, αισθήματα αποτυχίας ή φόβο τιμωρίας σε σχέση με την κλασική ιδιοπαθή κατάθλιψη. Ο Cummings (1992) περεταίρω σημείωσε ότι οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν υψηλή συχνότητα συμπτωμάτων άγχους, με λιγότερες ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και παραληρητικές ιδέες. Έχει περιγραφεί επίσης μια προδρομική προσωπικότητα, η οποία χαρακτηρίζεται από συναισθηματική και ηθική ακαμψία, ενδοστρέφεια, σοβαρότητα, άγχος, ανησυχία, ευερεθιστότητα, και περιορισμένη συναισθηματική έκφραση. Μπορεί στους άντρες να παρουσιαστεί διαταραχή σεξουαλικότητας (ανεσταλμένος οργασμός). Ακόμα, περιλαμβάνει το ανοϊκό σύνδρομο.

Σε προχωρημένο στάδιο εμφανίζουν διαταραχές ψυχοκινητικότητας όπως ηχολαλία, παλλιλιαλία, κοπρολαλία, ηχοπραξία, τριχοτιλλομανία, αυτοτραυματισμοί, στερεοτυπίες, μανιερισμοί, εμμονές κ.α.

Τα αντιχολινεργικά που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία είναι δυνατό να προκαλέσουν διέγερση, παραλήρημα και ψευδαισθήσεις. ^(14&13)

5) Άνοια με σωμάτια Lewy

Είναι μια άλλη λιγότερο συχνή μορφή πρωτοπαθούς εκφυλιστικής άνοιας, η οποία δεν είχε αναγνωριστεί πριν από την δεκαετία του '70. Τυπικά συνδέεται με προϊύσα άνοια, εξωπυραμιδικά συμπτώματα, οπτικές ψευδαισθήσεις και απάτες και σοβαρές

13)(σελ.66) 1 Π. Φερεντίνος, Θ. Παπαρρηγόπουλος - ψυχιατρικές εκδηλώσεις νευρολογικών νοσημάτων από Α. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 - Διασυνδεδετική Ψυχιατρική / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ & 14.(σελ. 265,266,269, 273) MURIEL D. LEZAK, DIANE B. HOWIESON, DAVID W. LORING / Μετάφραση επιμέλεια ελληνικής έκδοσης – Λάμπρος Μεσσήνης, Μαίρη Κοσμίδου, Παναγιώτης Παπαθανασόπουλος , πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ / τόμος 1 / εκδόσεις GOTSIS

διακυμάνσεις στη γνωστική λειτουργία, όπως διαταραχές στη συγκέντρωση και την προσοχή. Μοιράζεται κλινικά χαρακτηριστικά τόσο με την νόσο Alzheimer όσο και τη νόσο του Parkinson. Η νευρωνική εκφύλιση είναι προέχουσα στις μετωπιαίες, πρόσθιες του προσαγωγίου, νησιδιακές και κροταφικές περιοχές.

Ακόμα, παρατηρούνται αισθησιοκινητικά ευρήματα, διακυμάνσεις της προσοχής, δυσλειτουργία της μνήμης (φτωχή ανάκληση με διατηρημένη την εμπέδωση πληροφορίας), μειωμένη φωνολογική και σημασιολογική ροή.⁽¹⁴⁾

Ψυχιατρικές εκδηλώσεις :

Όσον αφορά την προσωπικότητα και ψυχοκοινωνική λειτουργία, στην άνοια με σωμάτια Lewy, παρατηρούμε κατάθλιψη και άγχος, που μπορεί να εμφανιστεί μέχρι και στους μισούς ασθενείς, διαταραχές ύπνου, οπτικές ψευδαισθήσεις (όπου οι ασθενείς συνήθως έχουν επίγνωση ότι δεν είναι αληθινές), πολλοί ασθενείς έχουν παρανοϊκές αυταπάτες και παραληρητικές ιδέες, άγχος, ανησυχία και ευερεθιστότητα.^(13&14)

Νόσος Alzheimer

Η νόσος Alzheimer (NA) είναι προοδευτική νευροεκφυλιστική διαταραχή με χαρακτηριστικά κλινικά και νευροπαθολογικά ευρήματα, με ύπουλη έναρξη και βαθμιαία αποδιοργάνωση των γνωστικών και λειτουργικών ικανοτήτων του ανθρώπου με αποτέλεσμα τη διαταραχή των επαγγελματικών και κοινωνικών υποχρεώσεων του. Παρατηρούνται ωστόσο ατομικές διαφορές όσον αφορά την ηλικία έναρξης, το είδος γνωστικών διαταραχών και το ρυθμό αποδιοργάνωσης. Η NA είναι πλέον σημαντική εξαιτίας της μεγάλης συχνότητας της. Κύριο πρόβλημα για το οποίο παραπονιέται και ο ασθενής είναι η απώλεια της μνήμης.⁽¹⁴⁾

Μερικοί διακρίνουν Τρία στάδια στη NA και άλλοι επτά. Στο πρώτο στάδιο της νόσου παρατηρούνται διαταραχές της μνήμης και του προσανατολισμού ως προς τον χρόνο και λιγότερο ως προς τον χώρο (κροταφικός και βρεγματικός λοβός), κατονομαστικές και κατασκευαστικές διαταραχές, καθώς επίσης και αδιαφορία. Στο δεύτερο στάδιο παρατηρούνται διαταραχές του λόγου, έντονες διαταραχές της μνήμης και προσανατολισμού

13)(σελ.108) .X. Χριστοδούλου, Α. Δουζένης - Delirium – ανοϊκά σύνδρομα & Ι Π. Φερεντίνος, Θ. Παπαρηγόπουλος - ψυχιατρικές εκδηλώσεις νευρολογικών νοσημάτων από Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 - Διασυνδεδετική Ψυχιατρική – ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ & 14. (σελ.245) MURIEL D. LEZAK, DIANE B. HOWIESON, DAVID W. LORING / Μετάφραση επιμέλεια ελληνικής έκδοσης – Λάμπρος Μεσσήνης, Μαίρη Κοσμίδου, Παναγιώτης Παπαθανασόπουλος , πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ / τόμος 1 / εκδόσεις GOTSIS

και γενικότερα είναι διαταραγμένες όλες οι ανώτερες νοητικές λειτουργίες. Στο τελικό στάδιο παρατηρείται ηχολαλία, παλιλαλία ή βωβότης. Η μνήμη, ο προσανατολισμός και οι νοητικές λειτουργίες δεν μπορούν να ελεγχθούν. Υπάρχει ακράτεια και αρχίζουν να εκπίπτουν και οι κινητικές λειτουργίες.

Με βάση τα κριτήρια βαρύτητας, σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Συλλόγου (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition revised, DSM-III-R), μπορεί να διακρίνει κανείς τη ΝΑ σε ήπια, όταν παρατηρείται διαταραχή στην εργασία και στις κοινωνικές υποχρεώσεις, αλλά παραμένει η δυνατότητα για ανεξάρτητη ζωή, με σχετικά ανέπαφη κρίση και επαρκή προσωπική υγιεινή, σε μέσης βαρύτητας, όταν απαιτείται κάποια επίβλεψη και η ανεξαρτησία είναι προβληματική, και σοβαρή, όπου απαιτείται συνεχής επίβλεψη, διότι υπάρχει αδυναμία για διατήρηση έστω και ελάχιστης προσωπικής υγιεινής και ο ασθενής ή είναι ασυνάρτητος ή παρατηρείται βωβότης. ⁽²¹⁾

Οι διαταραχές των ασθενών με Alzheimer διακρίνονται σε:

λειτουργικές διαταραχές: αδυναμία χρησιμοποίησης τηλεφώνου, αδυναμία χρησιμοποίησης των χρημάτων για αγορές, αδυναμία λήψης των φαρμάκων και αδυναμία χρησιμοποίησης μεταφορικών μέσων.

Διαταραχές στη μνήμη: Η επεισοδιακή μνήμη, η μνήμη προσωπικών πληροφοριών που έχουν αποκτηθεί σε ένα συγκεκριμένο χώρο-χρονικό περιβάλλον, είναι η πρώτη που διαταράσσεται στα πρώτα στάδια της ΝΑ, αν και μπορεί να εμφανιστεί και στο φυσιολογικό γήρας. Η αμνησία ή απώλεια μνημης είναι το κυρίαρχο σύμπτωμα και από τα πρώτα πρώιμα συμπτώματα. Στα πρώτα στάδια ξεχνούν πρόσφατα γεγονότα ενώ παλιά, όπως τα παιδικά τους χρόνια, τα θυμούνται. ⁽²¹⁾

Εκτελεστικές λειτουργίες: αυτοί οι ασθενείς δεν μπορούν να χρησιμοποιούν ταυτόχρονα διαφορετικές πληροφορίες, δεν μπορούν να εναλλάσσουν γράμματα και αριθμούς με μια συγκεκριμένη σειρά. ⁽¹⁹⁾

Λόγος: Στην ΝΑ το πιο συχνό σύμπτωμα είναι η δυσκολία στην ανεύρεση των λέξεων (κατονομαστική δυσφασία). Τα πρώτα σημεία είναι επίσης η δυσκολία στην άρθρωση και η ελαττωμένη ευφράδεια. Αργότερα παρατηρείται δυσκολία στην ανεύρεση λέξεων σε κανονική συζήτηση, αυξάνεται ο αριθμός επαναλήψεων, υπάρχει δυσκολία στη συμμετοχή σύνθετων συζητήσεων και γίνεται μεγαλύτερη η δυσκολία στην κατανόηση του λόγου. Στα τελευταία στάδια παρατηρείται ασυνάρτητος λόγος, ασυνεχής λόγος, πλήρης απώλεια του ειρμού του λόγου. ⁽¹⁹⁾

21. (σελ.67) ΓΙΩΡΓΙΟΣ ΜΕΝΤΕΝΟΠΟΥΛΟΣ – Συνεργατες: Σεβαστή Μποσταντζοπούλου, Ζωή Κατσαρού, πρώτη έκδοση 1997 / Η ΜΝΗΜΗ ΚΑΙ ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ / εκδόσεις university studio press Αρμενοπούλου 32 – Θεσσαλονίκη &19.(σελ.45) Επιμέλεια Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη / ΘΕΜΑΤΑ ΓΗΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ / 7^η έκδοση – ελληνικά γράμματα

Διαταραχές της ευπραξίας: Οι δυσκολίες με σύνθετες πράξεις είναι εκείνες που χαρακτηρίζουν τους ασθενείς αυτούς. Παρατηρούνται επίσης δυσκολίες στην προετοιμασία του φαγητού, καθώς επίσης και να χρησιμοποιήσει το μαχαίρι και το πιρούνι για να φάει στα τελευταία στάδια της νόσου, στο ντύσιμο (είναι ατημέλητος, χρησιμοποιεί λάθος σειρά στα ρούχα) καθώς και σε άλλες καθημερινές δραστηριότητες, όπως η καθαριότητα του ίδιου αλλά και του σπιτιού ή του κήπου. ⁽¹⁹⁾

Άλλες σύνθετες διαταραχές: Η ικανότητα να αναγνωρίζει αντικείμενα και πρόσωπα (αγνωσία και προσωποαγνωσία) και συχνά χάνεται. Ακόμα παρατηρείται διαταραχή στον προσανατολισμό στο χώρο (π.χ. χάνεται όταν βρίσκεται σε άγνωστα μέρη όπως διακοπές, ενώ στη συνέχεια δεν αναγνωρίζει ούτε τη γειτονιά του), διαταράσσεται ακόμα η οδήγηση. Ακόμα εμφανίζεται δυσκαμψία, υποκινησία ή υπερκινησίες, διαταραχές βάδισης, βραδυκινησία καθώς επίσης, σε προχωρημένο στάδιο, γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις. ⁽¹⁹⁾

Στην **ψυχολογική εκτίμηση** παρατηρούνται διαταραχές συμπεριφοράς και συναισθήματος:

Διαταραχές συμπεριφοράς: Στα πρώτα στάδια παρατηρείται παθητική, διεγερτική, επιθετική και εγωκεντρική συμπεριφορά που δεν έχει σχέση με τη βαρύτητα της νόσου.

Παρουσιάζονται παραισθήσεις, λανθασμένες πεποιθήσεις, όπως ότι το σπίτι αυτό δεν είναι δικό του και ότι ο άνθρωπος που τον φροντίζει δεν είναι η γυναίκα του, όμως τις περισσότερες φορές υπάρχουν παραισθήσεις όπως ότι έρχονται κλέφτες στο σπίτι. Υπάρχουν οπτικές ψευδαισθήσεις, που αποτελούν συμπτώματα και άλλων διαταραχών που μπερδεύουν όπως στην άνοια με σωματίδια Lewy. Ακόμα παρατηρείται ακράτεια, διέγερση και συνεχής περιπλάνηση. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν κατάθλιψη και άγχος (υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ στρεσογόνων ερεθισμάτων και ανάπτυξης καταθλιπτικής διαταραχής. Αυτό είναι κάτι που γνωρίζουμε άλλωστε και από την καθημερινή κλινική μας εμπειρία, καθώς είναι κατανοητό πως κάποιος που βιώνει μόνιμα το στρες είναι πιο επιρρεπής στην κατάθλιψη). Οι διαταραχές του συναισθήματος και της συμπεριφοράς οδηγούν στην απόρριψη του ατόμου από την οικογένεια και την κοινωνία. Η έλλειψη αναστολών οδηγεί σε πράξεις βίας, σκανδαλώδη συμπεριφορά, κλοπές από καταστήματα και κατάχρηση αλκοόλ. ^(13&22)

Διαταραχές του συναισθήματος: Η διαταραχή του έλεγχου του συναισθήματος στην αρχή εμφανίζεται ως φόβος, έλλειψη χαμόγελου και κραυγές και στη συνέχεια εμφανίζεται υπομimία (δηλαδή δεν μπορεί να μιμηθεί κινήσεις και δεν μπορεί να εκφραστεί με το

19. (σελ.46) Επιμέλεια Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη / ΘΕΜΑΤΑ ΓΗΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ / 7^η έκδοση – ελληνικά γράμματα & 22. Δ. ΦΩΣΚΟΛΟΣ* / *Ειδικευόμενος Ψυχίατρος, Υποψήφιος Διδάκτωρ, ΙΟΥΛΙΟΣ-ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2011 - Β' Νευρολογική Κλινική ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη - *Εγκέφαλος*, ΤΟΜΟΣ 48, ΤΕΥΧΟΣ 3, Στρες, Κατάθλιψη και Alzheimer: Το τρίγωνο της λήθης; - <http://www.encephalos.gr/pdf/48-3-07g.pdf> & 13) (σελ.113) 1– Π. Φερεντίνος, Θ. Παπαρρηγόπουλος - ψυχιατρικές εκδηλώσεις νευρολογικών νοσημάτων από Α. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 - *Διασυνδετική Ψυχιατρική* / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ

πρόσωπο) και ευφορία που συνδυάζεται με μυθοπλασίες. Συχνά η νόσος Alzheimer συνοδεύεται από κατάθλιψη, ψύχωση, το χρόνιο στρες και παραληρητικές ιδέες. Μπορεί να παρουσιάζουν οι γυναίκες διαταραχή σεξουαλικής διέγερσης και για τους άντρες διαταραχή στύσης. ^(19&13)

Πολλαπλή σκλήρυνση (ΠΣ) – Σκλήρυνση κατά πλάκας (MS)

Αν και συνήθως εμφανίζεται με εξάρσεις και υφέσεις, η ΠΣ ταξινομείται προς εκφυλιστικές νόσους (αυτοάνοσο νόσημα) και χαρακτηρίζεται από προοδευτική συσσώρευση νευρολογικών ελλειμμάτων με επίμονη γνωστική και συμπεριφορική δυσλειτουργία αργότερα στην πορεία της.

Τα προεξέχοντα συμπτώματα της ΣΠ περιλαμβάνουν αδυναμία, δυσκαμψία, ή συγχρονισμό του χεριού ή ποδιού, διαταραχή στη βάδιση, οπτικές διαταραχές (θολωμένη όραση, διπλωπία, ολική ή μερική απώλεια όρασης λόγω οπτικής νευρίτιδας, διαταραχή στην ευαισθησία αντίθεσης κ.α.), νευρογενή συμπτώματα από την κύστη και το έντερο, σεξουαλική δυσλειτουργία, αισθητικές διαταραχές (αιμωδίες, μυρμηκίαση ή επώδυνα αισθητικά συμπτώματα – αίσθηση ηλεκτροπληξίας), ευαισθησία στη θερμότητα και κόπωση, δυσαρθρία που χαρακτηρίζεται από άτονη, βραδεία ομιλία ή από σπασμωδική ομιλία, δυσφαγία (δυσκολία στην κατάποση) και τρόμο. Παρατηρούνται και γνωστικά ελλείμματα, που συμπεριλαμβάνουν διαταραχές στην προσοχή, στη μνήμη (βραχυπρόθεσμη) και μάθηση, γλωσσικές λειτουργίες (συχνά στην λεκτική ευχέρεια), οπτικοχωρικές λειτουργίες και κατασκευή. ⁽¹⁴⁾

Ψυχιατρικές εκδηλώσεις :

Οι **ψυχοκοινωνικές διαταραχές** στην πολλαπλή σκλήρυνση περιλαμβάνουν συναισθηματικές διαταραχές, συμπεριφοράς και διάθεσης. Οι διαταραχές συμπεριφοράς και συναισθημάτων περιλαμβάνουν ευφορία, συναισθηματική αστάθεια, παθολογικό γέλιο και κλάμα, ασυνήθιστη φαιδρότητα και αισιοδοξία για το μέλλον. Μπορεί να εμφανίσει και παραϋπνίες (Διαταραχή της συμπεριφοράς κατά τον ύπνο REM) και παραληρητικές ιδέες.

Οι διαταραχές διάθεσης περιλαμβάνουν μείζονα κατάθλιψη και διπολική διαταραχή με μανιακά ή υπομανιακά χαρακτηριστικά. Οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο για αυτοκτονία. Ακόμα, εμφανίζεται άγχος, με ή χωρίς κατάθλιψη. Ο συνδυασμός άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με ΠΣ σχετίζεται με αυξημένα

σωματικά συμπτώματα, με αυτοκαταστροφικές σκέψεις, σωματόμορφες διαταραχές, υποχονδρίαση, και σχέδια και με σημαντική κοινωνική δυσλειτουργία . Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες εμφανίζονται κυρίως με τη μορφή υποσεξουαλικότητας ή παραφυλιών. Η ‘‘υποκλινική’’ δυσφορία (δηλ. προσωπικά αποδιοργανωτικά συναισθηματικά συμπτώματα που δεν τηρούν τα συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης ή αγχώδους διαταραχής) είναι παρούσα σχεδόν προς μισούς ασθενείς με ΠΣ. Παρατηρούνται αγχώδεις διαταραχές με ιδιαίτερη έμφαση στην εμφάνιση ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών. ^(14&13)

Ακόμα, Περίπου το 50% των ασθενών με MS θα αναπτύξουν σε κάποιο βαθμό νοητικές διαταραχές που θα επηρεάσουν τη σκέψη, τη συγκέντρωση, την ικανότητα αιτιολόγησης ή τη μνήμη. ⁽²³⁾

6) **Αφασίες**

Η αφασία μπορεί να προκληθούν από αγγειακό ή αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο, ή Κ.Ε.Κ. Είναι μια επιλεκτική βλάβη του γνωστικού συστήματος που ειδικεύεται στην κατανόηση και τον σχηματισμό της γλώσσας, αφήνοντας τις άλλες ικανότητες σχετικά άθικτες. Οι αφασίες, ανάλογα με τα συμπτώματα που παρουσιάζουν, αφορούν είτε την παραγωγή είτε την κατανόηση του λόγου και διαχωρίζονται σε **αφασία Broca, αφασία Wernicke, ανομική – κατονομαστική αφασία, ολική – καθολική αφασία και αφασία αγωγής**. Οι αφασίες ανάλογα με την εντόπιση της βλάβης χαρακτηρίζονται από διαφλοιώδης κινητική (μοιάζει με την Broca) και διαφλοιώδης αισθητική (μοιάζει με την Wernicke), οι οποίες έχουν καλύτερη επανάληψη και η βλάβη εντοπίζεται στο κροταφοϋνιακό όριο ή στην ζώνη απορροής, ανάμεσα στη μέση και οπίσθια εγκεφαλική αρτηρία. Και όταν η βλάβη είναι στο φλοιό έχουμε την υποφλοιώδη κινητική και αισθητική αφασία, όπου μοιάζουν με την αφασία Broca και Wernicke με τα συμπτώματα να είναι πιο ήπια. Αναλυτικότερα: ^(24&25)

➤ **Αφασία Broca** (βλάβη στην περιοχή Broca)

χαρακτηριστικά:

- Μη ρέων λόγος - τηλεγραφικός
- Επηρεασμένη κατονομασία
- Άθικτη κατανόηση (εκτός από σύνθετα γραμματικές προτάσεις)
- Επηρεασμένη επανάληψη

14. (σελ. 286,197) MURIEL D. LEZAK, DIANE B. HOWIESON, DAVID W. LORING / Μετάφραση – Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Λαμπρος Μεσσήνης, Μαίρη Κοσμιδου, Παναγιώτης Παπαθανασόπουλος, Σεπτέμβριος 2009 - ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ – Τόμος 1 / εκδόσεις GOTSIS 23. ΚΟΥΤΣΟΥΡΑΚΗ Ε., ΜΠΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ Σ.Ι. / Α' Νευρολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΑΧΕΠΑ, Διευθυντής: Σ.Ι. Μπαλογιάννης, , ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ-ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2006, ΤΟΜΟΣ 43, ΤΕΥΧΟΣ 4/ Νοητικές διαταραχές στη σκλήρυνση κατά πλάκας - <http://www.encephalos.gr/full/43-4-06g.htm> & 13)(σελ.131) .Ι Π. Φερεντίνος, Θ. Παπαρρηγόπουλος - ψυχιατρικές εκδηλώσεις νευρολογικών νοσημάτων / – Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 - Διασυνδεδετική Ψυχιατρική / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ

- Επηρεασμένη ανάγνωση όσον αφορά την απαγγελία και όχι την κατανόηση
- Επηρεασμένη γραφή
- Σε συνδυασμό με δεξιά ημιπάρεση ⁽²⁵⁾

➤ **Ανομική αφασία** (υποσύνολο Broca)

χαρακτηριστικά:

- Ρέων λόγος αλλά με παύσεις – περιφραστική ομιλία
- Επηρεασμένη κατονομασία – περιγράφει περιφραστικά
- Άθικτη κατανόηση, επανάληψη, ανάγνωση και γραφή
- Ανοψία ⁽²⁵⁾

➤ **Αφασία Αγωγής** (βλάβη στην τοξοειδή δεσμίδα)

χαρακτηριστικά:

- Ρέων λόγος και καλή κατανόηση
- Πρόβλημα στην ανάγνωση δυνατά
- Δεν μπορεί να συνδυάσει το κατανοήσιμο μέρος με το παραγόμενο
- Σχετικά επηρεασμένη κατονομασία
- Λάθη στην ανάγνωση
- ή ημιπάρεση ή ημιανοψία ή και τα δύο ⁽²⁵⁾

Η ψυχοπαθολογία των ασθενών με αφασία, οι οποίοι παρουσιάζουν καλή κατανόηση, παρουσιάζει τα εξής: άρνηση της βλάβης, κατάθλιψη ή και αποθάρρυνση, κοινωνική απομόνωση και αγχώδεις διαταραχές και ενδέχεται να εμφανίσουν επιθετικότητα. ⁽¹³⁾

➤ **Αφασία Wernicke** (βλάβη στην περιοχή Wernicke)

Χαρακτηριστικά:

- Ρέων λόγος αλλά κενός, με πλήθος παραφασιών
- Επηρεασμένη κατονομασία, συνήθως νεολογισμοί
- Επηρεασμένη κατανόηση, επανάληψη, ανάγνωση και γραφή, όσον αφορά το περιεχόμενο
- Δεξιά ομόνυμη ημιανοψία, επιθετικότητα, παραλογισμό ⁽²⁵⁾

24.(σελ.43) G. Albyn Davis – Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Γρηγόριος Νάσιος, copyright 11 / ΑΦΑΣΙΟΛΟΓΙΑ - ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ & ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ / εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης – ιατρική βιβλιοθήκη & 25. Σημειώσεις Γρηγόριου Νάσιου - ΤΕΙ Ηπείρου εξάμηνο ΣΤ' / ΔΙΑΤ. ΕΠΙΚΟΙΝ.ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΦΑΣΙΕΣ & ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΔΙΑΤ. Τμήμα λογοθεραπείας & 15. (σελ. 308) M. Marsel Mesulam , (2000) Oxford / Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Γρηγόριος Νάσιος, 2011 - Αρχές Συμπεριφορικής και Γνωστικής Νευρολογίας / εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα & 13)(σελ.187) Π. Φερεντίνος, Θ. Παπαρρηγόπουλος - Ψυχιατρικές εκδηλώσεις νευρολογικών νοσημάτων από- Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 - Διασυνδεδετική Ψυχιατρική / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ

Ψυχιατρικές εκδηλώσεις :

Οι ψυχικές διαταραχές των ασθενών με αφασία Wernicke περιλαμβάνουν, σε ασθενείς με προνοσηρή αγχώδη προσωπικότητα, διεγερτική συμπεριφορά, παραληρητικές ιδέες και παρανοϊκό ιδεασμό και καχυποψία, ίσως λόγω της ανικανότητάς τους να κατανοήσουν τον λόγο των άλλων και τον δικό τους. Παρουσιάζουν διαταραχές μνημονικής εγγραφής με μυθοπλασίες, έλλειψη εναισθησίας, απάθεια και παθητικότητα. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να καταστούν αυτοκτονικοί ή φονικοί και επιθετικοί. Η κατάθλιψη είναι λιγότερο συχνή από την αφασία Broca. ^(15&13)

7) **Απραξίες και αγνωσίες**

Εμφανίζονται συνήθως μετά από Α.Ε.Ε. ή Κ.Ε.Κ. στην πλειοψηφία τους. Απραξία είναι η διαταραχή της ικανότητας επιτέλεσης εκούσιων κινήσεων χωρίς να υπάρχει πάρεση του εκτελεστικού κινητικού μέλους. ⁽¹³⁾

Υπάρχουν τρεις κατηγορίες απραξίας :

1. Μελοκινητική απραξία 2. Ιδεοκινητική απραξία 3. Ιδεακή απραξία 4. Κατασκευαστική απραξία

1. Μελοκινητική απραξία

Είναι η ηπιότερη μορφή και αφορά στην απώλεια δεξιοτήτας και συντονισμού λεπτών κινήσεων των άκρων. Η διαταραχή είναι εμφανής στην παντομίμα, στην μίμηση και στη χρήση αντικειμένων. Βλάβες παρατηρούνται στον προκινητικό φλοιό.

2. Ιδεοκινητική απραξία

Αναφέρεται σε απώλεια της ικανότητας επιτέλεσης στοιχειωδών μαθημένων κινήσεων κατ' εντολή του εξεταστή. Αφορά και στα δυο μελή και εντοπίζεται βλάβη στον αριστερό κατώτερο βρεγματικό φλοιό και τοξοειδή δεσμίδα. Οι περισσότεροι ασθενείς με απραξία μελών εμφανίζουν επίσης στοματογλωσσική απραξία, με δυσχέρεια επιτέλεσης στοματικών και μιμικών κινήσεων κατ' εντολή. Οι μισοί από τους ασθενείς αυτούς εμφανίζουν απραξία μαζί με αφασία.

3. Ιδεακή απραξία

Είναι η πιο βαριά απραξία και χαρακτηρίζεται από απώλεια της ικανότητας επιτέλεσης μιας ακολουθίας κινήσεων, αν και οι επιμέρους κινήσεις επιτελούνται μεμονωμένα. Μπορεί να συνυπάρχει με αφασία. Η βλάβη εντοπίζεται αμφοτερόπλευρα αριστερές

13)(σελ.193) Π. Φερεντίνος, Θ. Παπαρηγόπουλος - 1. ψυχιατρικές εκδηλώσεις νευρολογικών νοσημάτων από Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 - Διασυνδεδετική Ψυχιατρική / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ & 28. ΤΥΠΟΙ ΔΥΣΠΡΑΞΙΑΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ <http://www.proseggeisi.gr/?p=291>

κροταφοβρεγματικές βλάβες (άνοιες).

4. Κατασκευαστική απραξία

Ο ασθενής αδυνατεί να σχεδιάσει ή να κατασκευάσει με απλά υλικά οποιοδήποτε σχήμα ή σύνθεση, αρκετές φορές και όταν του παρουσιάζουμε το πρότυπο και τον καλούμε να το αντιγράψει. ⁽²⁸⁾

ο **Αγνώσιες**

α) **οπτική αγνωσία** : αδυναμία οπτικής αναγνώρισης αντικειμένων με ή χωρίς απώλεια της ικανότητας περιγραφής ή σχεδιαστικής απόδοσης τους.

β) **προσωποαγνωσία** : αδυναμία σύνθεσης των χαρακτηριστικών του προσώπου και αναγνώρισης οικείων προσώπων, ενώ αναγνωρίζει την φωνή αυτού ή τα παπούτσια του κ.τ.λ.. Μπορεί να έχουν και αγνωσία χώρων.

γ) **αγνωσική αλεξία** : διαταραχή στην φωνογραφική γραφή, ενώ η ιδεογραφική είναι ανεπηρέαστη.

δ) **αγνωσία χρωμάτων** : μπορεί να συνυπάρχει με αλεξία χωρίς αγραφία και χαρακτηρίζεται από αδυναμία αναγνώρισης των χρωμάτων χωρίς βλάβη οπτικού νεύρου. Μπορεί ακόμα να υπάρχουν στο άτομο ακουστική αγνωσία, οπτική, απτική και νοσοαγνωσία κ.α.

Μονόπλευρη παραμέληση – οπτική – σωματοαισθητική – ακουστική – κινητική :

Έλλειψη προσοχής σε γεγονότα είτε οπτικά είτε ακουστικά είτε σωματικά είτε κινητικά και πράξεις στο ένα ήμισυ του χώρου. Το άτομο μπορεί να παρουσιάζει ομώνυμη ημιανοψία, αισθητική ημιχωρική παραμέληση. ⁽¹³⁾

ο **Κρανιοεγκεφαλικές Κακώσεις**

ΚΕΚ (Κρανιοεγκεφαλική κάκωση):

ο Ο όρος κρανιοεγκεφαλική κάκωση μπορεί να αναφέρεται γενικά στον τραυματισμό που περιλαμβάνει τον εγκέφαλο, με συνώνυμο τον όρο κρανιακή κάκωση (head injury) . Οι περισσότερες κρανιακές κακώσεις είναι *κλειστές* (ΚΚΚ), δηλαδή το κρανίο παραμένει άθικτο και ο εγκέφαλος δεν εκτίθεται. ⁽¹⁴⁾

14. (σελ. 201,210). MURIEL D. LEZAK – DIANE B. HOWIESON – DAVID W. LORING μετάφραση Λάμπρος Μεσσήνης, Μαίρη Κοσμίδου, Παναγιώτης Παπαθανασόπουλος, πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - *ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ* – Τόμος 1, ΤΕΤΑΡΤΗ ΕΚΔΟΣΗ / εκδόσεις GOTSIS & 13)(σελ.193) Π. Φερεντίνος, Θ. Παπαρηγόπουλος - 1. ψυχιατρικές εκδηλώσεις νευρολογικών νοσημάτων από Α. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 - *Διασυνδεδετική Ψυχιατρική / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ*

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις προκαλούν σοβαρά προβλήματα εξαιτίας των νευροψυχιατρικών υπολειμμάτων που αφήνουν. Αυτά τα υπολείμματα διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: **α)** Υπολειμματικές καταστάσεις οργανικής αιτιολογίας **β)** Σύνδρομα μεταδιασεισικά (υποκειμενικά μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση), για την παθογένεια των οποίων ενοχοποιούνται παράγοντες οργανικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικό – οικονομικοί **γ)** Μετατραυματικές νευρώσεις. ⁽¹⁰⁾

Μια ΚΕΚ μπορεί να βλάψει πολλές περιοχές, διάχυτες του εγκεφάλου, είτε λιγότερες περιοχές με τραύματα μόνο σε έναν λοβό (π.χ. μετωπιαίο λοβό) είτε να επηρεάσει περισσότερους λοβούς του εγκεφάλου. Οι ανώτερες επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν μετά από μια κάκωση είναι : η μετατραυματική επιληψία, ο εποκοινωνών υδροκέφαλος, το μετατραυματικό ή μεταδιασεισικό σύνδρομο, η νόσος Alzheimer, άνοιες, η αφασία, ή απραξία.

Ψυχιατρικές εκδηλώσεις :

Κάποια συμπτώματα που εμφανίζονται ακόμα από τη διάχυτη βλάβη στις ΚΕΚ είναι:

Αρχικά : Παρατηρούνται Διάσπαση προσοχής και κόπωση, Κεφαλόπονοι, Ίλιγγοι, Ζάλη, Διαταραχές του ύπνου . Μετά από ΚΕΚ παρατηρείται συχνά παύση της ωρίμανσης , ελλείμματα στη γλώσσα που χαρακτηρίζονται από μείωση διανοητικότητας, διακεκομμένος ρυθμός ομιλίας, άρση προσωδίας, μείωση συναισθήματος και οπτική επαφή, περιορισμένο λεξιλόγιο, χρήση μη γραμματικής σύνταξης, τυχαίο, διάχυτο, δυσαρθρωμένο λεκτικό στυλ, στερεότυπες εκφράσεις, απότομη μετατόπιση θέματος, εμμονή, ανικανότητα αλλαγής θέματος σε αποτυχία ομιλίας, συχνή διακοπή άλλων, περιορισμός στην ακρόαση και εκκίνηση θέματος.

Άλλες διαταραχές :

ο Σύνδρομο μετωπιαίου λοβού με χαρακτηριστικά όπως άρση κοινωνικής αντιληπτικότητας, άρση αυτοελέγχου και αυτορρύθμισης, εξαρτώμενη από ερεθίσματα συμπεριφορά, συναισθηματική μεταβλητότητα, ανικανότητα μάθηση από κοινωνικές εμπειρίες. Επίσης, μπορεί να παρουσιαστούν επιβραδυμένη σκέψη, Τραυματική αμνησία, επιλεκτική ή διαιρεμένη προσοχή, αίσθημα αβεβαιότητας για την ορθότητα των απαντήσεων, σεξουαλικές διαταραχές (πρόωρη εκσπερμάτιση, μετά από τραυματισμό νωτιαίου μυελού).

14.(σελ. 201,210) MURIEL D. LEZAK – DIANE B. HOWIESON – DAVID W. LORING μετάφραση Λάμπρος Μεσσήνης, Μαίρη Κοσμίδου, Παναγιώτης Παπαθανασόπουλος, πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ – Τόμος 1, ΤΕΤΑΡΤΗ ΕΚΔΟΣΗ / εκδόσεις GOTSIS & 10.(σελ.333) Θεόδωρος Ι. Μπαλλής, 2000 – Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων / University Studio Press

Διαταραχές συμπεριφοράς:

- ο Μεταβολή προσωπικότητας (η οποία είτε είναι εμφανής μόνο σε γνωστούς και συγγενείς είτε είναι πιο εμφανής σε όλους), που μπορεί να συνοδεύεται από διανοητική άρση ή γνωστικά ελλείμματα με αφαιρετική ανικανότητα (ανικανότητα διατήρησης ενός πλαισίου πληροφοριών και επιτέλεσης ταυτόχρονα μιας σύγκρισης με ένα άλλο πλαίσιο στοιχείων, μείωση αίσθησης του χιούμορ).
- ο Αποτίμηση της προσωπικότητας
- ο Μπορεί Νοητική υστέρηση –εάν υπάρχει φυσιολογική νοημοσύνη μπορεί να παρατηρούνται κάποια από τα παρακάτω:
 - ο Η φτωχή επίδοση σε δοκιμασίες συγκέντρωσης και νοητικής ιχνηλάτησης (προφορική αριθμητική ή η διαδοχική αριθμητική και τα προβλήματα λογικής που πρέπει να επιλυθούν νοητικά) ⁽¹⁴⁾
 - ο Στερεότυπες συμπεριφορές, παιδαριώδη συμπεριφορά, άρση αναστολών , συγχητική συμπεριφορά, υπερσεξουαλικότητα που συνοδεύεται από συναισθηματική αταραξία, καταναγκαστική εξερεύνηση αντικειμένων του περιβάλλοντος, βουλιμία και οπτική αγνωσία, μετά από αμφοτερόπλευρες βλάβες στις έσω περιοχές των κροταφικών λοβών, παραφιλίες μετά από βλάβες μετωπιαίου λοβού, υποκρισία. ^(14&13)

Στις Συναισθηματικές διαταραχές μπορεί να εμφανιστούν ορισμένες από τις παρακάτω:

Κατάθλιψη , Αγχώδεις διαταραχές, Φοβίες, Ευμεταβλητότητα της διάθεσης (ταχεία εναλλαγή μεταξύ περιόδων κατάθλιψης, ευφορίας, θυμού, ευερεθιστότητας), Διαταραχές ύπνου και μεταδιασεισικά συμπτώματα με εμφανή την κόπωση και ευερεθιστότητα. Επίσης, μπορεί να εμφανιστούν Μανία, Ψυχώσεις (σχίζοφρενοειδείς διαταραχές), Παρανοϊκές διαταραχές, Παισθησίες, Υστερία, Άρνηση, Παράνοια, Νευροτισμός και ευερεθιστότητα, Κοινωνική απομόνωση, Επιληψία, Φυγή και υπεκφυγή, Υπερκινητικότητα, Delirium μετά από βλάβες κροταφοβρεγματικές ή αμφοτερόπλευρες ινιακές βλάβες, αστάθεια των μηχανισμών έκφρασης του συναισθήματος. ^(14&29)

Τέλος, Διαταραχή στρες, όπου το στρες εκδηλώνεται ως :

- ο Απειλή : για αίσθηση εαυτού, μεταβολή ταυτότητας, άρση βραχύχρονης μνήμης, αποπροσανατολισμός.
- ο Άγχος αποξένωσης : άρση βραχύχρονης μνήμης, ανικανότητα προσμονής, άρση οπτικής μνήμης και αναγνώρισης, διακοπές οπτικού πεδίου, νοσοαγνωσία.

14. (σελ. 201,210) MURIEL D. LEZAK – DIANE B. HOWIESON – DAVID W. LORING μετάφραση Λάμπρος Μεσσήνης, Μαίρη Κοσμίδου, Παναγιώτης Παπαθανασόπουλος, πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ – Τόμος 1, ΤΕΤΑΡΤΗ ΕΚΔΟΣΗ / εκδόσεις GOTSIS & 13(σελ.302) 1 ψυχιατρικές εκδηλώσεις νευρολογικών νοσημάτων – Π. Φερεντίνος, Θ. Παπαρρηγόπουλος / – Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 / Διασυνδετική Ψυχιατρική / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ

- Άγχος χωρισμού : αποπροσανατολισμός, ανικανότητα προσμονής, άρση βραχύχρονης μνήμης.
- Φόβος μη αποδοχής : διαταραχή κοινωνικού ρολού, διαπροσωπικές διαταραχές, απώλεια οικειότητας και αποδοχής, άρση δεξιοτήτων αυτοπαρατήρησης.
- Φόβος απώλειας έλεγχου : παρορμήσεων, ακράτεια κύστης – εντέρου, κινητική δυσλειτουργία (απραξίες), γλωσσικές διαταραχές, μείωση ανεξαρτησίας καθημερινών δραστηριοτήτων.
- Φόβος απώλειας ή προσβολής μελών σώματος : ουλές κρανιοτομής, θέση τραχειοτομίας, ουρηθρικοί καθετήρες, διάφορα “σωληνάκια”.
- Φόβοι ενοχής, ντροπής ή τιμωρίας : θέματα ανταμοιβής ή “κάθαρσης”, ανοχή επιβίωσης.

Νευροψυχολογικά ελλείμματα μετά από βλάβη σε έναν από τους λοβούς του εγκεφάλου:

Μετωπιαίος λοβός :

Εδώ έχουμε και το σύνδρομο μετωπιαίου λοβού. Οι διαταραχές μετά από βλάβη μετωπιαίου λοβού είναι : Ελλείμματα εκτελεστικής λειτουργίας (ανικανότητα δημιουργίας στόχων, σχεδιασμού και αποτελεσματικής εκτέλεσης αυτών των σχεδίων), μείωση λεκτικής ευφράδειας (επικρατούν ημισφαίριο), και ευκολίας για σχέδια (μη επικρατούν), αδυναμία ιεραρχημένης απομνημόνευσης, κινητική εμμονή, ανυπομονησία, ανικανότητα διατήρησης εννοιολογικού πλαισίου, κινητική αφασία, αντίπλευρη ημιπάρεση, μείωση κινητικής ισχύος και ταχύτητας, χωρίς διαταραχές στην βραχεία μνήμη.

Κροταφικός λοβός :

Αισθητηριακή αφασία, μείωση λεκτικής μνήμης (επικρατούν ημισφαίριο), μείωση χωρικής μνήμης (μη επικρατούν), ακουστική αγνωσία, αμουσία (μη επικρατούν).

Βρεγματικός λοβός :

Κατασκευαστική δυσπραξία, οπτικοχωρική άρση, αγραφαισθησία, στερεοαγνωσία, νοσοαγνωσία, αγνωσία δακτύλων, απραξία, αγραφία, αλεξία (αδυναμία ανάγνωσης), ασυμβολία (αδυναμία συμβολισμού, εννοιών σχετικών με χωροχρόνο), διαταραχή αναπαράστασης – απεικόνισης στο τριαξονικό σύστημα αντικειμένων σε τρισδιάστατη μορφή, σύγχυση δεξιού-αριστερού, άρση υπολογιστικών ικανοτήτων (ακακουλία).

29.(σελ.146-172) Gordon Muir Giles and Jo Clark-Wilson, Επιμέλεια Καρπαθίου, 2000 – *ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ - ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ*, ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, Μια νευρολειτουργική προσέγγιση / εκδόσεις ΕΛΛΗΝ 13(σελ.304) 1 ψυχιατρικές εκδηλώσεις νευρολογικών νοσημάτων – Π. Φερεντίνος, Θ. Παπαρρηγόπουλος / Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 / *Διασυνδεδετική Ψυχιατρική*/ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ &30(σελ.132).Α.Α. ΒΙΔΑΛΗΣ, 2002 - *ΕΠΙΚΛΑΙΡΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΩΝ* / Κρανιοεγκεφαλικές Κακώ - σεις, ανώτερες επιπλοκές & Μεταβολές στην προσωπικότητα & στις νοητικές λειτουργίες μετά από Κ.Ε.Κ., Σύγχρονες Εκδόσεις ΘΕΣΣ.

Ινιακός λοβός :

Αλεξία, αγραφία,, προσωπογνωσία, κατασκευαστική απραξία, σύνδρομο Anton, φλοιϊκή τύφλωση, ομώνυμη ημιανοψία. ⁽³⁰⁾

Σημαντικό είναι όμως να αναφερθεί ότι ασθενείς με προβλήματα νοητικής αποδοτικότητας που σχετίζονται με διάχυτη βλάβη ερμηνεύουν συχνά τις εμπειρίες της επιβραδυμένης επεξεργασίας και τα ελλείμματα προσοχής τους ως προβλήματα μνήμης, ακόμα και όταν η μάθηση έχει επηρεαστεί ήπια ή και καθόλου. Έτσι παραπονιούνται για ‘‘φτωχή μνήμη’’, η ανάλυση όμως στις δοκιμασίες μνήμης και προσοχής αποκαλύπτει τυπικά μειωμένη ακουστική ικανότητα, δυσκολία εκτέλεσης (ή επεξεργασίας) περισσότερων του ενός πραγμάτων (ή ερεθισμάτων) ταυτόχρονα και προβλήματα λεκτικής ανάκλησης. Πολλοί ασθενείς γνωρίζουν ότι είναι νοητικά ανεπαρκείς – μπερδεύονται εύκολα, είναι αποπροσανατολισμένοι, καταβεβλημένοι ή αφηρημένοι, με αποτέλεσμα αυτοί οι ασθενείς να προσπαθούν να αντιρροπήσουν τις ανεπάρκειές τους με **ψυχαναγκαστικές – καταναγκαστικές στρατηγικές** και τείνουν να αποφεύγουν στρεσογόνες (δηλαδή υψηλών απαιτήσεων) καταστάσεις – όπως πάρτι, την τοπική μυρραρία, μεγάλες οικογενειακές συνεστιάσεις και εμπορικά κέντρα – με αποτέλεσμα να απομονώνονται κάπως κοινωνικά. ⁽¹⁴⁾

Οι **Ψυχαναγκασμοί** είναι πράξεις που κάνει το άτομο , υποβάλλοντας τον εαυτό του σε μία διαδικασία επαναλαμβανόμενη(3 φορές και πάνω) καθώς αισθάνεται ‘‘ υποχρεωμένο ‘‘ να φέρει σε πέρας αυτή τη διαδικασία.

Επίσης, Ο Achte και οι συνεργάτες του (1969) ανέφεραν αυξημένη επίπτωση ψύχωσης στον τραυματισμένο στον πόλεμο πληθυσμό που μελέτησαν, με τη βαρύτητα του τραυματισμού να συμβάλει σημαντικά σε αυτό. Η επίπτωση της ψυχοπαθολογίας αυξήθηκε με την επιληψία κατά παρόμοιο ποσοστό μεταξύ των διαφόρων υποτύπων της επιληψίας, αν και περισσότεροι από τους Βετεράνους με εστιακές γενικευμένες και γενικευμένες κρίσεις ελάμβαναν ενδονοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή ψυχιατρική θεραπεία. ⁽¹⁴⁾

Η ταξινόμηση των ΚΚΚ σε **ήπια ΚΚΚ**, σε **μέτρια ΚΚΚ** και **βαριά ΚΚΚ** μπορεί να γίνει μέσω αντικειμενικών εξετάσεων (HEΓ , SPECT, MRI) και ακόμα , σύμφωνα με κάποιους ερευνητές, αντί για την ΚΚΓ(Κλίμακα Κώματος της Γλασκώβης / Glasgow Coma Scale – GCS), η **μετατραυματική αμνησία (MA)** μπορεί να συντελέσει στην μέτρηση της βαρύτητας της κάκωσης. Για τον ασθενή η MA μπορεί να είναι ένα ψυχολογικά επώδυνο

14. (σελ. 201,195)MURIEL D. LEZAK – DIANE B. HOWIESON – DAVID W. LORING μετάφραση Λάμπρος Μεσσήνης, Μαίρη Κοσμίδου, Παναγιώτης Παπαθανασόπουλος, πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - *ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ* – Τόμος 1, ΤΕΤΑΡΤΗ ΕΚΔΟΣΗ / εκδόσεις GOTSIS

ζήτημα. Όταν η σύγκυση υποχωρήσει και αποκατασταθεί η συνεχής καταχώρηση, οι ασθενείς είναι πιθανό να συνειδητοποιήσουν ότι δεν έχουν καθόλου μνήμη ή ίσως μια πολύ στικτή μνήμη για ημέρες – μερικές φορές εβδομάδες ή και μήνες- μετά από τον τραυματισμό τους. Πολλοί νιώθουν αρκετά άβολα με αυτό, μερικές φορές προβληματισμένοι επ’ αόριστον σχετικά με την περίοδο της ΜΑ τους. ⁽¹⁴⁾

Η **διάσειση**, την οποία μπορεί να εμφανίσει ο ασθενής τη στιγμή της κάκωσης, μπορεί να συνοδεύεται αφενός από μεταβολές στην *καρδιαγγειακή και αναπνευστική λειτουργία*, νευρολογικές ανωμαλίες, περιλαμβανομένης μιας άκαμπτης θέσης του σώματος(στάση αποφλοίωσης), μεταβολές στις κόρες των οφθαλμών και επιληπτοειδή δραστηριότητα(υποχωρούν εντός των πρώτων 20-30 λεπτών μετά το γεγονός). Αφετέρου, αντιπροσωπεύει μια σοβαρού βαθμού ΚΕΚ με *νευροψυχολογικά ελλείμματα και νευροσυμπεριφορικές επιπτώσεις*.

Ακόμα, ασθενείς με ήπια ΚΚΚ μπορεί να εμφανίσουν ΔΜΤΣ(Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες), υδροκέφαλο, αμνησιακές διαταραχές οι οποίες είναι δυνατό να φτάσουν μέχρι την πραγματική απώλεια των πρόσφατων γεγονότων. ⁽¹⁴⁾

ο ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ (Όγκοι εγκεφάλου)

1. Πρωτοπαθείς εγκεφαλικοί όγκοι

Γλοιώματα (gliomas)

Οι όγκοι που προέρχονται από νευρογλοιακά κύτταρα που διαμορφώνουν το συνδετικό ιστό του εγκεφάλου, τα γλοιώματα, είναι οι πιο συνηθισμένοι πρωτοπαθείς εγκεφαλικοί όγκοι στους ενήλικες και αποτελούν σχεδόν τους μισούς. Οι ασθενείς αυτοί είναι συχνά νευρολογικά άθικτοι έως ότου εμφανίσουν μια εστιακή ή γενικευμένη επιληπτική κρίση.

Μηνιγγιώματα

Τα μηνιγγιώματα τεχνικά δεν είναι εγκεφαλικοί όγκοι καθώς προκύπτουν από κύτταρα που σχηματίζουν τις εξωτερικές μεμβράνες που καλύπτουν τον εγκέφαλο (τις μηνιγγες). Είναι οι επόμενοι πιο συχνοί εγκεφαλικοί όγκοι στους ενήλικες.

14. (σελ. 191,198) MURIEL D. LEZAK – DIANE B. HOWIESON – DAVID W. LORING μετάφραση Λάμπρος Μεσσήνης, Μαίρη Κοσμίδου, Παναγιώτης Παπαθανασόπουλος, πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ – Τόμος 1, ΤΕΤΑΡΤΗ ΕΚΔΟΣΗ / εκδόσεις GOTSIS 21.(σελ.78) ΓΙΩΡΓΙΟΣ ΜΕΝΤΕΝΟΠΟΥΛΟΣ – Συνεργατές: Σεβαστή Μποστάντζοπούλου, Ζωή Κατσαρού, πρώτη έκδοση 1997 / Η ΜΝΗΜΗ ΚΑΙ ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ / εκδόσεις University Studio Press, Αρμενοπούλου

Τα μηνιγγιώματα μεγαλώνουν μεταξύ του εγκεφάλου και του κρανίου, μερικές φορές διηθούν το ίδιο το κρανίο και προκαλούν χαρακτηριστικές αλλαγές στην οστεώδη δομή του. Αναπτύσσονται σχετικά αργά προκαλώντας συμπτώματα από τη συμπίεση των παρακειμένων νευρικών δομών (π.χ. κρανιακές νευροπάθειες, πονοκέφαλο, προοδευτική ημιπάρεση)

Λέμφωμα του ΚΝΣ

Το πρωτοπαθές λέμφωμα του κεντρικού νευρικού συστήματος είναι αρκετά σπάνιο και μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα με άθικτα ανοσοποιητικά συστήματα συνήθως, όχι πριν την ηλικία των 60 με 70 ετών. Συνήθως αυτοί οι ασθενείς αρχικά μπορεί να εμφανίσουν συμπεριφορικές και γνωστικές αλλαγές που συνδέονται τυπικά με την υποφλοιώδη συμμετοχή ή με εστιακά εγκεφαλικά συμπτώματα (π.χ. ημιπάρεση, αφασία, ή ελλείμματα οπτικού πεδίου).⁽¹⁴⁾

1) Δευτεροπαθείς (μεταστατικοί) εγκεφαλικοί όγκοι

Τα μεταστατικά ενδοκρανιακά νεοπλάσματα είναι δευτεροπαθή καρκινώματα που προέρχονται από συμπαγείς όγκους οπουδήποτε αλλού στο σώμα, τα οποία μεταφέρθηκαν στο ΚΝΣ και εγκαταστάθηκαν στον εγκεφαλικό ιστό, το κρανίο και την σκληρή μήνιγγα ή λιγότερο συνηθισμένα στις υπόλοιπες μήνιγγες. Η πιο συνηθισμένη πηγή εγκεφαλικών μεταστάσεων είναι ο πνεύμονας, μετά ο μαστός, το μελάνωμα, η γαστρεντερική οδός και ο νεφρός.⁽¹⁴⁾

Ψυχιατρικές εκδηλώσεις :

Ασθενείς με εγκεφαλικές μεταστάσεις συχνά παρουσιάζουν συμπτώματα παρόμοια με εκείνα των πολύμορφων γλοιοβλαστωμάτων: πονοκέφαλο, κρίσεις, εστιακά εγκεφαλικά συμπτώματα ή γνωστικές και συμπεριφορικές αλλαγές και αλλαγές διάθεσης, που εξελίσσονται μέσα σε εβδομάδες ή μήνες. Η φαινομενολογία, λοιπόν, των αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών που παρουσιάζονται στους ασθενείς με καρκίνο συνδέεται άρρηκτα με την εντόπιση της νόσου στο σώμα. Επίσης, διαταράσσεται η σεξουαλική λειτουργικότητα και εμφανίζονται σεξουαλικές διαταραχές στους άντρες (ανεσταλμένος οργανισμός). Συγκεκριμένα, η κεφαλή και ο τράχηλος σχετίζονται με ζωτικές λειτουργίες, με αποτέλεσμα η περιοχή αυτή του σώματος να επενδύεται συναισθηματικά και να συνδέεται με ψυχικά γεγονότα από πολύ νωρίς στην ανθρώπινη ζωή. Σύνθετες ψυχικές λειτουργίες

14. (σελ. 122,324)MURIEL D. LEZAK – DIANE B. HOWIESON – DAVID W. LORING μετάφραση Λάμπρος Μεσσήνης, Μαίρη Κοσμίδου, Παναγιώτης Παπαθανασόπουλος, πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ – Τόμος 1, ΤΕΤΑΡΤΗ ΕΚΔΟΣΗ / εκδόσεις GOTSIS

αποκτούν την αρχειτυπική τους μορφή και έκφραση σε σχέση με τα όργανα που εδράζονται εκεί. Κατά συνέπεια, η εντόπιση του καρκίνου σε αυτή την περιοχή συνδέεται με ιδιαίτερα ψυχικά προβλήματα (ακόμα και υποχονδρίαση), αφού συχνά παραβλάπτονται οι λειτουργίες της πρόσληψης της τροφής και της αναπνοής, καθίσταται προβληματική η λεκτική επικοινωνία, αλλά και αλλοιώνεται η εικόνα του σώματος. Παράλληλα, τα σωματικά συμπτώματα που εμφανίζονται στον καρκίνο του πνεύμονα, σε συνδυασμό με την πτωχή πρόγνωση, σχετίζονται με αισθήματα αβοηθήτου και αδιεξόδου. Μπορεί να εμφανίσουν παραϋπνίες (Διαταραχή της συμπεριφοράς κατά τον ύπνο REM) και πριαπισμό. Ακόμα, εμφανίζουν ευερεθιστότητα και άρση αναστολών, σκέψεις αυτοκτονίας, οξύ οργανικό παραλήρημα.⁽³¹⁾

2) Συμπτώματα του ΚΝΣ που οφείλονται σε εγκεφαλικούς όγκους

Οι εγκεφαλικοί όγκοι επηρεάζουν την λειτουργία του εγκεφάλου με έναν ή περισσότερους από τους παρακάτω τρόπους: 1) με την αύξηση ενδοκρανιακής πίεσης, όπως ο πονοκέφαλος (ο οποίος εμφανίζεται σε περίπου τους μισούς ασθενείς) και περιστασιακά η ναυτία, ο εμετός και η πάρεση του έκτου νεύρου (παράλυση της έξω στροφής του ματιού), 2) με την πρόκληση κρίσεων, οι οποίες τυπικά είναι εστιακές επιληπτικές κρίσεις ή είναι γενικευμένες 3) με την πρόκληση εστιακών συμπτωμάτων, όπως η ημιπάρεση και η αφασία που απεικονίζουν την προοδευτική εισβολή ή μετατόπιση του εγκεφαλικού ιστού και μπορούν να υποδείξουν την τοποθεσία του εγκεφάλου 4) με την έκκριση ορμονών ή την αλλαγή ενδοκρινών προτύπων που αφορούν σε ποικίλες σωματικές λειτουργίες.

Οι όγκοι αναπτύσσονται γρήγορα και αυξάνουν την ενδοκρανιακή πίεση και την επίδραση της στην μετατόπιση των δομών του εγκεφάλου και το οίδημα συχνά να επιδεινώνει τα νευρολογικά συμπτώματα.⁽¹⁴⁾

Οι νευροσυμπεριφορικές αλλαγές σε ασθενείς με καρκίνο μπορεί να εμφανιστούν ως γνωστικά ελλείμματα, διαταραχές διάθεσης, συμπεριφορικές αλλαγές, μειωμένες προσαρμοστικές ικανότητες (νυσταγμός, απάθεια, απώλεια αυθορμητισμού) και οποιονδήποτε συνδυασμό όλων αυτών. Η κόπωση είναι επίσης ένα σημαντικό πρόβλημα για

31 Γ.Ι. Μουσσάς,Ι.Α.Γ. Παπαδοπούλου,2,Α.Γ. Χριστοδουλάκη,1, Α.Π. Καρκανιάς1, 2012 - Τόμος 23 Τεύχος 1 -Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα σε ασθενείς με καρκίνο: Σχέση με την εντόπιση της νόσου / ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ <http://www.psych.gr/documents/psychiatry/23.1-GR-2012-46.pdf> &13)(σελ.467) 4 Ψυχοογκολογία – Β. Ιακωβίδης, Α. Καρκανιάς / Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 /Διασυνδεδετική Ψυχιατρική / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ

τους ασθενείς αυτούς, που σε μερικές περιπτώσεις είναι μια άμεση λειτουργία του όγκου, αλλά πιο συχνά συνδέεται με γνωστικές διαταραχές ή διαταραχές διάθεσης ή οφείλονται στις θεραπείες του καρκίνου. ⁽¹⁾

Συμπτώματα που προκύπτουν από τη θεραπεία του καρκίνου

Η ακτινοβόληση ολόκληρου του εγκεφάλου μπορεί να επιφέρει όχι μόνο οξείες επιδράσεις (π.χ. παροδική σύγχυση και επιδείνωση στη νευρολογική λειτουργία), αλλά και ‘πρόωρες καθυστερημένες επιδράσεις’ που περιλαμβάνουν τη μείωση γνωστικής και λειτουργικής κατάστασης ή μια υποφλοιώδη άνοια, μέσα στις πρώτες εβδομάδες και μήνες μετά τη θεραπεία. Ακόμα, συγκεκριμένες γνωστικές λειτουργίες (π.χ. ανάκτηση λεκτικής μνήμης, ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών, εκτελεστικής λειτουργίας, χωρικών ικανοτήτων και του εύρους προσοχής) είναι ιδιαίτερα ευπρόσβλητες.

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία είναι επιρρεπείς σε διαταραχές διάθεσης, ψυχοκινητική επιβράδυνση και σε ακραίες περιπτώσεις, παραισθήσεις ή παραλήρημα και Ντελίριο(Delirium). ⁽¹⁴⁾

Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι οι ψυχολογικές θεραπείες μπορούν να επιμηκύνουν τη ζωή των καρκινοπαθών, όπου ο όγκος έχει κάνει μετάσταση και μπορούν να εμποδίσουν την επανεμφάνιση του καρκίνου που δεν έχει εξαπλωθεί. ⁽¹⁾

Στέρηση οξυγόνου

Η υποξία ή ανοξία, δηλαδή μειωμένη ή πλήρη απουσία διαθέσιμου οξυγόνου, λόγω φτωχής ροής αίματος στον εγκέφαλο, προκαλεί οξύτατη βλάβη του εγκεφάλου με σοβαρές διαταραχές τους ασθενείς αυτούς. ⁽¹⁴⁾

○ Οξεία στέρηση οξυγόνου

Η πλήρης στέρηση οξυγόνου για 5 ή 15 λεπτά ουσιώδης υποξίας, εμφανίζουν μόνιμη εγκεφαλική βλάβη με συμπτώματα όπως, διαταραχή στην ικανότητα μάθησης, αμνησία ή απραξία, οπτικοχωρικά προβλήματα, καρδιακή και αναπνευστική ανεπάρκεια.

Ακόμα, επηρεάζονται οι γνωστικές λειτουργίες, έχουμε αλλαγές στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά, κοινωνική αναπηρία, νοητική εξασθένηση,

1.(σελ.47) Barlow Durand – Επιμέλεια: Λάμπρος Μεσσήνης , 01/01/2001 - ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΚΔΟΣΗ / *Ψυχολογία & παθολογική Συμπεριφορά: Μια Σύνοψη Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση* - Α ΤΟΜΟΣ / εκδόσεις ΕΛΛΗΝ & 14. (σελ. 325,326) MURIEL D. LEZAK – DIANE B. HOWIESON – DAVID W. LORING μετάφραση Λάμπρος Μεσσήνης, Μαίρη Κοσμίδου, Παναγιώτης Παπαθανασόπουλος, πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ – Τόμος 1, ΤΕΤΑΡΤΗ ΕΚΔΟΣΗ / εκδόσεις GOTSIS

συναισθηματικές διαταραχές όπως, ευφορία ή ευερεθιστότητα. ⁽¹⁴⁾

ο **Χρόνια στέρηση οξυγόνου**

Η χρόνια στέρηση οξυγόνου μπορεί να προκαλέσει δυσκολίες όπως, διαταραχές την προσοχή, συγκέντρωση, μνήμη, προβλήματα αναπνοής κ.α.

Επίσης, εμφανίζονται προβλήματα όπως, συναισθηματική δυσφορία, που εμφανίζεται κυρίως ως κατάθλιψη και σωματικές ανησυχίες, γνωστικά ελλείμματα. Αυτοί οι ασθενείς που υποφέρουν από υπνική άπνοια, εμφανίζουν υπνηλία, κατάθλιψη, γενική δυσφορία και επιθετικότητα. ⁽¹⁴⁾

3) Εγκεφαλίτιδα

Η εγκεφαλίτιδα όπως και η μηνιγγίτιδα μπορούν να προκληθούν από βακτηρίδια, ιούς και σπανιότερα από άλλους μικροοργανισμούς. Η μηνιγγίτιδα είναι φλεγμονή των μεμβρανών που περιβάλλουν τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό (κεντρικό νευρικό σύστημα).

Συμπτώματα εγκεφαλίτιδας : πυρετός, επίμονος πονοκέφαλος, ευαισθησία στο φως, δυσκαμψία αυχένα και πλάτης, αναγούλες και εμετοί, σύγχυση και ταραχή, υπερβολική υπνηλία, αδυναμία, δυσκολίες βάρδισης, δυσκολίες ομιλίας, λιποθυμία, σπασμοί. ⁽³²⁾

Ψυχιατρικές εκδηλώσεις :

Παρατηρείται υπερσεξουαλικότητα που συνοδεύεται από συναισθηματική αταραξία, καταναγκαστική εξερεύνηση αντικειμένων του περιβάλλοντος, βουλιμία και οπτική αγνωσία, μετά από αμφοτερόπλευρες βλάβες στις έσω περιοχές των κροταφικών λοβών. Ακόμα, εμφανίζουν νοητική έκπτωση και στερεότυπες πράξεις ή λόγο.

4) Υδροκεφαλία

Είναι διαταραχή της οποίας βασικό χαρακτηριστικό αποτελεί το υπερβολικά μεγάλο και σε σχήμα αχλαδιού κεφάλι και διαταραχή των κινήσεων , εάν η πάθηση εμφανιστεί σε μικρή ηλικία.

Η διαταραχή οφείλεται σε συσσώρευση εγκεφαλονωτιαίου υγρού στις εγκεφαλικές κοιλότητες εξαιτίας υπερέκκρισης είτε εξαιτίας εγκλωβισμού του (αδυναμίας διοχέτευσης ή απορρόφησης του).

14. (σελ.327) MURIEL D. LEZAK – DIANE B. HOWIESON – DAVID W. LORING μετάφραση Λάμπρος Μεσσήνης, Μαίρη Κοσμίδου, Παναγιώτης Παπαθανασόπουλος, πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ – Τόμος 1, ΤΕΤΑΡΤΗ ΕΚΔΟΣΗ / εκδόσεις GOTSIS32. & 15/06/11 / ιογενής εγκεφαλίτιδα : σημεία, συμπτώματα, διάγνωση και θεραπεία - Medlook http://www.medlook.net.cy/article.asp?item_id=1740

Η εμφάνιση της διαταραχής αυτής σε ενήλικες μπορεί να είναι πολύ αργή και ύπουλη και παρουσιάζει συχνά άνοια, νευρολογικά και ψυχικά χαρακτηριστικά. Η νοητική καθυστέρηση εξαρτάται από τον βαθμό βλάβης του εγκεφάλου. Συνήθως οι υδροκέφαλοι ανήκουν στην κατηγορία των εκπαιδευσιμων (Δ.Ν. 50 – 70).⁽¹¹⁾

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα αυτής της διαταραχής είναι προοδευτική διαταραχή βαδίσματος με μείωση ύψους, μήκους ή ταχύτητας βήματος, βάδιση ασταθής, ευρείας βάσης, δάχτυλα προς τα έξω, Οπισθοβάδηση (μοιάζει με εκείνο της νόσου Parkinson). Η ακράτεια ούρων παρουσιάζεται με διαλείπουσα ακράτεια ούρων, μόνιμη ακράτεια ούρων και κοπράνων. Η Νοητική έκπτωση και γνωστική διαταραχή χαρακτηρίζονται από σύγχυση, αποπροσανατολισμό και προβλήματα μνήμης. Παρατηρείται επίσης εκτελεστική δυσλειτουργία, επιβραδυνόμενη επεξεργασία και εμμονή, ψυχοκινητική καθυστέρηση, μείωση ταχύτητας και ακρίβειας κινήσεων, Διαταραχές προσοχής, συμπεριφοράς και προσωπικότητας.⁽³³⁾

Οι ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές περιλαμβάνουν κατάθλιψη, η οποία μπορεί να μπερδευτεί με τα μετωπιαία συμπτώματα απάθειας ή αβουλίας. Οι ασθενείς αυτοί μπορεί να έχουν και άλλες διαταραχές συναισθήματος όπως άγχος και επιθετικά ξεσπάσματα, τα οποία μπορεί να βελτιωθούν με επιτυχή παροχέτευση του ΕΝΥ.⁽¹⁴⁾

5) Μικροκεφαλία

Κύριο χαρακτηριστικό είναι το μικρό κρανίο και κατά συνέπεια η μικρή ανάπτυξη του εγκεφάλου, βλάβες στις λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος και βαριά νοητική καθυστέρηση (σπάνια ξεπερνά ο δείκτης νοημοσύνης το 50).

Παρουσιάζουν διαταραχή στην κινητική εξέλιξη και το 50% παρουσιάζει επιληψία.⁽¹¹⁾

Το μεσολόβιο είναι ο μεγαλύτερος σύνδεσμος των δύο εγκεφαλικών ημισφαιρίων και αποτελείται από περισσότερες από 200 εκατομμύρια νευρικές ίνες, στην πλειοψηφία τους διεγερτικές. Η διάπλασή του αρχίζει τη 10η εβδομάδα της κύησης και συνεχίζεται μέχρι και τα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Οι διαταραχές της δομής του μεσολοβίου οφείλονται τόσο σε γενετικά αίτια όσο και σε εξωγενείς παράγοντες (σύνδρομο

33. Ν. Φουντάς – επίκουρος καθηγητής νευροχειρουργικής, διευθυντής νευροχειρουργικής κλινικής / Άνοια λόγω υδροκεφαλίας / *φυσιολογικής πίεσεως* / Κώστας, ΠΓΝ Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, σχολή επιστημών υγείας, πανεπιστήμιο Θεσσαλίας / <http://www.alzheimer-hellas.gr/seminaria/fountas.pdf> & 14. (σελ.300) MURIEL D. LEZAK, DIANE B. HOWIESON, DAVID W. LORING / Μετάφραση – Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Λαμπρος Μεσσήνης, Μαίρη Κοσμίδου, Παναγιώτης Παπαθανασόπουλος, πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ - Τόμος 1 / εκδόσεις GOTSIS & 11. (σελ.55,56) Δρα Κωνσταντίνου Χ. Πιάνου, 1989 - Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπιση τους / Για καλύτερη κατανόηση και βοήθεια νηπίων – παιδιών - νέων – Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ / Γιάννινα

εμβρυϊκής αλκοόλης) και περιλαμβάνουν αγενεσία του συνδέσμου (πλήρη ή μερική), υποπλασία και δυσγενεσία ορισμένων τμημάτων του. Παιδιά και έφηβοι με διαταραχές της δομής του μεσολοβίου παρουσιάζουν ποικίλα κλινικά ευρήματα, όπως υποτονία, δυσχέρεια στο συντονισμό των κινήσεων, διαταραχές όρασης και ακοής. Επίσης, χαρακτηρίζονται από έλλειψη αυτογνωσίας, δυσκολεύονται να χειριστούν τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, δυσκολεύονται να αναληφθούν τα συναισθήματα των γύρω τους και η προσωδία του λόγου τους είναι ανύπαρκτη.

Ο δείκτης νοημοσύνης τις περισσότερες φορές βρίσκεται εντός φυσιολογικών ορίων, ωστόσο παραβλάπτονται πολλές από τις ανώτερες νοητικές λειτουργίες όπως, η ικανότητα αφαιρετικής σκέψης, επίλυσης (σύνθετων κυρίως) προβλημάτων, καθώς και η ικανότητα για γενίκευση (αναγωγή δηλαδή από το ειδικό στο γενικό). Επίσης, τα παιδιά και οι έφηβοι με διαταραχές του μεσολοβίου δυσκολεύονται σημαντικά να αιτιολογήσουν λογικά τις αποφάσεις και τις θέσεις τους, δυσκολεύονται στην κατηγοριοποίηση και να θέσουν επιχειρήματα.. Ωστόσο, σε μεγαλύτερες τάξεις η σχολική επίδοση αρχίζει να υστερεί και τα παιδιά αδυνατούν να συμβαδίσουν με τους συμμαθητές τους. Κατά κανόνα τα άτομα αυτά δεν παρουσιάζουν αξιόλογη ακαδημαϊκή πορεία. Αρκετά από τα παιδιά με διαταραχές στη δομή του μεσολοβίου παρουσιάζουν εκδηλώσεις που θυμίζουν τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ).

Όσον αφορά τη χρήση της γλώσσας, οι συγκεκριμένοι ασθενείς διαθέτουν ικανότητα ανάγνωσης και κατονόμασης αντικειμένων, μπορούν να κατανοήσουν απλές προτάσεις και σαφείς οδηγίες και η εκφορά του λόγου τους είναι φυσιολογική, αλλά καθυστερούν στην ανάπτυξη της ομιλίας. Αντίθετα, δεν παρουσιάζουν κανένα πρόβλημα με την κατανόηση της κυριολεκτικής σημασίας λέξεων και φράσεων. Επίσης, αδυνατούν να αντιληφθούν το χιούμορ του συνομιλητή τους, να επενδύσουν συναισθηματικά το λόγο τους, να «χρωματίσουν» κατάλληλα τη φωνή τους και να δώσουν έμφαση σε ορισμένες λέξεις, η προσωδία του λόγου τους δηλαδή είναι σχεδόν καταργημένη. Συχνό είναι επίσης και το φαινόμενο της αλεξιθυμίας, κατά το οποίο ο ασθενής αδυνατεί να εκφράσει με λόγια αυτά που νιώθει. Παράλληλα, μεταπηδούν από το ένα θέμα στο άλλο χωρίς να διατηρούν ένα λογικό ειρμό, δεν αντιλαμβάνονται εύκολα την κυρία ιδέα ενός κειμένου ή την ακριβή άποψη που εκφράζει ο συνομιλητής τους και δε μπορούν να καταλάβουν τη σημασία που έχουν οι διάφορες μιμικές εκφράσεις του προσώπου καθώς και οι χειρονομίες του συνομιλητή τους (εξωλεκτική επικοινωνία = τη γλώσσα του σώματος).

Συγχρόνως, το λεξιλόγιο των παιδιών αυτών είναι ιδιαιτέρως φτωχό σε λέξεις που δηλώνουν συναίσθημα και ψυχική διάθεση (κυρίως αρνητικά συναισθήματα: θυμός, θλίψη, αγωνία, απογοήτευση).⁽³⁴⁾

Ψυχιατρικές εκδηλώσεις :

Σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο εμφανίζουν συναισθηματική ανωριμότητα, έλλειψη αυτογνωσίας και αδυναμία εκτίμησης συνεπειών των πράξεων τους. Ακόμα, θεωρούν ότι είναι ικανοί να υπερβαίνουν κατά πολύ τις ικανότητες τους και έτσι βάζουν τον εαυτό τους σε κίνδυνο. Παρουσιάζουν νοσογνωσία και επίσης, δυσκολεύονται να σχεδιάσουν και να οργανώσουν καθημερινές δραστηριότητες και να εκτελέσουν καθήκοντα δεν αντιλαμβάνονται εύκολα τις σκέψεις και τα συναισθήματα των γύρω τους, δε μπορούν να συμμετάσχουν ενεργά και αποτελεσματικά σε μια συζήτηση, τα σχόλιά τους χαρακτηρίζονται ως άστοχα ή ανούσια και συχνά αδυνατούν να εναρμονίσουν τη συμπεριφορά τους με τις κοινωνικές περιστάσεις. Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα τα παιδιά αυτά να κλείνονται στον εαυτό τους και να αποκόπτονται από τον κοινωνικό περίγυρο.

Σε αμιγώς ψυχικό επίπεδο έχουν αναφερθεί συχνές μεταπτώσεις της ψυχικής διάθεσης, όπως και ήπιες εκδηλώσεις άγχους και κατάθλιψης. Ακραίες διαταραχές του συναισθήματος εμφανίζονται εξαιρετικά σπάνια. Πρόσφατες, πάντως, μελέτες που έγιναν σε παιδιά που βρίσκονταν στα αρχικά στάδια διπολικής διαταραχής αλλά και σε εφήβους διαγνωσμένους με σχιζοφρένεια αποκάλυψαν ελάττωση του συνολικού μεγέθους του μεσολοβίου, καθώς και διαταραχές στον προσανατολισμό των νευρικών ινών που το συγκροτούν.⁽³⁴⁾

6) Η Εγκεφαλική Παράλυση

Ο όρος Εγκεφαλική Παράλυση χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ομάδα συνδρόμων με κύριο χαρακτηριστικό την κινητική αναπηρία που οφείλεται σε μία μη προϊούσα βλάβη ή διαταραχή στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο. Παρ' όλο που η εγκεφαλική βλάβη είναι στάσιμη παρατηρείται μεταβαλλόμενη εξέλιξη των κλινικών χαρακτηριστικών. Γενικά η εγκεφαλική παράλυση εκφράζεται σαν διαταραχή της στάσης και της κίνησης με συχνά και ποικίλα συνωδά νευροαναπτυξιακά προβλήματα.

Τα συνωδά προβλήματα της Ε.Π. είναι:

34. ΜΑΡΙΑ ΓΩΓΟΥ*, ΣΤΑΥΡΟΣ ΜΠΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ - Διαταραχές της δομής του μεσολοβίου – Κλινικές εκδηλώσεις σε παιδιά και εφήβους, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ-ΜΑΡΤΙΟΣ 2012 - ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ ΤΟΜΟΣ 49, ΤΕΥΧΟΣ 1 - <http://www.encephalos.gr/pdf/49-1-01g.pdf>

- 1) Αισθητηριακές διαταραχές όρασης και ακοής
- 2) Επιληψία
- 3) Νοητική υστέρηση
- 4) διαταραχές λόγου – ομιλίας και μαθησιακά προβλήματα
- 5) Ψυχολογικά - Ψυχιατρικά προβλήματα
- 6) Αισθητικές διαταραχές ⁽³⁵⁾

Αναλυτικότερα :

Οι **διαταραχές όρασης** παρουσιάζονται σε υψηλή συχνότητα (30-75%) σε παιδιά με Ε.Π. Οι διαταραχές του οφθαλμοκινητικού ελέγχου προκαλούν στραβισμό. Συχνότερα στα παιδιά με Ε.Π. συναντώνται οι διαθλαστικές ανωμαλίες, όπως η μυωπία, η υπερμετροπία και ο αστιγματισμός. Τονίζεται η υψηλή συχνότητα της μυωπίας (10%) σε παιδιά με Ε.Π. Ακόμα, στην ημιπληγική μορφή της Ε.Π. μπορεί να συνυπάρχει ημιανοψία. Διαταραχές της οπτικής αντιληπτικότητας, όπως διαταραχές οπτικής εντόπισης, οπτικής μνήμης και καθυστέρηση αναγνώρισης χρωμάτων και φυσιολογική νοημοσύνη. Τέλος, μπορεί να συνυπάρχει νυσταγμός - ακούσιες συνήθως συγχρονισμένες κινήσεις πάνω-κάτω ή κυκλικές των ματιών - ή σπάνια ολική τύφλωση. ⁽³⁵⁾

Η συχνότητα των **διαταραχών ακοής** σε παιδιά με Ε.Π. είναι 15% και συχνότερα στην αθετωσική μορφή. Η βαρηκοΐα είναι τύπου αγωγιμότητος ή νευροαισθητήριο βαρηκοΐα

Η **επιληψία** είναι συχνή (30-50%) στην Ε.Π., ενώ στο γενικό πληθυσμό είναι περίπου 4%. Οι επιληπτικές κρίσεις μπορεί να είναι γενικευμένοι τονικοκλινικοί σπασμοί ή εστιακοί σπασμοί ή αφαιρέσεις. Στην ημιπληγική μορφή οι σπασμοί είναι συνήθως εστιακοί με ή χωρίς δευτεροπαθή γενίκευση. Αρχίζουν συνήθως τα πρώτα χρόνια της ζωής. Όμως στο ήμισυ του αριθμού των παιδιών που παρουσιάζουν ημιπληγική μορφή και επιληψία θα έχουμε πλήρη υποχώρηση των κρίσεων. Το 33% των παιδιών με επιληψία, παρ' ότι έχουν φυσιολογική νοημοσύνη, έχουν μαθησιακά προβλήματα και 25% των παιδιών με επιληψία του κροταφικού λοβού - ιδιαίτερα αριστερά - παρουσιάζουν υπερκινητικότητα και διάσταση προσοχής. Επίσης στα αρχικά στάδια της θεραπευτικής αγωγής μπορεί να παρουσιασθεί υπνηλία. ⁽³⁵⁾

Στις **διαταραχές λόγου και ομιλίας** τα παιδιά με Ε.Π. παρουσιάζουν

35. ΝΕΣΤΟΡΙΔΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ - ΠΡΟΣΒΑΣΗ – Η Υποστηρικτική Τεχνολογία στην Εκπαίδευση των Ατόμων με Σοβαρά Κινητικά Προβλήματα / «Κινητικές Αναπηρίες σε Παιδιά» - http://www.e-yliko.gr/htmls/amea/prakseis_ereak/Exidikeysi.pdf & 36. Τελευταία τροποποίηση 23:09, 30 Οκτωβρίου 2012 / ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ - Από τη Βικιπαίδεια, την ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια / http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%B3%CE%BA%CE%B5%CF%86%CE%B1%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%AC%CE%BB%CF%85%CF%83%CE%B7

γενικευμένη χρονολογική καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας. Μπορεί να υπάρχει δυσαρθρία, απραξία του λόγου, ή δυσφασία. Σήμερα με την χρήση μεθόδων επαγγελματικής και εναλλακτικής επικοινωνίας έχει γίνει ουσιαστική παρέμβαση στα παιδιά με σοβαρό κινητικό πρόβλημα. Τα άτομα με Ε.Π. παρουσιάζουν **Μαθησιακά προβλήματα**, μπορεί να παρουσιάσουν επίσης διαταραχές στη μνήμη και την σκέψη, υπερκινητικότητα, επιθετικότητα, ειδικές μαθησιακές διαταραχές στην ανάγνωση, την ορθογραφία και την αριθμητική. Είναι προβλήματα που συχνότατα γίνονται αντιληπτά στην προσχολική ή σχολική ηλικία. ⁽³⁵⁾

Τα παιδιά με Ε.Π. παρουσιάζουν κάποιες φορές **Νοητική Υστέρηση**. Η διαδικασία της νοητικής εξέλιξης καθυστερεί πολλές φορές και δεν έχουμε την ίδια ωρίμανση στα χρονικά όρια που καθορίζονται στα φυσιολογικά παιδιά. Τα ποσοστά της νοητικής υστέρησης είναι αρκετά υψηλά (30%-50%). Η εκτίμηση του νοητικού δυναμικού πολλές φορές είναι ιδιαίτερα δύσκολη λόγω της βαρείας κινητικής κατάστασης και των σοβαρών προβλημάτων επικοινωνίας που μπορεί να συνυπάρχουν.

Οι **Αισθητικές διαταραχές** στα παιδιά με Ε.Π. μπορεί να παρουσιάζονται ως στερεοαγνωσία, σωματοαγνωσία, διαταραχές προσανατολισμού και κατευθυντικότητας. ⁽³⁵⁾

Ψυχιατρικές εκδηλώσεις :

Οι ψυχικές διαταραχές σε παιδιά με Ε.Π. είναι συχνότατα δευτεροπαθείς λόγω της κινητικής αναπηρίας και αφορούν την προσωπικότητα και την προσαρμογή. Όμως δεν είναι δυνατόν να αποκλειστούν βαρύτερες καταστάσεις, όπως κατάθλιψη. Οι ψυχικές διαταραχές που εμποδίζουν στην αποκατάσταση δεν αφορούν όμως τα παιδιά, αλλά κυρίως τους γονείς. ⁽³⁵⁾

Η Εγκεφαλική Παράλυση παρουσιάζει πέντε μορφές, που ενίοτε συνυπάρχουν:

1. Σπαστική μορφή (*Spastic*): Συχνότητα 65%
2. Αθետωσική μορφή (*Athetosis*): Συχνότητα 20%
3. Αταξική μορφή (*Ataxia*): Συχνότητα 5%
4. Δυσκαμπτική μορφή (*Rigidity*): Συχνότητα 5%
5. Ατονική μορφή (*Atony*): Συχνότητα 5%
6. Μικτές Μορφές.

35. ΝΕΣΤΟΡΙΔΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ - ΠΡΟΣΒΑΣΗ – Η Υποστηρικτική Τεχνολογία στην Εκπαίδευση των Ατόμων με Σοβαρά Κινητικά Προβλήματα / «Κινητικές Αναπηρίες σε Παιδιά» - http://www.e-yliko.gr/htmls/amea/prakseis_ereak/Exidikeysi.pdf & 36. Τελευταία τροποποίηση 23:09, 30 Οκτωβρίου 2012 / ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ - Από τη Βικιπαίδεια, την ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια / http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%B3%CE%BA%CE%B5%CF%86%CE%B1%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%AC%CE%BB%CF%85%CF%83%CE%B7

Είδη προσβολής άκρων

Ανάλογα με τὰ άκρα πού προσεβλήθησαν, ονομάζουμε:

7. Τετραπληγία (Quadriplegia): Όταν πάσχουν 2 άνω άκρα + 2 κάτω άκρα.
8. Ημιπληγία (Hemiplegia): Όταν πάσχουν 1 άνω άκρο + 1 κάτω άκρο, ομοπλεύρως.
Παραπληγία (Paraplegia): Όταν πάσχουν τα 2 κάτω άκρα.
9. Μονοπληγία (Monoplegia): Όταν πάσχει μόνο 1 άκρο, είτε άνω είτε κάτω. Είναι σπάνια.
10. Διπληγία (Diplegia): Όταν πάσχουν και τα τέσσερα άκρα, αλλά τα δύο κάτω περισσότερο από τα άνω. Είναι σπάνια. ⁽³⁶⁾

ο **Ορθοπεδικές παθήσεις**

Οι πιο συχνές ορθοπεδικές παθήσεις:

- 1) **Σπονδυλικής στήλης:** Αυχενικό σύνδρομο, οσφυαλγία, ισχιαλγία, οστεοαρθρίτιδα, δισκοπάθεια (κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου), σπονδυλολίστεση, σπονδυλόλυση, σπονδυλοαρθροπάθεια, σκολίωση, κύφωση, λόρδωση, ιερολαγόνεια συνδρομή, οστεοπόρωση κ.ά. ⁽³⁷⁾

Ψυχιατρικές εκδηλώσεις :

Σεξουαλικές διαταραχές (στους άντρες, διαταραχή στύσης) και αγχώδεις διαταραχές. ⁽¹³⁾

- 2) **Ισχίου:** Διατροχαντήρια κατάγματα, συγγενές εξάρθρωμα, αρθροπλαστική (μερική - ολική), τενοντίτιδα ισχίου κ.ά. ⁽³⁷⁾

Ψυχιατρικές εκδηλώσεις :

Το ντελίριο είναι η πιο συχνή διαταραχή μετά από χειρουργείο ισχίου και διαρκεί λίγες μέρες μπορεί και εβδομάδες. ⁽¹³⁾

- 3) **Οστεοαρθρίτιδα :** Η φλεγμονή - φθορά των ανατομικών στοιχείων που αποτελούν μια άρθρωση χαρακτηρίζεται οστεοαρθρίτιδα. Τα στοιχεία αυτά μπορεί να είναι ο αρθρικός θύλακας, ο χόνδρος και τα οστά. Οι οστεοαρθρίτιδες αφορούν όλες τις αρθρώσεις του σώματος (σπονδυλικές αρθρώσεις, άρθρωση ώμου, άρθρωση αγκώνα, άρθρωση καρπού,

37. Κέντρο Φυσικής Αποκατάστασης – OSTIUM – ορθοπεδικές παθήσεις - http://www.ostium.gr/pathiseis_orthopaidikes.html & 13)(σελ.431) 7. Δ. Σακκάς, Ν. Μαρκέτος - Ρευματικές παθήσεις και Ψυχιατρικά προβλήματα & Α. Δημακοπούλου, Ε. Παπαμιχαήλ - Ορθοπεδική και τραυματολογία: Ψυχολογικά και Ψυχιατρικά προβλήματα από Α. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 / Διασυνδεδετική Ψυχιατρική / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ

άρθρωση ισχίου, άρθρωση ποδοκνημικής, αρθρώσεις δακτύλων).⁽¹³⁾

Τα βασικά συμπτώματα μιας οστεοαρθρίτιδας είναι η δυσκολία στην κίνηση (δυσκαμψία), η ευαισθησία και ο πόνος (τοπικά), η πιθανή διόγκωση της άρθρωσης (πρήξιμο), ο χρόνιος πόνος και σε βαρύτερες καταστάσεις η ύπαρξη τριγμού (τρίξιμο) στις κινήσεις των αρθρώσεων.

Ψυχιατρικές εκδηλώσεις :

Στην ρευματοειδή αρθρίτιδα σχετικές έρευνες δείχνουν ότι το στρες επηρεάζει την έναρξη και υποτροπή της νόσου. Άλλα νευροψυχιατρικά συμπτώματα που εμφανίζονται με την έναρξη της νόσου είναι οι συναισθηματικές αντιδράσεις. Οι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης από τον χρόνιο πόνο και την βαρύτητα της νόσου.⁽¹³⁾

Λιγότερο συχνές αλλά μπορεί να εμφανιστούν σε μια κλινική αποκατάστασης είναι οι εξής :

- 4) **Ώμου:** Μετεγχειρική αποκατάσταση κατόπιν αρθροσκόπησης, περιαρθρίτιδα, τενοντίτιδα, υπακρωμιακή συνδρομή, τραυματισμό υπερακάνθιου, κατάγμα κλείδας, εξάρθημα-υπεξάρθημα ώμου κ.ά.
- 5) **Αγκώνα:** Επικονδυλίτιδα, τενοντίτιδα, κατάγματα, ωλένια νευρίτιδα κ.ά.
- 6) **Άκρας χείρας:** Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, τενοντοελυτρίτιδα, τενοντίτιδα, κακώσεις σκαφοειδούς, κακώσεις αντίχειρα, αποκατάσταση κατόπιν τενοντομεταφοράς, διάστρεμμα καρπού, κατάγματα κ.ά.
- 7) **Γόνατος:** Αρθροσκοπική αποκατάσταση έσω - έξω μηνίσκου, πρόσθιου - οπίσθιου χιαστού, έσω - έξω πλαγίου. Κατάγματα, τενοντίτιδα, ολική αρθροπλαστική, χονδρομαλάκυνση επιγονατίδος, επιγονατιδομηριαία συνδρομή κ.ά.
- 8) **Ποδοκνημικής:** Διάστρεμμα, χαλαρότητα συνδέσμων - αστάθεια, κάταγμα, τενοντίτιδα, πελματιαία απονευρωσίτιδα (άκανθας πτέρνας), πλατυποδία, κοιλοποδία, πόνος στο μετατάρσιο, νευρίνωμα Morton, βλαισός μέγας δάκτυλος (κότσι) κ.ά.⁽³⁷⁾

Εγχειρήσεις ορθοπεδικών παθήσεων

Στην προεγχειρική φάση ο ασθενής παρουσιάζει άγχος και φόβο για την εγχείρηση και για την μετέπειτα πορεία του αφού βγει από το χειρουργείο. Ο ασθενής που θα εγχειριστεί, παρουσιάζει φόβο για την ακεραιότητα του σωματικού Εγώ και φόβο θανάτου

13)(σελ.472) 13. Γενική χειρουργική και Αναισθησιολογία : Ψυχολογικά και Ψυχιατρικά προβλήματα – Χ. Χριστοδούλου, Λ. Λύκουρας & (σελ.513) 15 Ορθοπεδική και τραυματολογία: Α. Δημακοπούλου, Ε. Παπαμιχαήλ - Ψυχολογικά και Ψυχιατρικά προβλήματα από Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 / Διασυνδεδετική Ψυχιατρική / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ & 37. Ορθοπεδικές Παθήσεις – Κέντρο Φυσικής Αποκατάστασης – OSTIUM - http://www.ostium.gr/pathiseis_orthopaidikes.html

κυρίως λόγω της επικείμενης αναισθησίας.

Στην μετεγχειρητική φάση οι ψυχικές διαταραχές ποικίλουν. Κάποιες από αυτές είναι το οξύ παραλήρημα, που είναι συχνό και ανέρχεται στο 7-15 % και χαρακτηρίζεται από ανησυχία, συναισθηματική ευμεταβλητότητα, ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Μπορεί να εμφανίσουν οι μετεγχειρητικοί ασθενείς διαταραγμένη συμπεριφορά, υποτροπιάζουσα κατάθλιψη, επεισόδιο μανίας, αγχώδεις διαταραχές, ψυχώσεις και οξεία διαταραχή μετατραυματικού στρες.⁽¹³⁾

Ατυχήματα

Οι ασθενείς μετά από ατυχήματα και καταστροφή ή απώλεια κάποιου μέλους εμφανίζουν ψυχιατρικές παθήσεις. Η πιο συχνή διαταραχή είναι η διαταραχή μετά από τραυματικό στρες - διαταραχή οξέος στρες (PTSD). Οι μισοί από αυτούς τους ασθενείς με PTSD πληρούν τα κριτήρια και για μείζονα κατάθλιψη και αγχώδη διαταραχή. Μετά από μια απώλεια ενός μέλους τα άτομα από ατυχήματα περνούν κάποια εσωτερικά στάδια – **Τα στάδια του πένθους** : 1. Στάδιο άρνησης 2. Στάδιο θυμού 3. Στάδιο κατάθλιψης 4. Στάδιο διαπραγμάτευσης 5. Στάδιο αποδοχής.⁽¹³⁾

Πότε το πένθος όμως γίνεται διαταραχή

Όταν το άτομο παρουσιάζει τα παρακάτω συμπτώματα:

1. Ενοχή για πράγματα που σχετίζονται με τον θάνατο του προσώπου
2. Σκέψεις θανάτου
3. Νοσηρή έντονη ενασχόληση ότι δεν αξίζει τίποτε
4. Έντονη ψυχοκινητική επιβράδυνση
5. Μεγάλης διάρκειας και έντονη λειτουργική έκπτωση
6. Ψευδαισθητικές εμπειρίες⁽³⁸⁾

13)(σελ.546) 15. Α. Δημακοπούλου, Ε. Παπαμιχαήλ - Ορθοπαιδική και τραυματολογία : Ψυχολογικά και Ψυχιατρικά προβλήματα από Α. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 - Διασυνδεδετική Ψυχιατρική – ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ & 38. Γεώργιου Θ. Στεφανόπουλου, 24 - 25 Σεπτεμβρίου 2010 / ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ δικηγορικού Συλλόγου Πατρών σε συνεργασία με την Επιθεώρηση Συγκοινωνιακού Δικαίου / ΤΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ / ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ Ο ρόλος του μετατραυματικού στρες στους παθόντες σε τροχαία ατυχήματα ([DOC] διαταραχή μετά απο τραυματικό στρες - μετατραυματικό στρες - Esd - <http://www.google.gr>

3.2 Η αναγκαιότητα συνεργασίας κλινικού ψυχολόγου σε κλινική αποκατάσταση

Σωματικά συμπτώματα και ψυχιατρικές διαταραχές συχνά συνυπάρχουν στους αρρώστους, οι οποίοι απευθύνονται και σε όλες σχεδόν τις ειδικότητες (δερματολόγους, ορθοπεδικούς κ.α.).

Η παρουσία του (Συνδεδετικού Ψυχολόγου) ΣΨ καθίσταται απαραίτητη στο πλαίσιο του γενικού νοσοκομείου, καθώς εκτιμάται ότι περίπου το 50% των νοσηλεύομενων ασθενών σε παθολογικά, χειρουργικά και πνευμονολογικά τμήματα παρουσιάζουν ψυχολογικά ή ψυχικά ενοχλήματα που χρήζουν αντιμετώπισης ή θεραπείας.⁽³⁹⁾

Η έγκαιρη διάγνωση και αποκατάσταση αυτών των ασθενών από τους κλινικούς ψυχολόγους είναι πρωταρχικής σημασίας, ώστε να διευκολύνει και να μην παρακωλύει τις άλλες θεραπείες του ασθενή αλλά και την λειτουργική του αποκατάσταση. Έχουν κόστος τόσο στην ποιότητα ζωής (όπως τα σωματικά συμπτώματα, η κοινωνική απόσυρση κ.α.), όσο και στη μακροζωία.

Οι καθυστερήσεις στην έναρξη της θεραπείας είναι συχνά παρατεταμένες και η διάρκεια της περιόδου που η ψύχωση δεν αντιμετωπίζεται, συσχετίζεται με ουσιαστική ψυχοκοινωνική έκπτωση και πιο φτωχή λειτουργικότητα (πολύ σοβαρά αρνητικά συμπτώματα και γνωσιακές διαταραχές, πιο αργή και μη πλήρη ανάρρωση από το αρχικό επεισόδιο, μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μέχρι να παρατηρηθεί ύφεση των συμπτωμάτων και μικρότερο βαθμό ύφεσης, μικρότερη ανταπόκριση στη θεραπεία και σημαντικά αυξημένο κίνδυνο υποτροπής μέσα στα επόμενα 2 χρόνια.

Κατά συνέπεια, σύμφωνα με το περιοδικό "encephalos", τα άτομα με σχιζοφρένεια που δεν έλαβαν βοήθεια εγκαίρως, είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες επακόλουθης υποτροπής και μακρύτερες νοσηλείες. Η καθυστέρηση στην λήψη ψυχολογικής βοήθειας είναι ένα σημαντικό πρόβλημα καθώς τα άτομα με ψυχιατρικές ασθένειες είναι επιρρεπή σε ανάρμοστες, ακατάλληλες, επιζήμιες ή καταστροφικές συμπεριφορές.⁽⁴⁰⁾

Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου είναι υπεύθυνο για την διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών αυτών όσον αφορά την νευρολογική, παθολογική ή μυοσκελετική κ.τ.λ. τους κατάσταση, και για όσον αφορά την ψυχιατρική τους επιβάρυνση είναι υπεύθυνη η Διασυνδεδετική Ψυχιατρική.

39. Μιχάλης Σ. Γεωργιάδης, Φωτεινή Δρακοπούλου, Ελένη Ορέστη, Ευαγγελία Κορδά, 2006 - Δεδομένα Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής Τύπος δεσμού ασθενών και τεχνικές θεραπευτικής προσέγγισης / ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 45(1):107-117 - http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=177 &40. ΑΦΡΟΔΙΤΗ ΖΑΡΤΑΛΟΥΔΗ, ΜΙΧΑΛΗΣ ΜΑΔΙΑΝΟΣ PhD, MSc, Νοσηλεύτρια ΠΕ, ΙΟΥΛΙΟΣ-ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2010, ΤΟΜΟΣ 47, ΤΕΥΧΟΣ 3 - encephalos / Η σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης ψυχιατρικών περιπτώσεων και της θεραπευτικής παρέμβασης / Σισμανόγλειο Γ.Ν.Α Ψυχιατρική κλινική, Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών - <http://www.encephalos.gr/full/47-3-02g.html>

Η Διασυνδεδετική Ψυχιατρική (ΔΨ) στο γενικό νοσοκομείο κινείται ανάμεσα στην ψυχιατρική και τη σωματική ιατρική και απευθύνεται σε ασθενείς που παρουσιάζουν συνοσηρότητα σωματικής και ψυχικής νόσου.

Για την οργάνωση και λειτουργία ενός τέτοιου τμήματος, θα πρέπει να κατανοηθούν οι προοπτικές και η ωφέλεια τόσο για τους ασθενείς (η ύπαρξη ενός τέτοιου τμήματος) όσο και για το προσωπικό του νοσοκομείου. Αρχικά, η αναγκαιότητα ύπαρξης ενός τμήματος ΔΨ σε ένα γενικό νοσοκομείο, έγκειται στην αυξημένη συνοσηρότητα ψυχικής διαταραχής και σωματικής νόσου, στην πιθανή μείωση των ημερών νοσηλείας των χρονίων ασθενών, η αντιμετώπιση δύσκολων ασθενών και η βελτίωση πασχόντων με πενιχρή συμμόρφωση και δυσμενή έκβαση λόγω ψυχικών επιπλοκών.

Επομένως, είναι σημαντική η ΔΨ λόγω της επιρροής της στο πλαίσιο του γενικού νοσοκομείου μέσω της μείωσης του χρόνου νοσηλείας και την διευκόλυνση στην λειτουργικότητα των επιβαρυνμένων τμημάτων, όπως για παράδειγμα, στα διάφορα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα.

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών , που εισάγεται στο γενικό νοσοκομείο πρέπει να αξιολογηθεί από τη ΔΨ. Στο γενικό νοσοκομείο υπάρχουν τμήματα που ασχολούνται αποκλειστικά με την αποκατάσταση είτε της κινητικής κατάστασης του ασθενή, είτε της νευρολογικής αποκατάστασης κ.τ.λ. Οι ασθενείς που κάνουν εισαγωγή στο νοσοκομείο πάσχουν από κάποια πάθηση ή τραύμα, τα οποία συνοδεύονται σχεδόν πάντα από ψυχιατρικές διαταραχές.⁽¹³⁾

Στο πλαίσιο αυτής της φροντίδας οι εμπλεκόμενοι με τον ασθενή (νοσοκομειακό προσωπικό) πρέπει να καλούν για εξέταση τον ψυχολόγο, πράγμα το οποίο εάν αυτός δεν είναι μέρος αυτού του νοσοκομειακού τμήματος, να κάνει τον ασθενή να είναι αμήχανος, αρνητικός ή και έκπληκτος, στο οποίο συμβάλει πολλές φορές και η παραμέληση των νοσηλευτών να ενημερώσουν τον ασθενή. Από την άλλη, η εγκαταστάτη ΔΨ προσωπικού μέσα στην κλινική θα διευκόλυνε περισσότερο τα πράγματα. Αυτό είναι λογικό, καθώς θα ήταν σαφές, από την αρχή της εισαγωγής του ασθενή στην κλινική, το πώς λειτουργεί η κλινική και ότι θα εξεταστεί υποχρεωτικά από όλες τις ειδικότητες του νοσοκομείου (ιατρούς, φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγους κ.α.) και με βάση την αξιολόγηση του καθενός θα διαμορφωθεί ένα πρόγραμμα παρέμβασης, το οποίο και θα ακολουθήσει ο ασθενής.⁽¹³⁾

13) (σελ.23) Γ. Ι. Μουσσάς, Κ. Σολδάτος - Η δέσμη των υπηρεσιών Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής στο γενικό νοσοκομείο από Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 / Διασυνδεδετική Ψυχιατρική / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ

Στην πλειονότητα τους τα άτομα, που εισάγονται σε μια κλινική για αποκατάσταση είναι άτομα μετά από ΑΕΕ και παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα σε ένα ποσοστό τουλάχιστον 25% των ασθενών. Η ψυχολογική εκτίμηση είναι πρωταρχικής σημασίας σε τέτοιους ασθενείς.

Σημασία της διάγνωσης και αντιμετώπισης της κατάθλιψης μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΚΜΑΕΕ)

Η εκδήλωση καταθλιπτικής διαταραχής αποτελεί τη συχνότερη νευροψυχιατρική διαταραχή μετά από ΑΕΕ. Όπως αναφέρεται παρακάτω, περισσότεροι από τους μισούς επιζώντες κινδυνεύουν να εμφανίσουν κατάθλιψη μέσα σε διάστημα 3 μηνών από το εγκεφαλικό επεισόδιο και τουλάχιστον το 25% των επιζώντων παρουσιάζει κατάθλιψη μέσα σε ένα χρόνο.

Η έγκαιρη διάγνωση και ορθή αντιμετώπιση της κατάθλιψης μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΚΜΑΕΕ) έχει ιδιαίτερη σημασία καθόσον η ΚΜΑΕΕ σχετίζεται με εκτεταμένη αναπηρία και ελάττωση της φυσικής λειτουργικότητας, μικρότερη συμμετοχή στην διαδικασία αποκατάστασης με αυξημένη εξάρτηση από τους φροντιστές και πτωχά αποτελέσματα τόσο στη σωματική όσο και τη γνωσιακή διάστασή της που εκδηλώνεται με έκπτωση των ανωτέρων νοητικών λειτουργιών. Γενικά, η ΚΜΑΕΕ συσχετίζεται με κακή ποιότητα ζωής, αυξημένη νοσηρότητα, κοινωνική απόσυρση, σκέψεις ή και σχεδιασμό αυτοκτονίας και αυξημένη θνησιμότητα στους 12 και 24 μήνες. Εξάλλου, όπως προκύπτει από διάφορες επιδημιολογικές μελέτες, υπάρχει αμφίδρομη σχέση μεταξύ ΑΕΕ και κατάθλιψης, καθώς η ύπαρξη κατάθλιψης αποτελεί ιδιαίτερο παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση νέου εγκεφαλικού επεισοδίου. Η αμφίδρομη αυτή σχέση μεταξύ των δύο καταστάσεων δεν συζητείται εδώ καθώς εκφεύγει του πλαισίου του παρόντος άρθρου. Τέλος, πρέπει να μην λησμονούνται οι δυσμενείς επιπτώσεις της ΚΜΑΕΕ στους φροντιστές των ασθενών που επιβαρύνονται υπέρμετρα από τη φροντίδα των συγγενών τους.⁽⁴¹⁾

Παρουσίαση περιπτώσεως (1) με κατάθλιψη

Πρόκειται για θήλυ ασθενή, ετών 85, η οποία υπέστη, μετά από διάγνωση, πολλαπλά κατάγματα αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης (Α1, Α2, Α7) τον Αύγουστο του 2012 και εισήλθε στο νοσοκομείο αρχικά, της Κέρκυρας. Στις 29/8/2012 έκανε εισαγωγή

41. ΠΑΠΑΡΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ Θ. ΣΤΑΧΤΕΑ Ξ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ-ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2008 - Κατάθλιψη μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο / 1η Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο / ΤΟΜΟΣ 45, ΤΕΥΧΟΣ 4 - <http://www.enkephalos.gr/full/45-4-02g.htm>

στην Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (Φ.Ι.Α.) και η διάρκεια της νοσηλείας της ήταν 1 μήνα και 4 μέρες. Μετά από ψυχιατρική εκτίμηση στις 14/9/2012 τέθηκε η διάγνωση Κατάθλιψη από την ψυχίατρο του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων και δόθηκε φαρμακευτική αγωγή (cipralex 10 mg και seroquel 25 mg) καθώς παρουσίαζε καταθλιπτικού τύπου συμπτωματολογία.

Η συμπτωματολογία της ασθενούς περιελάμβανε :

1. καταθλιπτική διάθεση για την περισσότερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.
2. Το άτομο παρουσίασε ανηδονία, που σημαίνει σημαντικά ελαττωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση σχεδόν σε όλες τις δραστηριότητες. Εμφανίσε σημαντική απώλεια βάρους χωρίς να βρίσκεται σε δίαιτα.
3. Είχε ακόμα, διαταραχές ύπνου, αϋπνία σχεδόν κάθε μέρα, είτε ξυπνούσε στη μέση της νύχτας και δεν μπορούσε να ξανακοιμηθεί.
4. Παρατηρήθηκε ψυχοκινητική διέγερση (μπορεί να δείχνει σαν μανία) ή επιβράδυνση. Και τα δυο αυτά πρέπει να είναι παρατηρήσιμα από τους άλλους.
5. Το άτομο αισθανόταν κόπωση και απώλεια ενεργητικότητας σχεδόν κάθε μέρα.
6. Παρουσίαζε αισθήματα αναξιότητας.
7. Παρουσιάζεται μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης ή σκέψης ή αναποφασιστικότητα.
8. Τέλος, υπήρχαν επανερχόμενες σκέψεις θανάτου, αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή αυτοκαταστροφική απόπειρα. Όλα αυτά τα συμπτώματα συνθέταν μία εικόνα καταθλιπτικής συνδρομής προερχόμενη από την σωματική αναπηρία της ασθενούς. ⁽⁴²⁾

Παρουσίαση περιπτώσεως (2) με Ντελίριο.

Πρόκειται για άρρεν ασθενή, ετών 43, ο οποίος, σύμφωνα με την νευρολογική εκτίμηση (που έγινε 25/01/12), υπέστη βαριά Κ.Ε.Κ τον Ιούνιο του 2011, με διάχυτη αξονική βλάβη. Η MRI έδειξε θλάση μεσολοβίου και μετωπιαίου λοβού με δυνατότητα του ασθενή εκτέλεσης εντολών.

Ο ασθενής παρουσιάζει μία σπαστική τετραπάρηση, γαστροστομία και σιελόρροια. Από την εισαγωγή του στο Φ.Ι.Α. έχουν γίνει κατά καιρούς κάποιες ψυχιατρικές εκτιμήσεις 7 μήνες μετά την κάκωση. Σύμφωνα με την ψυχιατρική εκτίμηση, στον ασθενή

42. υπόδειγμα μελέτης περιστατικών από διαδικτυακό άρθρο: Α. Μπουρνάκας, Π. Ουλής, Ε. Αναστασοπούλου, Π. Μιχαλοπούλου, Ι. Χατζημανώλης, Γ.Ν. Χριστοδούλου - Κρανιοεγκεφαλική κάκωση και μεταγενέστερη ψυχοτική διαταραχή / Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο - <http://www.psych.gr/documents/psychiatry/15.2-GR-81.pdf>

τέθηκε η διάγνωση οργανικό ψυχοσύνδρομο με επακόλουθα κρίσεις ‘‘Ε’’, ψυχοκινητική ανησυχία, υπνική άπνοια, απαισιόδοξες σκέψεις για το μέλλον, ευχές θανάτου, αποπροσανατολισμό στο χρόνο, διέγερση, οπτικές ψευδαισθήσεις και επεισόδια απώλειας μνήμης. Συστήθηκαν φάρμακα (cipralex 10mg – seroquel 20 mg), τα οποία και χορηγήθηκαν αμέσως κατά την νοσηλεία του στην κλινική.

Άλλα συμπτώματα που παρουσίασε ο ασθενής κατά την νοσηλεία του στην κλινική αποκατάστασης που συνέθεταν μία εικόνα ψυχοκινητικής διέγερσης και οδήγησαν στην ψυχιατρική διάγνωση (Delirium) ήταν :

1. Διαταραχή στη συνείδηση, με μειωμένη ικανότητα του ασθενούς να εστιάσει ή να διατηρήσει προσοχή του. Ακόμα , εμφάνισε και προσοχής: της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων κλπ. Παρατηρήθηκαν επίσης :
2. Διαταραχή αντίληψης: οι ψευδαισθήσεις ήταν κυρίως οπτικές και ακουστικές.
3. Διαταραχή σκέψης και λόγου: ο λόγος του ήταν αποδιοργανωμένος. Το άτομο δεν είχε πλέον ικανότητα για ειρμό, καθαρότητα σκέψης, ικανότητα συγκέντρωσης και στοχοκατευθυνόμενης σκέψης.
4. Διαταραχή του συναισθήματος (θυμός, οργή, αδικαιολόγητος φόβος, απρόσφορες αλλαγές συναισθηματικών καταστάσεων).
5. Σημαντική διαταραχή στις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες, συμπεριλαμβανομένων της αφαιρετικής σκέψης, της ικανότητας κατανόησης αφηρημένων εννοιών.
6. Παρατηρήθηκε επίσης απάθεια, κατάθλιψη και ευφορία.
- 7 Διαταραχές του κύκλου ύπνου – εγρήγορσης.
8. Νευρολογικές εκδηλώσεις όπως τρόμο, μυοκλονίες, αταξία, αδυναμία στήριξης, παρεγκεφαλιδικά σημεία, δυσαρθρία, ακράτεια ούρων, παράλυση κρανιακών νεύρων.
9. Τέλος, εμφάνισε εκδηλώσεις του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ταχυκαρδία, υπέρταση, υπερθερμία, ναυτία, δυσκοιλιότητα).⁽⁴²⁾

42. υπόδειγμα μελέτης περιστατικών από διαδικτυακό άρθρο: Α. Μπουρνάκας, Π. Ουλής, Ε. Αναστασοπούλου, Π. Μιχαλοπούλου, Ι. Χατζημανώλης, Γ.Ν. Χριστοδούλου - Κρανιοεγκεφαλική κάκωση και μεταγενέστερη ψυχωτική διαταραχή / Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο - <http://www.psych.gr/documents/psychiatry/15.2-GR-81.pdf>

Κεφάλαιο 6

Υλικά και μέθοδος

Στην έρευνα μελετήθηκαν 127 ασθενείς, άντρες γυναίκες, ηλικίας 11 – 87 . Τα υλικά και η μέθοδος, που αξιοποιήθηκαν για την ανάδειξη και διερεύνηση ενός ικανοποιητικού ποσοστού ασθενών που εμφάνισαν κατά την υποξεία φάση της νόσου ή τραυματισμού τους, ψυχιατρικά συμπτώματα, ήταν η συγκέντρωση, από τον ιατρικό τους φάκελο, δημογραφικών στοιχείων (ηλικία, φύλο) αλλά και άλλων χρήσιμων για την έρευνα δεδομένων, όπως ψυχιατρική διάγνωση, νευρολογική εκτίμηση, φαρμακευτική περίθαλψη και συμπληρωματικά στοιχεία και διαγνώσεις από τη Διασυνδεδετική Ψυχιατρική του νοσοκομείου.

Η έρευνα έγινε στην Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων για το διάστημα 2 ετών (2011-2012).⁽⁴⁵⁾

Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα από την έρευνα είναι τα εξής :

Από τους 127 ασθενείς, που έκαναν εισαγωγή στο Φ.Ι.Α. οι περισσότεροι ήταν άντρες με ποσοστό 61,4% και μέσο όρο ηλικίας τα 57,2 έτη (από 11-87 ετών). Τα ποσοστά των διαγνώσεων με συχνότερη εμφάνιση τα ΑΕΕ, να ανέρχονται σε :

ΑΕΕ 41,7% , ΚΕΚ 11%, Ορθοπαιδικές παθήσεις 29,1% και άλλες νευρολογικές παθήσεις στο 17,3%.

Από αυτούς τους ασθενείς ζητήθηκε ψυχιατρική-ψυχολογική εκτίμηση για 56 από αυτούς (44,1%), από τους οποίους οι βασικές διαγνώσεις ήταν : οργανικά ψυχοσύνδρομα και διαταραχές της προσαρμογής με καταθλιπτική συμπτωματολογία (ποσοστό 35,7% για κάθε μια διάγνωση).

Από τους ασθενείς αυτούς οι 41 (73,2%) έλαβαν φαρμακευτική θεραπεία και σε μεγάλο ποσοστό των ασθενών αυτών (46/56, 82,1%) εφαρμόστηκαν συμβουλευτικές ή/και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.

Από τους 71 που δεν ζητήθηκε εκτίμηση από την Διασυνδεδετική Ψυχιατρική, στους 37 (38%) χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή με ψυχοτρόπα φάρμακα και στις μισές περίπου περιπτώσεις η χορήγηση αφορούσε σε αντικαταθλιπτικά με ή χωρίς αγχολυτικό.

Συζήτηση

Η εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι εξαιρετικά συχνή και βαίνει αυξανόμενη. Οι ψυχικές διαταραχές που συνήθως παρατηρούνται είναι: κατάθλιψη, που είναι από τις πρώτες διαταραχές που εμφανίζονται σε αυτούς τους ασθενείς και οι αγχώδεις διαταραχές, οι οποίες είναι πολύ συχνές. Ακόμα, σε μεγάλα ποσοστά εμφανίζονται οι συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές προσαρμογής, κατατονικά σύνδρομα και το οργανικό ψυχοσύνδρομο (Delirium). Οι πηγές ψυχοπαθολογίας σε ασθενείς μιας κλινικής αποκατάστασης, του γενικού νοσοκομείου, είναι μεν, η επίγνωση ότι πάσχουν από ένα νόσημα, δε η καταπόνηση από τα συμπτώματα και τέλος, τα ψυχιατρικά χαρακτηριστικά που μπορεί να προσθέσει η ίδια η νόσος.⁽⁴⁵⁾

Στην Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων νοσηλεύονται ασθενείς στην υποξεία φάση της νόσου, οι οποίοι συνήθως πάσχουν από νευρολογικές παθήσεις (όγκοι, εγκεφαλική παράλυση, Α.Ε.Ε., εκφυλιστικές (σκλήρυνση κατά πλάκας) κ.α.), νευροχειρουργικές καταστάσεις (κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, κακώσεις σπονδυλικής στήλης κ.α.) και φυσικά ορθοπεδικής φύσεως όπως κακώσεις σπονδύλου ή απώλεια κάποιου μέλους από τροχαία ατυχήματα. Η διάρκεια νοσηλείας τους εξαρτάται μεν από τη σοβαρότητα της νόσου αλλά και από την αντιμετώπιση των ψυχιατρικών διαταραχών που συνυπάρχουν στις περισσότερες περιπτώσεις, καθυστερώντας την επανένταξη του ασθενή και λειτουργώντας ως τροχοπέδη στην αποκατάσταση.

Πιο συγκεκριμένα, οι ψυχιατρική νόσος δημιουργεί σοβαρά σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά συμπτώματα, τα οποία σε συνάρτηση με τα συμπτώματα της σωματικής ασθένειας του ασθενή κάνουν πιο σοβαρή την κλινική του κατάσταση και επιβαρύνουν ακόμη την ψυχική υγεία του. Οι αγχώδεις διαταραχές, που είναι και πολύ συχνές στα άτομα με σωματική ασθένεια, πρώτον, έχουν ψυχολογικές διαστάσεις που προκαλούν, ανησυχία, με αποτέλεσμα το άτομο να φοβάται πάντα το χειρότερο και σκέφτεται με αρνητικό τρόπο. Αυτές οι αλλαγές του συναισθήματος που συμβαίνουν, συνήθως προκαλούν νευρικότητα, κατάπτωση του ηθικού και συνεχή φόβο. Δεύτερον, προκαλούν ποικίλα σωματικά συμπτώματα, τα οποία επιμηκύνουν την νοσηλεία, όπως κεφαλαλγία, δυσκολία στην κατάποση, πόνο στους ώμους, στον αυχένα και στο στήθος, στομαχικές κράμπες, τρέμουλο και αδυναμία στα άκρα. Μετά από χρόνια ή υπερβολική ψυχολογική πίεση το

45. Α. ΦΩΤΙΑΔΟΥ, Φ. ΠΡΙΦΤΗΣ, Σ.ΚΥΠΡΙΑΝΟΣ, Ψυχιατρικό Τμήμα Γ.Ν. «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα - *Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας, στην αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχική διαταραχή* / *Encephalos* / <http://www.encephalos.gr/full/41-1-02g.htm>

άτομο αρχίζει να αισθάνεται ζάλη, να έχει θαμπή όραση και βούισμα στα αυτιά. Η αύξηση του ρυθμού αναπνοής μπορεί να οδηγήσει σε ίλιγγο, ναυτία και ρηχή αναπνοή. Ακόμα, μπορεί να πλήξει και το πεπτικό σύστημα με τάση για εμετό, διάρροια και πόνοι στο στομάχι.

Αυτός ο αρνητικός τρόπος σκέψης που επικρατεί σε αυτούς τους ασθενείς παίρνει τις ακόλουθες μορφές : καταστροφική σκέψη, διπολική σκέψη, μεγιστοποίηση, υπεργενίκευση, αποκλεισμός του θετικού, εστίαση της προσοχής.⁽⁴⁶⁾

Σύμφωνα με διάφορες μελέτες, οι ψυχιατρικές διαταραχές σε συνάρτηση με την νόσο του ασθενή, αυξάνουν τις πιθανότητες επικείμενου θανάτου. Μετά από Α.Ε.Ε. οι πιο συχνές συναισθηματικές διαταραχές είναι η κατάθλιψη. Σύμφωνα με τους Ghoghe H και συνεργάτες, η κατάθλιψη είναι η συνηθέστερη ψυχιατρική διαταραχή που παρουσιάζεται μετά το ΑΕΕ, συνήθως τα δύο πρώτα χρόνια, σχετίζεται με τη θέση του αγγειακού επεισοδίου και κυρίως τη βλάβη του αριστερού μετωπιαίου πόλου.⁽⁴⁷⁾

Οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν νευροσυμπεριφορικές αλλαγές αλλά και με πιο συχνά την άνοια και την αφασία, καθώς τα 2/3 των εμφράκτων αφορούν στις οπίσθιες μετωπιαίες, κροταφικές, βρεγματικές περιοχές που τροφοδοτούνται από τη μέση εγκεφαλική αρτηρία, όπου έχουμε τις πιο προφανείς γνωστικές διαταραχές. Η κατάθλιψη λοιπόν είναι αναπόφευκτη ανεξάρτητα από την πλευρά την βλάβης, με επακόλουθα την περιορισμένη συναισθηματική έκφραση, την απάθεια, την νοσοαγνωσία και την δυσκολία κοινωνικοποίησης.⁽¹⁴⁾

Και επιπλέον, θεωρείται ότι το 20-50% των ασθενών με Α.Ε.Ε. εμφανίζουν κάποια καταθλιπτικού τύπου διαταραχή κατά τη διάρκεια της οξείας ή υποξείας φάσης του Α.Ε.Ε. και τουλάχιστον το 25% των επιζώντων παρουσιάζει κατάθλιψη τον πρώτο χρόνο. Η κατάθλιψη μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σχετίζεται πρώτον, με εκτεταμένη αναπηρία και ελαττωμένη λειτουργικότητα, μικρότερη συμμετοχή στην διαδικασία αποκατάστασης με αυξημένη εξάρτηση από τους φροντιστές, και πτωχά αποτελέσματα τόσο στη σωματική όσο και τη γνωσιακή διάστασή της που εκδηλώνεται με έκπτωση των ανωτέρων νοητικών λειτουργιών, κακή ποιότητα ζωής, και αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα στους 12 και 24 μήνες. Εξάλλου, όπως προκύπτει από διάφορες μελέτες, υπάρχει αμφίδρομη σχέση μεταξύ Α.Ε.Ε. και κατάθλιψης, καθώς η ύπαρξη κατάθλιψης

46. HELEN KENNERLEY, μετάφραση Γ. Ευσταθίου, Κ. Αγγελή / επιμέλεια Μ. Χαρίτου-Φατούρου – 2 Ξεπερνώντας το Άγχος – Ένας οδηγός Αυτοβοήθειας με Γνωστικές- Συμπεριφορικές Τεχνικές / Ελληνικά γράμματα Ινστιτούτο έρευνας και θεραπείας της συμπεριφοράς Αθήνα 1999 & 47. ΚΟΥΤΣΟΥΡΑΚΗ Ε., Λέκτορας Α΄ Νευρολογικής Κλινικής, Α.Π.Θ., Διευθυντής: Καθηγητής Σ.Ι. Μπαλογιάννης - **Συναισθηματικές διαταραχές σε ασθενείς με αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια: Μια ανασκόπηση, *Encephalos* / <http://www.encephalos.gr/full/44-3-03g.htm> & 14. (σελ.232, 234)Muriel D. Lezak, Diane B. Howieson, Davod W. Loring – επιμέλεια Λάμπρος Μεσσίνη, Μαίρη Κσμίδου, Παναγιώτης Παπαθανασόπουλος, Σεπτέμβριος 2009 / Τόμος 1 Τέταρτη έκδοση ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ – ΕΚΔΟΣΕΙΣ GOTSIS**

αποτελεί ιδιαίτερο παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση νέου εγκεφαλικού επεισοδίου.⁽⁴⁸⁾

Επιπλέον, Οι νευρολογικές – εκφυλιστικές παθήσεις, όπως είναι η πλάγια μυατροφική σκλήρυνση ή σκλήρυνση κατά πλάκας (ALS), η οποία είναι θανατηφόρα νόσος με παράλυση σε όλο το σώμα. Οι πρώτες ψυχολογικές αντιδράσεις είναι ο θυμός, η κατάθλιψη, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και ο φόβος της εγκατάλειψης, το συνεχές εξοντωτικό άγχος είναι μόνιμη κατάσταση.⁽⁴⁹⁾

Έρευνες έχουν δείξει, σύμφωνα με το περιοδικό *encephalos* και τον *ΤΣΕΡΜΕΝΤΣΕΛΗ Σ.*, στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας στο 10-15% εμφανίζεται άνοια, ενώ η πλειοψηφία των υπολοίπων εμφανίζει ήπιες γνωστικές διαταραχές που αφορούν τις εκτελεστικές λειτουργίες, τη μνήμη, τη γλώσσα και την επεξεργασία συναισθημάτων. Ακόμη, φαίνεται από μελέτες, ότι οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν συμπτώματα απάθειας, εκνευρισμού και δυσκολίας αναχαίτισης συναισθημάτων και πράξεων. Παλαιότερες έρευνες έχουν περιγράψει επεισόδια «εκρηκτικών συναισθηματικών αντιδράσεων». Αυτή η συμπεριφορά σήμερα χαρακτηρίζεται ως συναισθηματική έκρηξη και αναφέρεται σε παθολογική εμφάνιση ξαφνικών επεισοδίων ανεξέλεγκτου κλάματος ή γέλιο, που προκαλούν στο άτομο κοινωνική ανικανότητα. Σύμφωνα με μελέτη του Feinstein (2002) οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας, που εμφανίζουν κατάθλιψη και οι οποίοι επιπλέον είναι μόνοι τους και κάνουν και ακόμα χρήση αλκοόλ, παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο για αυτοκτονία. Επίσης το άγχος μαζί με κατάθλιψη σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας, σχετίζεται με αυξημένα σωματικά συμπτώματα και αυτοκαταστροφικές σκέψεις και σχέδια.^(50&14)

Πολύ σημαντικό να αναφερθεί είναι ότι η νόσος του καρκίνου θεωρείται από τις πιο πιεστικές καταστάσεις για τον άνθρωπο και χρήζει άμεσης ψυχιατρικής αντιμετώπισης στις νοσοκομειακές μονάδες, καθώς η εξωστρέφεια και η κοινωνική δραστηριότητα συνδυάζονται με μεγαλύτερη επιβίωση.

Η ψυχιατρική συμπτωματολογία σε ασθενείς με καρκίνο, είναι δύο-τρεις φορές περισσότερο σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Αυτό οφείλεται είτε στην ίδια την διάγνωση, ή και στις εργώδεις θεραπείες που υφίστανται συνήθως οι καρκινοπαθείς

48. ΠΑΠΑΡΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ Θ., ΣΤΑΧΤΕΑ Ε., 2008, 45(4):205-212-1η Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο / Κατάθλιψη μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο – *Encephalos* / <http://www.encephalos.gr/full/45-4-02g.htm>

49. ΚΟΥΤΣΟΥΡΑΚΗ Ε., ΜΠΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ Σ. Ι.- Α' Νευρολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΑΧΕΠΑ, Διευθυντής: Σ.Ι. Μπαλογιάννης / Η συμβίωση με τη σκλήρυνση κατά πλάκας - επιπτώσεις στην οικογένεια / *Encephalos* / <http://www.encephalos.gr/full/43-2-05g.htm>

50. ΤΣΕΡΜΕΝΤΣΕΛΗ Σ., 2010, 47(1):10-17 -Τμήμα Ψυχολογίας, Institute of Psychiatry, King's College London, UK / Γνωστικές διαταραχές σε ασθενείς με πλάγια μυατροφική σκλήρυνση: Άρθρο ανασκόπησης / *Encephalos* / <http://www.encephalos.gr/full/47-1-02g.htm>

(χειρουργική θεραπεία, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία).⁽⁵¹⁾

Έρευνες έδειξαν ότι οι ψυχικές διαταραχές παρατηρούνται στο 20%-50% των καρκινοπαθών με την κατάθλιψη να είναι η πιο κοινή ψυχική διαταραχή και συμβαίνει στο 20% περίπου. Σε αυτούς τους ασθενείς παρατηρούνται ανησυχία, που είναι συνηθισμένη και δεύτερο σε συχνότητα έρχεται το παραλήρημα. Ακόμα, εμφανίζονται διαρκής καταθλιπτική διάθεση είτε αυξημένη ανησυχία είτε μειωμένη ψυχοκινητική αντίδραση, σκέψη για αυτοκτονία και - πολύ σημαντικό - μια αίσθηση ότι είναι αβοήθητος και ότι δεν υπάρχει ελπίδα στην τωρινή κατάσταση. Το άτομο επίσης αισθάνεται ανάξιο και βάρος στους υπόλοιπους. Εάν τα τελευταία αυτά συμπτώματα είναι παρόντα, ο ασθενής έχει σοβαρή κατάθλιψη και χρειάζεται θεραπεία. Εξάλλου, Η διαδικασία του χειρουργείου είναι ένα στρεσογόνο γεγονός που μπορεί να πυροδοτήσει συναισθηματικές, γνωσιακές και φυσιολογικές αντιδράσεις στον ασθενή.⁽⁵²⁾

Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες έχουν κάποιο ρόλο στην εξέλιξη της καρκινικής νόσου. Έχει βρεθεί λοιπόν ότι καρκινοπαθείς «με μαχητικό πνεύμα» είχαν μεγαλύτερη επιβίωση παρά εκείνοι με εκδηλώσεις άρνησης και απελπισίας, αίσθημα αβοήθητου.⁽⁵¹⁾

Σημαντική προσέγγιση στη μείωση των ψυχιατρικών συμπεριφορών είναι η πρόληψη. Η ταυτοποίηση των στρεσογόνων παραγόντων, η κατανόηση και ευαισθητοποίηση του προσωπικού προς τις υποομάδες αυτές των χειρουργικών ασθενών που είναι πιο ευάλωτοι είναι σημαντική, καθώς οι υποομάδες αυτές θα μπορούσαν να βοηθηθούν με υποστηρικτική θεραπεία για το άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα και καλύτερη ενημέρωση και κοινωνική υποστήριξη, βελτιώνοντας με αυτόν τον τρόπο τη μετεγχειρητική πορεία, μειώνοντας τις πιθανές επιπλοκές και την πιθανή αναλγησία.

Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις βελτιώνουν τους ανοσοβιολογικούς δείκτες, ενώ παράλληλα η πλειονότητα των μελετών συμφωνεί ότι οι αναφερόμενες παρεμβάσεις είτε ατομικές, ομαδικές, οικογενειακές, γνωσιακές-συμπεριφορικές, χαλάρωση ή ψυχοεκπαίδευση, βελτιώνουν τα ψυχικά συμπτώματα όπως άγχος, κατάθλιψη ως επίσης την ποιότητα ζωής.⁽⁵³⁾

14. (σελ.297) & 51. ΚΑΛΛΕΡΓΗΣ Γ., ΜΑΛΙΑΝΟΣ Μ., Τομέας Ψυχικής Υγείας και Επιστημών Συμπεριφοράς, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών / Η σχέση ψυχοκοινωνικών παραγόντων και ψυχοθεραπειών με την πορεία της καρκινικής νόσου / *Encephalos* / <http://www.encephalos.gr/full/46-3-01g.htm> & 52. Α. ΦΩΤΙΑΔΟΥ, Ν. ΚΟΥΤΟΥΒΛΙΑΣ, Π. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, ΣΜ. ΒΑΡΣΟΥ, Α' Νευρολογική Κλινική ΑΠΘ. Νοσ. Ψυχιατρ. Τμήμα Νοσ. Ελλην. Ερυθρός Σταυρός / Η ψυχιατρική εκτίμηση και παρέμβαση σε καρκινοπαθείς τελικού σταδίου/ *Encephalos* - <http://www.encephalos.gr/full/38-1-03g.htm> & 53. ΓΚΟΛΙΑ Ι., ΝΤΟΝΑΣ Γ., ΠΑΝΤΑΖΗ Θ., ΜΟΥΡΑΤΙΔΗΣ Γ, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης/ Ερευνητική προσέγγιση του προεγχειρητικού άγχους και κατάθλιψης / *Encephalos* / <http://www.encephalos.gr/full/39-2-01g.htm>

Η συνδρομή των ψυχιάτρων, της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής, πρέπει να γίνεται με έναν τρόπο πιο παρεμβατικό και συχνό. Ο ψυχίατρος της ΔΣΨ πρέπει να φροντίζει για την καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς. Θα πρέπει επίσης να μεταδίδει τις γνώσεις του όσον αφορά στη θεραπεία και το χειρισμό των ασθενών αυτών όχι μόνο στους γιατρούς αλλά και στο νοσηλευτικό προσωπικό και να τους διδάξει για την έγκαιρη αναγνώριση και των άλλων ΟΨΔ και κυρίως της κατάθλιψης. ⁽⁵⁴⁾

Ειδικότερα, ο Διασυνδεδετικός Ψυχίατρος είναι σε θέση να διαγιγνώσκει και θεραπεύει την ψυχική διαταραχή σε σωματικά πάσχοντες, να προλαμβάνει, να βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών, να ευαισθητοποιεί και να εκπαιδεύει το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα ψυχιατρικά συμπτώματα της νόσου και όλα αυτά για την καλύτερη και πιο ομαλή αποκατάσταση των ασθενών και επανένταξη στην κοινωνική ζωή σε σύντομο χρονικό διάστημα. ⁽⁵⁵⁾

Τέλος, συμπερασματικά από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, Οι γιατροί του ΦΙΑ είναι ενήμεροι για τα υψηλά ποσοστά εμφάνισης ψυχοπαθολογίας στους ασθενείς των Κέντρων Αποκατάστασης και συχνά ζητούν εξέταση από την υπηρεσία της ΔΣΨ, είναι εξοικειωμένοι με τις καταθλιπτικές εκδηλώσεις των ασθενών και χορηγούν με δική τους πρωτοβουλία φαρμακευτική θεραπεία.

Το αν η αξιολόγηση των ασθενών από τους γιατρούς του ΦΙΑ και η χορήγηση φαρμάκων είναι ορθή χρειάζεται να ελεγχθεί με άλλες μελέτες.

55. Λευτέρης Λύκουρας, Αθανάσιος Δουζένης, Δευτέρα, 27 Φεβρουάριος 2012 20:39], Τόμος 18 Τεύχος 2 - Η Διασυνδεδετική- Συμβουλευτική Ψυχιατρική στην Ελλάδα, http://www.psych.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=422&Itemid=97&lang=el

54. ΗΛΙΑΣ Σ., ΦΩΤΙΑΛΟΥ Α., ΠΡΑΤΙΚΑΚΗΣ Μ., ΚΟΥΤΟΥΒΙΔΗΣ Ν., ΑΛΕΞΑΝΔΡΗ Ν., ΣΙΑΤΟΥΝΗ Α, Ανακοινώθηκε στο 15ο Παγκόσμιο Συνέδριο Ψυχοσωματικής Ιατρικής (Απρίλιος 1999). Ψυχιατρικό τμήμα Νοσοκομείου «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ. Αθήνα / *Οργανικές ψυχικές διαταραχές στη διασυνδεδετική - συμβουλευτική ψυχιατρική* / Encephalos / <http://www.encephalos.gr/full/37-4-06g.htm>

Επίλογος

Οι ψυχικές ασθένειες, πέραν από το ψυχολογικό, έχουν και οργανικό υπόβαθρο όπως οι σωματικές νόσοι, και είναι αναγκαίο να αντιμετωπίζονται ταυτόχρονα και έγκαιρα από τους ειδικούς. Στο κέντρο αποκατάστασης λόγω των μεγάλων ποσοστών εμφάνισης συνοσηρότητας σωματικών και ψυχικών διαταραχών, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό είναι ενημερωμένα και ικανά να αναγνωρίζουν ψυχιατρικά συμπτώματα όταν αυτά εμφανίζονται στους ασθενείς.

Τα ικανοποιητικά ποσοστά αξιολόγησης, θεραπευτικής και φαρμακευτικής αντιμετώπισης των ασθενών, αναδεικνύουν τόσο την αναγκαία παρέμβαση των ψυχολόγων/ψυχιάτρων στα κέντρα αποκατάστασης, όσο και το καλά ενημερωμένο και ικανό ιατρικό προσωπικό της Κλινικής Αποκατάστασης και ειδικότερα του Φ.Ι.Α. , στην αναγνώριση των ψυχιατρικών συμπεριφορών. Αυτό δείχνει και την μεγάλη εμφάνιση σε ποσοστά της ψυχοπαθολογίας.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι είναι σημαντική η αξιολόγηση και πρόληψη του 100% των ασθενών αρχικά σε ψυχικό επίπεδο όσο και σε σωματικό για την ομαλή έκβαση του ασθενή και την επανένταξή του στην κοινωνική ζωή, καθώς και την ομαλή λειτουργία του νοσοκομειακού πλαισίου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ιωάννου Ν. Παρασκευόπουλου, Καθηγητού Πανεπιστημίου Αθηνών 1988 – *ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ / Διάγνωση, πρόληψη και Θεραπεία των ψυχικών διαταραχών* / Αθήνα
- Θεόδωρος Ι. Μπαλλής 2000 – *Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής / Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων* / University Studio Press,
- ΓΕΩΡΓΙΟΣ, Δρα Κωνσταντίνου Χ. Πιάνου.- 1989, Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ - *Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπιση τους / Για καλύτερη κατανόηση και βοήθεια νηπίων – παιδιών – νέων* / Γιάννινα
- ΜΕΝΤΕΝΟΠΟΥΛΟΣ – Συνεργάτες: Σεβαστή Μποστταντζοπούλου, Ζωή Κατσαρού, πρώτη έκδοση 1997 / *Η ΜΝΗΜΗ ΚΑΙ ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ* / εκδόσεις university studio press Αρμενοπούλου 32 – Θεσσαλονίκη
- Δ– Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας 2009 - *Διασυνδετική Ψυχιατρική* / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ / Αθήνα
- Μιχάλης Γ. Μαδιανός 2005 - *ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ / ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ* / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ
- Α. Α. ΒΙΔΑΛΗΣ έτος έκδοσης 2002 - *ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΩΝ* / Σύγχρονες Εκδόσεις ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
- Andrew R. Getzfeld – Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λάμπρος Μεσσήνης, Ph.D. πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - *Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας* / εκδόσει GOTSIS,
- MURIEL D. LEZAK – DIANE B. HOWIESON – DAVID W. LORING, μετάφραση Λάμπρος Μεσσήνης, Μαίρη Κοσμίδου, Παναγιώτης Παπαθανασόπουλος / πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - *ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ* – Τόμος 1, ΤΕΤΑΡΤΗ ΕΚΔΟΣΗ / εκδόσεις GOTSIS
- M.Marsel Mesulam (2000) oxford – επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Γρηγόριος Νάσιος copyright 2011 - *Αρχές Συμπεριφορικής και Γνωστικής Νευρολογίας* – εκδόσεις Πασχαλίδης - Αθήνα
- EDITORS Brick Johnstone, Henry H. Stonnington/ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ Λάμπρος Μεσσήνης, Ανδρέας Καστελλάκης - *Γνωστική Αποκατάσταση Νευροψυχολογικών Διαταραχών – ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ*
- Επιμέλεια Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη - *ΘΕΜΑΤΑ ΓΗΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ* 7^η έκδοση – ελληνικά γράμματα.
- G. Albyn Davis – Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Γρηγόριος Νάσιος, copyright 2011 - *ΑΦΑΣΙΟΛΟΓΙΑ- ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ & ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ* / εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Ιατρική βιβλιοθήκη.
- Gordon Muir Giles and Jo Clark-Wilson, Επιμέλεια Καρπαθίου / μετάφραση Νίκος

- (Ζουρνάς – Παπαγεωργίου) ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ ΣΤΡΑΤΟΣ- *ΤΥΠΟΙ ΔΥΣΠΡΑΞΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΚΟΠΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ ΤΥΠΟΙ ΔΥΣΠΡΑΞΙΑΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ* / <http://www.proseggisi.gr/?p=291>
- Γεώργιου Θ. Στεφανόπουλου, 24 - 25 Σεπτεμβρίου 2010 / ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ δικηγορικού Συλλόγου Πατρών σε συνεργασία με την Επιθεώρηση Συγκοινωνιακού Δικαίου / *ΤΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ / ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ Ο ρόλος του μετατραυματικού στρες στους παθόντες σε τροχαία ατυχήματα ([DOC] διαταραχή μετα απο τραυματικό στρες - μετατραυματικό στρες - Esd)* - <http://www.google.gr>
- ΝΕΣΤΟΡΙΔΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ , Ιατρός Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης - «*Κινητικές Αναπηρίες σε Παιδιά*» - <http://www.specialeducation.gr/files4users/files/pdf/kintikesPaidia.pdf>
- ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΤΣΟΥΚΑΛΑ Ειδική Πνευμονολόγος, Πνευμονολογικό Ιατρείο Γαλατσίου - *ΥΠΝΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ - « ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ – Καρδιοαναπνευστικά Προβλήματα και Επίδραση Στη Σεξουαλική Ζωή »* / http://www.pneumonologos.site90.com/2_2_-.html
- Κώστας Ν. Φουντάς – επίκουρος καθηγητής νευροχειρουργικής , διευθυντής νευροχειρουργικής κλινικής , ΠΓΝ Λάρισας, Τμήμα ιατρικής ,σχολή επιστημών υγείας, πανεπιστήμιο Θεσσαλίας - *Άνοια λόγω υδροκεφαλίας φυσιολογικής πύεσως* - <http://www.alzheimer-hellas.gr/seminaria/fountas.pdf> - ΑΡΘΡΟ
- Γ.Ι. Μουσσάς, 1 Α.Γ. Παπαδοπούλου, 2 Α.Γ. Χριστοδουλάκη, 1 Α.Π. Καρκανιάς, 2012, 23:46 60 - Τόμος 23 Τεύχος 1 - *Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα σε ασθενείς με καρκίνο: Σχέση με την εντόπιση της νόσου* - Ψυχιατρική - http://www.psych.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=462&Itemid=117&language=el
- Σ. Αρσενίου, Α. Αρβανίτη, Μ. Σαμακουρή, 2011, 22:240–248 - *Κατάθλιψη μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: Αναγνώριση και θεραπευτικές παρεμβάσεις* - Ψυχιατρική / ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ (ΕΨΕ) http://www.psych.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=381&Itemid=114&language=el
- Βάιος Περιτογιάννης, Δημήτρης Ρίζος, 2011 / Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας. 2 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Γ.Ν. Ιωαννίνων «Χατζηκώστα» - *Ο κατεσταλμένος (hypoactive) τύπος delirium στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας* - ROBERT WEBSTER, M.D., SUZANNE HOLROYD, M.D. - Prevalence of Psychotic Symptoms in Delirium / *ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ, Τόμος 7, Τεύχος 1-* <http://www.ixek.gr/images/articles/2971%20delirium.pdf>

<http://www.encephalos.gr> :

- ΣΤΕΡΓΙΟΥ Β.¹, ΚΑΡΛΟΒΑΣΙΤΟΥ Α. Ψυχίατρος, υποψήφιος Διδάκτωρ Α.Π.Θ., ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ-ΜΑΡΤΙΟΣ 2010 - *Οι ψυχωσικές διαταραχές στην επιληψία* -, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νευρολογίας Α.Π.Θ., Εργαστήριο Κλινικής Νευροφυσιολογίας Α.Π.Θ. / ΤΟΜΟΣ 47, ΤΕΥΧΟΣ 1, <http://www.encephalos.gr/full/47-1-01g.htm>
- ΜΑΡΙΑ ΓΩΓΟΥ*, ΣΤΑΥΡΟΣ ΜΠΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ*, 2012 - *Διαταραχές της δομής του μεσολοβίου – Κλινικές εκδηλώσεις σε παιδιά και εφήβους* - ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ 49, 4-17, <http://www.encephalos.gr/pdf/49-1-01g.pdf>
- ΣΤΑΥΡΟΣ Ι. ΜΠΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ* *, 2010 - Καθηγητής Νευρολογίας, Διευθυντής Α΄ Νευρολογικής Κλινικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης - *Εγκέφαλος - Η συμβολή της εργασίας, υπό την νευρολογικήν έποψιν, εις την διατήρησιν των νοητικών δυνατοτήτων του ατόμου: Ειδική αναφορά εις την νόσον του Alzheimer* , 47(4):159-169. <http://www.encephalos.gr/full/47-4-02g.htm>
- ΚΟΥΤΣΟΥΡΑΚΗ Ε., ΜΠΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ Σ.Ι., ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ-ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2006 / Α΄ Νευρολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΑΧΕΠΑ, Διευθυντής: Σ.Ι. Μπαλογιάννης - *Νοητικές διαταραχές στη σκλήρυνση κατά πλάκας* / ΤΟΜΟΣ 43, ΤΕΥΧΟΣ 4, <http://www.encephalos.gr/full/43-4-06g.htm>
- Δ. ΦΩΣΚΟΛΟΣ* / ΙΟΥΛΙΟΣ-ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2011 , *Ειδικευόμενος Ψυχίατρος, Υποψήφιος Διδάκτωρ, Β΄ Νευρολογική Κλινική ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη - *Στρες, Κατάθλιψη και Alzheimer: Το τρίγωνο της λήθης* / ΤΟΜΟΣ 48, ΤΕΥΧΟΣ 3, <http://www.encephalos.gr/pdf/48-3-07g.pdf>
- ΔΟΜΝΑ ΖΕΛΕΝΗ*, ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΣΙΚΛΑΦΙΔΟΥ*, ΜΙΛΤΟΣ ΛΕΙΒΑΔΙΤΗΣ, ΑΠΡΙΛΙΟΣ-ΙΟΥΝΙΟΣ 2012 / *ΑΝΟΙΑ: ΨΥΧΙΑΤΡΟΛΙΚΑΣΤΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ* / ΤΕΥΧΟΣ 2, / ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ 49, 47-50, 2012 απόφαση για λήψη μέτρων ασφαλείας <http://www.encephalos.gr/pdf/49-2-01g.pdf>
- ΠΑΠΑΡΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ Θ., ΣΤΑΧΤΕΑ Ξ., ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2008. - *Κατάθλιψη μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο* - 1η Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο / ΤΟΜΟΣ 45, ΤΕΥΧΟΣ 4, <http://www.encephalos.gr/full/45-4-02g.htm>
- ΓΩΓΟΥ*, ΣΤΑΥΡΟΣ ΜΠΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2012- *Διαταραχές της δομής του μεσολοβίου – Κλινικές εκδηλώσεις σε παιδιά και εφήβους* / ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ ΤΟΜΟΣ 49, ΤΕΥΧΟΣ 1, <http://www.encephalos.gr/pdf/49-1-01g.pdf>
- ΑΦΡΟΔΙΤΗ ΖΑΡΤΑΛΟΥΔΗ, ΜΙΧΑΗΛΗΣ ΜΑΔΙΑΝΟΣ PhD, MSc, Νοσηλεύτρια ΠΕ, ΙΟΥΛΙΟΣ-ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2010 - Σισμανόγλειο Γ.Ν.Α Ψυχιατρική κλινική, Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών / *Η σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης ψυχιατρικών*

περιπτώσεων και της θεραπευτικής παρέμβασης / **ΤΟΜΟΣ 47, ΤΕΥΧΟΣ 3 -**

<http://www.encephalos.gr/full/47-3-02g.html>

- Υπόδειγμα μελέτης περιστατικών από διαδικτυακό άρθρο: *A. Μπουρνάκας, Π. Ουλής, E. Αναστασοπούλου, Π. Μιχαλοπούλου, I. Χατζημανώλης, Γ.Ν. Χριστοδούλου - Κρανιοεγκεφαλική κάκωση και μεταγενέστερη ψυχωτική διαταραχή / Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο -*
<http://www.psych.gr/documents/psychiatry/15.2-GR-81.pdf>
- Α. ΦΩΤΙΑΔΟΥ, Φ. ΠΡΙΦΤΗΣ, Σ.ΚΥΠΡΙΑΝΟΣ, Ψυχιατρικό Τμήμα Γ.Ν. «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα - **Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας, στην αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχική διαταραχή / Encephalos /**
<http://www.encephalos.gr/full/41-1-02g.htm>
- HELEN KENNERLEY, μετάφραση Γ. Ευσταθίου, Κ. Αγγελή / επιμέλεια Μ. Χαρίτου-Φατούρου – *2 Ξεπερνώντας το Άγχος – Ένας οδηγός Αυτοβοήθειας με Γνωστικές-Συμπεριφορικές Τεχνικές / Ελληνικά γράμματα Ινστιτούτο έρευνας και θεραπείας της συμπεριφοράς Αθήνα 1999*
- ΚΟΥΤΣΟΥΡΑΚΗ Ε., Λέκτορας Α΄ Νευρολογικής Κλινικής, Α.Π.Θ., Διευθυντής: Καθηγητής Σ.Ι. Μπαλογιάννης - **Συναισθηματικές διαταραχές σε ασθενείς με αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια: Μια ανασκόπηση, Encephalos /**
<http://www.encephalos.gr/full/44-3-03g.htm>
- ΚΟΥΤΣΟΥΡΑΚΗ Ε., ΜΠΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ Σ. Ι.- Α' Νευρολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΑΧΕΠΑ, Διευθυντής: Σ.Ι. Μπαλογιάννης / **Η συμβίωση με τη σκλήρυνση κατά πλάκας - επιπτώσεις στην οικογένεια / Encephalos /** <http://www.encephalos.gr/full/43-2-05g.htm>
- ΤΣΕΡΜΕΝΤΣΕΛΗ Σ., 2010, 47(1):10-17 - Τμήμα Ψυχολογίας, Institute of Psychiatry, King's College London, UK / **Γνωστικές διαταραχές σε ασθενείς με πλάγια μυατροφική σκλήρυνση: Άρθρο ανασκόπησης / Encephalos /** <http://www.encephalos.gr/full/47-1-02g.htm>
- ΚΑΛΛΕΡΓΗΣ Γ., ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., Τομέας Ψυχικής Υγείας και Επιστημών Συμπεριφοράς, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών / **Η σχέση ψυχοκοινωνικών παραγόντων και ψυχοθεραπειών με την πορεία της καρκινικής νόσου / Encephalos /** <http://www.encephalos.gr/full/46-3-01g.htm>
- Α. ΦΩΤΙΑΔΟΥ, Ν. ΚΟΥΤΟΥΒΙΔΗΣ, Π. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, ΣΜ. ΒΑΡΣΟΥ, Α' Νευρολογική Κλινική ΑΠΘ. Νοσ. Ψυχιατρ. Τμήμα Νοσ. Ελλην. Ερυθρός Σταυρός / **Η ψυχιατρική εκτίμηση και παρέμβαση σε καρκινοπαθείς τελικού σταδίου / Encephalos -**
<http://www.encephalos.gr/full/38-1-03g.htm>
- Λευτέρης Λύκουρας, Αθανάσιος Δουζένης, Δευτέρα, 27 Φεβρουάριος 2012 20:39, Τόμος 18 Τεύχος 2 - **Η Διασυνδετική-Συμβουλευτική Ψυχιατρική στην Ελλάδα /**
http://www.psych.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=422&Itemid=97&lang=el
- ΓΚΟΛΙΑ Ι., ΝΤΟΝΑΣ Γ., ΠΑΝΤΑΖΗ Θ., ΜΟΥΡΑΤΙΔΗΣ Γ, Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Ν. Χαλκιδικής Γ' Τμήμα Οξέων Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης / **Ερευνητική**

προσέγγιση του προεγχειρητικού άγχους και κατάθλιψης / Encephalos /

<http://www.encephalos.gr/full/39-2-01g.htm>

- ΗΛΙΑΣ Σ., ΦΩΤΙΑΔΟΥ Α., ΠΡΑΤΙΚΑΚΗΣ Μ., ΚΟΥΤΟΥΒΙΔΗΣ Ν., ΑΛΕΞΑΝΔΡΗ Ν., ΣΙΑΤΟΥΝΗ Α , Ανακοινώθηκε στο 15ο Παγκόσμιο Συνέδριο Ψυχοσωματικής Ιατρικής (Απρίλιος 1999). Ψυχιατρικό τμήμα Νοσοκομείου «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ. Αθήνα / *Οργανικές ψυχικές διαταραχές στη διασυνδετική - συμβουλευτική ψυχιατρική /* Encephalos / <http://www.encephalos.gr/full/37-4-06g.htm>