

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
Τ.Ε.Ι ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
"ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ"



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΘΕΜΑ: ΣΧΙЗОΦΡΕΝΕΙΑ
ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΠΑΣΧΟΥ ΑΘΗΝΑ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΜΠΑΝΤΡΑ ΣΤΥΛΙΑΝΗ
A.M.15262
ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- **ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΛΕΞΗΣ**σελ. 4
- **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**σελ. 5

Α' ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

- 1.1. Τι είναι ψύχωση;σελ. 5
- 1.2. Ορισμός σχιζοφρένειαςσελ. 6
- 1.3. Αιτιολογία της σχιζοφρένειαςσελ. 7
- 1.3.ι. Περιβαλλοντικοί παράγοντεςσελ. 7
- 1.3.ii. Γενετικοί παράγοντεςσελ. 8
- 1.4. Κλινική εικόνα σχιζοφρένειαςσελ. 8
- 1.5. Κλινικοί τύποι σχιζοφρένειαςσελ. 11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

- 2.1 Πορεία της νόσουσελ. 13
- 2.2 Πρόγνωσησελ. 14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑσελ. 15

ΜΕΡΟΣ Β'σελ. 16

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣσελ. 16

ΜΕΡΟΣ Γ'σελ. 19

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑσελ. 19

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑσελ. 34

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σχιζοφρένεια είναι βαριά ψυχωτική διαταραχή. Χαρακτηρίζεται από διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, της ομιλίας, της συμπεριφοράς και γενικά αποδιοργάνωση της προσωπικότητας. Περίπου εκατό χιλιάδες Έλληνες πάσχουν από σχιζοφρένεια. Η διαταραχή αυτή στερεί από αυτά τα άτομα τα όνειρα και τις φιλοδοξίες της ζωής. Η νόσος αυτή χαρακτηρίζεται από διάφορες μορφές: α) απλή σχιζοφρένεια, β) παρανοειδής σχιζοφρένεια, γ) ηβηφρένεια, δ) ηβηφρενο-κατατόνια, ε) ψευδονευρωσικές μορφές και στ) δυσθυμικές μορφές (ηβοειδοφρένεια).

Η σχιζοφρένεια μπορεί να θεωρηθεί ως <<σύνδρομο>> κλινικά αυτόνομο με δική του εξελικτική δυναμική, το οποίο οφείλεται σε διάφορους παράγοντες: βιολογικούς (κληρονομικούς, επίκτητους) και ψυχογενετικούς. Στους ψυχογενετικούς παράγοντες, επίσης, περιλαμβάνονται οι ιδιομορφίες κατά την ανάπτυξη της προνοσηρής προσωπικότητας, καθώς και οι διαταραχές των σχέσεων στο περιβάλλον, μέσα στο οποίο ζει και μεγαλώνει ο πάσχων.

Από επιδημιολογική άποψη, η σχιζοφρένεια εμφανίζεται με ίση συχνότητα στις γυναίκες και στους άνδρες. Μπορεί να αρχίσει κατά την εφηβική ή νεανική ηλικία και λίγο αργότερα στις γυναίκες. Ωστόσο συχνά γίνεται χρόνια με σοβαρές οικογενειακές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, οι οποίες προσθέτουν ψυχική ένταση τόσο στους ίδιους τους πάσχοντες, όσο και στα αγαπημένα τους πρόσωπα.

Λέξεις κλειδιά: σχιζοφρένεια, νοσηλευτικό προσωπικό, ασθενείς, πρόληψη, φροντίδα υγείας, πρωταρχικός

SUMMARY

Schizophrenia is a severe psychotic disorder. It is characterized by a disorder of thought, perception, emotion, speech, behavior and disorganization of personality in general. About one hundred thousand Greeks suffer from schizophrenia. This disorder deprives these people of the dreams and ambitions of life. This disease is characterized by a variety of forms: a) simple schizophrenia; b) paranoid schizophrenia; c) nephritis; d) non-depressed e) pseudonuclear forms; and f) dysthymic forms.

Schizophrenia can be considered a "syndrome" clinically autonomous with its own evolutionary dynamics, due to several factors: biological (hereditary) and psychogenic. Psychogenic factors also include the peculiarities in the development of the prominent personality as well as the disturbances of the relationships in the environment in which the ill person lives and grows.

From an epidemiological point of view, schizophrenia occurs with equal frequency in women and men. It can begin during teenage or juvenile and a little later in women. However, it often takes years of serious family, social and economic repercussions that add mental tension to both the sick and their loved ones.

Keywords: schizophrenia, nurses, patient, prevention, health care, primary

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΛΕΞΗΣ

Περιγραφές σχιζοφρενικών τρόπων συμπεριφοράς βρίσκουμε ήδη στην αρχαιότητα από τον Αρεταίο της Καππαδοκίας. Ο Morel το 1856 δίνει στις καταστάσεις αυτές την ονομασία πρώιμη άνοια. Ο Bleuler το 1911 χρησιμοποιεί για πρώτη φορά τον όρο σχιζοφρένεια γιατί θεώρησε σαν ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των καταστάσεων αυτών το διχασμό των ψυχικών λειτουργιών.

Ο Kurt Schneider (1900) επεξεργάστηκε μια σειρά συμπτωμάτων και σαν το πιο χαρακτηριστικό θεώρησε τις ακουστικές ψευδαισθήσεις, την παραληρητική παραποίηση της πραγματικότητας και τη διάχυση των ορίων μεταξύ του ΕΓΩ και του εξωτερικού κόσμου.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι οι σχιζοφρενικές ψυχώσεις έχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά που είναι:

- ✓ Η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών και
- ✓ Η ανάγκη για κοινή <<γλώσσα>> στην κλινική ψυχιατρική διαγνωστική εργασία.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι η επικράτηση της σχιζοφρένειας κατά τη διάρκεια της ζωής στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 1-1,5%. Θα πρέπει να τονισθεί ότι, παρά τη σοβαρότητα της νόσου, ένας αδιευκρίνιστος αριθμός αρρώστων δεν είναι δυνατό να καταγραφεί στατιστικά, είτε γιατί διαβίει στο περιθώριο (λόγω της νόσου) είτε γιατί οι οικείοι του δεν επιζητούν την ιατρική βοήθεια φοβούμενοι τον κοινωνικό στιγματισμό. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι ο αριθμός των πρώτων εισαγωγών σε νοσοκομείο έχει μειωθεί κατά την τελευταία 20ετία. Δεν έχει όμως αποσαφηνιστεί αν αυτό οφείλεται στη μετάθεση φροντίδας των πασχόντων από το νοσοκομείο της κοινότητας ή σε διάφορες δημογραφικές μεταβολές που ενδέχεται να αφορούν στο σχιζοφρενικό πληθυσμό μιας περιοχής (Χριστοπούλου, 2008).

Η σχιζοφρένεια, προσβάλλει τόσο άνδρες όσο και γυναίκες ενώ γίνεται διάγνωση συχνότερα σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Ειδικότερα, οι άνδρες εμφανίζουν μικρή υπεροχή νόσησης σε αντίθεση με τις γυναίκες. Η έναρξη στους άνδρες αρχίζει στην ηλικία μεταξύ 15 και 35 χρονών ενώ στις γυναίκες παρουσιάζεται αργότερα (Μπαλλής, 2008). Τα περισσότερα άτομα αναπτύσσουν τη σχιζοφρένεια ανάμεσα στην όψιμη εφηβεία και στα πρώτα χρόνια της τρίτης δεκαετίας της ζωής. Έναρξη της σχιζοφρένειας υπάρχει όμως και μετά τα 45. Αντιθέτως οι γυναίκες παρουσιάζουν λιγότερα ευρήματα δομικών αλλοιώσεων στον εγκέφαλο ή γνωστικής έκπτωσης και καλύτερη πρόγνωση.

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1.Τι είναι η ψύχωση;

Η ψύχωση είναι μια σοβαρή ψυχική διαταραχή όπου το άτομο χάνει την επαφή του με την πραγματικότητα, τουλάχιστον έτσι όπως την αντιλαμβάνονται οι άλλοι άνθρωποι. Το άτομο αυτό αποσύρεται σε έναν προσωπικό και μυστηριώδη κόσμο. Η ψύχωση μπορεί να είναι βαριάς μορφής και η διάρκειά της να είναι μεγάλη. Σε αυτή την περίπτωση ονομάζεται συνήθως σχιζοφρένεια (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., 2004). Η ψύχωση μπορεί να ορισθεί ως η

ανικανότητα να διαχωρίσει κάποιος την πραγματικότητα από κάτι που είναι ψευδές, ακόμη και αν οι αποδείξεις του πραγματικού κόσμου είναι ολοφάνερες. Απόδειξη για την ψύχωση είναι το μπέρδεμα ανάμεσα σε αυτά που προέρχονται από το μυαλό με αυτά από τον εξωτερικό κόσμο (απώλεια ορίων του εγώ). Το άτομο περιβάλλεται από ψυχωτικές πεποιθήσεις, παρατηρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, οι οποίες είναι εσωτερικά ερεθίσματα της ψύχωσης (π.χ. φωνές) τα οποία λανθασμένα το άτομο που νοσεί πιστεύει ότι προέρχονται από εξωτερική πηγή. Τέλος, η ψύχωση αποτελεί μια ποικιλία από διάφορες ψυχωτικές διαταραχές που εκτείνονται από την υπερβολική δόση φαρμάκων έως την μανιοκατάθλιψη και την σχιζοφρένεια. (Μάνου,1997)

1.2.Ορισμός σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή της οποίας δεν έχει αναγνωριστεί μια συγκεκριμένη αιτιολογία. Χαρακτηρίζεται από ψυχωτικά συμπτώματα τα οποία προκαλούν σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα και περιλαμβάνουν διαταραχές στη σκέψη, στη διάθεση και στη συμπεριφορά. Σημαντική σημείωση είναι η απουσία ελέγχου της πραγματικότητας. Η διαταραχή αυτή θεωρείται χρόνια και γενικά έχει μια πρόδρομη φάση. Ψυχωσικά συμπτώματα βεβαίως εμφανίζονται και σε άλλες διαταραχές, οργανικές ή λειτουργικές (Μαδιανός 2006).

Η σχιζοφρένεια είναι η σοβαρότερη ψυχική νόσος που προσβάλλει τον άνθρωπο. Συνδέεται με την ιστορική διαδρομή και την εδραίωση της Ψυχιατρικής ως αυτόνομης ιατρικής ειδικότητας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατατάσσει τη σχιζοφρένεια μέσα στις 10 νόσους με τη σοβαρότερη επιβάρυνση σε δείκτες καθημερινής, κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας στις αναπτυγμένες χώρες.

Η λέξη “σχιζοφρένεια” προτάθηκε αρχικά από τον σουηδό Eugen Bleuler το 1911 για να περιγράψει το πώς οι βασικές νοητικές λειτουργίες όπως η προσωπικότητα, η σκέψη, η μνήμη και η αντίληψη χάνουν την μεταξύ τους επικοινωνία. Ο Bleuler περιέγραψε τα 4 κύρια συμπτώματα: διαταραχές ισορροπίας, αυτισμός, διαταραγμένη σκέψη και κυκλοθυμία (Ζερβής 2001).



1.3. Αιτιολογία της σχιζοφρένειας

Η αιτία της Σχιζοφρένειας αναζητείται εδώ και πολλά χρόνια. Προοδευτικά όμως έχει γίνει αντιληπτό ότι, πιθανότατα είναι λάθος να αναζητούμε ένα συγκεκριμένο αιτιολογικό παράγοντα και ότι η αιτιολογία της Σχιζοφρένειας, όπως και πολλών άλλων ψυχικών και σωματικών διαταραχών, κατά πάσα πιθανότητα περιλαμβάνει τη σύμπλοκη αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών. Οι έρευνες μέχρι πρόσφατα απευθύνονταν στα αίτια με μονοδιάστατο τρόπο: ενδοκρινική δυσλειτουργία, μεταβολικές διαταραχές, νευροχημικές ανωμαλίες. Ήδη έχουν σχεδιασθεί νέες ερευνητικές μεθοδολογίες ικανές να εξετάσουν την αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων, π.χ. γενετικής προδιάθεσης και περιβάλλοντος, που ίσως στο μέλλον μας δώσουν πιο ουσιαστικές απαντήσεις. (Γιαννοπούλου Α., 2004)

1.3.ι. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Με τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί αποδείχθηκε ότι υπάρχουν διάφοροι τύποι προσωπικότητας που αναπτύσσουν σχιζοφρένεια. Ορισμένοι ερευνητές μελέτησαν τον τρόπο επικοινωνίας και αντίδρασης των σχιζοφρενικών ατόμων με διάφορα μέλη της οικογένειας και περιέγραψαν τον τρόπο

επικοινωνίας ως: παράλογη, ασυνεπή και γενικά χαμηλό επίπεδο ικανοτήτων.(Μάνος,1997)

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου εμφάνισης σχιζοφρένειας παραμένουν αμφιλεγόμενοι. Κάποιοι από αυτούς είναι:

- Ανωμαλίες στην εγκυμοσύνη και τον τοκετό
- Στρεσσογόνα γεγονότα που συμβαίνουν λίγο πριν την νόσηση με αποτέλεσμα να εμφανιστεί γρηγορότερα η ασθένεια
- Κακή διατροφή του βρέφους
- Νόσηση της εγκύου από γρίπη, ειδικότερα κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης

1.3.ii. Γενετικοί παράγοντες

Η γενετική βάση της Σχιζοφρένειας έχει στηριχθεί από ένα μεγάλο αριθμό μελετών σε οικογένειες, δίδυμα και υιοθετημένα άτομα.

- Οικογενειακές μελέτες που έχουν γίνει, έβγαλαν ως αποτέλεσμα ότι τα αδέρφια σχιζοφρενικών ασθενών έχουν 10% πιθανότητα να εμφανίσουν σχιζοφρένεια. Ενώ για τα παιδιά που έχουν ένα γονιό σχιζοφρενικό η πιθανότητα ανάπτυξης ανέρχεται στο 5-6 %, αν έχουν ένα αδερφό και έναν γονιό σχιζοφρενικούς τότε το ποσοστό ανέρχεται στο 17% και 46% όταν έχουν και τους δύο γονείς σχιζοφρενικούς.
- Μελέτες διδύμων δείχνουν υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης σχιζοφρένειας στους μονοζυγωτές σε σχέση με τους διζυγωτές. Πιο συγκεκριμένα το ποσοστό εμφάνισης ανέρχεται στο 46% στους μονοζυγωτές και 14% στους διζυγωτές.
 - Μελέτες που έχουν γίνει σε υιοθετημένα άτομα έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης σχιζοφρένειας είναι μεγαλύτερος στους βιολογικούς συγγενείς υιοθετημένων ατόμων που έχουν σχιζοφρένεια απ' ότι στους βιολογικούς συγγενείς υγιών υιοθετημένων.

1.4. Κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια είναι μια πολύπλοκη ψυχική διαταραχή η οποία προσβάλλει ποικίλες ψυχικές λειτουργίες. Χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα προέρχονται από διαταραχή της σκέψης, του συναισθήματος,

της αίσθησης του εαυτού, της αντίληψης, της βούλησης, της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και σχέσης με τον εξωτερικό κόσμο, της ψυχοκινητικότητας.

Αρνητικά και θετικά συμπτώματα

Στα αρνητικά συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται οι συναισθηματικές αμβλύνσεις οι οποίες είναι:

- Έντονη απάθεια
- Αμετάβλητη έκφραση προσώπου
- Μείωση αυτόματης εκφραστικής κινητικότητας
- Πτωχεία οπτικής επαφής
- Λεκτική μονοτονία
- Συναισθηματική απροσφορότητα
- Έλλειψη συναισθηματικής απάντησης, αντίδρασης. Αδιαφορία και απάθεια του ασθενούς απέναντι στην προσπάθεια του γιατρού να τον πλησιάσει με συμπάθεια. Αίσθηση ότι ο άρρωστος βρίσκεται πίσω από ένα αδιαπέραστο “υάλινο παραπέτασμα” (Μπαλλής, 2008)

Τα θετικά συμπτώματα μπορούν να οριστούν ως υπερβολές ή παραμορφώσεις φυσιολογικών νοητικών λειτουργιών και περιλαμβάνουν:

- **Ψευδαισθήσεις:** Οι ψευδαισθήσεις είναι μορφές διαταραγμένης αντίληψης της πραγματικότητας και είναι κάτι συνηθισμένο σε ανθρώπους με σχιζοφρένεια. Συχνά περιγράφονται από την οικογένεια και τους φίλους ως ζωηρή φαντασία. Αυτές οι αντιλήψεις είναι αισθητηριακές και περιλαμβάνουν τον ήχο, την όραση, την αφή και την όσφρηση. Το να ακούει κανείς φωνές είναι η πιο συνηθισμένη μορφή ψευδαισθήσεως σε ασθενείς με σχιζοφρένεια.

- **Διέγερση:** Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι μερικές φορές διεγερμένοι.

- **Παραληρητικές ιδέες:** Οι άνθρωποι που έχουν παραληρητικές ιδέες είναι πεπεισμένοι ότι οι γνώμες και οι πεποιθήσεις τους είναι πραγματικές. Επίσης, μπορεί να εμφανίζονται και παραληρητικές ιδέες μεγαλείου. Αυτές κάνουν ένα πρόσωπο να πιστεύει ότι είναι διάσημος ή ότι είναι μια σημαντική προσωπικότητα

Διαταραχές της σκέψης

Διαταραχές της σκέψης με την μορφή παραληρητικών ιδεών είναι κοινές στη σχιζοφρένεια. Όσο πιο παράξενες οι παραληρητικές ιδέες, τόσο αυξάνεται

το ποσοστό ώστε να είναι σχιζοφρενικής προέλευσης. Παρόμοιες είναι και οι παραληρητικές ιδέες συσχέτισης και δίωξης, ενώ παραληρητικές ιδέες μεγαλείου, θρησκευτικού περιεχομένου είναι λιγότερο συχνές. Επανειλημμένως στη σχιζοφρένεια είναι παρών και η διαταραχή ειρμού ή της μορφής της σκέψης.

Διαταραχές του εαυτού

Η αίσθηση του εαυτού που δίνει στο φυσιολογικό άτομο ένα αίσθημα ατομικότητας, μοναδικότητας και αυτοκατεύθυνσης συχνά διαταράσσεται. Για αυτόν τον λόγο μιλάμε για απώλεια των ορίων του εγώ που παρουσιάζεται ταυτόχρονα με σύγχυση ταυτότητας και παραληρητικές ιδέες εξωτερικού ελέγχου.

Διαταραχές της αντίληψης

Οι πιο τυπικές διαταραχές της αντίληψης είναι οι ψευδαισθήσεις και κυρίως οι ακουστικές. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις συνήθως θα είναι διάφοροι ήχοι. Χαρακτηριστικές όμως είναι και οι φωνές που ακούει ο ασθενής που προέρχονται μέσα από το κεφάλι του. Οι συγκεκριμένες ψευδαισθήσεις είναι επικίνδυνες διότι μπορεί να τον προστάξουν στο να κάνει κακό στον εαυτό του ή σε άλλους. Ακόμη, οι ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορούν σπάνια να προσβάλλουν και φυσιολογικά άτομα όπου οι φωνές να είναι παρούσες για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Έπειτα, παρατηρείται μια γενική υπερευαισθησία στον ήχο, το φως και τις οσμές, η οποία είναι και αυτή συχνή στη σχιζοφρένεια.

Διαταραχές του συναισθήματος

Η διαταραχή του συναισθήματος, εκτός από τις κάποιες περιπτώσεις που είναι παρούσα σε υπερβολικό βαθμό δεν είναι από τα πιο επωφελή διαγνωστικά στοιχεία, καθώς είναι δύσκολο να προσδιορισθεί ακριβώς. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα προκαλούν εξάλειψη του συναισθήματος που μπερδεύει ακόμα πιο πολύ τη διαγνωστική αξιολόγηση. Στον παρανοϊκό τύπο της σχιζοφρένειας είναι συχνή η ύπαρξη φυσιολογικού συναισθήματος

Διαταραχές της βούλησης

Η διαταραχή της βούλησης παρουσιάζεται ως ανεπαρκές ενδιαφέρον ή ανικανότητα να ακολουθήσει ο ασθενής μια πορεία ενεργειών μέχρι τη λογική τους κατάληξη. Διαταραχή της βούλησης θεωρείται και η αμφιθυμία που

γίνεται συχνά αντιληπτή στη σχιζοφρένεια και που εκδηλώνεται ως δυσκολία ή αδυναμία επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικές πορείες δράσης. Η αμφιθυμία μπορεί να καταλήξει σε διακοπή της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας

1.5 Κλινικοί τύποι της σχιζοφρένειας

Οι κλινικοί τύποι της σχιζοφρένειας είναι ο κατατονικός, ο παρανοϊκός, ο υπολειμματικός, ο αδιαφοροποίητος και ο αποδιοργανωμένος τύπος. Στη συνέχεια περιγράφονται αναλυτικότερα τα χαρακτηριστικά τους.

Ο κατατονικός τύπος

Χαρακτηρίζεται από ψυχοκινητικές διαταραχές, όπως κατατονική διέγερση ή κατατονική ακινησία. Στην κατατονική διεργασία εμφανίζεται υπερβολική κινητική δραστηριότητα που δεν επηρεάζεται από εξωτερικά ερεθίσματα. Η κατατονική ακινησία αφορά σε εμβροντησία, καταληψία ή βωβότητα, κατατομικό αρνητισμό σε κάθε εντολή ή προσπάθεια μετακίνησης, κατατονική δυσκαμψία και κατατονικές στάσεις

Τα διαγνωστικά κριτήρια του **DSM-IV** για τον κατατονικό τύπο είναι:

- 1.Υπερβολική κινητική δραστηριότητα που είναι άσκοπη και δεν επηρεάζεται από εξωτερικά ερεθίσματα.
- 2.Ηχολαλία ή ηχοπραξία.
- 3.Κινητική ακινησία όπως γίνεται φανερή με καταληψία συμπεριλαμβανομένης και της κηρώδους ευκαμψίας ή με εμβροντησία (stupor).
- 4.Αρνητισμός (αντίσταση χωρίς να υπάρχει κάποιος λόγος ή δύσκαμπτη στάση σε κάθε προσπάθεια μετακίνησης) ή αλαλία.
- 5.Ιδιορρυθμίες των εκούσιων κινήσεων σχετικά με τη στάση του σώματος, στερεότυπες κινήσεις, μορφασμούς.

Ο παρανοϊκός τύπος

Χαρακτηρίζεται από έντονη ενασχόληση με μια ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις. Τα παραληρήματα ποικίλουν από τις ασαφείς υποψίες έως και ένα σύνθετο σύστημα φανταστικών συνομωσιών, που συχνά συνοδεύεται από ψευδαισθήσεις ειδικά ακουστικής φύσης που υποστηρίζουν ή ενισχύουν το παραλήρημα. Οι πάσχοντες τείνουν να λειτουργούν καλύτερα από ότι όσοι πάσχουν από άλλες μορφές σχιζοφρένειας. Έχουν καλύτερη προνοσηρή προσαρμογή, καλύτερη επίδοση σε γνωστικές λειτουργίες και μεγαλύτερη ικανότητα να κατανοούν τις

συναισθηματικές εκδηλώσεις άλλων. Στο μεγαλύτερο ποσοστό τους είναι παντρεμένοι, και η έναρξη της διαταραχής εμφανίζεται αργότερα στη ζωή και έχει καλύτερη μακροπρόθεσμη έκβαση. Ενώ η έναρξη τοποθετείται μετά το 25^ο έτος, συχνά τα προηγούμενα χρόνια χαρακτηρίζεται από καχυποψία, φόβο και εύθραυστες σχέσεις.

Ο υπολειμματικός τύπος

Ο υπολειμματικός τύπος αφορά σε περιπτώσεις που έχει υπάρξει τουλάχιστον ένα επεισόδιο σχιζοφρένειας για παράδειγμα ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες, αλλά απουσιάζουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες και έντονα ψυχωτικά συμπτώματα στο παρόν. Όμως, υπάρχουν υπολειμματικά συμπτώματα που δείχνουν ότι η διαταραχή συνεχίζεται όπως κοινωνική απόσυρση, εκκεντρική συμπεριφορά, παράλογη σκέψη. (Χριστοπούλου, 2008)

Ο αδιαφοροποίητος τύπος

Χαρακτηρίζεται από διάφορα συμπτώματα όπως ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, παραληρητικές ιδέες, που όμως δεν πληρούν τα κριτήρια του παρανοϊκού, του κατατονικού ή του αποδιοργανωμένου τύπου.

Ο αποδιοργανωμένος τύπος

Ο αποδιοργανωμένος τύπος παλαιότερα ονομαζόταν ηβηφρενικός. Γενικά, είναι μορφή της σχιζοφρένειας που σχετίζεται με τη στερεότυπη εικόνα του <<τρελού>>. Συνήθως υπάρχει προνοσηρή διαταραχή της προσωπικότητας, καθώς και πρώιμη και ύπουλη έναρξη της σχιζοφρένειας. Ο πάσχων εμφανίζει μεγάλη κοινωνική έκπτωση και συνήθως η πορεία είναι χρόνια χωρίς σημαντική ύφεση. Θεωρείται ότι έχει τη χειρότερη πρόγνωση σε σχέση με τους υπόλοιπους τύπους. Αρχίζει μεταξύ της ηλικίας 15 και 25 ετών (Μπάλλης, 2008).

Ο αποδιοργανωμένος τύπος περιλαμβάνει:

1. Αποδιοργανωμένο λόγο
2. Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
3. Επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Πορεία της νόσου

Όπως και άλλες ψυχολογικές διαταραχές, η σχιζοφρένεια ακολουθεί μια πορεία που χωρίζεται σε 3 φάσεις:

Η **πρόδρομη φάση** χαρακτηρίζεται από έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου και από κοινωνική απόσυρση. Για παράδειγμα, το ενδιαφέρον για την εμφάνιση και για την ατομική υγιεινή μειώνεται. Η παραγωγικότητα του ατόμου στη δουλειά επηρεάζεται και η επαγγελματική συμπεριφορά του είναι απρόσεκτη. Εμφανίζονται διαταραχές της σκέψης και του λόγου και οι συναισθηματικές εκδηλώσεις αντανakλούν απρόσφορο συναίσθημα. Η οικογένεια και οι φίλοι αρχίζουν και παρατηρούν αυτές τις αλλαγές καθώς όλη η προσωπικότητα του ατόμου αλλάζει. Η πρόδρομη φάση μπορεί να εξελιχτεί σταδιακά με αργό ρυθμό, με τη λειτουργικότητα του πάσχοντα να χειροτερεύει κατά τη διάρκεια των χρόνων πριν εμφανιστούν τα πρώτα οξέα συμπτώματα.

Η **υπολειμματική φάση** ακολουθεί την ενεργό φάση και έχει τα ίδια χαρακτηριστικά με εκείνα της πρόδρομης: παρουσιάζεται επίπεδη συναισθηματική συμπεριφορά, φλύαρη και ασυνάρτητη ομιλία και μειωμένη φροντίδα του εαυτού. Το άτομο έχει περίεργες αντιλήψεις και ιδέες για παράδειγμα πιστεύει ότι έχει ιδιαίτερες δυνάμεις ή ότι μπορεί να προβλέψει το μέλλον. Σε αυτή τη φάση ο πάσχων συχνά δυσκολεύεται να ανταποκριθεί σε απαιτήσεις του εργασιακού περιβάλλοντος. Ο Clompi (1980) μελετώντας την μακρόχρονη πορεία σχιζοφρενών περιγράφει αρκετές συνηθισμένες πορείες και τύπους έκβασης. Η υποτροπή σχετίζεται με την διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής και με στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή του ατόμου.

Η **ενεργός φάση** χαρακτηρίζεται από την έναρξη της ψύχωσης που μπορεί να γίνει σταδιακά και τα συμπτώματά της να είναι ασαφή και δύσκολο να τα ξεχωρίσει κανείς (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., 2014). Στο στάδιο που οι ασθενείς αρχίζουν να αντιλαμβάνονται την ψύχωση και η κλινική εικόνα του ατόμου γίνεται πιο σαφής, η ψύχωση είναι έντονη και οι ασθενείς είναι ταραγμένοι. Έντονα είναι τα ψυχωτικά συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, χάλαση των συνειρμών.(Παπαγεωργίου)

2.2 Πρόγνωση

Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, ως προς την πρόγνωση ισχύει ένας κανόνας των 3/3: περίπου το 1/3 των ασθενών ζουν μια σχετικά φυσιολογική ζωή, ένα άλλο 1/3 αρχίζουν να έχουν σημαντικά συμπτώματα, αλλά μπορούν να λειτουργήσουν μέσα στην κοινωνία, ενώ το υπόλοιπο 1/3 εμφανίζουν σημαντική έκπτωση και χρήζουν μακροχρόνιας ιδρυματικού τύπου περίθαλψης. Οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση της σχιζοφρένειας παρατίθενται στον πίνακα 1 (Σολδάτος & Λύκουρας, 2007).

Πίνακας 1. Προγνωστικοί παράγοντες στη σχιζοφρένεια

Ευνοϊκοί προγνωστικοί παράγοντες	Δυσμενείς προγνωστικοί παράγοντες
Όψιμη έναρξη	Πρώιμη έναρξη
Εμφανείς εκλυτικοί παράγοντες	Απουσία εκλυτικών παραγόντων
Οξεία εισβολή	Ύπουλη εισβολή
Καλή προνοσηρή κοινωνική, σεξουαλική και επαγγελματική λειτουργικότητα	Κακή προνοσηρή κοινωνική, σεξουαλική και επαγγελματική λειτουργικότητα
Συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης	Αποσυρμένη, αυτιστική συμπεριφορά
Έγγαμος ασθενής	Άγαμος, διαζευγμένος ή χήρος ασθενής
Οικογενειακά ιστορικά διαταραχών της διάθεσης	Οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας
Καλό δίκτυο υποστήριξης	Ανεπαρκείς δίκτυο υποστήριξης
Θετικά συμπτώματα	Αρνητικά συμπτώματα
Γυναικείο φύλο	Ιστορικό περιγεννητικής κάκωσης. Απουσία ύφεσης μέσα σε 3 έτη. Πολλές υποτροπές. Ιστορικό επιθετικότητας.
Αντρικό φύλο	Παρουσία ύφεσης μέσα σε 1 έτος
	Ιστορικό επιθετικότητας
	Ελάχιστες υποτροπές

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Σχιζοφρένεια και θεραπεία

Οι σύγχρονες απόψεις για την θεραπεία των ανθρώπων που πάσχουν από σχιζοφρένεια συμφωνούν στην ανάγκη συνδυασμού της φαρμακοθεραπείας με την κατάλληλη εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες.

Η φαρμακοθεραπεία αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο για μια επιτυχή αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Το βασικό φάρμακο στην αντιμετώπιση της νόσου είναι τα αντιψυχωσικά. Τα νεότερα αντιψυχωσικά φάρμακα (π.χ. ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη, κουετιαπίνη κλπ.) χαρακτηρίζονται από πολύ λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες σε σχέση με τα παλαιότερα. Έτσι, εξασφαλίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό η συμμόρφωση του ασθενούς με τα θεραπευτικά σχήματα και πάνω από όλα η καλύτερη ποιότητα ζωής του ίδιου και της οικογένειάς του. (Τσιλίκας Σ., 1998)

Μια μορφή ψυχοθεραπείας που μπορεί να εφαρμοστεί σε άτομα με διάγνωση σχιζοφρένειας είναι η ατομική ψυχοθεραπεία. Η ατομική ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει τακτικές προγραμματισμένες συνεδρίες συνομιλίας ανάμεσα στον ασθενή και έναν ψυχίατρο ή κάποιον άλλον ειδικό ψυχικής υγείας. Αυτές οι συνεδρίες εστιάζουν σε προηγούμενα προβλήματα, σκέψεις, συναισθήματα ή σχέσεις.

Μια άλλη μορφή ψυχοθεραπείας είναι η οικογενειακή θεραπεία. Αυτή αποσκοπεί στην πραγματική επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας, προκειμένου ο θεραπευτής να καταλάβει τις απόψεις και τις ανάγκες τους και να προσφέρει την απαραίτητη υποστήριξη στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων της νόσου. Επίσης, βοηθά τα μέλη μιας οικογένειας να μάθουν τρόπους μείωσης των πιθανοτήτων για μελλοντικές υποτροπές, να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της νόσου καθώς και τα διαθέσιμα μέτρα αντιμετώπισης. (Ραγιά, 1993)

Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες τέλος, εστιάζουν στη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας, είτε στο νοσοκομείο, είτε στην κοινότητα, στο σπίτι ή την εργασία.

Η αντισχιζοφρενική θεραπεία είναι πολύμορφη. Μπορεί να χωριστεί σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες: α) Στη βιολογική θεραπευτική με τα νευροληπτικά και τη ψυχοχειρουργική, β) Στη δραστική βιολογική θεραπευτική

με το ηλεκτροσόκ, γ) Στην ψυχοδυναμική θεραπεία, δ) Στις λοιπές θεραπευτικές δια της εργασίας, της τέχνης, της ψυχαγωγίας, της οικογένειας, του καθολικού νοσοκομειακού περιβάλλοντος και του λοιπού κοινωνικού συνόλου στα πλαίσια της επανένταξής του. (Ραγιά, 1993)

Όσον αφορά τις θεραπευτικούς μεθόδους πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι τα αποτελέσματα που φέρουν δεν είναι ειδικά αποτελεσματικά διότι δεν υπάρχει ακόμη σαφής προσδιορισμός των αιτιών που προκαλούν αυτή τη νόσο.

Β΄ ΜΕΡΟΣ

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Νοσηλευτική φροντίδα κατατονικού ασθενούς

Ο κατατονικός ασθενής υποφέρει από αισθήματα ενοχής και υποτίμησης του εαυτού του. Είναι πολύ δύσκολο να πάρει αποφάσεις, έστω και τις πιο απλές. Η θεραπευτική αξία του νοσοκομείου ή ψυχιατρείου έγκειται στο ότι οι περισσότερες αποφάσεις παίρνονται από το ίδιο το ίδρυμα. Η νοσηλεύτρια καλό θα είναι να χρησιμοποιεί ευγενικές προσκλήσεις παρά ερωτήσεις όπως για παράδειγμα μπορεί να του πει ότι το μπάνιο είναι έτοιμο αντί να τον ρωτήσει πότε θα προτιμούσε να κάνει μπάνιο. Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να δείξει η νοσηλεύτρια όσον αφορά στην ενδυμασία του ασθενούς. (Μαδιανός Μ. και Συν., 2000)

Συχνό φαινόμενο στους κατατονικούς ασθενείς είναι οι αϋπνίες τη νύχτα. Η χρήση ηρεμιστικών καθώς επίσης ένα χλιαρό μπάνιο και ένα ζεστό ρόφημα είναι απαραίτητα.

Όλα τα παραπάνω προβλήματα έχουν ως αιτία τη γενικότερη εχθρική στάση του ασθενούς έναντι του εαυτού του. Για το λόγο αυτό το νοσηλευτικό προσωπικό χωρίς να αδιαφορήσει για την ειδική αντιμετώπιση κάθε προβλήματος, πρέπει πρωτίστως να προσπαθεί να απασχολεί τον ασθενή και να αποσπά τη σκέψη του από την εχθρότητα κατά του εαυτού του αναθέτοντας του διάφορες εργασίες, κατόπιν συνεργασίας με τον θεράποντος ιατρού.

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με τάσεις αυτοκτονίας

Οι κατατονικοί ασθενείς είναι επιρρεπείς για απόπειρα αυτοκτονίας, γι' αυτό και είναι πολύ βασικό το νοσηλευτικό προσωπικό να είναι κατάλληλα ειδικευμένα, ώστε να μπορεί να διακρίνει τις αλλαγές διαθέσεως του ασθενούς. Οι ασθενείς συνήθως παρουσιάζουν τα πρώτα συμπτώματα αυτοκτονίας συζητώντας για τον θάνατο ή κρύβοντας διάφορα αντικείμενα με τα οποία σχεδιάζουν να κάνουν την απόπειρα, π.χ. κάποιο κομμάτι γυαλί. (Πλουμίδης Δ. και συν., 2001)

Όταν η νοσηλεύτρια καταλάβει ότι ο ασθενής έχει τάσεις αυτοκτονίας, πρέπει να ενημερώσει όλα τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας. Ο ασθενής με τις τάσεις αυτές έχει ανάγκη από ιδιαίτερη συναισθηματική βοήθεια και κατανόηση. Πρέπει να του δίνεται η ευκαιρία να συμμετέχει σε δραστηριότητες που θα τον ευχαριστούν, χρειάζεται στενή παρακολούθηση μέχρι να παρέλθει αυτή η κατάσταση. Είναι πολύ δύσκολο να βρεθεί τρόπος μέσα σε ένα νοσοκομείο ώστε ο ασθενής να παρακολουθείται στενά, να είναι ασφαλής αλλά και να μην του στερηθεί η ελευθερία του.

Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που αρνούνται να παίρνουν τροφή

Οι ψυχικά ασθενείς συχνά αρνούνται να λάβουν την τροφή τους. Υπάρχουν δυστυχώς τόσοι λόγοι, για τους οποίους οι ασθενείς αρνούνται την τροφή.

- Μια δικαιολογία που συχνά προβάλλουν οι καταθλιπτικοί ασθενείς όταν δεν τρώνε είναι ότι δεν αξίζουν να τραφούν ή ότι δεν μπορούν να πληρώσουν. Αυτό βέβαια συμφωνεί με την όλη συμπεριφορά των ασθενών αυτών, ότι δεν αξίζουν να ζουν. Σε αυτές τις περιπτώσεις καμιά λογική προσπάθεια δεν τους πείθει.
- Πολλές φορές δεν παίρνει τροφή που του σερβίρεται σε δίσκο. Μπορεί να πάρει από τα σκουπίδια, όταν δεν τον βλέπει κανείς. Αναμφίβολα ο ασθενής αυτός αισθάνεται πολύ ανάξιος να φάει τροφή σερβιρισμένη, αλλά μόνο τροφή που έχει ήδη πεταχτεί.
- Άλλοτε οι ασθενείς δεν δέχονται τροφή επειδή δεν έχουν να πληρώσουν τη διαμονή τους και τη διατροφή τους. Συνιστάται συνήθως να τους δοθεί να κάνουν κάποια εργασία στο τμήμα, ώστε να νομίζουν ότι εξαγοράζουν τα προς το <<ζην>>. Αυτό μπορεί να βοηθήσει μερικούς ασθενείς, αλλά είναι δύσκολο να οργανωθεί και να εκτελεσθεί.

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με ψευδαισθήσεις

Ένα βασικό πρόβλημα των ασθενών με ψευδαισθήσεις είναι η διατροφή τους. Οι ψευδαισθήσεις αποτελούν συνήθεις αιτίες για άρνηση τροφής από μερικούς ασθενείς. Ο λόγος είναι ότι πολλοί ασθενείς φαντάζονται ότι το φαγητό τους έχει δηλητήριο. Η ιδέα αυτή είναι δύσκολο να αντιμετωπισθεί. Οι ασθενείς αυτοί, τρομοκρατούνται στην ιδέα ότι πρέπει να το φάνε. Πολλοί ασθενείς είναι δυνατό να φανταστούν ότι το δηλητήριο μπήκε σ'αυτές τις τροφές με βελόνα ή σύριγγα. (Χορτοκόλλης Πέτρος, 1991)

Καλό είναι οι ασθενείς που αρνούνται να πάρουν τροφή, όταν εισάγονται στο νοσοκομείο να πηγαίνουν στην τραπεζαρία και ας μην τρώνε. Η όρεξη έρχεται, όταν παίρνουμε τα γεύματα σε ορισμένη ώρα. Κατά τη διάρκεια του φαγητού το περιβάλλον πρέπει αν είναι ευχάριστο. Οι ψυχικά ασθενείς όπως και όλοι οι άνθρωποι, χρειάζονται να τους προσφέρονται τα φαγητά καλά ετοιμασμένα και σεβασμένα, σε μια σπιτική ατμόσφαιρα.

Μετανοσοκομειακή φροντίδα

Ο βαθμός της απαιτούμενης μετανοσοκομειακής φροντίδας για ένα συγκεκριμένο ασθενή ποικίλει σημαντικά. Άλλοι ασθενείς μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητα κι άλλοι χρειάζονται επίβλεψη και υποστήριξη στις βασικές τους λειτουργίες π.χ. αγορά και παρασκευή φαγητού.

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι καταπάνω όσον αφορά τη διατροφή, την ενδυμασία και κυρίως την καθαριότητα του ασθενούς τουλάχιστον σε αρχικό στάδιο. Αργότερα, θα πρέπει μόνος του να συνηθίσει σε καθημερινές δραστηριότητες και να παίρνει πρωτοβουλίες για τον εαυτό του (Μάνος, 1997).

Γ' ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

1) Schizophrenia

Abstract

Schizophrenia is still one of the most mysterious and costliest mental disorders in terms of human suffering and societal expenditure. Here, we focus on the key developments in biology, epidemiology, and pharmacology of schizophrenia and provide a syndromal framework in which these aspects can be understood together. Symptoms typically emerge in adolescence and early adulthood. The incidence of the disorder varies greatly across places and migrant groups, as do symptoms, course, and treatment response across individuals. Genetic vulnerability is shared in part with bipolar disorder and recent molecular genetic findings also indicate an overlap with developmental disorders such as autism. The diagnosis of schizophrenia is associated with demonstrable alterations in brain structure and changes in dopamine neurotransmission, the latter being directly related to hallucinations and delusions. Pharmacological treatments, which block the dopamine system, are effective for delusions and hallucinations but less so for disabling cognitive and motivational impairments. Specific vocational and psychological interventions, in combination with antipsychotic medication in a context of community-case management, can improve functional outcome but are not widely available. 100 years after being so named, research is beginning to understand the biological mechanisms underlying the symptoms of schizophrenia and the psychosocial factors that moderate their expression. Although current treatments provide control rather than cure, long-term hospitalization is not required and prognosis is better than traditionally assumed.

Van Os J, Kapur S.

PMID: 19700006 {PubMed-indexed for MEDLIVE}

Σχιζοφρένεια

Περίληψη

Η σχιζοφρένεια εξακολουθεί να είναι μία από τις πιο μυστηριώδεις και πολυδάπανες ψυχικές διαταραχές ως προς τον ανθρώπινο πόνο και την κοινωνική δαπάνη. Στην παρούσα έρευνα εστιάζομαστε στις εξελίξεις-κλειδιά στη βιολογία, επιδημιολογία και φαρμακολογία της σχιζοφρένειας και παρέχουμε ένα συνδυαστικό πλαίσιο στο οποίο αυτές οι πλευρές μπορούν να γίνουν κατανοητές από κοινού. Τα συμπτώματα τυπικά αναδύονται στην εφηβεία και στην πρώτη ενηλικίωση. Η συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής διαφοροποιείται σε μεγάλο βαθμό σε κάθε τόπο και σε ομάδες μεταναστών όπως και τα συμπτώματα, η πορεία και η θεραπευτική απόκριση σε κάθε άτομο. Η γενετική προδιάθεση είναι παρόμοια με εκείνη για διπολική διαταραχή και τα σύγχρονα μοριακά γενετικά ευρήματα καταδεικνύουν επίσης μια επικάλυψη με αναπτυξιακές διαταραχές όπως ο αυτισμός. Η διάγνωση της σχιζοφρένειας συνδέεται με έκδηλες αλλαγές στη δομή του εγκεφάλου και αλλαγές στη νευρομεταβίβαση της ντοπαμίνης, με την τελευταία να σχετίζεται άμεσα με τις παραισθήσεις και τις ψευδαισθήσεις αλλά πολύ λιγότερο για την αποτροπή των γνωστικών βλαβών και βλαβών κινήτρων. Συγκεκριμένες επαγγελματικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις, σε συνδυασμό με αντιψυχωτική αγωγή σε ένα πλαίσιο διαχείρισης μέσα στην κοινότητα μπορεί να βελτιώσουν το λειτουργικό αποτέλεσμα αλλά δεν είναι ευρέως διαθέσιμες. 100 χρόνια μετά την ονομασία της νόσου, η έρευνα μόλις ξεκινά να κατανοεί τους βιολογικούς.

2) A framework for understanding experiential deficits in schizophrenia.

Abstract

The link between disruptions in emotional/motivational systems and chronic functional impairments in individuals with schizophrenia has been well substantiated. However, attempts to delineate the exact nature of these disruptions have been complicated by the reality that schizophrenia is a markedly heterogeneous disorder. In this article, we integrate findings from schizophrenia, neuroscience, and basic psychology literatures to advance the hypothesis that emotional deficits occur via two separate, mutually exclusive pathways: “ambivalence” - characterized by intact hedonic and abnormally co-

activated negative emotion systems, and “apathy” - characterized by anhedonia and relatively sparse negative emotion. Further examination of how negative affect manifests differently across patients will be an important focus of future research, particularly given that the “downstream” social and occupational consequences of these abnormalities may appear similar but reflect dramatically divergent etiologies.

Cohen AS, Minor KS, Najolia GM.

PMID: 20452062 {PubMed - as supplied by publisher}.

Περίληψη

Ένα πλαίσιο για την κατανόηση των ελλειμμάτων στη συνειδητοποίηση ερεθισμάτων στη σχιζοφρένεια.

Η σύνδεση ανάμεσα στη διατάραξη των συναισθηματικών συστημάτων και συστημάτων κινήτρων και στις χρόνιες λειτουργικές βλάβες σε άτομα με σχιζοφρένεια έχει υποστηριχθεί επαρκώς. Ωστόσο, οι απόπειρες σκιαγράφησης της ακριβούς φύσης αυτών των διαταράξεων περιεπλόκησαν εξαιτίας της πραγματικότητας ότι η σχιζοφρένεια είναι μια ολοφάνερα ετερογενής διαταραχή. Σε αυτό το άρθρο, ενσωματώνουμε τα ευρήματα από τη βασική ψυχολογία ώστε να εξελίξουμε την υπόθεση ότι τα συναισθηματικά ελλείμματα εκδηλώνονται μέσω δύο ξεχωριστών, αμοιβαία αποκλειόμενων, μονοπατιών: της <<αμφιθυμίας>> - που χαρακτηρίζεται από άθικτα, ηδονικά και μη φυσιολογικά συν-ενεργοποιημένα συστήματα συναισθημάτων - και της <<απάθειας>> - που χαρακτηρίζεται από ανηδονία και σχετικά αραιά αρνητικά συναισθήματα. Η μελλοντική έρευνα θα εστιαστεί στην περαιτέρω εξέταση του πως το αρνητικό συναίσθημα εκδηλώνεται διαφορετικά σε κάθε ασθενή, ειδικά με δεδομένο ότι οι <<κατά τη φορά της κίνησης>> κοινωνικές και επαγγελματικές επιπτώσεις αυτών των ανωμαλιών μπορεί να φαίνονται παρόμοιες, αλλά αντανakλούν δραματικά αποκλίνουσες αιτιολογίες.

3) Sex differences in schizophrenia

Abstract

Evidence suggests sex differences in schizophrenia reflect differences in both neurodevelopmental processes and social effects on disease risk and course. Male: female incidence approximates 1.4:1 but at order onset women predominate. Prevalence differences appear smaller. Men have poorer premorbid adjustment and present with worse negative and less depressive

symptoms than women, which may explain their worse medium term outcome according to a range of measures. Substance abuse is a predominantly male activity in this group, as elsewhere. Findings of sex differences in brain morphology are inconsistent but occur in areas that normally show sexual dimorphism, implying that the same factors are important drivers of sex differences in both normal neurodevelopmental processes and those associated with schizophrenia. There are sex differences in antipsychotics are potentially complex. Oestrogen's role as an adjunctive medication is not yet clear due to methodological differences between the few randomized controlled trials. Services that are sensitive to differences in gender can better meet their patients' specific needs and potentially improve outcome.

Abel Km, 2010

Οι διαφορές των φύλων στη σχιζοφρένεια

Τα στοιχεία δείχνουν διαφορές των δύο φύλων στη σχιζοφρένεια και αντικατοπτρίζουν τις διαφορές στις δύο νευροαναπτυξιακές διεργασίες και κοινωνικές συνέπειες για τον κίνδυνο της νόσου και της πορείας. Άντρας: προσεγγίζει το θηλυκό σε συχνότητα 1.4:1, αλλά σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας η έναρξη κυριαρχεί. Οι επικρατέστερες διαφορές φαίνονται μικρότερες. Οι άνδρες έχουν χειρότερη προσαρμογή και σήμερα με τα χειρότερα αρνητικά συμπτώματα και λιγότερο καταθλιπτικά συγκριτικά με τις γυναίκες, οι οποίες μπορούν να εξηγήσουν τα χειρότερα μεσοπρόθεσμα αποτελέσματά τους, σύμφωνα με μια σειρά μέτρων. Η κατάχρηση ουσιών είναι κυρίως μια ανδρική δραστηριότητα σε αυτή την ομάδα. Η εκτίμηση διαφοράς φύλου στην μορφολογία του εγκεφάλου είναι ασυνεπής, αλλά συμβαίνει σε περιοχές που παρουσιάζεται συνήθως σεξουαλικός διμορφισμός, πράγμα που σημαίνει ότι τα ίδια στοιχεία είναι σημαντικοί παράγοντες για τα 2 φύλα τόσο σε φυσιολογικές όσο και νευροαναπτυξιακές διαδικασίες και αυτές σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια. Στις αντιψυχωτικές απαντήσεις υπάρχουν διαφορές φύλων, στις ενδοκρινικές αντιδράσεις συγκεκριμένα η αντίδραση σε αντιψυχωτικά φάρμακα είναι δυνητικά σύνθετη. Ο ρόλος των οιστρογόνων ως συμπληρωματική φαρμακευτική αγωγή δεν είναι ακόμη σαφής οφείλεται σε μεθοδολογικές διαφορές μεταξύ των λίγων τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών. Υπηρεσίες που είναι ευαίσθητοι στις διαφορές των δύο φύλων

μπορούν να ανταποκριθούν καλύτερα στις συγκεκριμένες ανάγκες των ασθενών τους και ενδεχομένως και στην έκβασή τους.

4) Prevention And Schizophrenia – The Role of Dietary Factors

Abstract

Adequate prenatal nutrition is essential for optimal brain development. There is a growing body of evidence from epidemiology linking exposure to nutritional deprivation and increased risk of schizophrenia. Based on studies from the Netherlands and China, those exposed to macronutrients deficiencies during famine have an increased risk of schizophrenia. With respect to micronutrients, we focus on 3 candidates where there is biological plausibility for a role in this disorder and at least 1 study of an association with schizophrenia. These nutrients include vitamin D, folic acid, and iron. While the current evidence is incomplete, we discuss the potential implications of these findings for the prevention of schizophrenia. We argue that schizophrenia can draw inspiration from public health interventions related to prenatal nutrition and other outcomes and speculate on relevant factors that bear on the nature, risks, impact, and logistics of various nutritional strategies that may be employed to prevent this disorder

Megrath, 2010)

Πρόληψη και σχιζοφρένεια. Ο ρόλος των διαιτολογικών παραγόντων.

Περίληψη

Η επαρκής προγεννητική διατροφή είναι απαραίτητη για τη βέλτιστη ανάπτυξη του εγκεφάλου. Υπάρχουν στοιχεία επιδημιολογικά που συνδέουν την έκθεση σε διατροφικές στερήσεις σε αυξημένο κίνδυνο σχιζοφρένειας. Με βάση τις μελέτες από τις Κάτω Χώρες και την Κίνα, όσων εκτίθενται σε ελλείψεις μικροθρεπτικών συστατικών έχουν αυξημένο κίνδυνο σχιζοφρένειας. Όσον αφορά τα μικροθρεπτικά στοιχεία, έχουμε επικεντρωθεί σε 3 υποψηφίους όπου υπάρχει βιολογική αξιοπιστία για έναν ρόλο σε αυτή τη διαταραχή και τουλάχιστον 1 μελέτη της σύνδεσης με σχιζοφρένεια. Αυτές οι θρεπτικές ουσίες περιλαμβάνουν τη βιταμίνη D, το φολικό οξύ και σίδηρο. Αν και τα τρέχοντα στοιχεία είναι ελλιπή, θα συζητηθούν οι πιθανές επιπτώσεις αυτών των ευρημάτων για την πρόληψη της σχιζοφρένειας. Υποστηρίζουμε ότι η σχιζοφρένεια μπορεί να αντλήσει έμπνευση από τις παρεμβάσεις δημόσιας υγείας που σχετίζονται με προγεννητική διατροφή και άλλα αποτελέσματα και

εικασίες σχετικά με τους σχετικούς παράγοντες που φέρουν για τη φύση, τους κινδύνους, επιπτώσεις, και υλικοτεχνική υποστήριξη των διάφορων διατροφικών στρατηγικών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αποτροπή αυτής της διαταραχής.

5) Do patients think cannabis causes schizophrenia? –A qualitative study on the casual beliefs of cannabis using patients with schizophrenia.

BACKGROUND: There has been a considerable amount of debate among the research community whether cannabis use may cause schizophrenia and whether cannabis use of patients with schizophrenia is associated with earlier and more frequent relapses. Considering that studies exploring patients' view on controversial topics have contributed to our understanding of important clinical issues, it is surprising how little these views have been explored to add to our understanding of the link between cannabis and psychosis. The present study was designed to elucidate whether patients with schizophrenia who use cannabis believe that its use has caused their schizophrenia and to explore these patients other beliefs and perceptions about the effects of the drug.

METHODS: We recruited ten consecutive patients fulfilling criteria for paranoid schizophrenia and for a harmful use of/ dependence from cannabis (ICD-10 F20.0+ F12.1 or F12.2) from the in- and outpatient clinic of the Psychiatric University Hospital Zurich. They were interviewed using qualitative methodology. Furthermore, information on amount, frequency, and effects of use was obtained. A grounded theory approach to data analysis was taken to evaluate findings.

RESULTS: None of the patients described a causal link between the use of cannabis and their schizophrenia. Disease models included upbringing under difficult circumstances (5) or use of substances other than cannabis (e.g. hallucinogens, 3). Two patients gave other reasons. Four patients considered cannabis a therapeutic aid and reported that positive effects (reduction of anxiety and tension) prevailed over its possible disadvantages (exacerbation of positive symptoms).

CONCLUSIONS: Patients with schizophrenia did not establish a causal link between schizophrenia and the use of cannabis. We suggest that clinicians consider our findings in their work with patients suffering from these co-occurring disorders. Withholding treatment or excluding patients from certain

treatment settings like day-care facilities or in patient care because of their use of cannabis, may cause additional harm to this especially heavily hardened patient group.

Huadze A, 2010

Περίληψη

Πιστεύουν οι ασθενείς ότι η κάνναβη προκαλεί τη σχιζοφρένεια; Μια μελέτη στα πιστεύω των ασθενών που κάνουν χρήση κάνναβης και έχουν σχιζοφρένεια.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Υπήρξε ένα σημαντικό ποσό των συζητήσεων μεταξύ της ερευνητικής κοινότητας κατά πόσον η χρήση της κάνναβης μπορεί να προκαλέσει τη σχιζοφρένεια και κατά πόσον η χρήση κάνναβης από ασθενείς με σχιζοφρένεια σχετίζεται με προηγούμενες και πιο συχνές υποτροπές. Λαμβάνοντας υπόψη τις μελέτες που εξετάζουν την άποψη των ασθενών σχετικά με αμφιλεγόμενα θέματα, έχουν συμβάλλει στην κατανόηση σημαντικών κλινικών θεμάτων, είναι εκπληκτικό πόσο λίγο οι θέσεις τους έχουν διερευνηθεί ώστε να γίνει κατανοητή η σχέση μεταξύ κάνναβης και ψύχωσης. Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε για να διευκρινιστεί εάν οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, οι οποίοι κάνουν χρήση κάνναβης πιστεύουν ότι η χρήση της έχει προκαλέσει τη σχιζοφρένεια τους και να διερευνήσει αυτούς τους ασθενείς και τις άλλες πεποιθήσεις και αντιλήψεις τους σχετικά με τις επιδράσεις του φαρμάκου.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Θα προσληφθούν δέκα συνεχείς ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια για την παρανοϊκή σχιζοφρένεια και για την επιβλαβή χρήση/ εξέταση από την κάνναβη (ICD-10 F20.0 F12.1 ή F12.2.) από την κλινική του Ψυχιατρικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Ζυρίχης και εξωτερικούς ασθενείς. Ήταν συνέντευξη με ποιοτική μεθοδολογία. Επιπλέον, πληροφορίες σχετικά με το ποσό, τη συχνότητα, και τα αποτελέσματα της χρήσης επιτεύχθηκε. Μια προσέγγιση που στηρίζεται η θεωρία για την ανάλυση των δεδομένων έγινε λαμβάνοντας υπόψη την αξιολόγηση των ευρημάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κανένας ασθενής δεν περιγράφει αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της χρήσης κάνναβης και της σχιζοφρένειας τους. Ασθενικά μοντέλα περιλαμβάνονται κάτω από δύσκολες συνθήκες ή χρήση ουσιών, εκτός από κάνναβη (π.χ. παραισθησιογόνα). Δύο ασθενείς έδωσαν άλλους λόγους. Τέσσερις ασθενείς θεωρούν την κάνναβη μια θεραπευτική βοήθεια και

ανέφεραν ότι τα θετικά αποτελέσματα (μείωση του άγχους και της έντασης) επικράτησαν από τα πιθανά μειονεκτήματα (έξαρση των θετικών συμπτωμάτων).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια δεν απέδειξαν την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ σχιζοφρένειας και της χρήσης της κάνναβης. Προτείνουμε ότι οι κλινικοί (ιατροί) θεωρούν τα ευρήματά μας στο έργο τους με τους ασθενείς που πάσχουν από αυτές τις συν-εμφανιζόμενες διαταραχές. Η παρακρατημένη θεραπεία ή οι αποκλειστικοί ασθενείς με ορισμένες ρυθμίσεις της θεραπείας, όπως ημερήσιας φροντίδας ή στη φροντίδα των ασθενών, μπορεί να προκαλέσει πρόσθετες βλάβες σε αυτό που ήδη επιβαρύνονται λόγω της χρήσης τους της κάνναβης ιδιαίτερα στην ομάδα ασθενών.

6) Preventing breast cancer in women with schizophrenia.

Preventing breast cancer in women with schizophrenia. Objective: to record risk factors for breast cancer in women with schizophrenia and recommend preventive actions. Method: A PubMed literature search (from 2005 to 2010) was conducted, using the search terms 'schizophrenia', 'antipsychotics', 'breast cancer' and 'risk factors'. Results: Several risk factors of relevance to schizophrenia were identified: obesity, elevated prolactin levels, low participation in mammography screening, high prevalence of diabetes, comparatively low parity, low incidence of breastfeeding, social disadvantage, high levels of smoking and alcohol consumption, low activity levels. Conclusion: Awareness of breast cancer risk should lead to more accurate risk ascertainment, stronger linkage with primary care, regular monitoring and screening, judicious choice and low dose of antipsychotic treatment, concomitant use of adjunctive cognitive and psychosocial therapies, referral to diet and exercise programs as well as smoking and drinking cessation programs, avoidance of hormonal treatment and discussion with patient and family about the pros and cons of preventive measures in high-risk women. Psychiatrists are in a position to reverse many of the identified risk factors. Seeman MV, 2010

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Seeman MV. Πρόληψη του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Στόχος: Να καταγραφούν οι παράγοντες κινδύνου για

καρκίνο του μαστού σε γυναίκες που πάσχουν από σχιζοφρένεια και να συστηθούν προληπτικά μέτρα. Μέθοδος: Μια αναζήτηση βιβλιογραφίας PubMed (2005- 2010) πραγματοποιήθηκε, χρησιμοποιώντας τους όρους αναζήτησης <<σχιζοφρένεια>>, <<αντιψυχωσικά>>, <<καρκίνος του μαστού>> και << παράγοντες κινδύνου>>. Αποτελέσματα: Εντοπίστηκαν διάφοροι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια όπως η παχυσαρκία, αυξημένα επίπεδα προλακτίνης, η χαμηλή συμμετοχή σε μαστογραφία, υψηλός διαβήτης, συγκριτικά χαμηλή ισοτιμία, χαμηλή συχνότητα θηλασμού , κοινωνικό μειονέκτημα, υψηλά επίπεδα κατανάλωσης καπνού και αλκοόλ, χαμηλά επίπεδα δραστηριότητας. Συμπέρασμα: Η συνειδητοποίηση του κινδύνου του καρκίνου του μαστού θα πρέπει να οδηγήσει σε πιο ακριβή διαπίστωση των κινδύνων, ισχυρότερη σύνδεση με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, τακτική παρακολούθηση και έλεγχο, σωστή επιλογή και χαμηλή δόση αντιψυχωτικής αγωγής, ταυτόχρονη χρήση συμπληρωματικών γνωστικών και ψυχοκοινωνικών θεραπειών, παραπομπή σε δίαιτα και άσκηση των προγραμμάτων, όπως είναι τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος και ποτού, αποφυγή της ορμονικής θεραπείας και συζήτηση με τον ασθενή και την οικογένεια για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των προληπτικών μέτρων σε γυναίκες υψηλού κινδύνου. Ψυχίατροι είναι σε θέση να αντιστρέψουν πολλούς από τους προσδιορισμένους παράγοντες κινδύνου.

7) Pharmacologic treatment of schizophrenia

Despite pharmacologic advances, the treatment of schizophrenia remains a challenge, and suboptimal outcomes are still all too frequent. Although treatment goals of response, remission, and recovery have been defined more uniformly, a good “effectiveness” measure mapping onto functional outcomes is still lacking. Moreover, the field has to advance in transferring measurement-based approaches from research to clinical practice. There is an ongoing debate whether, and which, first-or second-generation antipsychotics should be used. However an individualized treatment approach needs to consider current symptoms, comorbid conditions, past therapeutic response, and adverse effects, as well as patient choice and expectations. Moreover acute and long-term goals and effects of medication treatment need

to be balanced. While the acute response to appropriately dosed first-generation antipsychotics may not differ much from second-generation antipsychotics, advantages of lower rates of extrapyramidal side effects, tardive dyskinesia, and, possibly, relapse may favor second-generation antipsychotics. However when considering individual adverse effect profiles, the differentiation into first- and second-generation antipsychotics as unified classes can not be upheld, and a more differentiated view and treatment selection is required. To date, clozapine is the only evidence-based treatment for refractory patients, and the role of antipsychotic polypharmacy and other augmentation strategies remains unclear, at best.

Kane Jm, 2010)

Η φαρμακευτική θεραπεία της σχιζοφρένειας

Παρά τις φαρμακολογικές προόδους και τα ανεπαρκή αποτελέσματα, η θεραπεία της σχιζοφρένειας παραμένει μια πρόκληση. Αν και οι θεραπευτικοί στόχοι ως απάντηση, η διαγραφή και η ανάκτηση έχουν οριστεί με μεγαλύτερη ομοιομορφία, ένα καλό <<αποτελεσματικό>> χαρτογραφικό μέτρο πάνω σε λειτουργικά αποτελέσματα εξακολουθεί να είναι ανεπαρκές. Επιπλέον, ο τομέας πρέπει να προχωρήσει ώστε οι προσεγγίσεις να βασίζονται στην έρευνα και στην κλινική πρακτική. Υπάρχει μια συνεχιζόμενη συζήτηση για το κατά πόσο θα πρέπει να χρησιμοποιούνται η πρώτη ή η δεύτερη γενιά αντιψυχωτικών. Ωστόσο, μια εξατομικευμένη θεραπευτική ανταπόκριση στο παρελθόν και τις ανεπιθύμητες ενέργειες, καθώς και τις επιλογές και τις προσδοκίες τους ασθενούς. Επιπλέον, πρέπει να είναι ισορροπημένοι και μακροπρόθεσμοι στόχοι για τα αποτελέσματα της θεραπείας φαρμάκων. Ενώ η οξεία απάντηση στην κατάλληλη δοσολογία αντιψυχωτικών πρώτης γενιάς δεν μπορεί να διαφέρει πολύ από τα δεύτερης γενιάς αντιψυχωσικών φαρμάκων, τα πλεονεκτήματα των χαμηλότερων ποσοστών των εξωπυραμιδικών ανεπιθύμητων ενεργειών, είναι η όψιμη δυσκινησία, και, ενδεχομένως, η υποτροπή μπορεί να ευνοήσει δεύτερης γενιάς αντιψυχωσικά. Ωστόσο, κατά την εξέταση καθεμιάς από τις δυσμενείς επιπτώσεις αντιψυχωτικών φαρμάκων, η διαφοροποίηση σε πρώτης και δεύτερης γενιάς δεν μπορεί να ευδοκιμήσει, και μια πιο διαφοροποιημένη άποψη και επιλογή θεραπείας είναι απαραίτητη. Μέχρι σήμερα, η κλοζαπίνη είναι η μόνη τεκμηριωμένη θεραπεία για τους ασθενείς, καθώς και ο ρόλος

των αντιψυχωσικών και άλλες στρατηγικές επέκτασης παραμένει ασαφής, στην καλύτερη περίπτωση.

8) Schizophrenia personality disorder inside and outside the schizophrenic spectrum.

The concept of schizotypal personality disorder has been heavily discussed since its introduction into the official classification of mental disorders in DSM III. The aim of this study was to investigate the difference between schizotypal personality disorder within and outside the genetic spectrum of schizophrenia. Schizotypals with and without schizophrenic cotwins and first-degree relatives were compared, with individuals with other mental disorders and no mental disorders as controls. It appeared that only inadequate rapport and odd communication were more pronounced among schizotypals within, compared to schizotypals outside the schizophrenic spectrum. Schizotypals outside the schizophrenic spectrum however, scored higher than schizotypals inside the schizophrenic spectrum on ideas of reference, suspiciousness, paranoia, social anxiety, self-damaging acts, chronic anger, free-floating anxiety and sensitivity to rejection. Interestingly, the four last features are seldom observed among schizotypals inside the schizophrenic spectrum. Monozygotic non-schizophrenic cotwins of schizophrenic score high on inadequate rapport, odd communication, social isolation and delusions/hallucinations. Monozygotic non schizophrenic cotwins of scizotypals outside the schizophrenic genetic spectrum score high on illusions, depersonalization, derealization and magical thinking. Negative schizotypal features appear to be inside the schizophrenic spectrum, while positive borderline-like features are outside having another genetic endowment.

Torgersen S, 2010

Σχιζοτυπικές διαταραχές της προσωπικότητας μέσα και έξω από το σχιζοφρενικό κάτοπτρο.

Περίληψη

Η έννοια της σχιζότυπης διαταραχής της προσωπικότητας έχει έντονα συζητηθεί από την εισαγωγή στην επίσημη ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών στο DSM-III. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η διαφορά μεταξύ σχιζότυπης διαταραχής της προσωπικότητας μέσα και έξω

από το γενετικό φάσμα της σχιζοφρένειας. Σχιζότυπη με και χωρίς σχιζοφρενικές τάσεις και συγγενείς πρώτου βαθμού συγκρίθηκαν με άτομα με άλλες ψυχικές διαταραχές και άτομα που δεν είχαν ψυχικές διαταραχές ως μάρτυρες. Φαίνεται ότι μόνο η ανεπαρκής και περίεργη ανακοίνωση, ήταν μεγαλύτερη μεταξύ των σχιζοτυπικών μέσων, σε σύγκριση με σχιζοτυπικούς έξω από το σχιζοφρενικό φάσμα. Σχιζοτυπικοί έξω από το σχιζοφρενικό του φάσματος, ωστόσο, σημείωσαν υψηλότερες από τους σχιζοτυπικούς μέσα στο σχιζοφρενικό φάσμα στις ιδέες της αναφοράς, την καχυποψία, παράνοια, κοινωνικό άγχος, αυτο-καταστροφικές πράξεις, χρόνιο θυμό, ελεύθερη διακύμανση του άγχους και την ευαισθησία στην απόρριψη. Είναι ενδιαφέρον, ότι τα τέσσερα τελευταία χαρακτηριστικά σπάνια παρατηρήθηκαν μεταξύ των σχιζοτυπικών μέσα στο σχιζοφρενικό φάσμα. Μονοζυγωτική με σχιζοφρενική τάση των σχιζοφρενών παρουσιάζουν υψηλές επιδόσεις όσον ανεπάρκεια, περίεργη ανακοίνωση, η κοινωνική απομόνωση και παραλήρημα/παραισθήσεις. Μονοζυγωτικά με σχιζοφρενική τάση του σχιζοτυπικού έξω από το σχιζοφρενικό φάσμα και γενετικό σκορ με υψηλές ψευδαισθήσεις, αποπροσωποποίηση και μαγική σκέψη. Αρνητικά σχιζότυπα χαρακτηριστικά φαίνεται να είναι μέσα στο σχιζοφρενικό φάσμα.

9) The environment and susceptibility to schizophrenia

In the present article the putative role of environment factors in schizophrenia is reviewed and synthesized. Accumulating evidence from recent studies suggests that environment exposures may play a more significant role in the etiopathogenesis of this disorder than previously thought. This expanding knowledge base is largely a consequence of refinements in the methodology of epidemiologic studies, including birth cohort investigations, and in preclinical research that has been inspired by the evolving literature on animal models of environmental exposures. This paper is divided into four sections. In the first, the descriptive epidemiology of schizophrenia is reviewed. This includes general studies on incidence, prevalence, and differences in these measures by urban-rural, neighborhood, migrant, and season of birth status, as well as time trends. In the second section, we discuss the contribution of environmental risk factors acting during fetal and perinatal life; these include infections {e.g. rubella, influenza, *Toxoplasma gondii* (*T. gondii*), herpes simplex virus type 2 (HSV-2)}, nutritional deficiencies (e.g., famine, folic acid,

iron, vitamin D), paternal age, fetal/neonatal hypoxic and other obstetric insults and complications, maternal stress and other exposures {e.g. lead, rhesus (Rh) incompatibility, maternal stress}. Other putative neurodevelopmental determinants, including cannabis, socioeconomic status, trauma and infections during childhood and adolescence are also covered. In the third section, these findings are synthesized and their implications for prevention and uncovering biological mechanisms, including oxidative stress, apoptosis, and inflammation, are discussed. Animal models, including maternal immune activation, have yielded evidence suggesting that these exposures cause brain and behavioral phenotypes that are analogous to findings observed in patients with schizophrenia. In the final section, future studies including new, larger, and more rigorous epidemiologic investigations, and research on translation and clinical neuroscience, gene-environment interactions, epigenetics, developmental trajectories and windows of vulnerability, are elaborated upon. These studies are aimed at confirming observed risk factors, identifying new environmental exposures, elucidating developmental mechanisms, and shedding further light on genes and exposures that may not be identified in the absence of these integrated approaches. The study of environmental factors in schizophrenia may have important implications for the identification of causes and prevention of this disorder, and offers the potential to complement, and refine, existing efforts on explanatory neurodevelopmental models.

Brown As, 2010

10) Το περιβάλλον και η ευαισθησία στη σχιζοφρένεια.

Στον παρόν άρθρο του πιθανού ρόλου των περιβαλλοντικών παραγόντων στη σχιζοφρένεια επανεξετάζεται και συνθέτουμε: Συσσωρευμένα στοιχεία από πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η περιβαλλοντική έκθεση μπορεί να διαδραματίσει έναν πιο σημαντικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια της νόσου αυτής από ό, τι εθεωρείτο μέχρι σήμερα. Αυτή η επέκταση της βάσης γνώσεων είναι σε μεγάλο βαθμό στη βελτίωση στη μεθοδολογία των επιδημιολογικών μελετών, συμπεριλαμβανομένων ερευνών κλάση γέννησης, και προκλινική έρευνα που έχει εμπνευστεί από την εξελισσόμενη βιβλιογραφία σχετικά με τα ζωικά μοντέλα της περιβαλλοντικής έκθεσης. Το παρόν έγγραφο χωρίζεται σε τέσσερα τμήματα. Στη πρώτη, η περιγραφική

επιδημιολογία της σχιζοφρένειας είναι αναθεωρημένη. Αυτό περιλαμβάνει γενικές μελέτες σχετικά με την επίπτωση, τον επιπολασμό και τις διαφορές στα μέτρα αυτά από τις αστικές και αγροτικές περιοχές, τη γειτονιά, τους μετανάστες, και την εποχή του καθεστώτος του τοκετού, καθώς και την εξέλιξη του χρόνου. Στο δεύτερο μέρος, θα συζητηθεί η συμβολή των περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνων που ενεργούν κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής και περιγεννητικής ζωής. Αυτοί περιλαμβάνουν λοιμώξεις {π.χ. ευθράς, της γρίπης, το τοξόπλασμα gondii (T. Gondii), έρπητος απλός ιός τύπου 2 (HSV-2)}, διατροφικές ελλείψεις (π.χ. η πείνα, φολικό οξύ, σίδηρο, βιταμίνη D), η πατρική ηλικία, η εμβρυϊκή/νεογνική υποoxia και άλλες μαιευτικές ύβρεις και επιπλοκές, στρες της μητέρας και άλλα χρηματοδοτικά ανοίγματα (π.χ. μόλυβδου, ρέζους (Rh), το ασυμβίβαστο της μητέρας} στρες. Άλλοι καθοριστικοί νευροαναπτυξιακοί παράγοντες συμπεριλαμβανομένων της κάνναβης, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το τραύμα, και οι λοιμώξεις κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας καλύπτονται επίσης. Στην Τρίτη ενότητα, αυτά τα ευρήματα συνοψίζονται και συζητούνται οι επιπτώσεις τους για την πρόληψη και αποκαλύπτει βιολογικούς μηχανισμούς, συμπεριλαμβανομένης του οξειδωτικού στρες, η απόπτωση και η φλεγμονή. Ζωικά μοντέλα, συμπεριλαμβανομένων τη μητρική ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος, έχουν αποδώσει στοιχεία που δείχνουν ότι τα ανοίγματα αυτά προκαλούν φαινότυπο του εγκεφάλου της συμπεριφοράς που είναι ανάλογες με τα ευρήματα και παρατηρήθηκαν σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Στο τελευταίο κεφάλαιο, οι μελλοντικές μελέτες συμπεριλαμβανομένων των νέων, μεγαλύτερων και πιο αυστηρές έρευνες επιδημιολογικές, και την έρευνα για τη μεταγραφική και κλινική νευροεπιστήμη, αλληλεπιδράσεις των γονιδίων-περιβάλλοντος, επιγενετική, την αναπτυξιακή πορεία και τα παράθυρα του ευάλωτου, είναι ακριβή. Οι μελέτες αυτές αποσκοπούν στην επιβεβαίωση και παρατηρούνται παράγοντες κινδύνου, τον εντοπισμό νέας περιβαλλοντικής έκθεσης, αποσαφήνιση των αναπτυξιακών μηχανισμών, και ρίχνει περαιτέρω φως σε γονίδια και σε ανοίγματα που δεν μπορούν να εντοπιστούν στην απουσία των εν λόγω ολοκληρωμένων προσεγγίσεων. Η μελέτη των περιβαλλοντικών παραγόντων στη σχιζοφρένεια μπορεί να έχουν σημαντικές επιπτώσεις για τον εντοπισμό των αιτίων και την πρόληψη αυτής της διαταραχής και προσφέρει τη

δυνατότητα να συμπληρώνει, και βελτιώνει υπάρχουσες προσπάθειες για τα αιτιολογικά νευροαναπτυξιακά μοντέλα.

10) Home-visit nurses' attitudes for providing effective assistance to clients with schizophrenia.

Abstract

There were two objectives of this study. The first was to identify the attitudes of home-visit nurses towards clients with schizophrenia that lead to the provisions of effective care and positive client outcomes for clients with schizophrenia. The second was to develop a framework to understand how nurses acquire nursing attitudes that lead to such provisions. Seven expert home-visit nurses who had successfully prevented rehospitalization of clients with schizophrenia for more than 2 years were interviewed. In the semistructured interviews, the nurses described their experiences in assisting one or two clients. Data were analyzed qualitatively. The central theme was having equal footing with the client. an effective nursing attitude was acquired through recognizing one's own preconceptions of clients with schizophrenia through two steps: encountering unexpected client behaviours and becoming aware of one's problematic care. For these clients, it was essential that the nurses on their preconceptions towards clients with schizophrenia and after these preconceptions by working with the clients and believing in their innate ability to live in the community. The findings suggest that the field of mental health home-visit nursing might benefit from adding these educational components in order to cultivate effective nursing attitudes for assisting clients with schizophrenia.

Katakura N, Yamamoto-Mitani N, Ishigaki K.

PMID: 20167647 {PubMed- in process}

Περίληψη

Οι στάσεις των οικιακών νοσηλευτριών απέναντι στην παροχή αποτελεσματικής βοήθειας στους ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Η παρούσα έρευνα είχε δύο στόχους. Πρώτον, να προσδιορίσει τις στάσεις των οικιακών νοσηλευτριών απέναντι στους ασθενείς με σχιζοφρένεια που οδηγούν στην παροχή αποτελεσματικής φροντίδας και στα θετικά για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια αποτελέσματα φροντίδας. Δεύτερον, να αναπτύξει ένα πλαίσιο κατανόησης του πώς οι νοσηλεύτριες αποκτούν τις νοσηλευτικές

στάσεις εκείνες που οδηγούν σε μια τέτοιου είδους παροχή φροντίδας. Επτά ειδικευμένες οικιακές νοσηλεύτριες που είχαν με επιτυχία αποτρέψει την επάνοδο των ασθενών με σχιζοφρένεια στο νοσοκομείο για περισσότερο από δύο χρόνια προσήλθαν σε συνέντευξη. Στις ημι-δομημένες συνεντεύξεις, οι νοσηλεύτριες περιέγραψαν τις εμπειρίες τους στη φροντίδα ενός ή δύο ασθενών. Τα δεδομένα αναλύθηκαν ποσοτικά. Η κεντρική παράμετρος ήταν η ισότιμη σχέση με τον ασθενή. Μια αποτελεσματική νοσηλευτική στάση διαμορφωνόταν μέσω της αναγνώρισης από τους νοσηλευτές των προϋποθέσεων τους σχετικά με τους ασθενείς με σχιζοφρένεια, μέσα από δύο βήματα: της αντιμετώπισης των απροσδόκητων συμπεριφορών των ασθενών και της επίγνωσης της προβληματικής φροντίδας. Για αυτούς τους ασθενείς, ήταν ουσιαστικής σημασίας το να αναλογίζονται οι νοσηλεύτριες τους προϋποθέσεις τους απέναντι στους ασθενείς με σχιζοφρένεια και να μεταβάλλουν αυτούς τους προϋποθέσεις μέσα από την εργασία με τους ασθενείς και την πεποίθηση στην εγγενή κοινότητά τους να ζήσουν μέσα στην κοινότητα. Τα ευρήματα συνηγορούν στο ότι ο χώρος της οικιακής νοσηλείας ψυχικής υγείας μπορεί να ωφεληθεί να ληφθούν υπόψη αυτά τα εκπαιδευτικά στοιχεία, ώστε να καλλιεργήσει αποτελεσματικές στρατηγικές νοσηλείας για να βοηθήσει ασθενείς με σχιζοφρένεια

Γ' ΜΕΡΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- *Μαδιανός Μ. (2003) Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη*
- *Μαδιανός Μ και Συν. (2000). Οδηγός Υπηρεσίας Ψυχικής Υγείας και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Υποστήριξης.*
- *Παπαγεωργίου Ευάγγελος Γ. (1991)- Ψυχιατρική. Ιατρικές εκδόσεις*
- *Ραγιά Αφροδίτη Χρ. (1993). Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*
- *Σολδάτος Κ. & Λύκουρας Λ. (2007). Συγγράμματα Ψυχιατρικής τόμος Β', εκδόσεις Βήτα*
- *Στεφανής Κ. & συνεργάτες (1991). Θέματα Ψυχιατρικής*
- *Χαρτοκόλλης Πέτρος (1991). Εισαγωγή στην Ψυχιατρική, εκδόσεις Θεμέλιο*

- Bradsly G. et al. (2000). *The Concert and Measured A Dependent Variable in Evaluation of Mental Health Services*. New York Academic Press.
- Edwards BG, Barch DM, Braver TS. (2010) *Improving prefrontal cortex function in schizophrenia through focused training of cognitive control*. *Front Hum Neurosci*. 26;4:32
- Katakura N, Yamamoto-Mitani N, Ishigaki K.(2010). *Home-visit nurses attitudes for providing effective assistance to clients with schizophrenia*.
- Papastavrou E, Charalambos A, Tsangari H, Karayiannis G. (2010). *The cost of caring: the relative with schizophrenia*.
- Van OS J, Kapur S(2009). Department of Psychiatry and Psychology, South Limburg Mental Health Research and Teaching Network, EURON, Maastricht University Medical Centre, Netherlands.
- Cohen As, Minor KS, Najolia GM(2010). *The Psychiatric Symptomatology of deficit schizophrenia: a meta-analysis*.
- Abel Km (2010). *Evidence suggests sex differences in schizophrenia reflect differences*.
- Megrath (2010). *Prescriptive Authority for Psychologists*.
- Seeman MV (2010). *Psychology*
- Huadze A (2010). *Parenting issues in mothers with schizophrenia*.
- Kane Jm (2010). *Utilization of intensive care resources due to better communication*.
- Torgersen S.(2010). *A family medicine specialist*.
- Brown As. (2010). *“schizophrenia and freedom”*.