

Σχιζοφρένεια



Γιώργος Ανωγειανάκης
καθηγητής Φυσιολογίας,
Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Μαρία Καραγιαννίδου,
Ψυχολόγος, B.Sc. Middlesex
Univ., M.Sc. Univ. of Sheffield

Βασίλειος Παπαλιάγκας,
Ιατρός, Διδάκτωρ Ιατρικής
Σχολής ΑΠΘ

INTERREG III

Κοινοτική Πρωτοβουλία
INTERREG III/CARDS
Ελλάδα - Αλβανία

Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι μία σοβαρή ψυχική διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από έλλειψη επαφής με την πραγματικότητα (ψύχωση), ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες (εξωπραγματικές ιδέες), παράλογες σκέψεις και αδυναμία λειτουργικότητας στην εργασία και στην κοινωνία.

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο. Η παγκόσμια συχνότητα της φαίνεται ότι είναι λίγο πιο κάτω από το 1%, μολονότι έχουν εντοπισθεί περιοχές με υψηλότερη ή χαμηλότερη συχνότητα. Η σχιζοφρένεια είναι πιο συνήθης από τη νόσο του Alzheimer, το διαβήτη ή τη σκλήρυνση κατά πλάκας.

Επιδημιολογία

Στις αναπτυγμένες κοινωνίες περίπου 1 άτομο στα 100 θα αναπτύξει σχιζοφρένεια κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής του. Σε όλες τις κοινωνικές και τις γεωγραφικές περιοχές η συχνότητα είναι ίδια παγκοσμίως. Επίσης εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα σε άντρες και σε γυναίκες. Τα δυο φύλα διαφέρουν απλά στην έναρξη και τη διαδρομή της νόσου. Η έναρξη είναι πιο πρώιμη στους άντρες παρά στις γυναίκες.

Αιτιολογία

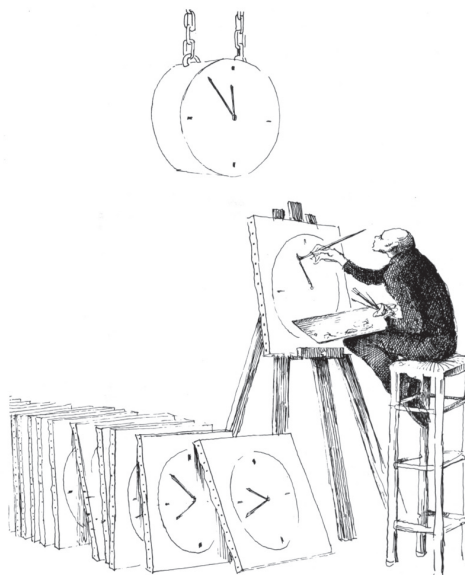
Μολονότι δεν είναι γνωστές οι ειδικές αιτίες της σχιζοφρένειας, η διαταραχή έχει μία σαφώς βιολογική βάση. Πολλοί ειδικοί αποδέχονται το μοντέλο «ευπάθειας-στρες», σύμφωνα με το οποίο η σχιζοφρένεια θεωρείται ότι εμφανίζεται σε ανθρώπους βιολογικά επιρρεπείς. Είναι άγνωστο τι είναι αυτό που κάνει ένα άτομο ευάλωτο στη σχιζοφρένεια, αλλά μπορεί να πρόκειται για γενετική προδιάθεση, για προβλήματα που συνέβησαν προ, κατά ή μετά τη γέννησή του ή για ιογενή λοίμωξη του εγκεφάλου. Γενικές ενδείξεις της ευπάθειας είναι η δυσχέρεια στην επεξεργασία των πληροφοριών, η αδυναμία προσήλωσης της προσοχής, η μειωμένη ικανότητα να συμπεριφέρεται κατά τρόπο κοινωνικά αποδεκτό και η αδυναμία γενικά να αντιμετωπίζει προβλήματα. Στο μοντέλο αυτό, τα στρες από το περιβάλλον, όπως στενόχωρα γεγονότα της ζωής ή προβλήματα χρήσης ναρκωτικών, πυροδοτούν την έναρξη και την υποτροπή της σχιζοφρένειας στα ευπαθή άτομα.

Στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας έχουν εμπλακεί πολλοί παράγοντες όπως περιβαλλοντικοί παράγοντες, βιολογικοί, γενετικοί παράγοντες (οι συγγενείς ατόμων με σχιζοφρένεια έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου σε σχέση με τους υπόλοιπους), και λοιμώξεις όπως

π.χ. οι ιογενείς λοιμώξεις κατά την εγκυμοσύνη (γρίπη).

Διάγνωση

Δεν υπάρχει ειδική εξέταση για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Ο ψυχίατρος θέτει τη διάγνωση βασίζόμενος σε μία προσεκτική εκτίμηση των συμπτωμάτων και του ιστορικού. Για να υποστηρίξουν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας, τα συμπτώματα πρέπει να επιμένουν επί 6 μήνες τουλάχιστο και να συσχετίζονται με σημαντική πτώση της απόδοσης στη δουλειά, στο σχολείο ή στην κοινωνική ζωή. Συχνά είναι σημαντικές οι πληροφορίες που λαμβάνονται από την οικογένεια, από φίλους ή από διδασκάλους, προκειμένου να προσδιοριστεί πότε άρχισε η πάθηση. Ο γιατρός θα αποκλείσει την περίπτωση τα ψυχωτικά συμπτώματα του ασθενούς να οφείλονται σε κάποια διαταραχή της ψυχικής διάθεσης. Συχνά γίνονται εργαστηριακές εξετάσεις για να αποκλειστεί η κατάχρηση ουσιών ή μία υποκείμενη οργανική, νευρολογική ή ενδοκρινική νόσος, η οποία μπορεί να έχει χαρακτηριστικά της ψύχωσης. Παραδείγματα τέτοιων νόσων είναι οι όγκοι του εγκεφάλου,



η νόσος του Huntington η ηπατοπάθεια και οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις σε φάρμακα.

Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν διαταραχές του εγκεφάλου που είναι ορατές σε μία αξονική (CT) ή μαγνητική (MRI) τομογραφία. Πάντως, οι βλάβες είναι ελάχιστα ειδικές για να βοηθήσουν στη διάγνωση της σχιζοφρένειας.

Κλινική εικόνα

Σύμφωνα με τα κριτήρια DSM-IV για να θεωρηθεί ένα άτομο ότι πάσχει από σχιζοφρένεια πρέπει να παρουσιάζει τα εξής στοιχεία:

1. Χαρακτηριστικά συμπτώματα (2 ή περισσότερα από τα παρακάτω), κάθε ένα από τα οποία να διαρκεί πάνω από 1 μήνα
 - Παραληρητικές ιδέες
 - Ψευδαισθήσεις
 - Αποδιοργανωμένος λόγος
 - Αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
 - Αρνητικά συμπτώματα
2. Κοινωνική λειτουργικότητα: Για ένα σημαντικό

χρονικό διάστημα από την αρχή της διαταραχής, μια ή περισσότερες βασικές περιοχές λειτουργίας όπως η εργασία και οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι σε βαθμό μικρότερο από αυτόν πριν την έναρξη της νόσου.

3. Διάρκεια: Συνεχή σημεία της διαταραχής αυτής διατηρούνται για τουλάχιστον 6 μήνες. Η περίοδος αυτή πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον 1 μήνα από συμπτώματα που συμφωνούν με το πρώτο κριτήριο διάγνωσης της σχιζοφρένειας (χαρακτηριστικά συμπτώματα κλπ)
4. Αποκλεισμός της σχιζοειδούς διαταραχής και της διαταραχής του θυμικού
5. Η διαταραχή δεν οφείλεται στα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας ουσίας ή σε μια γενικευμένη ιατρική πάθηση.

Η συνηθέστερη ηλικία έναρξης της σχιζοφρένειας είναι μεταξύ 18 και 25 ετών για τους άνδρες και μεταξύ 26 και



45 ετών για τις γυναίκες. Ωστόσο, δεν είναι σπάνια η έναρξη στην παιδική ηλικία ή στην αρχή της εφηβείας ή αργά στη ζωή. Η έναρξη μπορεί να είναι απότομη, μέσα σε περίοδο ημερών ή εβδομάδων, ή αργή και ύπουλη, μέσα σε μια περίοδο ετών.

Οι λειτουργίες οι οποίες επηρεάζονται κατά τη σχιζοφρένεια είναι οι εξής:

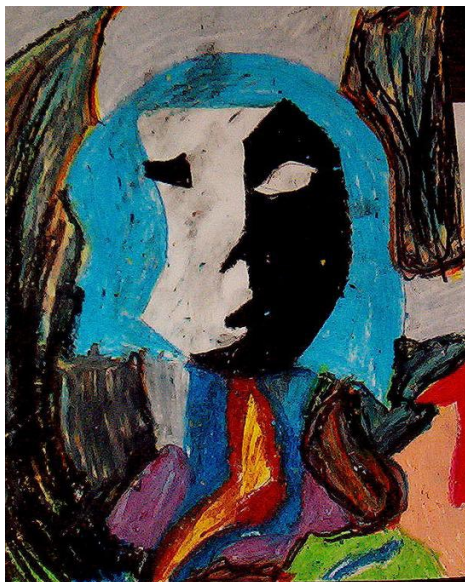
Σκέψη: Οι διαταραχές της σκέψης αφορούν την αποδιοργάνωση της σκέψης, η οποία γίνεται εμφα-

νής όταν η ομιλία είναι φλύαρη, πηδά από το ένα θέμα στο άλλο και χάνει τον προσανατολισμό της. Η ομιλία μπορεί να έχει μικρή αποδιοργάνωση ή να είναι εντελώς ασυνάρτητη και ακατάληπτη. Η παράδοση συμπεριφορά μπορεί να πάρει τη μορφή παιδικών ανοησιών, διέγερσης ή ατημέλητης εμφάνισης και πλημμελούς καθαριότητας ή διαγωγής. Η κατατονική κινητική συμπεριφορά είναι μία ακραία μορφή παράδοξης συμπεριφοράς κατά την οποία το άτομο διατηρεί μία άκαμπτη σχάση και αντιστέκεται στις προσπάθειες μετακίνησης του ή, αντίθετα, παρουσιάζει άσκοπη και άκαιρη κινητικότητα. Εμφανί-

ζονται παραληρητικές και παρανοϊκές ιδέες, ενώ οι ιδέες μεγαλείου δεν είναι σπάνιες. Η ανακοπή της σκέψης είναι χαρακτηριστική για τη σχιζοφρένεια και δίνει την εικόνα μια απότομης και παροδικής στάσης ή αποκλεισμού στη ροή των ιδεών.

Αντίληψη: Οι πιο χαρακτηριστικές διαταραχές της αντίληψης είναι οι ψευδαισθήσεις και ιδιαίτερα οι ακουστικές. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι διάφοροι ήχοι, χαρακτηριστικές όμως θεωρούνται οι φωνές που ακούει ο ασθενής να προέρχονται μέσα από το κεφάλι του ή από έξω και που είτε τον σχολιάζουν είτε εφόσον είναι περισσότερες από μια συζητούν μεταξύ τους ή του δίνουν εντολές. Οι τελευταίες είναι πολύ επικίνδυνες γιατί μπορεί να τον διατάξουν να κάνει κακό στον εαυτό του ή σε άλλους. Οι οπτικές ψευδαισθήσεις είναι λιγότερο συχνές, αλλά όχι σπάνιες.

Συναίσθημα: Παρατηρείται συχνά μη κατάλληλο ανάλογα με τις περιστάσεις ή επίπεδο συναίσθημα. Ο ασθενής είναι αδιάφορος και απαθής και παρουσιάζει κενότητα, ρηχότητα και επιπολαιότητα.



Διαταραχές βούλησης, τάσης για ενέργεια: Παρατηρείται αμφιθυμία (ανάμεικτες εκδηλώσεις αγάπης και μίσους) και αμφιβουλησία (ταυτόχρονη επιθυμία για δράση και τάση για ενέργεια). Η απουσία της βούλησης έχει σαν αποτέλεσμα την κατάργηση της μυϊκής αντίστασης, και την λεγόμενη «κηρώδη ευκαμψία».

Τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας περιλαμβάνουν αμβλύτητα του συναισθήματος, φτώχεια του λόγου, ανηδονία και αντικοινωνικότητα. Η αμβλύτητα του συναισθήματος αναφέρεται στην άμβλυνση των συναισθημα-

τικών αντιδράσεων. Το άτομο μπορεί να έχει ανέκφραστο πρόσωπο και, βλέμμα, χωρίς εκφραστικότητα των συναισθημάτων. Γεγονότα που θα έκαναν ένα φυσιολογικό άτομο να γελάσει ή να κλάψει δεν προκαλούν πλέον καμία αντίδραση. Η φτώχεια του λόγου αναφέρεται σε μία ελάττωση των σκέψεων που αντικατοπτρίζεται στη μειωμένη ποσότητα του. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις είναι λακωνικές, με μία ή δύο λέξεις, δίνοντας την εντύπωση εσωτερικής κενότητας. Ανηδονία είναι η μειωμένη ικανότητα να αισθανθεί ευχαρίστηση, ενώ το άτομο δεν βρίσκει ενδιαφέρον στις προηγούμενες ασχολίες και σπα-

ταλά περισσότερο χρόνο σε άσκοπες δραστηριότητες. Η αντικοινωνικότητα αναφέρεται στην έλλειψη ενδιαφέροντος για σχέσεις με άλλους ανθρώπους. Αυτά τα αρνητικά συμπτώματα συχνά συνδυάζονται με μια γενική έλλειψη κινήτρων, σκοπών και στόχων.

Τύποι σχιζοφρένειας

Σύμφωνα με τα κριτήρια DSM-IV, η σχιζοφρένεια παρουσιάζει διάφορους επιμέρους τύπους:

Παρανοϊκός Τύπος: Τύπος σχιζοφρένειας στον οποίο πληρούνται τα παρακάτω κριτήρια:

1. Έντονη ενασχόληση με μία ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις.
2. Δεν προεξέχει κανένα από τα παρακάτω: αποδιοργανωμένος λόγος, αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά ή επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα.

Οι παρανοϊκοί σχιζοφρενικοί μπορεί να λειτουργούν ικανοποιητικά σε κοινωνικές και επαγγελματικές καταστάσεις, που δεν διεγείρουν τους παρανοϊκούς τους φόβους. Έτσι, μπορεί να είναι παντρεμένοι, να έχουν παιδιά και να εργάζονται. Η έναρξη αυτού του τύπου συμβαίνει συνήθως αργότερα στη ζωή απ' ότι των άλλων τύπων και τα

χαρακτηριστικά του γίνονται πιο σταθερά με το πέρασμα του χρόνου.

Οι παραληρητικές ιδέες είναι τυπικά δίωξης ή μεγαλείου, αν και παραληρητικές ιδέες με άλλα θέματα, π.χ. ζήλεια, θρησκεία, μπορεί να εμφανισθούν. Οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να είναι πολλαπλές, αλλά συνήθως οργανώνονται γύρω από ένα συγκεκριμένο θέμα. Οι παραληρητικές ιδέες δίωξης μπορεί να προδιαθέσουν το άτομο για αυτοκτονία και ο συνδυασμός παραληρητικών ιδεών δίωξης και μεγαλείου μαζί με θυμό μπορεί να προδιαθέσουν για βία. Η έναρξη της μορφής αυτής είναι πιο όψιμη από τις άλλες και η πρόγνωση της είναι ευνοικότερη.

Αποδιοργανωμένος Τύπος: Τύπος σχιζοφρένειας στον οποίο πληρούνται τα παρακάτω κριτήρια:

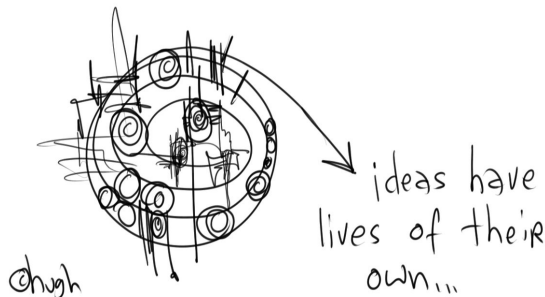
1. Προεξέχουν όλα τα παρακάτω:
 - αποδιοργανωμένος λόγος
 - αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
 - επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα
2. Δεν πληρούνται τα κριτήρια Κατατονικού Τύπου.

Είναι ταυτόσημος με την παλαιότερα αναφερόμενη ως ήβηφρενική μορφή. Την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και τον αποδιοργανωμένο λόγο μπορεί να συνοδεύσουν ανόητη συμπεριφορά και αναίτιο γέλιο. Υπάρχουν συχνές

παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις, οι οποίες όμως δεν είναι οργανωμένες. Συνήθως υπάρχει προνοσηρή διαταραχή της προσωπικότητας, πρώιμη και ύπουλη έναρξη και χρόνια πορεία χωρίς σημαντική ύφεση.

Κατατονικός Τύπος: Τύπος σχιζοφρένειας στην κλινική εικόνα του οποίου κυριαρχούν δύο τουλάχιστον από τα παρακάτω:

1. κινητική ακινησία όπως γίνεται φανερό με καταληψία (συμπεριλαμβανομένης και της κηρώδους ευκαμψίας) ή με εμβροντησία (stupor). Η καταληψία είναι η άκαμπτη διατήρηση μιας θέσης του σώματος για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η κηρώδης ευκαμψία, είναι η εντύπωση που δίνεται κατά τις κινήσεις των μελών του σώματος από τον εξεταστή, ότι αυτά μοιάζουν σαν να είναι από κερί, καθώς παραμένουν στη θέση που τα μετακίνησε
2. υπερβολική κινητική δραστηριότητα (που είναι εμφανώς άσκοπη και δεν επηρεάζεται από εξωτερικά ερεθίσματα)
3. ακραίος αρνητισμός (προβολή αντίστασης που προφανώς δεν έχει κανένα



κίνητρο σε κάθε εντολή ή διατήρηση δύσκαμπτης στάσης σε κάθε προσπάθεια μετακίνησης) ή αλαλία

4. ιδιορρυθμίες των εκούσιων κινήσεων όπως γίνονται φανερές από στάσεις του σώματος (εκούσια λαμβανόμενες απρόσφορες ή αλλόκοτες στάσεις), στερεότυπες κινήσεις, ή έκδηλους μορφασμούς
5. ηχολαλία ή ηχοπραξία. Η ηχολαλία είναι η επανάληψη σαν ηχώ (ή σαν ομιλία παπαγάλου) από τον ασθενή αυτών που λέει κάποιο άλλο άτομο. Η ηχοπραξία είναι η επαναληπτική μίμηση από τον ασθενή των κινήσεων ενός άλλου ατόμου

Κατά τη διάρκεια του κατατονικού stupor ή της κατατονικής διέγερσης το άτομο χρειάζεται προσεκτική παρακολούθηση για να μη βλάψει τον εαυτό του ή τους άλλους και μπορεί να χρειασθεί ιατρική φροντίδα λόγω μη λήψης τροφής, εξάντλησης, και κινδύνου αυτοτραυματισμού κτλ. Η μορφή αυτή της σχιζοφρένειας είναι σπάνια.

Αδιαφοροποίητος Τύπος: Τύπος σχιζοφρένειας στον οποίο υπάρχουν συμπτώματα που πληρούν το

το πρώτο κριτήριο διάγνωσης της σχιζοφρένειας (χαρακτηριστικά συμπτώματα κλπ) αλλά δεν πληρούνται τα κριτήρια του Παρανοϊκού, Αποδιοργανωμένου ή Κατατονικού Τύπου.

Υπολειμματικός Τύπος: Τα διαγνωστικά κριτήρια του Υπολειμματικού Τύπου κατά DSM-IV είναι:τα εξής:

1. Απουσιάζουν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος και έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά.
2. Υπάρχουν σημεία που δείχνουν ότι η διαταραχή συνεχίζεται, όπως φαίνεται από την παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων ή δύο ή περισσότερων συμπτωμάτων από αυτά που αναφέρονται στο το πρώτο κριτήριο διάγνωσης της σχιζοφρένειας (χαρακτηριστικά συμπτώματα κλπ), που είναι παρόντα με εξασθενημένη μορφή (π.χ. παράξενες πεποιθήσεις, ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες).

Όπως φαίνεται, λοιπόν, από τα κριτήρια, ο τύπος αυτός αναφέρεται στις περιπτώσεις που έχει υπάρξει τουλάχιστον ένα επεισόδιο σχιζοφρένειας, αλλά στην τωρινή κλινική εικόνα δεν υπάρχουν έντονα ψυχωτικά συμπτώματα, ενώ υπάρχουν αρνητικά συμπτώματα ή εξασθενημένα θετικά.

Πρόγνωση

Επί ένα μικρό χρονικό διάστημα (1 έτους), η πρόγνωση της σχιζοφρένειας έχει στενή σχέση με το πόσο καλά συμμορφώνεται ο ασθενής με το πρόγραμμα της φαρμακοθεραπείας. Χωρίς φαρμακευτική αγωγή, το 70-80% των ατόμων που πέρασαν ένα επεισόδιο σχιζοφρένειας θα υποτροπιάσουν μέσα στους επόμενους 12 μήνες και θα έχουν νέο επεισόδιο. Τα φάρμακα, όταν λαμβάνονται συνεχώς, μπορούν να μειώσουν τα ποσοστά των υποτροπών κατά 30% περίπου.

Για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα, η πρόγνωση της σχιζοφρένειας ποικίλλει. Γενικά, το ένα τρίτο των πασχόντων παρουσιάζει σημαντική και μακροχρόνια βελτίωση, το ένα τρίτο παρουσιάζει κάποια βελτίωση με διαλείπουσες υποτροπές και υπολειμματική αναπηρία, και το ένα τρίτο παρουσιάζει βαριά και μόνιμη ανικανότητα.

Οι παράγοντες που έχουν σχέση με καλή πρόγνωση είναι η αιφνίδια έναρξη της νόσου, η μεγαλύτερη ηλικία κατά την έναρξη, το καλό επίπεδο των δεξιοτήτων και των επιτευγμάτων πριν εμφανιστεί η νόσος και ο παρανοϊκός ή μη ελλειμματικός υπότυπος της νόσου. Παράγοντες που έχουν σχέση με κακή πρόγνωση είναι η μικρή ηλικία κατά την έναρξη της νόσου, η κακή κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση πριν εμφανιστεί η νόσος, ένα οικογενει-

ακό ιστορικό σχιζοφρένειας και ο ηβηφρενικός ή ελλειμματικός υπότυπος της νόσου.

Η σχιζοφρένεια έχει σχέση με 10% περίπου κίνδυνο αυτοκτονίας. Κατά μέσο όρο, η σχιζοφρένεια συντομεύει τη διάρκεια ζωής των πασχόντων κατά 10 χρόνια περίπου.

Θεραπεία

Τα τρία κύρια στοιχεία της θεραπείας είναι τα αντιψυχωτικά φάρμακα, η αγωγή αποκατάστασης και κοινωνικής υποστήριξης και η ψυχοθεραπεία.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα ελαττώνουν ή εξαφανίζουν συμπτώματα όπως οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις και η αποδιοργανωμένη σκέψη. Μετά την υποχώρηση των οξέων συμπτωμάτων, η συνεχής χρήση αντιψυχωτικών φαρμάκων απομακρύνει αισθητά την πιθανότητα μελλοντικών επεισοδίων. Δυστυχώς, τα αντιψυχωτικά φάρμακα έχουν σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως καταστολή, μυϊκή δυσκαμψία, μυϊκό τρόμο και αύξηση του βάρους. Τα φάρμακα αυτά μπορούν επίσης να προ-



καλέσουν όψιμη δυσκινησία, μία διαταραχή με ακούσιες κινήσεις, όπως σούφρωμα των χειλιών και της γλώσσας ή συσπάσεις των βραχιόνων και των κνημών. Η όψιμη δυσκινησία μπορεί να μην υποχωρήσει, ακόμα και μετά τη διακοπή του φαρμάκου. Για τέτοιες επιμένουσες περιπτώσεις που επιμένουν δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία.

Περίπου το 75% των ανθρώπων με σχιζοφρένεια ανταποκρίνονται στα συμβατικά αντιψυχωτικά φάρμακα, ενώ, από το υπόλοιπο 25%, οι μισοί περίπου βρίσκουν κάποιο όφελος από ένα σχετικά νέο αντιψυχωτικό φάρμακο, που ονομάζεται κλοζαπίνη, επειδή όμως αυτό έχει σοβαρές παρενέργειες, όπως επιληπτικές κρίσεις ή δυνητικά θανατηφόρα καταστολή του μυελού των οστών, γενικά χρησιμοποιείται μόνο στους ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν σε άλλα αντιψυχωτικά φάρμακα. Διεξάγονται έρευνες για να βρεθούν φάρμακα που δεν έχουν τις σοβαρές παρενέργειες της κλοζαπίνης. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα φαίνεται ότι έχουν τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στη θεραπεία ψευδαισθήσεων, παραληρητικών ιδεών, αποδιοργάνωσης της σκέψης και

επιθετικότητας. Μολονότι τα φάρμακα αυτά χορηγούνται συνήθως για τη σχιζοφρένεια, είναι αποτελεσματικά για τη θεραπεία τέτοιων συμπτωμάτων, ανεξάρτητα από το αν αυτά οφείλονται σε μανία, σχιζοφρένεια, άνοια ή οξεία δηλητηρίαση από κάποια ουσία όπως οι αμφεταμίνες. Τα συμβατικά αντιψυχωτικά φάρμακα διαφέρουν ως προς την ισχύ (πολύ ή λίγο δραστικά), τις παρενέργειες (άλλα δημιουργούν καταστολή και άλλα μυϊκή δυσκαμψία) και την οδό χορήγησης (από το στόμα ή με ένεση). Επειδή όλα τα συμβατικά αντιψυχωτικά φάρμακα είναι εξίσου αποτελεσματικά στον έλεγχο των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, η εκλογή συγκεκριμένου φαρμάκου βασίζεται συχνά στις παρενέργειες του και στο πόσο καλά το ανέχεται ο ασθενής.

Η αποκατάσταση και η κοινωνική υποστήριξη αποβλέπουν στην εκμάθηση τρόπων αναγκαίων για την επιβίωση μέσα στην κοινωνία. Έτσι, το άτομο με σχιζοφρένεια γίνεται ικανό να εργάζεται, να ψωνίζει, να φροντίζει τον εαυτό του, να ασχολείται με το νοικοκυριό και να συναναστρέφεται με άλλους.

Γενικά, τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα προέρχονται από μικτή θεραπευτική αγωγή (φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπευτικές τεχνικές) ενώ η ψυχοθεραπεία και η θεραπεία συμπεριφοράς χρησιμεύουν στη διατήρηση της επαφής του αρρώστου με το κοινωνικό του περιβάλλον

Βιβλιογραφία

1. Εγχειρίδιο MERCK - Ιατρικός Οδηγός Οικογενειακών Θεμάτων MERCK MANUAL 2001 Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε
2. American Psychiatric Association. DSM- IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2000
3. Kaplan and Saddock's. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (Synopsis of psychiatry). 2007 Tenth Edition. Lippincott Williams & Wilkins
4. Από ιστοσελίδα [www. psychologia.gr](http://www.psychologia.gr) Ημερομηνία πρόσβασης 3 Αυγούστου 2008



INTERREG III

**Κοινοτική Πρωτοβουλία
INTERREG III/CARDS Ελλάδα - Αλβανία**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ)

Ανάδοχος: Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ

Έργο: Συνεργασία για την πρόσβαση των πληθυσμών της διασυνοριακής περιοχής
Ελλάδας - Αλβανίας σε υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας

Υποέργο: Δημιουργία και προβολή Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας