

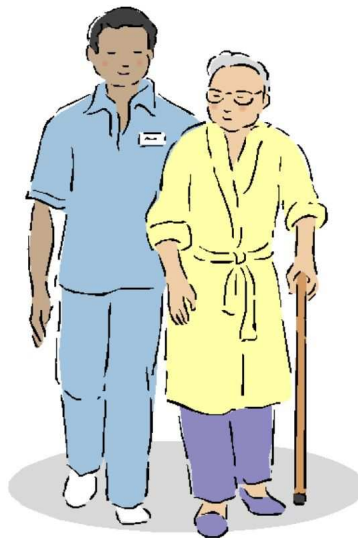
**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ:**

**<<ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ>>**



*Εισηγήτρια:*

**κ. Ζιώγου Θεολογία**

*Σπουδάστριες:*

**Κριθαρίδου Αικατερίνη-Αναστασία  
Γιουνανλή Δήμητρα**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2007**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ</b>	1
<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b>	2
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</b>	3

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

1.1 Οργανικές Ψυχώσεις-Ιστορική Ανασκόπηση	5
1.2 Αίτια	7
1.3 Ταξινόμηση	12
1.3.1 Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ	13
1.3.2 Σύμφωνα με την Α.Ψ.Ε	15

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

2.1 Χρόνια Οργανικά Ψυχοσύνδρομα-Άνοια	17
2.1.1 Κλινικά χαρακτηριστικά	17
2.1.2 Επιδημιολογία	19
2.1.3 Αιτιολογία	20
2.1.4 Πορεία και Επιπλοκές	20
2.1.5 Θεραπεία της Άνοιας	21

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

3.1 Ειδική Νοσολογία των Οργανικών Νοσημάτων	22
3.2 Γεροντική Άνοια	22
3.3 Προγεροντικές Άνοιες	23
3.4 Νόσος του Alzheimer	25
3.4.1 Εισαγωγή	25
3.4.2 Κλινικές Εκδηλώσεις και Συμπτώματα	25
3.4.3 Επιδημιολογία	26
3.4.4 Εξέταση ούρων για την N. Alzheimer	27
3.4.5 Η Διάγνωση της N. Alzheimer	28
3.4.5.1 Διαγνωστικά κριτήρια	28
3.4.6 Θεραπεία της N. Alzheimer	29
3.4.6.1 Φαρμακευτικές Θεραπευτικές Προσεγγίσεις	29
3.4.6.2 Μη Φαρμακευτικές Θεραπευτικές Προσεγγίσεις	30
3.4.7 Φροντίδα Αρρώστων με N. Alzheimer μέσα στην οικογένεια	31

<b>3.4.7.1</b> Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις σε άτομα με άνοια Alzheimer	32
<b>3.5</b> Η Νόσος του Pick	35
<b>3.5.1</b> Διαγνωστικά Κριτήρια	35
<b>3.6</b> Η Νόσος των Creutzfeldt-Jacob	36
<b>3.6.1</b> Διαγνωστικά Κριτήρια	37
<b>3.7</b> Η Νόσος του Huntington	37
<b>3.8</b> Η Νόσος του Marchiafava	38
<b>3.9</b> Οργανικά Ψυχοσύνδρομα επί Εγκεφαλικών Βλαβών	39
<b>3.9.1</b> Εισαγωγή	39
<b>3.10</b> Το Μεταδιασεισικό Σύνδρομο	40
<b>3.10.1</b> Διαγνωστικά Κριτήρια	41
<b>3.10.2</b> Θεραπεία	42
<b>3.11</b> Όγκοι Εγκεφάλου	42
<b>3.12</b> Φλεγμονώδη Νοσήματα των μηνίγγων και του εγκεφάλου	43
<b>3.13</b> Οι Συφιλιδικές Ψυχώσεις	43
<b>3.14</b> Συφιλιδική Μηνιγγοαρθηρίτιδα	44
<b>3.15</b> Προϊούσα Γενική Παράλυση	45
<b>3.15.1</b> Πορεία και Εξέλιξη	47
<b>3.16</b> Ψυχοσωματική Νοσηλευτική Φροντίδα Αρρώστων με Οργανικές Ψυχικές Διαταραχές	48

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°**

<b>4.1</b> Τι σημαίνουν τα «υγιή γηρατειά»;	50
<b>4.2</b> Νοσηλευτική Φροντίδα ηλικιωμένων με Οργανικές Ψυχικές Διαταραχές	51
<b>4.3</b> Γενικοί Νοσηλευτικοί σκοποί Ψυχολογικής φροντίδας των Ηλικιωμένων	52

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°**

<b>5.1</b> Εισαγωγή-Ψυχικές Διαταραχές και Διαταραχές Συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση Ψυχοδραστικών Ουσιών	53
<b>5.2</b> Ταξινόμηση	55
<b>5.3</b> Ορισμοί	56
<b>5.4</b> Επιδημιολογία	57
<b>5.4.1</b> Οι διαστάσεις της χρήσης ουσιών σ' όλο τον κόσμο	57
<b>5.4.2</b> Επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών στον γενικό Πληθυσμό	58
<b>5.4.3</b> Επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών από τους Μαθητές	59

5.4.4	Επικράτηση της χρήσης ουσιών στον γενικό Πληθυσμό στην Ελλάδα	60
5.4.5	Η επίπτωση των θανάτων από ναρκωτικά	61
5.5	Αιτιολογία	62
5.5.1	Κοινωνικοί και Περιβαλλοντικοί παράγοντες	62
5.5.2	Ψυχοδυναμικοί Παράγοντες και Ψυχοπαθολογικοί	62
5.5.3	Οικογενειακοί Παράγοντες	63
5.5.4	Βιολογικοί Παράγοντες	63
5.6	Κλινικές μορφές Φαρμακευτικών Εξαρτήσεων	64
5.7	Κατασταλτικές, Υπνωτικές και Αγχολυτικές Ουσίες	65
5.8	Οπιούχα και Οπιοειδή	66
5.9	Κοκαΐνη	67
5.10	Αμφεταμίνες και σχετικές ουσίες	67
5.11	Καπνός	68
5.12	Καφεΐνη	68
5.13	Εισπνεόμενες ουσίες	69
5.14	Ψευδαισθησιογόνα	69
5.15	Ινδική Κάνναβη	70
5.16	Νοσηλευτική Φροντίδα Αρρώστων με Οργανικές Ψυχικές Διαταραχές λόγω κατάχρησης Ψυχοδραστικών Ουσιών	71
5.16.1	Γενικές Αρχές Νοσηλευτικής Φροντίδας και Επικοινωνίας	72
5.16.2	Κριτήρια Αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των Νοσηλευτικών Παρεμβάσεων	74
	<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b>	<b>75</b>
	<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	<b>76</b>
	<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>77</b>

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

<b>Κ.Α:</b>	<b>ΚΑΙ ΑΛΛΑ</b>
<b>Κ.Λ.Π.:</b>	<b>ΚΑΙ ΤΑ ΛΟΙΠΑ</b>
<b>Π.Χ.:</b>	<b>ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΧΑΡΗ</b>
<b>Π.Ο.Υ.:</b>	<b>ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ</b>
<b>Α.Ψ.Ε.:</b>	<b>ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ</b>
<b>Ε.Ν.Υ.:</b>	<b>ΕΓΚΕΦΑΛΟΝΩΤΙΑΙΟ ΥΓΡΟ</b>
<b>Ν.Μ.:</b>	<b>ΝΩΤΙΑΙΟΣ ΜΥΕΛΟΣ</b>
<b>Κ.Ν.Σ.:</b>	<b>ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ</b>
<b>Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.:</b>	<b>ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του προγράμματος προπτυχιακών σπουδών του τμήματος της Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Αλεξάνδρειου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης. Στόχος της εργασίας είναι να καταδείξει την κατανόηση και την ολιστική προσέγγιση των **Οργανικών Ψυχοσυνδρόμων** ως μια βαριά ψυχωτική διαταραχή, την θεραπεία και την αντιμετώπισή τους σε ανοϊκούς αρρώστους από το ιατρικό, το νοσηλευτικό προσωπικό και από τον κοινωνικό περίγυρο που επηρεάζει θετικά ή αρνητικά την εξέλιξη του αρρώστου.

Προτού προχωρήσουμε στην ανάλυση του θέματος της πτυχιακής εργασίας, θεωρούμε σκόπιμο να ευχαριστήσουμε θερμά την καθηγήτρια του Τμήματος της Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Αλεξάνδρειου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης **κ. Ζιώγου Θεολογία** για την επιστημονική και ψυχολογική υποστήριξη που μας παρείχε σε όλη τη διάρκεια της συνεργασίας μας.

**Γιουνανλή Δήμητρα**  
**Κριθαρίδου Αικατερίνη Αναστασία**

## **ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.**

Οι οργανικές ψυχικές διαταραχές είναι καταστάσεις που προκαλούνται από νευροφυσιολογικές, νευροχημικές, δομικές διαταραχές ή ανωμαλίες του εγκεφάλου, πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς. Οι πρωτοπαθείς μπορεί να είναι όγκοι του εγκεφάλου ή άνοια τύπου Alzheimer, εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια ή εγκεφαλική λειτουργική ανεπάρκεια. Δευτεροπαθείς είναι μεταβολικές διαταραχές, γενικευμένες λοιμώξεις, φαρμακευτικό ή άλλοι τοξικοί παράγοντες. Ανεξάρτητα από την αιτιολογία, σε όλες τις περιπτώσεις οι διαταραχές αυτές εκδηλώνονται με διάφορες συναισθηματικές και παθολογικές αλλαγές, αλλαγές συμπεριφοράς μαζί με τη νοητική ανεπάρκεια, ως το κύριο χαρακτηριστικό της οργανικής ψυχικής δυσλειτουργίας.

Οι οργανικές ψυχικές διαταραχές είναι δυνατό να εμφανισθούν σε οποιαδήποτε ηλικία. Ένα παιδί μπορεί να πέσει, να χτυπήσει στο κεφάλι και να παρουσιάσει παραλήρημα. Ένας ενήλικας να μην έχει συνειδητοποιήσει ότι είναι εξαρτημένος από το αλκοόλ και να διακόψει απότομα τη μεγάλη ποσότητα που έπινε, οπότε εκδηλώνει συμπτώματα στέρσης κατά το πλείστον ψυχιατρικά. Μια ηλικιωμένη γυναίκα είναι δυνατό να παρουσιάσει άνοια από τη νόσο Alzheimer.

Το παραλήρημα είναι πιο συχνό σε παιδιά και ενήλικες άνω των 60 ετών. Ενώ τοξική δηλητηρίαση και στερητικά συμπτώματα είναι πιο συχνά στις ηλικίες των 18-50, δεν αποκλείεται όμως να συμβούν σε οποιαδήποτε ηλικία. Οι άνοιες είναι πιο συχνές στους ηλικιωμένους.

Ο καθηγητής ψυχιατρικής του Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών Α. Τζαβάρας υποστηρίζει την ανάγκη της νευροψυχολογικής εξέτασης για τη διερεύνηση των μηχανισμών που υπογραμμίζουν μια ψυχοπαθολογική κατάσταση. Βασίζει την άποψή του σε μελέτες περιπτώσεων παραληρητικών συνδρόμων με διαταραχές της ταυτότητας.

Αν και κάθε οργανική δυσλειτουργία έχει ειδικά συμπτώματα, πολλά από αυτά συνήθως αντανακλούν τον τύπο και τη βαρύτητα της ανωμαλίας, αλλά και την προσωπικότητα του ατόμου, το στυλ της ζωής του, τη μόρφωση και τις σχέσεις του με υποστηρικτικά άτομα π.χ. μέλη της οικογένειας, φίλους, γείτονες και συνεργάτες.

Τα ψυχοπαθολογικά αποτελέσματα μιας οργανικής δυσλειτουργίας μπορεί να είναι άγχος, φόβος, απώλεια αυτοελέγχου, ευερεθιστότητα,

αίσθημα αδυναμίας ελαττωμένη αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, παρανοϊκό παραλήρημα κ.α.

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

Για αρρώστους με τη ιατρική διάγνωση οργανικής ψυχικής διαταραχής όλων των τύπων, οι νοσηλευτικές διαγνώσεις είναι:

1. Διαταραχή αισθητηριακή / αντιληπτική.
2. Διαταραχή των διεργασιών της σκέψης.
3. Διαταραχή των κοινωνικών σχέσεων.
4. Κίνδυνος τραυματισμού και άλλης βλάβης.
5. Ελλειμματική αυτοφροντίδα.
6. Αναποτελεσματική οικογενειακή αντιμετώπιση του αρρώστου.

Στην παρούσα μελέτη θα δούμε ως επί το πλείστον τις προγεροντικές άνοιες, τα οργανικά ψυχοσύνδρομα επί εγκεφαλικών βλαβών, τις ψυχικές διαταραχές αλλά και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στην χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, από το πολυδιάστατο θέμα των οργανικών ψυχοσυνδρόμων. Μελετάται η κλινική τους εικόνα, η αιτιολογία τους, η επιδημιολογία τους, η πορεία αλλά και η θεραπεία τους. Παρατίθενται πίνακες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας με τα διαγνωστικά κριτήρια των ψυχοσυνδρόμων αυτών, για την ευκολότερη κατανόησή τους. Τέλος στο θέμα των ανοιών θεωρήθηκε σκόπιμη η εκτενής αναφορά στους ηλικιωμένους καθώς και της νοσηλευτικής τους φροντίδας, αφού το μεγαλύτερο μέρος τους, τους αφορά. Επίσης πραγματοποιείται αναφορά στις αρχές νοσηλευτικής φροντίδας και επικοινωνίας σε αρρώστους, με οργανικές ψυχικές διαταραχές λόγω κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών, αφού η αποτελεσματική αντιμετώπιση διευκολύνει το 'χειρισμό' των ατόμων αυτών.(17)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ

(Οργανικά ψυχοσύνδρομα, I C D 9)

Οργανικές ψυχικές διαταραχές, D S M 3)

#### 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Στην πρώτη περίοδο της ζωής της ψυχιατρικής σαν χωριστής ειδικής ειδικότητας επικρατούσε η κλασική ιατρική σκέψη ότι κάθε αιτιολογικός παράγων (αίτιο) θα μπορούσε ενδεχομένως να οδηγήσει και σε μία διαφορετική ψυχιατρική κλινική εικόνα (νόσο), ώστε από την κλινική εικόνα (αλλά και την έναρξη και πορεία) θα μπορούσε ο γιατρός να προσδιορίσει και το πιθανό αίτιο της νόσου.

Τη σκέψη αυτή ενθάρρυνε σημαντικά η αποκάλυψη της ωχράς σπειροχαΐτης σαν αιτία της «προϊούσης γενικής παραλύσεως» με όλες τις κλινικές της ιδιαιτερότητες.

Τότε αποτέλεσε πραγματική επανάσταση στην ψυχιατρική σκέψη η αποκάλυψη του Bohnhoeffer (1912) ότι, παρά την ποικιλία των αιτιών, ο άνθρωπος εκδηλώνει μια ορισμένη σειρά ψυχωτικών εικόνων σε περίπτωση που ο βλαπτικός παράγων επιδράσει άμεσα (ιστολογική βλάβη των εγκεφαλικών κυττάρων) ή έμμεσα (λειτουργικές διαταραχές σαν συνέπεια μεταβολικών, ενζυματικών ή τοξικών παραγόντων, μη ικανής εντάσεως και διάρκειας, ώστε να προκαλέσουν μόνιμες κυτταρικές εκπτώσεις).

Τα περιορισμένα σε αριθμό ψυχωτικά αυτά σύνδρομα αποκάλυψε ο Bohnhoeffer εξωγενείς τρόπους (ή τύπους) αντιδράσεως ή εξωγενείς τρόπους προτιμήσεως, οι οποίοι είναι πανανθρωπίνως οι αυτοί και ανεξάρτητοι της αιτίας που τις προκάλεσε. Η ίδια ψυχωτική κλινική εικόνα είναι δυνατόν να οφείλεται σε ποικίλα αίτια και αντίστροφα το ίδιο αίτιο είναι δυνατόν να οδηγήσει στην εκδήλωση (περιορισμένου πάντα αριθμού) διαφορετικών κλινικών συνδρόμων.

Ο όρος εξωγενείς χρησιμοποιήθηκε για να τονιστεί η αντίθεση προς τις ενδογενείς ψυχώσεις. Δηλώνει ακριβώς την έλλειψη οποιασδήποτε σχέσης προς την προνοσηρή προσωπικότητα (με όλες τις χαρακτηριστικές της

ιδιομορφίες) ενώ τονίζει τη σχέση προς σωματικά αίτια (εκτός της προσωπικότητας).

Ο Kleist (μια άλλη γερμανική ψυχιατρική προσωπικότητα) ονόμασε τα εξωγενή αυτά ψυχοσύνδρομα «ετερόνομα» και τα αντέταξε προς τα (υπό του ιδίου) «ομόνομα» σύνδρομα (ενδογενή), τα οποία κατά γενική πλέον αναγνώριση, σχετίζονται άμεσα προς την προνοσηρή (προψυχωτική) προσωπικότητα και αποτελούν συνέχεια και επίταση χαρακτηρισολογικών ιδιομορφιών της προσωπικότητας αυτής.

Έτσι κατά τις εξωγενείς ψυχώσεις (οργανικά ψυχοσύνδρομα) μια διαταραχή ή βλάβη των εγκεφαλικών λειτουργιών (επανορθώσιμη και υποστρεπτή ή όχι) προκαλεί μία μεταβολή των φυσιολογικών όρων της ψυχικής ζωής και αποτελεί τη βάση για την εμφάνιση παθολογικών εκδηλώσεων και τρόπων συμπεριφοράς, που δεν ανταποκρίνονται προς προσχηματισμένους τρόπους αντιδράσεων, αλλά εκδηλώνονται με όλο νέους τρόπους συμπεριφοράς (σε χαρακτηριστική αντίθεση προς τις ενδογενείς ή λειτουργικές ψυχώσεις όπου, όπως ήδη τονίστηκε, η νόσος συχνά αποτελεί συνέχεια και επίταση χαρακτηρισολογικών ιδιομορφιών και εκδηλώνεται ακριβώς με τη επίταση και κινητοποίηση προσχηματισμένων και σε ετοιμότητα ευρισκόμενων τρόπων αντιδράσεων).

Σήμερα στην διεθνή ταξινόμηση (ICD 9) και σε εκείνη της αμερικανικής ψυχιατρικής εταιρίας επικράτησαν οι όροι οργανικά ψυχοσύνδρομα (ICD 9) ή οργανικές ψυχικές διαταραχές (DSM III). Συνώνυμα: οξείς εξωγενείς τρόποι αντιδράσεων (ή απαντήσεων), εγκεφαλικά οργανικά ψυχοσύνδρομα, σωματικής αιτιολογίας ψυχώσεις, συμπτωματικές ψυχώσεις).

Κατά την αμερικανική ψυχιατρική εταιρία ο όρος «οργανικές ψυχικές διαταραχές» πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο για περιπτώσεις διαταραχών ψυχολογικών και της συμπεριφοράς που συνοδεύονται «με παροδική ή μόνιμη δυσλειτουργία του εγκεφάλου». Ο χαρακτηρισμός αυτός (όπως τονίζει και ο Ch. Wells στην τελευταία έκδοση της ψυχιατρικής του Kaplan) δεν μπορεί να γίνει γενικά αποδεκτός, τουλάχιστον από τους οργανικής τοποθετήσεως ψυχιάτρους, που θεωρούν ότι όλες οι ψυχικές λειτουργίες συνδέονται άμεσα προς την λειτουργικότητα του εγκεφάλου. Έτσι, και προς συγκερασμών των απόψεων, αναφέρεται στο DSM III ότι ο διαχωρισμός των οργανικών ψυχικών διαταραχών σαν χωριστής ομάδας «δεν αποκλείει ότι οι

μη οργανικές (λειτουργικές) ψυχικές διαταραχές είναι-κατά κάποιον τρόπο- ανεξάρτητοι εγκεφαλικών διεργασιών».(20)

## 1.2 ΑΙΤΙΑ

Τα αίτια που είναι δυνατόν να οδηγήσουν στην εκδήλωση ενός οργανικού ψυχοσυνδρόμου είναι ποικίλα. Θα μπορούσε πει κανείς, εξαρχής ήδη, ότι δεν υπάρχει νόσημα της εσωτερικής παθολογίας, το οποίο να αφήνει απρόσβλητες τις εγκεφαλικές λειτουργίες.

Ανάλογα με τη βαρύτητα του αιτίου αλλά και τον χρόνο δράσεώς του, η ψυχιατρική κλινική εικόνα δυνατόν να είναι οξεία και επανορθώσιμη, η προϊόντος επιτευνόμενη-χρόνια και μη ή μερικώς μόνον αποκαταστάσιμη.

Τα κυριότερα αίτια των οξέων οργανικών ψυχώσεων περιλαμβάνονται στις παρακάτω ομάδες:

1. Λοιμώδη νοσήματα (και κυρίως: τυφοειδής πυρετός, γρίπη, πνευμονία, ελονοσία, οστρακιά, ευλογιά, ιλαρά κτλ.)
2. Φλεγμονώδη νοσήματα του ΚΝΣ: μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, μηνιγγοαγγειακή σύφιλη, εγκεφαλικά αποστήματα κλπ.
3. Μη φλεγμονώδεις εγκεφαλικές βλάβες: εγκεφαλική διάσειση, επιληψία, αυξημένη ενδοκράνια πίεση, εγκεφαλική αιμορραγία, υπαραχνοειδής αιμορραγία, επισκληρίδιο και υποσκληρίδιο αιμάτωμα, όγκοι εγκεφάλου κτλ.
4. Κατάχρηση φαρμακευτικών ουσιών: βαρβιτουρικά, αμφεταμίνη, ατροπίνη, οινόπνευμα, παραλδεΰδη, χλωράλη, μεθυλική αλκοόλη, ιμιπραμίνη, αμιτριπυλίνη, σαλικυλικά, κορτιζόνη κτλ.
5. Άλλες τοξικές ουσίες: όπως μόλυβδος, υδράργυρος, μονοξειδίο του άνθρακα.
6. Απότομη διακοπή, μετά από μακροχρόνια χρήση φαρμακευτικών ή άλλων ουσιών: όπως βαρβιτουρικών, βενζοδιαζεπινών, οιοπνεύματος.
7. Μειωμένη παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο: συνέπεια αναιμίας, πνευμονοπάθειας, καρδιοπαθειών, μεθαιμοσφαιριναιμίας, ελάττωσης της πίεσης του οξυγόνου στον εισπνεόμενο αέρα κτλ.

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

Από τον μακρύ αυτόν πίνακα των αιτιών γίνεται, ήδη αμέσως, αντιληπτή η απαραίτητη συνεργασία των κλινικών ειδικοτήτων για την ταχεία καταπολέμηση του αιτίου, ώστε η δράση του αιτιοπαθογενετικού παράγοντα να περιορισθεί χρονικά και χωρικά στο ελάχιστο και να μην προκαλέσει μόνιμες βλάβες στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

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

Από την παθολογοανατομική πλευρά κυριαρχεί η αντίληψη ότι διάχυτες, κυρίως, βλάβες προκαλούν τη γένεση τόσο των οξέων όσο και των χρόνιων συνδρόμων, όπως επιπρόσθετα και του συνδρόμου του Korsakow.

Αλλά και η κλινική έκφραση των χρόνιων συνδρόμων φαίνεται ότι επηρεάζεται από την εκάστοτε διάφορο εντόπιση των παθολογοανατομικών αλλοιώσεων. Η γενικότερη αυτή διαταραχή της λειτουργίας του φλοιού του εγκεφάλου, διαπιστώνεται και ηλεκτροεγκεφαλικά. Χαρακτηρίζεται από μια σχεδόν καθολική επιβράδυνση των εγκεφαλικών ρυθμών (η οποία οφείλεται προφανώς σε διαταραχή του μεταβολισμού των κυττάρων και των νευρώνων του φλοιού).

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

Ο παλαιότερος διαχωρισμός σε α) συμπτωματικές ψυχώσεις (σωματικής αιτιολογίας ψυχώσεις), δηλαδή των οργανικών ψυχώσεων που εκδηλώνονται ως συνέπεια γενικών σωματικών νόσων και β) σε ψυχώσεις που συνδέονται άμεσα προς παθήσεις του εγκεφάλου, έχει σημασία μόνο για

την ορθή θεραπευτική αντιμετώπιση. Έτσι ο διαχωρισμός αυτός σωστά εγκαταλείφθηκε. Σήμερα θεωρείται ότι και στις περιπτώσεις γενικών σωματικών νόσων προκαλείται μια προσβολή του εγκεφάλου από το νοσογόνο παράγοντα, η οποία όμως δεν προκαλεί (τουλάχιστον στην αρχή) ανατομικές βλάβες και δεν οδηγεί στην ανάπτυξη μιας επεξεργασίας στον εγκεφαλικό ιστό.

Αρκεί όμως η «εφ' άπαξ δράση» μιας «τοξικής» ουσίας στο εγκέφαλο για να εκδηλωθεί μια οξεία οργανική ψύχωση; Οι μακροχρόνιες παρατηρήσεις σε καταχρηστές οινόπνεύματος αλλά και σε άτομα στα οποία χορηγήθηκαν ορισμένες «ψυχοτοξικές» ουσίες (κατά τις καλούμενες πειραματικές ψυχώσεις) απέδειξαν το αντίθετο. Η εφ' άπαξ κατάχρηση οινόπνεύματος ή η εφ' άπαξ λήψη «ψυχοτοξικών» ουσιών (μεσκαλίνη, δισαιθυλαμίδιο του λυσεργικού οξέος, το γνωστό LSD κ.α.) προκαλούν μια κατάσταση μέθης η οποία διαφέρει κατά βάση από τις οξείες οργανικές ψυχώσεις. Σε αμφότερες τις καταστάσεις υπάρχουν βεβαίως διαταραχές της συνείδησης, αλλά, ενώ στη μέθη οι συνειδησιακές αυτές διαταραχές εκδηλώνονται άμεσα, μετά δηλαδή τη λήψη της ψυχοτοξικής ουσίας και η βαρύτητά τους εξαρτάται απόλυτα από την χορηγηθείσα δόση, στις οξείες οργανικές ψυχώσεις δεν υπάρχει άμεση σχέση προς τον (προκλητικό) αιτιολογικό παράγοντα (εκτός των πυρετικών παραληρημάτων όπου συχνά η βαρύτητα των δυνειδησιακών διαταραχών συμβαδίζει προς την πυρετική έξαρση) και εκδηλώνονται συνηθέστερα μετά την πάροδο της χημικής δράσης του φαρμάκου. Έτσι οι οξείες οργανικές ψυχώσεις έχουν μια τάση ανεξαρτητοποίησης της εκδήλωσης και πολύ περισσότερο της πορείας τους από την (χημική-φαρμακολογική) δράση του εξωγενούς παράγοντα που τις προκάλεσε. Αντίθετα, μια ψυχοτοξική μέθη διαρκεί όσο η διάρκεια δράσης του λεφθέντος φαρμάκου (που εξαρτάται από την χημική δομή του) μετά την πάροδο της οποίας το άτομο επανέρχεται εις το κατά φύση, ενώ η ψύχωση προϋποθέτει την διάρκεια και παραμονή σε μια έκπτωση, που επεκτείνεται και διαρκεί και μετά την πάροδο της επίδρασης του αιτίου.

Θα πρέπει επίσης να τονιστεί ότι κατά την μέθη τα, εκ της ληφθείσης ουσίας απότοκα, σωματικά συμπτώματα συμβαδίζουν προς τα ψυχικά. Υπάρχει μια αλληλουχία, ώστε η σωματική φάση να πηγαίνει παράλληλα προς την ψυχική. Η αποκατάσταση είναι αυτοδύναμη, Αντίθετα, στις

οργανικές ψυχώσεις (και κυρίως στις οξείες) η σωματική φάση αποκατάστασης προηγείται συνήθως από την ψυχωτική φάση ανάνηψης, ως εάν η εμφάνιση της ροπής προς αποκατάσταση να προέρχεται από το σύνολο του οργανισμού και να εκβιάζει κατά κάποιον τρόπο προς αποκατάσταση και τον αδρανούντα εγκέφαλο.

Επίσης, παρά τις ομοιότητες στις συνειδησιακές διαταραχές, υπάρχουν ουσιώδεις διαφορές και στην κλινική-ψυχοπαθολογική εικόνα. Τα άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση μέθης διατηρούν (κατά βάση) την αυτοκριτική, τον αυτοέλεγχο και την αυτοαντανάκλαση. Παραμένουν αντικειμενικοί παρατηρητές των συμβαινόντων και έχουν συνείδηση ότι αυτά αποτελούν παθολογικές εκδηλώσεις που οφείλονται στη λήψη της ψυχοτοξικής ουσίας. Και στις οργανικές ψυχώσεις, κυρίως στα αρχικά στάδια, μπορεί να υπάρχει πρόσκαιρη συνείδηση του παθολογικού των συμπτωμάτων, σχεδόν όμως ουδέποτε είναι πλήρης και χάνεται γρήγορα, δεν είναι σύγχρονη με τα βιώματα, αλλά εναλλάσσεται με αυτά. Και σε μια βαριά μέθη μπορεί πρόσκαιρα να διαταραχθεί ο αυτοέλεγχος, στις ψυχώσεις όμως η έλλειψη αυτοελέγχου είναι συνυφασμένη με αυτά τα βιώματα, είναι ανεξάρτητα του βαθμού διαταραχής της συνείδησης και παρατηρείται και κατά την απουσίας της.

Κατά την μέθη τα άτομα διατηρούν τη συνείδηση ότι τα βιώματά τους υπάρχουν βάσει ειδικών λόγων που αφορούν αυτούς τους ίδιους, και είναι συνέπεια της μεταβολής της όλης τους κατάστασης. Δεν έχουν τους χαρακτήρες του αναγκαστικού, του αναπόφευκτου, του «μη δυναμένου να είναι άλλως», όπως συμβαίνει με τα ψυχωτικά βιώματα, όπου, και όταν ακόμη είναι συνειδητά, διαφεύγει από τους ασθενείς η συνείδηση της εξάρτησής τους από μια ίδια μεταβολή. Το αναπόφευκτο της παρουσίας τους χωρίς καμία εξάρτηση από το ίδιο το άτομο, τις εκάστοτε περιστάσεις, τους ειδικούς όρους, τον χρόνο και τον τόπο, διαφοροποιεί τα ψευδαισθησιακά βιώματα από τα φυσιολογικά.

Κατά τη μέθη τα άτομα διατηρούν συνείδηση ότι έχουν μια σειρά ανώμαλων βιωμάτων, αλλά διατηρούν και τη συνείδηση ότι αυτά δεν αποτελούν την αντικειμενική πραγματικότητα, ή τουλάχιστον δεν υφίσταται γι' αυτούς τέτοιο θέμα. Αντίθετα για τον ψυχωτικό ασθενή τα παθολογικά

βιώματα δεν αποτελούν αποκλειστικά και μόνον δικές του αισθήσεις, αλλά πραγματικές υπάρξεις, ανεξάρτητες της δικής του ύπαρξης.

Στη μέθη είναι δυνατή η αντικειμενική τοποθέτηση έναντι των βιωμάτων, πρόκειται δε συνήθως για παραποιήσεις πραγματικών αισθήσεων (παραισθήσεις) που σχεδόν ουδέποτε φτάνουν στην αυτοτέλεια με τη δημιουργία παθολογικών αισθήσεων (ψευδαισθήσεις) όπως συνήθως συμβαίνει στις ψυχώσεις.

Ήδη ο Bohnhoeffler, στηριζόμενος στις ουσιώδεις διαφορές μεταξύ αλκοολικής μέθης και αλκοολικών ψυχώσεων, εξέφρασε τη θεωρία του «των διαμέσων αιτιολογικών κρίκων». Ο εγκέφαλος δεν βλάπτεται κάθε φορά και εκ νέου μετά την εκάστοτε λήψη οινοπνεύματος. Βλάπτεται από δηλητήρια που αναπτύσσονται μέσα στον οργανισμό, από παθολογικές μεταβολές στην ανταλλαγή της ύλης που είναι συνέπεια της μακροχρόνιας κατάχρησης οινοπνεύματος.

Ο ιδρυτής της Α' Πανεπιστημιακής Κλινικής Γεώργιος Αναστασόπουλος εξέφρασε τη γνώμη ότι «για την ανάπτυξη εξωγενών (οργανικών) ψυχώσεων είναι απαραίτητες επανειλημμένες αντιδράσεις σε διαδοχικές προσβολές». Τις αντιδράσεις αυτές χαρακτήριζε με την γενική ονομασία Shocks, και θεωρούσε ότι τα αθροιζόμενα αποτελέσματα των αντιδράσεων αυτών οδηγούν βαθμιαία σε μια μεταβολή της λειτουργικής κατάστασης του εγκεφάλου, η οποία αποτελεί και τη βάση οργανικών ψυχοσυνδρόμων. Οι σχέσεις μεταξύ άμεσου και έμμεσου Shock προς τις ψυχικές μεταβολές και την ανάπτυξη ψυχώσεων είναι πλέον εμφανείς στις χρονίως εξελισσόμενες καταστάσεις που αναπτύσσονται σε επαγγελματίες πυγμάχους. Είναι γνωστό ότι αν αυτοί διακόψουν το επάγγελμά μετά την εμφάνιση των πρώτων ψυχωτικών εκδηλώσεων αποκαθίστανται σχεδόν πλήρως, ενώ αν συνεχίσουν να πυγμαχούν, μεταπίπτουν σε χρόνιες καταστάσεις οι οποίες όχι μόνο δεν υποχωρούν και μετά την διακοπή του επαγγέλματος αλλά εξακολουθούν να εξελίσσονται συνεχώς επιτενόμενες. Έτσι, κατά βραχεία χρονικά διαστήματα επαναλαμβανόμενα Shocks είναι σημαντικότερα από ένα βαρύ Shock για την πρόκληση οργανικών ψυχοσυνδρόμων.(20)

### 1.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Παρακάτω παρατίθεται η ταξινόμηση των οργανικών ψυχοσυνδρόμων σύμφωνα με τον κλινικό ψυχίατρο Χ. Φωτιάδη, της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.) και της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (Α.Ψ.Ε). Αποφασίσαμε να ασχοληθούμε εκτενώς με την ταξινόμηση του Χ. Φωτιάδη καθώς θεωρούμε ότι είναι πιο κατανοητή και πιο εύκολη.

Αν και κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφορες ταξινομήσεις, οι εκάστοτε προτάσεις δεν διαφέρουν ουσιαδώς μεταξύ τους. Οι περισσότερες ταξινομικές προτάσεις στηρίζονται κατά κύριο λόγο στην κλινική εικόνα, ενώ σε άλλες συμπεριλαμβάνεται και ο αιτιολογικός παράγων. Την ταξινομική βάση χαρακτηρίζει ο γενικός αποδεκτός διαχωρισμός σε οξεία και χρόνια οργανικά ψυχοσύνδρομα. Οι διάφορες γνώμες αναφέρονται κυρίως στην ομάδα των οξέων εξωγενών συνδρόμων. Σήμερα έχει γίνει γενικά αποδεκτό το ταξινομικό σύστημα που προτείνει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (I.C.D.9) το οποίο υιοθέτησε με ορισμένες τροποποιήσεις και η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία στο δικό της ταξινομικό σύστημα (D.S.M.III).

Ο Χ. Φωτιάδης παραθέτει ένα δικό του ταξινομικό πίνακα, που στηρίζεται στην κλινική εικόνα των οργανικών ψυχώσεων, τονίζοντας όμως ιδιαίτερα την ομάδα των προδρόμων συνδρόμων, η ανεπαρκής γνώση των οποίων και συνεπώς η μη έγκαιρη αιτιολογική τους διάγνωση, αποτελεί βαρύτατο ιατρικό σφάλμα.

A. ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ (συχνά) ΑΥΤΟΤΕΛΗ	B. ΟΞΕΑ ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΜΕ ΑΜΒΛΥΝΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ	Γ. ΥΠΟΞΕΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ ή ΑΥΤΟΤΕΛΗ	Δ. ΧΡΟΝΙΑ ΣΥΝ. ΕΚΠΤΩΣΗ ΑΝΩΤΕΡΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ
1. Νευρασθενικές και υπεραισθητικο-συγκινησιακές καταστάσεις.	1. Αμβλυνοση της συνείδησης.	2. Παραληρήματα (οξυ παραλήρημα)	Άνοια
2. Μανιακές, μελαγχολικές και υπερκινητικές εξωγενείς κατατάσεις	3. Επιληπτοειδής διεγερση	3. Οξυ σύνδρομα (όταν διαδέχονται μια οξεία εξωγενή ψύχωση).	
3. Ψευδαισθητικοπαρανοϊκές και παρανοϊκές καταστάσεις.	4. Λυκοφωτικές καταστάσεις.	5. Αμνησικό ψυχοσύνδρομο του Korsakow ή οργανικό ψυχοσύνδρομο	
	5. Παρατεταμένες συχυτικές καταστάσεις (Amentia) και κατανοϊκές εικόνες (οξεία θανατηφόρος κατανοία (Stauder)		
	6. Ψευδαισθήτωση		

#### ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ Χ. ΦΩΤΙΑΔΗΣ (20)



### **1.3.1. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ Π.Ο.Υ.**

F00-F09

Οργανικές ψυχικές διαταραχές,

Συμπεριλαμβανομένων των συμπτωματικών

#### **F00 Άνοια επί νόσου Alzheimer**

F00.0 Άνοια επί νόσου του Alzheimer, με πρώιμη έναρξη

F00.1 Άνοια επί νόσου του Alzheimer, με όψιμη έναρξη

F00.2 Άνοια επί νόσου του Alzheimer, άτυπη ή μεικτός τύπος

F00.9 Άνοια επί νόσου του Alzheimer, μη καθοριζόμενη

#### **F01 Αγγειακή άνοια**

F01.0 Αγγειακή άνοια, οξείας έναρξης

F01.1 Πολυεμφρακτική άνοια

F01.2 Υποφλοιώδης αγγειακή άνοια

F01.3 Μεικτή φλοιώδης και υποφλοιώδης αγγειακή άνοια

F01.8 Άλλη αγγειακή άνοια

F01.9 Αγγειακή άνοια μη καθοριζόμενη

#### **F02 Άνοια επί νόσων που ταξινομούνται αλλού**

F02.0 Άνοια επί νόσου του Pick

F02.1 Άνοια επί νόσου των Creutzfeldt-Jacob

F02.2 Άνοια επί νόσου του Huntington

F02.3 Άνοια επί νόσου του Parkinson

F02.4 Άνοια επί νόσου, η οποία οφείλεται στον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV)

F02.8 Άνοια επί άλλων ειδικών νόσων που ταξινομούνται αλλού

#### **F03 Άνοια μη καθοριζόμενη**

Ο πέμπτος χαρακτήρας του κωδικού μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προσδιορίσει την άνοια των F00-F03, όπως παρακάτω:

.x0 Χωρίς πρόσθετα συμπτώματα

.x1 Με άλλα συμπτώματα, κυρίως παραληρητικές ιδέες

.x2 Με άλλα συμπτώματα, κυρίως ψευδαισθήσεις

.x3 Με άλλα συμπτώματα, κυρίως κατάθλιψη

.x4 Με άλλα μεικτά συμπτώματα

**F04 Οργανικό αμνησικό σύνδρομο, που δεν προκαλείται από τα οιοπνευματώδη και άλλες ψυχοδραστικές ουσίες**

**F05 Παραλήρημα που δεν προκαλείται από τα οινόπνευματώδη και άλλες ψυχοδραστικές ουσίες**

F05.0 Παραλήρημα που δεν επικάθεται σε άνοια

F05.1 Παραλήρημα που επικάθεται σε άνοια

F05.8 Άλλο παραλήρημα

F05.9 Παραλήρημα μη καθοριζόμενο

**F06 Άλλες ψυχικές διαταραχές που οφείλονται σε εγκεφαλική βλάβη και δυσλειτουργία και σε σωματική νόσο**

F06.0 Οργανική ψευδαισθήτωση

F06.1 Κατατονική διαταραχή

F06.2 Οργανική παραληρητική (σχιζοφρενικόμορφη) διαταραχή

F06.3 Οργανικές συναισθηματικές διαταραχές

.30 Οργανική μανιακή διαταραχή

.31 Οργανική διπολική διαταραχή

.32 Οργανική καταθλιπτική διαταραχή

.33 Οργανική μεικτή συναισθηματική διαταραχή

F06.4 Οργανική αγχώδης διαταραχή

F06.5 Οργανική διαταραχή αποσυνδεδετικού τύπου

F06.6 Οργανική διαταραχή εκδηλούμενη με ασταθές συναίσθημα

F06.7 Ήπια διαταραχή των γνωσιακών λειτουργιών

F06.8 Άλλες καθοριζόμενες ψυχικές διαταραχές, που οφείλονται σε εγκεφαλική βλάβη και σε δυσλειτουργία και σε σωματική νόσο

F06.9 Ψυχική διαταραχή που οφείλεται σε εγκεφαλική βλάβη και σε δυσλειτουργία και σε σωματική νόσο, μη καθοριζόμενη

**F07 Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς που οφείλονται σε εγκεφαλική νόσο, βλάβη και δυσλειτουργία**

F07.0 Οργανική διαταραχή της προσωπικότητας

F07.1 Μεταεγκεφαλιτιδικό σύνδρομο

F07.2 Μεταδιασεισικό σύνδρομο

F07.8 Άλλες οργανικές διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς, που οφείλονται σε εγκεφαλική νόσο, βλάβη και δυσλειτουργία, μη καθοριζόμενες

**F09 Οργανική ή συμπτωματική ψυχική διαταραχή, μη καθοριζόμενη(16)**

### **1.3.2. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ Α.Ψ.Ε.**

Παραλήρημα, Άνοια, αμνησιακές και άλλες γνωσιακές διαταραχές

Παραλήρημα

293.0 Παραλήρημα οφειλόμενο σε ...(να αναγραφεί η γενική ιατρική κατάσταση)

.- Τοξικό παραλήρημα από ουσίες

.- Στερητικό παραλήρημα από ουσίες

.- Παραλήρημα πολλαπλής αιτιολογίας

780.09 Παραλήρημα ΜΠΑ

#### **Άνοια**

290.χχ Άνοια τύπου Alzheimer, με πρώιμη έναρξη

.10 Μη επιπλεγμένη

.11 Με παραλήρημα

.12 Με παραληρητικές ιδέες

.13 Με καταθλιπτική διάθεση

Προσδιορίστε αν: με διαταραχή της συμπεριφοράς

290.χχ Άνοια τύπου Alzheimer, με όψιμη έναρξη

.0 Μη επιπλεγμένη

.3 Με παραλήρημα

.20 Με παραληρητικές ιδέες

.21 Με καταθλιπτική διάθεση

Προσδιορίστε αν: με διαταραχή της συμπεριφοράς

290.χχ Αγγειακή άνοια

.40 Μη επιπλεγμένη

.41 Με παραλήρημα

.42 Με παραληρητικές ιδέες

.43 Με καταθλιπτική διάθεση

294.1 Άνοια οφειλόμενη σε νόσο από HIV

294.1 Άνοια οφειλόμενη σε τραύμα κεφαλής

294.1 Άνοια οφειλόμενη σε νόσο του Parkinson

294.1 Άνοια οφειλόμενη σε νόσο του Huntington

294.10 Άνοια οφειλόμενη σε νόσο του Pick

294.10 Άνοια οφειλόμενη σε νόσο του Creutzfeldt-Jacob

294.1 Άνοια οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση (που δεν αναφέρεται παραπάνω)

-.- Άνοια επίμονη προκαλούμενη από ουσίες

-.- Άνοια πολλαπλής αιτιολογίας

294.8 Άνοια ΜΠΑ

### **Αμνησιακές διαταραχές**

294.0 Αμνησιακή διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση παροδική ή χρόνια

-.- Αμνησιακή διαταραχή επίμονη ουσιοεπαγόμενη

294.8 Αμνησιακή διαταραχή ΜΠΑ

Άλλες γνωσιακές διαταραχές

294.9 Γνωσιακή διαταραχή ΜΠΑ

293.89 Κατατονική διαταραχή οφειλόμενη σε...(γενική ιατρική κατάσταση)

310.1 Μεταβολή της προσωπικότητας οφειλόμενη σε...(γενική ιατρική κατάσταση)

Προσδιορισμός τύπου: ευμετάβλητος τύπος, τύπος χωρίς αναστολές, επιθετικός τύπος, απαθής τύπος, παρανοειδής τύπος, άλλος τύπος, συνδυασμένος τύπος, απροσδιόριστος τύπος

293.9 Ψυχική διαταραχή ΜΠΑ οφειλόμενη σε...(γενική ιατρική κατάσταση)(16)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΧΡΟΝΙΑ ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ

#### 2.1 ΑΝΟΙΑ

##### 2.1.1 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

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

Το βασικό χαρακτηριστικό της άνοιας είναι η ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων, που περιλαμβάνουν έκπτωση της μνήμης και τουλάχιστον κάποια από τις παρακάτω γνωστικές διαταραχές: αφασία, απραξία, αγνωσία ή διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας.

Η άνοια συνήθως αρχίζει ύπουλα και εξελίσσεται βαθμιαία επιδεινούμενη για μήνες και χρόνια. Συχνά αρχίζει με ασαφή μη ειδικά σωματικά ενοχλήματα, κακοδιαθεσία ή ευερεθιστότητα και μείωση του ενδιαφέροντος για τη ζωή. Οι ασθενείς φαίνονται σαν να μην είναι ο παλαιότερος εαυτός τους, σαν να χάνουν τη ζωντάνια τους. Τα αρχικά συμπτώματα είναι τόσο ασαφή και απροσδιόριστα, που η οικογένεια του ασθενή περισσότερο νιώθει σαν να έπαψε ο ασθενής να τους αγαπά και να ενδιαφέρεται, παρά ότι είναι άρρωστος. Σιγά-σιγά, όμως, ο ασθενής αρχίζει να δείχνει ότι έχει δυσκολία σε κάθε δραστηριότητα που απαιτεί απόκτηση καινούργιας γνώσης-γι' αυτό και η άνοια γίνεται εμφανής νωρίτερα σ' αυτούς που ασχολούνται με διανοητική ή δημιουργική εργασία.

Η έκπτωση της μνήμης, που τελικά θα γίνει από τα πιο έντομα συμπτώματα, στην αρχή περνά απαρατήρητη και από τον ασθενή και από την οικογένεια, π.χ. ο ασθενής μπορεί να αρχίσει να ξεχνά ημερομηνίες ή αριθμούς τηλεφώνων, αλλά να το καλύπτει κρατώντας σημειώσεις. Προοδευτικά αρχίζει να ξεχνά διευθύνσεις, οδηγίες ή εντολές και να χρειάζεται να τις επαναλάβει πολλές φορές για να εγγραφούν στη μνήμη του. Άλλοι

ασθενείς αντιλαμβάνονται τα προοδευτικά αυξανόμενα ελλείμματα της μνήμης, άλλοι όμως δεν τα καταλαβαίνουν, ενώ είναι εμφανή στην οικογένειά τους. Φυσικά, ανοϊκοί ασθενείς μπορεί να χρησιμοποιήσουν μυθοπλασίες (ψευδή στοιχεία) για να καλύψουν τα κενά μνήμης τους. Καθώς προχωρεί η άνοια, η μνήμη χειροτερεύει σε βαθμό που ο ασθενής να ξεχνά τα ονόματα στενών συγγενών και φίλων του, το επάγγελμά του, την ημερομηνία γέννησής του κτλ. Ταυτόχρονα, το έλλειμμα μνήμης δημιουργεί προβλήματα και κινδύνους στην καθημερινή του ζωή-ξεχνά γιατί άρχισε κάτι, που πήγαινε, ξεχνά τη βρύση ανοιχτή, την κουζίνα αναμμένη κτλ.

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

Τα άτομα με απραξία δεν μπορούν να μιμηθούν τη χρήση αντικειμένων (π.χ. να χτενίσουν τα μαλλιά τους) ή να εκτελέσουν γνωστές πράξεις (π.χ. να νεύσουν αντίο), οπότε δυσκολεύονται να μαγειρέψουν, να ντυθούν και να περιποιηθούν τον εαυτό τους κλπ. Η απραξία μπορεί να ανιχνευθεί ζητώντας από το άτομο να εκτελέσει διάφορες πράξεις (π.χ. να δείξει πως βουρτσίζουν τα δόντια ή να αντιγράψει διατεμνόμενα πεντάγωνα).

Η αγνωσία εξετάζεται ζητώντας από το άτομο να αναγνωρίσει αντικείμενα όπως π.χ. καρέκλες ή μολύβια. Καθώς η άνοια επιδεινώνεται το

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

Η διαταραχή στη εκτελεστική λειτουργία μπορεί να φανεί ζητώντας από το άτομο να μετρήσει έως το 10, να πει την αλφαβήτα, να πει όσα περισσότερα ζώα μπορεί σε 1', να βρει ομοιότητες και διαφορές ανάμεσα σε σχετιζόμενες λέξεις (αφαιρετική ικανότητα).

Η προσωπικότητα του ασθενή επίσης παρουσιάζει μεταβολές. Συνήθως το άτομο γίνεται πιο ήσυχο και πιο αποσυρμένο, μπορεί όμως να γίνει πιο ενεργητικό κατά κοινωνικά απρόσφορο όμως τρόπο, οπότε ξοδεύει, θυμώνει και επιτίθεται, κάνει απρέπειες κλπ, καθώς έκπτωση της κρίσης και της εναισθησίας δεν του επιτρέπουν να εκτιμήσει σωστά ούτε την πραγματικότητα ούτε τα ελλείμματά του. Μπορεί επίσης να επιταθούν προνοσηρά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του και το άτομο να παρουσιάσει παραληρητικές ιδέες δίωξης ή ζηλοτυπίας.

Γενικά, πάντως παραληρητικές ιδέες και μάλιστα δίωξης (π.χ. νομίζει ότι του έκλεψαν αντικείμενα, ενώ ξέχασε που τα έβαλε) είναι συχνές στους ανοϊκούς. Ψευδαισθήσεις, επίσης, μπορεί να εμφανισθούν, ιδιαίτερα οπτικές. Παραλήρημα επίσης μπορεί να επικαθήσει εύκολα στην άνοια με αφορμή κάποιο φάρμακο ή κάποια γενική ιατρική κατάσταση.

Όταν η άνοια γίνει πάρα πολύ βαριά, οι ασθενείς δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν ούτε στις απλές καθημερινές τους ανάγκες, οπότε παρουσιάζουν ακράτεια, απρόσφορη παιδική συμπεριφορά (με κρίσεις γέλιου ή κλάματος) δεν μπορούν να φάνε μόνοι τους κτλ. Ο θάνατος μπορεί τότε να έρθει σε λίγους μήνες, μπορεί όμως να περάσουν και πολλά χρόνια.(17)

### **2.1.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Η επικράτηση αυξάνεται με την προϊούσα ηλικία. Τουλάχιστον 10% εκείνων που είναι άνω των 65 ετών και ίσως περισσότερο του 20% των ατόμων άνω των 80 ετών εμφανίζουν άνοια ή ανοϊκά συμπτώματα.(16)

### **2.1.3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

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

1. Όγκος (εγκεφαλικός) ή μετάσταση νεοπλασίας
2. Τραύμα (αιμάτωμα, μετατραυματική άνοια)
3. Φλεγμονή (χρόνια)
4. Καρδιακή αγγειακή ανεπάρκεια, έμφρακτο. Αγγειακή εγκεφαλοπάθεια
5. Κληρονομικές ασθένειες
6. Επιληψία, υδροκέφαλος (κανονικής πίεσεως)
7. Μεταβολικές διαταραχές / αβιταμινώσεις
8. Πολλαπλή σκλήρυνση
9. Εκφυλιστικές άνοιες: N. Alzheimer, N. Pick, N. Parkinson, N. Wilson
10. Τοξικώσεις από οινόπνευμα, βαριά μέταλλα, άλλα φάρμακα.(16)

### **2.1.4 ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

Ο τρόπος έναρξης της άνοιας, ανάλογα με την αιτιολογία της, μπορεί να είναι αρκετά απότομος όπως π.χ. σε εγκεφαλίτιδα, τραύμα κεφαλής κ.α. ή βαθμιαίος και αργός όπως στην άνοια τύπου Alzheimer, τους όγκους του εγκεφάλου, το υποσκληρίδιο αιμάτωμα κ.α.

Η πορεία της άνοιας εξαρτάται επίσης από την αιτία της. Αν η αιτία μπορεί να θεραπευθεί (όπως π.χ. σε όγκους του εγκεφάλου, στον υποθυρεοειδισμό, στο υποσκληρίδιο αιμάτωμα, στον υδροκέφαλο φυσιολογικής πίεσης, στην τριτογενή σύφιλη κ.α.) τότε η άνοια μπορεί να αναχαιτισθεί ή και να αναστραφεί. Αν πρόκειται για άνοια τύπου Alzheimer τότε ο θάνατος είναι η κατάληξη μετά από μακρά πορεία.

Ανοϊκοί ασθενείς μπορεί να αναπτύξουν ψευδαισθήσεις ή και παραλήρημα, παραληρητικές ιδέες, κατάθλιψη και ιδέες αυτοκτονίας ιδιαίτερα σαν αποτέλεσμα των μεγάλων μεταβολών της προσωπικότητάς τους. Τα συμπτώματα της άνοιας επιδεινώνονται με το στρες, την αλλαγή σε μη οικείο περιβάλλον, τη νοσηλεία, τον θάνατο αγαπημένου προσώπου κ.α.

Ο θάνατος συνήθως προέρχεται από την αδυναμία του ατόμου να φροντίσει τον εαυτό του, που έχει σαν αποτέλεσμα την κακή διατροφή, τις κατακλίσεις, τα ατυχήματα, τις λοιμώξεις και την πνευμονία από εισρόφηση (η πιο συχνή αιτία θανάτου).(17)



### **2.1.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ**

Κατ' αρχήν, όπως αναφέρθηκε, έχει μεγάλη σημασία η αναγνώριση του κατά πόσο η άνοια που θα αντιμετωπίσουμε θεραπευτικά είναι μη αναστρέψιμη ή μπορεί η αιτία της να θεραπευθεί. Στη δεύτερη περίπτωση, που ανήκουν περίπου το ένα τέταρτο των ανοιών, ειδική θεραπεία (π.χ. χειρουργική του όγκου, του υποσκληριδίου αιματώματος, του υδροκέφαλου φυσιολογικής πίεσης ή παθολογική της ενδοκρινικής, μεταβολικής, τοξικής, λοιμώδους κτλ. νόσου) μπορεί να επιφέρει και πλήρη αναστροφή της άνοιας.

Στις μη αναστρέψιμες άνοιες, όμως, και πάλι η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να είναι ενεργητική για να βοηθήσει τους ασθενείς και τις οικογένειές τους να ανταπεξέλθουν. Έτσι κατ' αρχήν ατομική και οικογενειακή θεραπεία μπορεί να επιλύσει ενδοπροσωπικά και διαπροσωπικά προβλήματα και να προετοιμάσει τη υποστήριξη του ασθενή μέσα στο σπίτι του ή σε ειδικό νοσηλευτήριο.

Επίσης, όμως, η φαρμακευτική αγωγή πολλές φορές είναι απαραίτητη: αντικαταθλιπτικά για την κατάθλιψη, αγχολυτικά (με προσοχή, σε μικρές δόσεις, κατά προτίμηση βραχείας διάρκειας) για την αϋπνία και τον εκνευρισμό, αντιψυχωτικά (κυρίως μικρές δόσεις αλοπεριδόλης) για τα ψυχωτικά συμπτώματα και την έντονη διέγερση. Πάντα βέβαια χρειάζεται προσοχή, ώστε οι δόσεις, όπως είπαμε, να μην είναι γενικά μεγάλες και να μην παραβλεφθούν παρενέργειες, όπως η ορθοστατική υπόταση, που είναι συχνή.(13)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### 3.1 ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ (ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ) ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Όπως ήδη τονίστηκε μια ολόκληρη σειρά νοσημάτων της εσωτερικής παθολογίας και της νευρολογίας είναι δυνατόν να οδηγήσει στη εκδήλωση μιας σειράς διαταραχών από την ψυχική σφαίρα: τα περιγραφέντα οργανικά ψυχοσύνδρομα. Βέβαια, χρόνια, ανίατα και θανατηφόρου έκβασης νοσήματα φυσικό είναι να δημιουργούν αντιδραστικές ψυχογενείς καταστάσεις που δεν πρέπει να συγχέονται με τα οργανικά ψυχοσύνδρομα.

Τα βασικά ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά των οργανικών ψυχώσεων περιγράφηκαν ήδη. Έτσι στη συνέχεια περιγράφουμε μόνο τα ειδικότερα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα μιας σειράς οργανικών ψυχικών διαταραχών με βάση την ταξινόμηση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ICD 9) και αυτήν της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM III).(20)

### 3.2 ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΑΝΟΙΑ

Αρχίζει συνήθως με μια μεταβολή του χαρακτήρα και ειδικότερα με μια επίταση ατομικών χαρακτηριστικών γνωρισμάτων (τσιγκουνιά, καταναγκασμοί όσον αφορά την τάξη, διεξοδικότητα και λεπτομερειακή αφήγηση κλπ) και συχνότερα της συμπεριφοράς: αδιαφορία ή άλλοτε ευερεθιστότητα, εγωκεντρισμός, τάση προς απομόνωση κλπ ή άλλοτε μια ευφορική διάθεση με ανόητους αστείσμούς, άσκοπη υπεραπασχόληση χωρίς ουσιαστικό αποτέλεσμα κτλ. Ήδη, πίσω από αυτά, διαφαίνονται οι διαταραχές της κρίσης που με το πέρασμα του χρόνου επιτείνονται και στις οποίες προστίθενται οι διαταραχές της μνήμης. Σε βαρύτερες καταστάσεις προστίθενται και νευρολογικές εκπτώσεις υπό μορφή αφασικών, απρακτικών και αγνωσικών διαταραχών.

Η μορφή αυτή χαρακτηρίζεται σαν **απλή γεροντική άνοια** ή μη επιπλεγμένη πρωτοπαθής εκφυλιστική άνοια.

Με αφορμή μια βλάβη (λοιμώδη, τοξική, τραυματική κτλ.) είναι δυνατόν ηλικιωμένα άτομα (που είναι και περισσότερο ευαίσθητα) να παρουσιάσουν

ένα παραληρητικό σύνδρομο που εκδηλώνεται έτσι σε ένα άτομο με συμπτώματα άνοιας, ή που με την αποδρομή του καταλείπει ανοϊκά συμπτώματα. Η μορφή αυτή χαρακτηρίζεται σαν **γεροντικό παραλήρημα** ή πρωτοπαθής εκφυλιστική άνοια με παραλήρημα.

Ένας σημαντικός αριθμός ανοϊκών γερόντων εκφράζει μια σειρά καταθλιπτικών ιδεών, στο περιεχόμενο των οποίων διαφαίνονται οι διαταραχές της κρίσης. Άγχος και φόβοι, πολλές φορές ανόητοι (δεν έχουν ούτε να φάνε, είναι πάμπτωχοι, θα τους εγκαταλείψουν κτλ.) συνοδεύονται από ψυχοκινητική ανησυχία, υποχονδριακές ιδέες και συχνά μηδενιστικού περιεχομένου (το στομάχι, η καρδιά τους, το έντερο δεν λειτουργούν, ή ακόμη πιο ανόητες ιδέες: δεν έχουν καρδιά, δεν έχουν στομάχι, συκώτι κτλ.) Η μορφή αυτή έχει την ονομασία **γεροντική αγχώδης μελαγχολία** ή χαρακτηρίζεται ως πρωτοπαθής εκφυλιστική άνοια με κατάθλιψη.

Σε άλλες περιπτώσεις ηλικιωμένα άτομα εκφράζουν, με πλήρη διαύγεια της συνείδησης, παρανοϊκές ιδέες (συσχετίσεων, ζηλοτυπίας, ή διωκτικού περιεχομένου) και ψευδαισθήσεις κυρίως ακουστικές, που συχνά είναι υβριστικές, ή αναφέρονται στην ηθική, την τιμιότητα, την καθαριότητα κλπ. Οι ψευδαισθησίες αυτές οδηγούν σε μια αντίστοιχη εχθρική συμπεριφορά. Αφού περάσει κάποιο διάστημα και μετά εκδηλώνονται οι ανοϊκές διαταραχές που σφραγίζουν τις παρανοϊκές ιδέες με τον χαρακτήρα του ανόητου. Χαρακτηρίζονται ως **γεροντικές παρανοϊκές αντιδράσεις** ή ως εκφυλιστική άνοια με παραληρητικές ιδέες.(20)

### **3.3 ΠΡΟΓΕΡΟΝΤΙΚΕΣ ΑΝΟΙΕΣ**

Σαν προγεροντική ηλικία χαρακτηρίζουμε την περίοδο της ώριμης ζωής πριν από κάθε εμφάνιση γεροντικών τροποποιήσεων. Συμβατικά, ασαφώς βέβαια, η ηλικιακή αυτή περίοδος τοποθετείται μεταξύ 45<sup>ου</sup> και 65<sup>ου</sup> έτους. Στην περίοδο αυτή εμφανίζεται το πλείστον των νοσημάτων που χαρακτηρίζονται με τη γενική ονομασία προγεροντικές ή προπρεσβυτερικές άνοιες ή άνοιες της μέσης ηλικίας.

Βασικό χαρακτηριστικό των νοσημάτων αυτών είναι ότι η ψυχοπαθολογική συμπτωματολογία συνοδεύεται απαραίτητα από νευρολογικές εκπτώσεις (εστιακά συμπτώματα). Η εκάστοτε διαφορετική νευρολογική εικόνα σε συνδυασμό με τις ψυχοπαθολογικές ιδιομορφίες

επέτρεψε τον διαχωρισμό σε επιμέρους κλινικές οντότητες (σύνδρομα). Σα δεύτερο χαρακτηριστικό των προγεροντικών ανοιών τονίζει ο Mayer Gross την έκδηλη δυσαναλογία μεταξύ σωματικής κατάστασης (ανθηρή) και διανοητικής έκπτωσης (βαρύτατη).

Στην ομάδα αυτή των προγεροντικών ανοιών τοποθετούνται κατά κύριο λόγο: η νόσος του Alzheimer, η νόσος του Pick και η νόσος των Jacob-Creutzfeldt. Άλλοι ερευνητές διευρύνουν την ομάδα των προγεροντικών ανοιών τοποθετώντας σε αυτήν και την χορεία του Huntington, την νόσο του Marchiafava, προγεροντικές άνοιες με ατροφία της παρεγκεφαλίδας, ή μεμονωμένη εκφύλιση του θαλάμου και τέλος μια ομάδα που ο Gillespie χαρακτηρίζει σαν απλή προγεροντική άνοια, χωρίς νευρολογικές εκπτώσεις. Στη διαδρομή των προγεροντικών ανοιών μπορεί κανείς να διακρίνει τέσσερα διαδοχικά εξελικτικά στάδια σε σχέση με την ψυχοπαθολογική εικόνα:

1. Αρχικό, με προέχουσα διαταραχή την προϊούσα μείωση της ικανότητας καταβολής προσπάθειας (κοινό σε όλες τις νοσολογικές οντότητες).
2. Σε ένα δεύτερο στάδιο, προστίθεται ο εύκολος ψυχικός κάματος, που γίνεται εμφανής σε κάθε απαίτηση μακρότερης προσοχής και συγκέντρωσης.
3. Στο τρίτο στάδιο, στα συμπτώματα αυτά προστίθενται οι διαταραχές της μνήμης και οι διαταραχές του προσανατολισμού στον χρόνο, τον χώρο και το περιβάλλον. Στο στάδιο αυτό γίνονται εμφανή και έκδηλα τα σταδιακά νευρολογικά συμπτώματα της επί μέρους νόσου.
4. Τέλος το τέταρτο και τελικό στάδιο (κοινό σε όλες τις μορφές προγεροντικών ανοιών) χαρακτηρίζεται από την βαρύτατη οργανική άνοια.(20)

### **3.4 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ALZHEIMER**

#### **3.4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο Alois Alzheimer περιέγραψε πρώτος το 1907 μια κατάσταση, που αργότερα πήρε το όνομά του, σε μια γυναίκα 51 ετών με προϊούσα άνοια διάρκειας 4,5 ετών. Η τελική διάγνωση της νόσου Alzheimer βασίζεται στη νευροπαθολογοανατομική εξέταση του εγκεφάλου. Παρ' όλα αυτά, η άνοια τύπου Alzheimer διαγιγνώσκεται συνήθως κατά την κλινική εξέταση, μετά από αποκλεισμό από τη διαγνωστική θεώρηση άλλων αιτιών άνοιας.

Αν και η αιτία της άνοιας τύπου Alzheimer παραμένει άγνωστη, έχει γίνει πρόοδος στην κατανόηση της μοριακής βάσης της εναπόθεσης αμυλοειδούς, που είναι το κύριο εύρημα στην νευροπαθολογοανατομία της διαταραχής. Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι μέχρι και το 40% των αρρώστων έχει οικογενειακό ιστορικό μα άνοια τύπου Alzheimer. Έτσι υπάρχει η υπόθεση ότι, σε μερικές τουλάχιστον περιπτώσεις, εμπλέκονται γενετικοί παράγοντες. Επιπρόσθετη υποστήριξη της γενετικής αποτελεί το ότι ο βαθμός σύμπτωσης των μονοζυγωτικών διδύμων είναι μεγαλύτερος από αυτόν των διζυγωτικών. Τέλος, σε μερικές καλά τεκμηριωμένες περιπτώσεις, βρέθηκε ότι η διαταραχή μεταβιβάστηκε στις οικογένειες μέσω αυτόσωμου επικρατητικού γονιδίου, αν και τέτοιου τύπου μεταβίβαση είναι σπάνια.(13)

#### **3.4.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Η σωστή αξιολόγηση των συμπτωμάτων για την κλινική διάγνωση εμποδίζεται συνήθως από την ελλιπή γνώση, την υποτίμηση ή την μεγαλοποίησή τους. Το σύμπτωμα πρέπει να ερευνάζεται με προσοχή διότι μπορεί να έχει πολλές ερμηνείες και αν παραμελείται η αναζήτηση του μηχανισμού του, είναι δυνατόν να υποτιμηθεί η σημασία του. Ο τρόπος με τον οποίο αντιδρά ο ηλικιωμένος απέναντι στη νόσο, προκαλεί συχνά μια πρόσθετη συμπτωματολογία η οποία πρέπει να ελέγχεται ώστε να μην καθυστερούν ή παίρνουν λανθασμένο δρόμο ορισμένες κλινικές, ανατομικές, βιολογικές ή θεραπευτικές έρευνες.

Απαιτείται να γίνεται σωστή εκτίμηση των ικανοτήτων του ανοϊκού που μπορούν ακόμη να χρησιμοποιηθούν για μια κοινωνική ένταξη ή επανένταξη, έστω και παροδική. Να μην αρκείται ο κλινικός να παρατηρεί τον ασθενή μέσα στο γραφείο του, αλλά να μελετάει την συμπεριφορά του μέσα στον

καθημερινό χώρο της ζωής του σε σχέση με την οικογένεια ή το περιβάλλον του, ή εάν νοσηλεύεται, τις σχέσεις του με το νοσηλευτικό προσωπικό και τους άλλους ασθενείς.(9)

Τα πρώιμα συμπτώματα της άνοιας τύπου Alzheimer είναι τα ακόλουθα:

1. Προβλήματα της πρόσφατης μνήμης (όχι απώλεια).
2. Δυσκολία σε συνηθισμένες ασχολίες στην ολοκλήρωσή τους.
3. Προβλήματα λόγου και προφορικής έκφρασης, της κατάλληλης λέξης κάποιες φορές.
4. Αποπροσανατολισμός ως προς τον τόπο και τον χρόνο.
5. Μειωμένη κρίση (ακατάλληλο ντύσιμο, άκριτες αγορές)
6. Προβλήματα στην αφαιρετική σκέψη (αδυναμία κατανόησης αφηρημένων εννοιών).
7. Μεταβολές της διάθεσης ή της συμπεριφοράς (μεταπτώσεις διάθεσης).
8. Αλλαγή της προσωπικότητας (από φυσιολογική σε καχύποπτη).
9. Απώλεια πρωτοβουλιών-παθητικότητα.
10. Τοποθέτηση αντικειμένων σε λάθος θέση

Η έγκαιρη διάγνωση της νόσου Alzheimer αυξάνει την πιθανότητα πρώιμης αγωγής και σταθεροποίησης της κατάστασης.(16)

### **3.4.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Οι παράγοντες κινδύνου υπολογίζονται με τον αριθμό των νέων περιστατικών σε κάθε 1000 ανά έτος. Στην ηλικία των 90 ετών, κάθε χρόνο, 10% προσβάλλονται από την νόσο στον ίδιο βαθμό άνδρες και γυναίκες. Αναφέρεται ότι οι γυναίκες προσβάλλονται περισσότερο αλλά αυτό είναι στατιστικό λάθος διότι οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 6 χρόνια περισσότερο από τους άνδρες. Λαμβάνοντας υπόψη το στοιχείο αυτό, ο κίνδυνος άνοιας σε γυναίκες 65 ετών είναι 35% ενώ για τους άνδρες 15%. Ο Reisberg (1944) αναφέρει ότι στις ΗΠΑ οι νοσηλεύόμενοι ασθενείς με άνοια αποτελούν το 50% περίπου του συνόλου των νοσηλευόμενων ασθενών σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας.(2)

### **3.4.3.1. Επιδημιολογική ανάλυση των παραγόντων κινδύνου**

Σύμφωνα με την ταξινόμηση του Π.Ο.Υ. (1987), προτείνονται οι παρακάτω παράγοντες κινδύνου για την νόσο Alzheimer:

1. Ηλικία
2. Γυναικείο φύλο
3. Εθνότητα
4. Κοινωνική τάξη και μόρφωση
5. Γενετική
6. Σύνδρομο Down σε συγγενείς
7. Λέμφωμα σε συγγενείς
8. Ιστορικό νόσων και συν νοσηρότητα
9. Αγγειακή άνοια
10. Θυροειδική νόσος
11. Τραύματα κεφαλής
12. Ιστορικό ψυχικής διαταραχής
13. Συνθήκες θανάτου (12)

### **3.4.4. ΕΞΕΤΑΣΗ ΟΥΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER**

Αφορά στην εξέταση των επιπέδων της νευροηνωματώδους πρωτεΐνης στα ούρα, που θεωρείται ένας βιολογικός δείκτης για τη νόσο Alzheimer.

Η πρωτεΐνη αυτή ανευρίσκεται στον εγκεφαλικό ιστό, στο ΕΝΥ (εγκεφαλονωτιαίο υγρό) και στα ούρα. Η νευροηνωματώδης πρωτεΐνη εμπλέκεται στη νευρωνική απόπτωση και το κυτταρικό θάνατο, ενώ συσχετίζεται με τη βαρύτητα της άνοιας. Λαμβάνεται ένα δείγμα ούρων 50ml το πρωί. Η απάντηση δίνεται σε περίοδο 7 ημερών.

Παθολογική απάντηση θεωρείται η ύπαρξη περισσότερων των 18 μονάδων στα ούρα.

Η δοκιμασία εμφανίζει ευαισθησία άνω του 80% και ειδικότητα άνω του 90%. Η δοκιμασία αυτή θεωρείται χρήσιμη για την πρώιμη ανίχνευση της νόσου Alzheimer.(19)

### **3.4.5. Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER**

Παρόλο που η νόσος του Alzheimer έχει περιγραφεί περίπου έναν αιώνα νωρίτερα, η έγκαιρη διάγνυσή της παραμένει ακόμη δυσχερής. Η μεγάλη πρόοδος που έγινε τα τελευταία 20 χρόνια στην έρευνα της νόσου δεν οδήγησε μέχρι τώρα στον καθορισμό βιολογικών δεικτών που να επιτρέπουν την πρώιμη διάγνωση ή να διευκολύνουν την διαφορική διάγνωση. Εάν λάβουμε υπόψη ότι το ποσοστό διαγνωστικού λάθους στην άνοια μέχρι και πριν από λίγα ακόμη χρόνια ήταν πάνω από 30%, γίνεται εμφανής η δυσκολία του διαγνωστικού προβλήματος.

Κατά τα τελευταία έτη γίνεται προσπάθεια εντοπισμού στο ENY πρωτεϊνών που εμπλέκονται ποικιλοτρόπως στον μηχανισμό της νόσου Alzheimer. Επιπροσθέτως έχουν εντοπισθεί γενετικές μεταλλάξεις σε μερικές από τις πρωτεΐνες αυτές που ίσως να προκαλούν την νόσο, ή να αποτελούν παράγοντα κινδύνου γι' αυτήν. Το ενδιαφέρον αναζήτησης τέτοιων ουσιών είναι μεγάλο, όχι μόνο διότι θα υπάρξουν βιολογικοί δείκτες για την διάγνωση της νόσου, αλλά και η μελέτη τους θα συμβάλλει σε ανάλογες θεραπευτικές εφαρμογές.(8)

#### **3.4.5.1. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ Ν. ALZHEIMER DSM IV**

A. Εγκατάσταση πολλαπλών νοητικών διαταραχών εμφανιζομένων συγχρόνως με:

1. Διαταραχή της μνήμης (μείωση της ικανότητας μάθησης νέων πληροφοριών ή ανάκλησης πληροφοριών που έμαθε προηγουμένως)
2. Μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες νοητικές διαταραχές:
  - Αφασία (διαταραχή του λόγου)
  - Απραξία (μείωση των ικανοτήτων να εκτελεί δια των χεριών δραστηριότητες παρά μια ανέπαφη κινητική λειτουργία)
  - Αγνωσία (αδυναμία να αναγνωρίσει τα αντικείμενα παρά τις ανέπαφες αισθητηριακές λειτουργίες)
  - Διαταραχή των εκτελεστικών λειτουργιών ( π.χ. σχεδιασμός, οργάνωση, διαδοχή, αφαίρεση)

B. Οι νοητικές διαταραχές των κριτηρίων A1 και A2 προκαλούν έκαστη αξιοσημείωτη μείωση των κοινωνικών δραστηριοτήτων και αντιπροσωπεύουν



αξιοσημείωτη αποδιοργάνωση σε σχέση με το προηγούμενο λειτουργικό επίπεδο.

Γ. Η εξέλιξη χαρακτηρίζεται από μια προοδευτική έναρξη και συνεχή νοητική αποδιοργάνωση.

Δ. Οι νοητικές διαταραχές των κριτηρίων A1 και A2 δεν οφείλονται σε κανένα από τα παρακάτω στοιχεία:

- Άλλες παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος που μπορούν να προκαλέσουν προοδευτική μείωση της μνήμης και της νοημοσύνης (π.χ. αγγειακή εγκεφαλική νόσος, υποσκληρίδιο αιμάτωμα, νόσος Huntington, υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης, εγκεφαλικός όγκος)
- Γνωστές συστηματικές παθήσεις ως αίτια άνοιας (υποθυρεοειδισμός, έλλειψη βιταμίνης B12, μόλυνση με HIV)
- Παθήσεις από εξωγενείς ουσίες

Ε. Οι διαταραχές δεν επέρχονται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της εξέλιξης μιας συγχυτικής κατάστασης.

Ζ. Η διαταραχή δεν εξηγείται από μια πάθηση του άξονα Ι (π.χ. μείζων καταθλιπτική διαταραχή, σχιζοφρένεια). (10)

### **3.4.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER**

#### **3.4.6.1 Φαρμακευτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις**

Το Φεβρουάριο του 1998, μια ομάδα Γάλλων ειδικών Νευρολόγων, Ψυχιάτρων, Γεροντολόγων και Παθολόγων συνήλθε προκειμένου να αποφασίσει για την συνιστώμενη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση της νόσου του Alzheimer, με βάση τα μέχρι τότε δεδομένα. Σχετικά με τη φαρμακευτική προσέγγιση της νόσου, η ομάδα αυτή αποφάσισε να περιορισθεί σε ορισμένες συστάσεις επάνω στην φαρμακευτική αντιμετώπισή της.

Αναφέρεται ότι στο 1998, οι φαρμακευτικές θεραπείες της νόσου Alzheimer είναι συμπτωματικές. Ο κύριος στόχος της φαρμακευτικής θεραπείας είναι να επιβραδυνθεί η απώλεια της αυτοδυναμίας των ασθενών και να βελτιωθεί η προσαρμογή τους στην καθημερινή ζωή.

Οι θεραπείες απευθύνονται σε ηλικιωμένα άτομα και απαιτούν ιδιαίτερη εγρήγορση. Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν συνήθως μειωμένη νεφρική διήθηση

και μειωμένο ηπατικό μεταβολισμό. Αυτή η “πολυπαθολογία” που χαρακτηρίζει τους ηλικιωμένους ασθενείς απαιτεί συχνά τη χορήγηση πολλών φαρμακευτικών συνδυασμών. Ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να έχει υπόψη τις πιθανές φαρμακοδυναμικές αλληλοεπιδράσεις αποφεύγοντας τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Επιπλέον οι ηλικιωμένοι, λόγω κυκλοφορικών διαταραχών έχουν συχνά ορθοστατική υπόταση και πτώσεις. Έτσι ακόμη και σε μικρές δόσεις φαρμάκων είναι δυνατόν να υπάρξουν δυσάρεστες παρενέργειες.(1)

Η θεραπευτική απάντηση ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Θα πρέπει η δόση να εξατομικεύεται μέσα στα πλαίσια μιας γενικότερης στρατηγικής που θα λαμβάνονται υπόψη όλοι οι παθολογικοί παράγοντες που βαρύνουν τον εκάστοτε ασθενή.

Η θεραπεία των νοητικών διαταραχών εμπλέκει ως γνωστό το χολινεργικό σύστημα. Η βελτίωση της χολινεργικής διαβίβασης είναι η μόνη διαθέσιμη σήμερα θεραπεία των νοητικών διαταραχών της νόσου και είναι δυνατόν να επιβραδύνει την εισαγωγή του ασθενή στο ίδρυμα.

Η θεραπευτική προσπάθεια αφορά επίσης και τις μη νοητικές διαταραχές της νόσου. Η φαρμακοθεραπεία συνίσταται σε ασθενείς με Alzheimer που παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ακόμη και αν τα συμπτώματά τους δεν ανταποκρίνονται σε όλα τα κριτήρια της κατάθλιψης. Η επιλογή του κατάλληλου αντικαταθλιπτικού φαρμάκου θα πρέπει να γίνεται με βάση την ανοχή του φαρμάκου στη γενική και ψυχιατρική κατάσταση του ασθενή.(3)

#### **3.4.6.2 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ**

Νεότερες μελέτες δείχνουν ότι είναι δυνατόν να αντιμετωπισθούν ασθενείς με Alzheimer σε πρώιμα στάδια της νόσου, να επιτευχθούν καλύτερες επιδόσεις σε ασθενείς που είναι ακόμη σε καλή κατάσταση.(4)

Σχετικά με την μνημονική λειτουργία οι προσπάθειες στρέφονται προς τρεις κατευθύνσεις:

1. Να διευκολυνθεί η κωδικοποίηση ή η ανάκληση μιας πληροφορίας σε σχέση με τις επιδόσεις σε ειδικές δοκιμασίες

2. Να αποκτήσει ο ασθενής νέες μαθήσεις ή να αντιμετωπίσει διαταραχές εκμεταλλευόμενος ικανότητες που διατηρήθηκαν

3. Να ενεργοποιηθεί το περιβάλλον του ασθενή τις προσπάθειες αποκατάστασης.(6)

#### **3.4.7 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ ALZHEIMER ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Ενώ οι έρευνες για την πρόληψη και τη θεραπεία της άνοιας τύπου Alzheimer συνεχίζονται, το πρόβλημα της καθημερινής φροντίδας του αρρώστου παραμένει καίριο και αποτελεί πρόκληση για την νοσηλευτική. Συχνότερα βέβαια το βάρος της φροντίδας πέφτει στα μέλη της οικογένειας. Τα ευρήματα ερευνών, που μελετούν την φροντίδα των ηλικιωμένων αυτών αρρώστων, δείχνουν ότι τα μέλη της οικογένειας τους παθαίνουν κόπωση στην προσπάθεια να ανταποκριθούν στην φροντίδα τους. Οι περισσότεροι που φροντίζουν ηλικιωμένους με άνοια είναι η σύζυγος ή οι θυγατέρες του αρρώστου αλλά και ο σύζυγος στην περίπτωση άρρωστης γυναίκας και οι γιοί. Οι σύζυγοι είναι συχνά και αυτοί ηλικιωμένοι και μπορεί να έχουν σωματικές αρρώστιες, ψυχολογικά και κοινωνικό-οικονομικά προβλήματα ώστε δεν μπορούν να ανταποκριθούν στην 24ωρη καθημερινή φροντίδα του αρρώστου.

Η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικά πρόσωπα βοηθά αποτελεσματικά τη οικογένεια σε στρεσογόνες καταστάσεις. Αλλά η υπερβολική απασχόληση και ευθύνη, η ανικανότητα των φίλων να αντιμετωπίσουν τον άρρωστο με άνοια και η απώλεια της κύριας πηγής υποστήριξης που ήταν ο άρρωστος μειώνουν τα επίπεδα υποστήριξης της οικογένειας τότε που τη χρειάζεται.

Για τη βοήθεια της οικογένειας που φροντίζει ηλικιωμένο άτομο με άνοια τύπου Alzheimer έχουν δοκιμασθεί ορισμένα προγράμματα νοσηλευτικής παρέμβασης με καλά αποτελέσματα. Π.χ συμβουλευτική υπηρεσία, προγράμματα ψυχικής αγωγής και σταθμοί ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων.

Η κάπως εκτεταμένη αναφορά της φροντίδας του ηλικιωμένου με άνοια τύπου Alzheimer μέσα στην οικογένεια κρίθηκε απαραίτητη, διότι η

πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προς αυτή την κατεύθυνση προσανατολίζεται. Η νοσηλευτική μπορεί να παίζει ηγετικό, αποφασιστικό ρόλο στην εκπαίδευση και την υποστήριξη της οικογένειας, αλλά και σε ερευνητικές μελέτες για να απαντηθούν τα φλέγοντα ερωτήματα.(18)

#### **3.4.7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ALZHEIMER**

Αντιπροσωπευτικά παρουσιάζονται στη συνέχεια οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη φροντίδα αρρώστου με διαταραχή νοητικής και αντιληπτικής λειτουργίας.

- Λεπτή, φιλική και ήρεμη προσέγγιση του αρρώστου. Οι άρρωστοι με άνοια τύπου Alzheimer συνήθως αντανακλούν το συναίσθημα των γύρω τους. Ένα εκνευρισμένο και βιαστικό πλησίασμα κάνει τον άρρωστο αγχώδη και αντιδραστικό. Ένα ευγενικό και ήρεμο, τον ανακουφίζει.
- Ο νοσηλευτής πρέπει να λέει ποιος είναι, να βλέπει στα μάτια τον άρρωστο και να βεβαιώνεται ότι κέρδισε την προσοχή του. Οι άρρωστοι με γνωστικές και μνημονικές διαταραχές έχουν ανάγκη να ακούν κάθε φορά το όνομα του νοσηλευτού. Αν δεν κερδηθεί η προσοχή τους, παρερμηνεύουν τα λόγια και τις πράξεις των νοσηλευτών και γίνονται συγχυτικοί και τρομαγμένοι.
- Καθαρή και χαμηλόφωνη ομιλία προς τον άρρωστο. Οι υψηλοί τόνοι φωνής δημιουργούν άγχος και ένταση σε αυτούς τους αρρώστους.
- Κλείσιμο του ραδιοφώνου και της τηλεόρασης όταν ο νοσηλευτής μιλά στον άρρωστο. Η υπερφόρτιση με ερεθίσματα του προκαλούν σύγχυση.
- Μια ερώτηση ή μια φράση πρέπει να λέγεται κάθε φορά με συντομία και απλές λέξεις, για ελλάτωση της σύγχυσης, βελτίωση της συγκέντρωσης και αύξηση της διάρκειας της προσοχής.
- Επανάληψη της ερώτησης αν ο άρρωστος δεν απαντά ή δεν φαίνεται να καταλαβαίνει. Χρησιμοποίηση όμως των ίδιων ακριβώς λέξεων. Η επανάληψη ενισχύει την κατανόηση. Η αλλαγή των λέξεων προκαλεί μεγαλύτερη σύγχυση. Όταν είναι δυνατό να χρησιμοποιούνται

ερωτήσεις που ζητούν απαντήσεις, ναι ή όχι και αποφυγή ερωτήσεων που απαιτούν επιλογές ή λήψη κάποιας απόφασης.

- Υπομονητική αναμονή αν δεν απαντήσει ο αρρώστος και επανάληψη της ίδιας ερώτησης. Γι' αυτούς τους αρρώστους παίρνει χρόνο η επεξεργασία μιας πληροφορίας.
- Διάρθρωση κάθε δραστηριότητας σε μεμονωμένες πράξεις και παρότρυνση του αρρώστου να κάνει ένα μόνο πράγμα κάθε φορά. Π.χ. «εδώ είναι τα γυαλιά σας» (παύση) «πάρτε τα γυαλιά σας από τη θήκη» (παύση) «βάλτε τα γυαλιά σας».
- Με τη λεκτική επικοινωνία ταυτόχρονη επίδειξη των κατάλληλων αντικειμένων ή εικόνων για ενίσχυση της κατανόησης των λεγομένων. (π.χ. μπισκότα, πετσέτες, πουλόβερ κ.α.).
- Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο. Διατήρηση φωτισμού και κατά τη νύχτα. Παροχή απαλής μουσικής.
- Στενή παρατήρηση του αρρώστου για κινήσεις που δείχνουν ότι πονά ή αισθάνεται δυσφορία, εφόσον δεν είναι ικανός να εκφράσει λεκτικά σκέψεις και συναισθήματα.
- Προώθηση του προσανατολισμού στην πραγματικότητα τοποθετώντας σε εμφανές μέρος μεγάλο ρολόι, ημερολόγιο, το διαίτολόγιο κάθε ημέρας, το όνομα του νοσοκομείου και την πόλη. Έτσι ενισχύεται η οπτική μνημονική λειτουργία, ο προσανατολισμός και οι γνωστικές λειτουργίες.
- Τοποθέτηση γνωστών και αγαπητών αντικειμένων του αρρώστου στο δωμάτιο του π.χ. φωτογραφίες της οικογένειας με το όνομα του κάθε προσώπου σε αντίστοιχη ετικέτα, για ενίσχυση της άνεσης, της εμπιστοσύνης και της μνήμης.
- Απασχόληση του αρρώστου με συχνές αναμνηστικές ασκήσεις αναθερώντας παλιές εμπειρίες κατά προτίμηση ευχάριστες. Έτσι χρησιμοποιείται η λειτουργική μακρόχρονη παλιά μνήμη και δημιουργούνται αισθήματα ευχάριστα ενώ ελαττώνονται η μοναξιά, η δυσθυμία, ο θυμός κ.α.

- Αποφυγή λογομαχίας και αμφισβήτησης της πραγματικότητας των παραπόνων του ή των μυθοπλαστικών διηγήσεών του. Μπορεί να εκφραστούν κάποιες διορθώσεις με πολλή ευγένεια και διάκριση και να αποσπαστεί η προσοχή του αρρώστου σε κάτι άλλο. Σκοπός η ελάττωση του άγχους και η πρόληψη διέγερσης ή επιθετικότητας.
- Εκπαίδευση της οικογένειας και των σημαντικών προσώπων που ενδιαφέρονται για το άρρωστο, σχετικά με τη νόσο και τα συμπτώματα, Η γνώση των ικανοτήτων και ορίων του αρρώστου βοηθά τις οικογένειες να έχουν πιο ρεαλιστικές προσδοκίες και ελαττώνει την ψυχική τους ένταση.
- Διδασκαλία στην οικογένεια αποτελεσματικών στρατηγικών που μπορούν να βελτιώσουν τη λειτουργία της μνήμης και να ελαττώσουν τη σύγχυση του αρρώστου. Έτσι διευκολύνεται η επικοινωνία και οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ αρρώστων και των οικογενειών τους. Π.χ. διδάσκονται πώς να οργανώσουν αναμνηστικές ασκήσεις, πώς να διατηρούν σταθερό το περιβάλλον και τη ρουτίνα της ημέρας και πώς να δείχνουν υπομονή και κατανόηση.

Τονίζεται ότι οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αναφέρθηκαν με ανάλογη θεωρητική υποστήριξη δεν είναι εφαρμόσιμες αποκλειστικά σε αρρώστους ηλικιωμένους με άνοια τύπου Alzheimer, αλλά και σε πολλές άλλες περιπτώσεις αρρώστων που παρουσιάζουν ένα ή μερικά από τα παραπάνω προβλήματα. Η δοκιμή της εφαρμογής συνδυασμών αυτών ή άλλων παρεμβάσεων εξαρτάται από την προσωπική δημιουργική νοσηλευτική σκέψη και κρίση του κάθε νοσηλευτού σε κάθε περίπτωση.(18)

### **3.5 Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ PICK.**

Σε αντίθεση με τη βρεγματοκροταφική διασπορά της παθολογίας στη νόσο του Alzheimer, η νόσος του Pick χαρακτηρίζεται από προεξάρχουσα ατροφία των μετωποκροταφικών περιοχών. Στις περιοχές αυτές παρατηρείται επίσης απώλεια νευρώνων, γλοίωση και παρουσία των νευρωνικών σωματιδίων του Pick, που αποτελούνται από μάζες κυτταροσκελετικών στοιχείων. Τα σωματίδια του Pick ανευρίσκονται σε νεκροτομικά δείγματα, αλλά δεν είναι απαραίτητα για τη διάγνωση. Η αιτία της νόσου δεν είναι γνωστή. Η νόσος του Pick συνιστά το 5% όλων των μη αναστρέψιμων ανοιών. Είναι πιο συχνή στους άνδρες, ιδιαίτερα σε αυτούς που έχουν πάσχοντα συγγενή πρώτου βαθμού. Η νόσος του Pick είναι δύσκολο να διακριθεί από την άνοια τύπου Alzheimer, αν και στα αρχικά της στάδια χαρακτηρίζεται από αλλαγές στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά, με σχετική διατήρηση των άλλων γνωσιακών λειτουργιών. Χαρακτηριστικά του συνδρόμου Klüver-Bucy (π.χ. υπερσεξουαλικότητα, πραότητα και υπερστοματικότητα) είναι πολύ πιο συχνά στη νόσο του Pick σε σχέση με τη νόσο Alzheimer.(13)

#### **3.5.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ PICK.**

Άνοια στη νόσο του Pick

A. Τα γενικά κριτήρια της άνοιας πληρούνται.

B. Η έναρξη είναι αργή με σταθερή αποδιοργάνωση.

Γ. Προεξάρχουσα βλάβη στο μετωπιαίο λοβό με δύο από τα ακόλουθα:

1. συναισθηματική επιπέδωση
2. χυδαία κοινωνική συμπεριφορά
3. άρση αναστολών
4. απάθεια και ανησυχία
5. αφασία

Δ. Στο πρώτο στάδιο η μνήμη και οι λειτουργίες του κροταφικού λοβού διατηρούνται σχετικά.(15)

### 3.6 Η ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ CREUTZFELDT-JACOB

Είναι η πιο συχνή νόσος από πριόνια στον άνθρωπο με ετήσια επίπτωση γύρω στο 1/1.000.000 πληθυσμό. Το κύριο χαρακτηριστικό της νόσου είναι η ταχεία έκπτωση των νοητικών λειτουργιών. Άλλα πρώιμα συμπτώματα νοητικής έκπτωσης είναι η επιβράδυνση της σκέψης, η δυσκολία συγκέντρωσης και η διαταραχή της κρίσης. Επίσης, παρατηρούνται διαταραχές συναισθήματος όπως απάθεια, κατάθλιψη, συναισθηματική ακράτεια, διαταραχές συμπεριφοράς, ψευδαισθήσεις (κυρίως οπτικές) και οπτική αγνωσία. Γρήγορα όμως εγκαθίσταται η σφαιρική γνωστική διαταραχή και τέλος η άνοια.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η νόσος των Creutzfeldt-Jacob μπορεί να μεταδοθεί ιατρογενώς μέσω μεταμόσχευσης μολυσμένων κερατοειδών χιτώνων ή χειρουργικών εργαλείων. Ωστόσο, οι περισσότερες περιπτώσεις της νόσου φαίνεται να είναι σποραδικές και προσβάλλουν άτομα ηλικίας 50-60 ετών. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η περίοδος επώασης μπορεί να είναι βραχεία (1-2 χρόνια) ή μακρά (8-16) χρόνια. Η έναρξη της νόσου χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση τρόμου, αταξίας βάδισης, μυοκλονιών και άνοιας. Συνήθως η νόσος προχωρεί ταχέως και οδηγεί σε βαριά άνοια και θάνατο μέσα σε 6-12 μήνες.

Η εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού συνήθως δεν αποκαλύπτει ανωμαλίες και η υπολογιστική (CT) ή η μαγνητική τομογραφία (MRI) μπορεί να είναι φυσιολογικές μέχρι τα προχωρημένα στάδια της νόσου. Η νόσος χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός ασυνήθους τύπου ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (HEΓ), που αποτελείται από δέσμες βραδέων κυμάτων υψηλής τάσης.

Πρόσφατα δεδομένα αποδεικνύουν την ύπαρξη μιας νέας παραλλαγμένης μορφής της νόσου που προκαλείται από την σπογγιόμορφη εγκεφαλοπάθεια των βοοειδών. Η μορφή αυτή της νόσου χαρακτηρίζεται από τα παρακάτω: α) νεαρή ηλικία έναρξης της νόσου, β) διαταραχές συμπεριφοράς σαν πρώτο σύμπτωμα, γ) λίγα ευρήματα στο HEΓ και δ) αυξημένο σήμα στην MRI εγκεφάλου στους θαλάμους.(7)



### **3.6.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΩΝ CREUTZFELDT-JACOB**

A. Πληρούνται τα γενικά κριτήρια για άνοια

B. Υπάρχει ταχεία εξέλιξη της άνοιας με αποδιοργάνωση όλων των ανώτερων εγκεφαλικών λειτουργιών.

Γ. Ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα νευρολογικά συμπτώματα και σημεία συνυπάρχουν με την άνοια,

1. πυραμιδικά συμπτώματα
2. εξωπυραμιδικά συμπτώματα
3. παρεγκεφαλιδικά συμπτώματα
4. αφασία
5. μείωση της όρασης (13)

### **3.7 Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ HUNTINGTON**

Είναι κληρονομική εκφυλιστική πάθηση του νευρικού συστήματος και μεταβιβάζεται με τον επικρατητικό αυτοσωματικό χαρακτήρα.

Εκτός από τον τύπο κλινικής μεταβίβασης, δύο άλλα είναι τα κύρια χαρακτηριστικά της πάθησης:

1. ανώμαλες ακούσιες κινήσεις,
2. ψυχικές και γνωστικές (νοητικές) διαταραχές που καταλήγουν σε άνοια.

Η νόσος αρχίζει συνήθως στην 5<sup>η</sup>-6<sup>η</sup> δεκαετία, αλλά αναφέρονται περιπτώσεις με έναρξη στην νεανική ή την γεροντική ηλικία. Οι ψυχιατρικές διαταραχές, που παρατηρούνται στην νόσο του Huntington, είναι ποικίλες και μη ειδικές. Καταλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα, που κυμαίνεται από μεταβολές της προσωπικότητας, μέχρι συναισθηματικές διαταραχές (μελαγχολία, μανία) και σχιζοφρενικές ψυχώσεις.

Η άνοια της νόσου του Huntington εμφανίζεται στα τελικά στάδια και έχει χαρακτήρα υποφλοιώδους άνοιας. Οι γνωστικές διαταραχές στους ασθενείς αυτούς, αρχίζουν νωρίς και προοδευτικά επιδεινώνονται, καταλήγοντας σε άνοια μετά από αρκετά χρόνια.(5)

Διαταράσσεται επίσης και η μνήμη, αρχικά ελαφρά, αλλά με την πάροδο των ετών περισσότερο. Οι ασθενείς με νόσο του Huntington, στα προχωρημένα στάδια της νόσου, έχουν σοβαρή έκπτωση μνήμης, αλλά

διατηρούν την ικανότητα ανάμνησης με υποβοήθηση. Διατηρείται δηλαδή η αναγνωριστική μνήμη.

Στην κλινική εικόνα της άνοιας κυριαρχεί η βραδύτητα στην επεξεργασία πληροφοριών, η διαταραχή στην προσοχή, την κρίση, την αφηρημένη σκέψη και την ικανότητα σχεδιασμού και εκτέλεσης ενός σύνθετου έργου. Ο ασθενής είναι αδρανής και έχει τάση απόσυρσης. Δεν υπάρχει αφασία, αγνωσία ή απραξία.

Η διαφορική διάγνωση της νόσου του Huntington πρέπει να γίνει από άλλες παθήσεις του ΚΝΣ που χαρακτηρίζονται από: α) ακούσιες κινήσεις ή β) άνοια.(11)

### **3.8 Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ MARCHIAFAVA**

Η νόσος του Marchiafava ή λευκοεγκεφαλίτις του μεσολοβίου περιγράφηκε κατά κύριο λόγο σε χρόνιους αλκοολικούς. Πρόκειται για μια οξεία απομυελινωτική νέκρωση των έσω δύο τρίτων των ινών του μεσολοβίου, αλλά και άλλων τμημάτων του εγκεφάλου. Η εμφάνιση ενός οξέος παραληρήματος είναι συνήθης στην αρχή της νόσου με επιληπτικές κρίσεις. Στη συνέχεια εγκαθίστανται οι διαταραχές της προσωπικότητας που χαρακτηρίζουν το σύνδρομο αυτό.(20)

### 3.9 ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ ΕΠΙ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ

#### 3.9.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα σύνδρομα αυτά εκφράζονται κλινικά από τον συνδυασμό νευρολογικών εκπτώσεων και ψυχικών συμπτωμάτων. Εντοπισμένες εγκεφαλικές βλάβες (που σήμερα χάρις στην αξονική τομογραφία διαγιγνώσκονται ασφαλέστερα) δίνουν πολλές φορές μια ξεχωριστή κλινική έκφραση στην από την ψυχική σφαίρα συμπτωματολογία (όπως π.χ. βλάβες του μετωπιαίου λοβού).

Στις συνεχώς πληθυνόμενες εγκεφαλικές κακώσεις, η κάθε φορά διαφορετική βαρύτητα των βλαβών έχει καθοριστική σημασία για την περαιτέρω πορεία, αλλά και το επακόλουθο οργανικό ψυχοσύνδρομο.

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

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

Στους βαρείς κρανιοεγκεφαλικούς τραυματισμούς, στην κλινική εικόνα κυριαρχεί στην αρχή το βαρύ σοκ. Η απώλεια της συνείδησης παρατείνεται για περισσότερες μέρες. Τα στάδια αποκατάστασης (όπως τα περιγράψαμε

ανωτέρω) έχουν σταθερά μακρότερη διάρκεια πολλές φορές ολόκληρων εβδομάδων). Μετά την πάροδο των οξέων σταδίων, στις περιπτώσεις που επιζούν, μπορεί να μείνουν χρόνιες παθολογικές καταστάσεις: μετατραυματικές μεταβολές του χαρακτήρα, επιληπτικές διαταραχές, ή και μετατραυματική άνοια. Γενικότερα όμως παραμένει, για μακρύ χρονικό διάστημα, ένας βραδυψυχισμός, ταχύς ψυχοσωματικός κάματος, συναισθηματική άμβλυση και απάθεια που διακόπτεται από συναισθηματική ακράτεια.(20)

### **3.10 ΤΟ ΜΕΤΑΔΙΑΣΕΙΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ**

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

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

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

Σε άλλες περιπτώσεις υπάρχει, στα αρχικά στάδια, ένας βαθμός εκπτώσεως με αδυναμία στην συγκέντρωση, δυσχέρεια στην σκέψη και μια τάση να λησμονούν κυρίως ότι είχαν σκοπό να κάνουν. Άλλοτε προέχει μια

ψυχοκινητική επιβράδυνση. Τότε παρατηρείται μια βραδύτητα στις γλωσσικές, σκεπτικές και κινητικές λειτουργίες (χωρίς να υπάρχει ένα καταθλιπτικό συναίσθημα ή βλάβη των ανωτέρων ψυχικών λειτουργιών που να δικαιολογεί αυτές) ώστε να εκλείπει κάθε διάθεση για εργασία ή απασχόληση και οι ασθενείς, όταν αφήνονται μόνοι, βυθίζονται σε μια πνευματική άμβλυση.

Οι μεταδιασεισικοί ασθενείς έχουν συχνά μια μειωμένη ανεκτικότητα στο οινόπνευμα και τον καπνό, αλλά και σε μια ολόκληρη σειρά φαρμακευτικών ουσιών που δρουν στο νευρικό κύτταρο.

Όπως γράφηκε, σε βαρύτερες κακώσεις παρατηρούνται μετατραυματικά σύνδρομα Korsakow που συνήθως έχουν την τάση να υποχωρούν.

Ευνόητο είναι ότι άτομα ηλικιωμένα ή με διαταραχές αρχομένου ανοϊκού συνδρόμου παρουσιάζουν μια έκδηλη επιδείνωση της κλινικής εικόνας μετά από μια κρανιοεγκεφαλική κάκωση.(20)

### **3.10.1 Διαγνωστικά κριτήρια**

- Ιστορικό τραυματισμού της κεφαλής που προκάλεσε σημαντική εγκεφαλική διάσειση.
- Σημείωση: Οι εκδηλώσεις της διάσεισης περιλαμβάνουν απώλεια συνείδησης, μετατραυματική αμνησία και λιγότερο συχνά έναρξη μετατραυματικών σπασμών. Ο συγκεκριμένος τρόπος καθορισμού αυτού του κριτηρίου χρειάζεται να τεκμηριωθεί με περαιτέρω έρευνα.
- Ενδείξεις, από τις νευροψυχιατρικές δοκιμασίες ή από τεκμηριωμένη γνωσιακή εκτίμηση, δυσκολίας στην προσοχή (συγκέντρωση, μετατόπιση εστίασης της προσοχής, εκτέλεση ταυτόχρονων γνωσιακών εξετάσεων) ή στη μνήμη (μάθηση ή ανάκληση πληροφοριών).
- Τρία (ή περισσότερα) από τα παρακάτω εμφανίζονται σύντομα μετά τον τραυματισμό και διαρκούν τουλάχιστον 3 μήνες
  1. Εύκολη κόπωση
  2. Ταραγμένος ύπνος
  3. Κεφαλαλγία

4. Ίλιγγος ή ζάλη
  5. Ευερεθιστότητα ή επιθετικότητα με μικρή ή καθόλου πρόκληση
  6. Άγχος, κατάθλιψη ή συναισθηματική ευμεταβλητότητα
  7. Μεταβολές στην προσωπικότητα
  8. Απάθεια ή έλλειψη αυθορμητισμού
- Η διαταραχή προκαλεί σημαντική έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα και παριστάνει σημαντική έκπτωση από το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας. Στα παιδιά της σχολικής ηλικίας η έκπτωση μπορεί να εκδηλώνεται με σημαντική επιδείνωση της σχολικής ή ακαδημαϊκής επίδοσης, που άρχισε μετά το τραύμα.
  - Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια για άνοια από τραυματισμό της κεφαλής και δεν αποδίδονται καλύτερα σε άλλη ψυχική διαταραχή.
- Ο εργαστηριακός έλεγχος (ΗΕΓ, προκλητά δυναμικά στελέχους, αξονική τομογραφία, νυσταγμογράφημα) μπορεί να αποβεί αρνητικός.(20)

### **3.10.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Συμπτωματική με κατασταλτικά, αντιαπιληπτικά, αντικαταθληπτικά, αγχολυτικά φάρμακα και ασκήσεις αύξησης της προσοχής και της συγκέντρωσης. (20)

### **3.11 ΟΓΚΟΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ**

Διαταραχές από την ψυχική σφαίρα είναι πολύ συχνές επί όγκων του εγκεφάλου (κατά πολλούς ερευνητές στο 70% των περιπτώσεων). Πολλές φορές εμφανίζονται ήδη πρώιμα συμπτώματα και κυριαρχούν στην κλινική εικόνα, ιδίως όταν ο όγκος εδράζεται σε περιοχές του εγκεφάλου νευρολογικά βουβές ή ολιγοσυμπτωματικές, ώστε οι ασθενείς να θεωρούνται απλοί ψυχικοί άρρωστοι και να υποβάλλονται σε αντίστοιχες θεραπείες.

Συνήθης είναι ο βραδυψυχισμός με τάση προς αδράνεια, απάθεια ή υπνηλία. Συχνά προστίθενται επεισόδια άμβλυνσης της συνείδησης ή και συσκότισής της, με διαταραχές του προσανατολισμού ή τουλάχιστον δυσχέρεια στον προσανατολισμό κυρίως στον χώρο.

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

Σε μακροχρονίως εξελισσόμενους όγκους παρατηρούνται σύνδρομα Korsakow ή και ανοϊακές καταστάσεις.(20)

### **3.12 ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΜΗΝΙΓΓΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ**

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

Σε αντίστοιχα φλεγμονώδη νοσήματα που δεν συνοδεύονται από υψηλές πυρετικές διακυμάνσεις (tbc μηνιγγίτις, υποξείες εγκεφαλίτιδες κτλ.) παρατηρούνται συχνά, ήδη στα αρχικά στάδια, μεταβολές της συμπεριφοράς, συχνότερα στα παιδιά παρά τους ενήλικες. Γίνονται ευερέθιστα, δύστροπα ή δύσθυμα, έχουν ανορεξία και εμετούς, διαταραχές του ύπνου με νυχτερινές διεγέρσεις ή συγχυτικές καταστάσεις. Αντίστοιχες εικόνες παρατηρούνται και μετά την αποδρομή της νόσου. Τα παιδιά είναι ανήσυχα, άστατα, ενοχλητικά, γκρινιάρικα ή οξύθυμα και επιθετικά. Οι ενήλικες εκφράζουν αιτιάσεις του νευρασθενικού συνδρόμου ή εικόνες μανιοκαταθληπτικού περιεχομένου.(20)

### **3.13 ΟΙ ΣΥΦΙΛΙΔΙΚΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ**

Αν και η σύφιλη δεν ανήκει στο παρελθόν ( όπως λανθασμένα πιστεύτηκε ) μπορεί και πει κανείς σήμερα ότι, χάρις στην έγκαιρη διάγνωση και την σύγχρονη θεραπευτική της αντιμετώπιση , στο παρελθόν ανήκουν οι εξαιτίας της συφιλιδικές ψυχώσεις (ο γράφων είδε την τελευταία προϊούσα γενική παράλυση το 1954 και οι τελευταίοι προϊόντες παραλυτικοί του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης εγκατέλειψαν προ ετών τον μάταιο αυτό κόσμο ). Παρά ταύτα η άγνοια του κεφαλαίου αυτού της ψυχιατρικής (όπου κρύβει πίσω του σχεδόν όλη την ψυχιατρική ) μπορεί να έχει μοιραίες συνέπειες στα ελάχιστα περιστατικά της κλινικής πράξης ( βλ. παράδειγμα πιο κάτω ).

Ήδη κάθε συφιλιδική πρωτομόλυνση οδηγεί σε μια σειρά αντιδραστικών ψυχογενών διαταραχών σχετικών τόσο με την μόλυνση όσο και με τις συνέπειές της. Πιο έντονα είναι τα ψυχογενή επακόλουθα σε

έγγαμους και με τα παιδιά, όπου το αίσθημα ευθύνης επεκτείνεται στις συνέπειές του τόσο στη σύζυγο όσο και τα παιδιά. Πολλοί παρουσιάζουν μια αντιδραστική μελαγχολία με αισθήματα ενοχής, υποχονδριακές ιδέες, ιδέες ανίατου κλπ. (ένας δικός μας ασθενής έκανε 18 χρόνια στον ίδιο αλλά και την γυναίκα του και τα παιδιά του περιοδικά εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού).

Στο δεύτερο στάδιο της συφιλιδικής μόλυνσης σχεδόν κατά κανόνα παρατηρείται μια μηνιγγιτιδική αντίδραση με κεφαλαλγία και εμετούς, γενική κακουχία, αϋπνίες και ευερεθιστότητα όπως και δυσχέρεια στη συγκέντρωση, συμπτώματα που υποχωρούν με την κατάλληλη θεραπεία.(20)

### **3.14 ΣΥΦΙΛΙΔΙΚΗ ΜΗΝΙΓΓΟΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ**

Αναπτύσσεται 1-3 έτη και μικρότερα μετά την πρωτοπαθή μόλυνση εφόσον δεν εφαρμοσθεί η κατάλληλη θεραπεία. Η νευρολογική της σημειολογία εξαρτάται από την εντόπιση των αντιστοιχών βλαβών (τις μήνιγγες του θόλου ή της βάσης του κρανίου, τα αποφραχθέντα αγγεία κτλ.) Την από την ψυχική σφαίρα σημειολογία χαρακτηρίζουν εκπτώσεις των χρονίων οργανικών συνδρόμων που συχνά εναλλάσσονται με οξέα επεισόδια. Στην αρχή προέχουν τα γενικά μηνιγγιτιδικά φαινόμενα : κεφαλαλγίες, γενική κακουχία, βραδυψυχισμός, δυσχέρειες στη συγκέντρωση. Στα συμπτώματα αυτά προστίθενται στην συνέχεια φαινόμενα από την έκπτωση των ανωτέρω ψυχικών λειτουργιών : εύκολος ψυχικός κάματος, μείωση της ικανότητας προς εργασία, παραλείψεις και σφάλματα από τις διαταραχές της μνήμης και της κρίσης.

Στο χρόνιο αυτό σύνδρομο υπεισέρχονται περιοδικά επεισόδια οξέων οργανικών συνειδησιακών διαταραχών: συγχυτικά, παραληρήματα, μανιακόμορφες διεγέρσεις όπως και ψευδαισθητώσεις με τις χαρακτηριστικές ακουστικές ψευδαισθήσεις. (Ασθενής Κ.Μ. 43 ετών, οδηγός φορτηγού: Το τελευταίο εξάμηνο ήταν δύσθυμος, παραμελούσε την εργασία και την οικογένειά του, παραπονιόταν για πονοκεφάλους. Γυρίζοντας από ένα αγώγι στην Αθήνα, νυχτώθηκε έξω από την Λάρισα. Ξαφνικά νόμιζε ότι τα άλλα αυτοκίνητα προσπαθούσαν να τον κυκλώσουν και άκουγε φωνές που απειλούσαν ότι θα τον σκοτώσουν. Άρχισε να τρέχει μέσα στους δρόμους της Λάρισας για να αποφύγει την σύλληψή του. Συνελήφθη από την τροχαία, θεωρήθηκε μεθυσμένος και πέρασε την νύχτα του στο Αστυνομικό Τμήμα. Το



πρωί ήταν καλά και δεν μπορούσε να εξηγήσει πως ακριβώς «φαντάστηκε» όλα αυτά. Έφυγε από την Λάρισα το μεσημέρι για να φτάσει στην Καβάλα και πάλι την νύχτα. Μπροστά στο σπίτι του επανελήφθη ένα νέο ψευδαισθησιακό επεισόδιο για να ακολουθήσει και πάλι μια ανάλογος φυγή και να συλληφθεί εκ νέου από την Τροχαία έξω από την Κομοτηνή. Στην ψυχιατρική εξέταση που ακολούθησε χαρακτηρίστηκε σαν «παρανοϊκή μορφή σχιζοφρένειας». Μια δίμηνη φαρμακευτική θεραπεία δεν είχε αποτέλεσμα και διεκομίσθει στην Α' Παν/κή Ψυχιατρική Κλινική. Στην κλινική εικόνα προείχαν διαταραχές του αμνησικού συνδρόμου.(20)

### 3.15 ΠΡΟΪΟΥΣΑ ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ

Την νόσο χαρακτηρίζουν τρία επί μέρους σύνδρομα: α) το ψυχικό, β) το νευρολογικό και γ) το ορολογικό, με το οποίο και μπαίνει η οριστική διάγνωση.

α) **Ψυχικό σύνδρομο:** Την πλήρη έξαρση της νόσου και το αξονικό σύνδρομο από την ψυχική σφαίρα, αποτελεί η παραλυτική άνοια που χρωματίζει όλα τα άλλα ψυχικά συμπτώματα.

Η νόσος έχει βραδεία και ερπυστική πορεία και σε ένα αρχικό στάδιο συχνά προέχουν συμπτώματα του νευρασθενικού συνδρόμου, για να ακολουθήσει η εκδήλωση διαταραχών της προσωπικότητας που μεταβάλλεται ουσιαδώς, συνέπεια των διαταραχών της κρίσης και της μνήμης. Η έκπτωση των ανωτέρων αυτών ψυχικών λειτουργιών εκδηλώνεται με, συχνά χονδροειδή, σφάλματα στις δραστηριότητες, την καθημερινή ζωή και την συμπεριφορά. Ευγενείς κύριοι γίνονται χονδροειδείς στους τρόπους, χάνουν κάθε αίσθημα ηθικής, ξεχνούν από τη μια στιγμή στην άλλη, κάνουν ανόητα αριθμητικά λάθη, παραμελούν τη σωματική τους καθαριότητα.

Πρόωρα διαταράσσεται και το συναίσθημα. Παρατηρείται μια συναισθηματική άμβλυση, έλλειψη σχεδόν κάθε συναισθηματικής συμμετοχής ή και απάθεια, ώστε και σοβαρότατα γεγονότα να τους αφήνουν αδιάφορους. Σε άλλες περιπτώσεις εκδηλώνεται μια άκριτη ευφορία, ιδίως όταν έρθουν σε επαφή με το περιβάλλον που πολλές φορές οδηγεί και σε μια υπομανιακή συμπεριφορά (ευφορική άνοια και υπομανιακή μορφή). Χαρακτηριστικές στην περίπτωση αυτή είναι οι υπερβολικά ανόητες ιδέες μεγαλείου θπλούτου, καταγωγής κτλ.). Τέλος, σε μια Τρίτη μορφή

(μελαγχολική μορφή) το συναίσθημα κυμαίνεται από το δύσθυμο ως το μελαγχολικό, αλλά και εδώ οι αντίστοιχες εκδηλώσεις έχουν όλους τους χαρακτήρες της έκπτωσης της κριτικής λειτουργίας (ανόητες υποχονδριακές ιδέες, άρνηση οργάνων κτλ.).

Με την πάροδο της διανοητικής έκπτωσης ο ασθενής καταλήγει σε μια φυτική ζωή (αδιάφορος, δεν γνωρίζει τους συγγενείς του, πρέπει να τον σιτίζουν κτλ.).

**β) Νευρολογικό σύνδρομο:** Μια τριάδα νευρολογικών συμπτωμάτων είναι χαρακτηριστική της Π.Γ.Π.

1. Τρόμος των χειλιών και της γλώσσας, κυρίως όταν βγάζει τη γλώσσα. Το πρόσωπο είναι ανέκφραστο και οι μιμικές κινήσεις ελαττώνονται συνεχώς. Τα χαρακτηριστικά του προσώπου γίνονται πιο πλαδαρά. Δυνατόν να συνυπάρχει και τρόμος των δακτύλων.

2. Δυσarthρία τραυλιστική και συλλαβιστική που επιτείνεται με τον χρόνο ώστε η ομιλία να γίνεται ψελλιστική και ακατάληπτη.

3. Χαρακτηριστικά οφθαλμοκορικά σημεία εκ των οποίων κυριότερο το σημείο Argyll-Robertson (κατάργηση της αντίδρασης των κόρων στο φως, ενώ διατηρείται η αντίδραση προσαρμογής). Συχνά υπάρχει μύση ή μυδρίαση, ανισοκορία και παραμόρφωση του σχήματος των κορών. Κατά την πορεία της νόσου παρατηρούνται παραλυτικές προσβολές, αποπληκτικές ή επιληπτικές. Οι πρώτες χαρακτηρίζονται από θόλωση ή απώλεια της συνείδησης και εν συνεχεία ημιπληγία, μονοπληγία, αφασία κ.λ.π, συμπτώματα που υποχωρούν συνήθως μετά από λίγες ώρες. Οι επιληπτικές κρίσεις είναι συνήθως του τύπου της ιακωνείου επιληψίας.

**γ) Ορολογικό σύνδρομο:** Βάζει την διαγνωστική σφραγίδα. Οι αντιδράσεις Wasserman, Kahn και Nelson είναι θετικές τόσο στο αίμα όσο και στο Ε.Ν.Υ. σχεδόν στο σύνολο των περιπτώσεων. Στο Ε.Ν.Υ. τα λεμφοκύτταρα βρίσκονται μεταξύ 10-80 κ.χ. (μεγαλύτερος αριθμός λεμφοκυττάρων, άνω των 300, είναι ενδεικτικός μιας συφιλιδικής μηνιγγίτιδας). Το λεύκωμα του Ε.Ν.Υ. είναι αυξημένο (περί το 0,80%). Οι αντιδράσεις Nonne-Appelt και Pandy είναι θετικές, ενώ χαρακτηριστική είναι η αντίδραση Lange (του κολλοειδούς χρυσού) όπου οι υψηλότερες τιμές αφορούν την μέση κυρίως ζώνη (παραλυτική καμπύλη).(20)

### 3.15.1 ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ

Η νόσος εκδηλώνεται συνήθως 11-16 έτη μετά την συφιλιδική πρωτομόλυνση. Πριν από την εισαγωγή στην θεραπεία της συφιλίδας των πρώτων φαρμάκων (βισμούθιο, σαλβαρσάνη) οι ασθενείς πέθαιναν μέσα σε 2-3 χρόνια. Ιστορικό σταθμό στη θεραπεία της Π.Γ.Π. αποτέλεσε η από τον Wagner Jaureg το 1917 επινοηθείσα πυρετοθεραπεία. Σήμερα βέβαια η πενικιλίνη αντικατέστησε όλες τις άλλες θεραπείες και η πρόγνωση της νόσου έγινε πιο ευνοϊκή, ώστε να μπορούμε να μιλούμε και για πλήρεις ιάσεις, αν και συνηθέστερα παραμένουν ελαφρότερα ή βαρύτερα υπολείμματα του ανοϊκού συνδρόμου.

Θα σκιαγραφήσουμε τις ψυχοπαθολογικές εικόνες που εκδηλώνονται συνήθως σε άτομα που πάσχουν από χρόνια ή θανατηφόρου έκβασης νοσήματα.

Πως θα αντιδράσει ένα άτομο όταν πληροφορηθεί ότι είναι φορέας ή ακόμη περισσότερο ότι πάσχει από μια θανατηφόρο νόσο; Κατανοητά, με μια καταθλιπτική συνδρομή άλλοτε άλλου βάθους. Το μέλλον περιορίζεται χρονικά, σκοποί και όνειρα εκμηδενίζονται, σωματική ταλαιπωρία και πόνοι περιμένουν τον ασθενή. Σαν μια λυτρωτική λύση δεν είναι παρά η αυτοκτονία. Σε άλλες περιπτώσεις εκδηλώνεται μια υπέρμετρος προσπάθεια που αποβλέπει στην επιτυχία του ακατόρθωτου. Έτσι συχνά η αντιδραστική κατάθλιψη υπερκαλύπτεται από μανιακόμορφες εικόνες με κύριο ψυχοπαθολογικό χαρακτηριστικό μια υπερδραστηριότητα που στρέφεται στην αναζήτηση μιας πιθανής θεραπείας, προς την οποία οι ασθενείς προσφέρουν, συχνά εθελοντικά, την καταδικασμένη τους ύπαρξη.

Επί φορέων έχουν περιγραφεί νευρασθενικά σύνδρομα, με μια κοινωνική απόσυρση και διαταραχές στις διαπροσωπικές σχέσεις, αλλά και υστερικόμορφες, εκ μετατροπής, αντιδράσεις. Παρόμοιες εικόνες έχουν περιγραφεί και κατά την αρχή της νόσου, για να δώσουν αργότερα τη θέση τους σε μια πλουσιότερη συμπτωματολογία από το Κ.Ν.Σ. και την ψυχική σφαίρα. Η επινέμηση του Κ.Ν.Σ. (70% των περιπτώσεων AIDS) κατά κύριο ποσοστό από ιούς αλλά και βακτηρίδια, πρωτόζωα και μύκητες, έχει σαν αποτέλεσμα την εκδήλωση, σε ένα ποσοστό 40% των ασθενών, εγκεφαλοπαθειών και μυελοπαθειών (οξέων ή υποξέων), μηνιγγοεγκεφαλιτίδων, ή αποστημάτων του εγκεφάλου ( εκ βακτηριδίων ή

πρωτοζώων). Συχνή είναι και η επέκταση διαφόρων μορφών λυμφωμάτων στο Κ.Ν.Σ. Η κάθε φορά διαφορετική εντόπιση των βλαβών στο Κ.Ν.Σ. και τον Ν.Μ. έχει σαν αποτέλεσμα και την εκδήλωση διαφόρων νευρολογικών εστιακών συνδρόμων.

Από την ψυχική σφαίρα μπορεί να πει κανείς 'ότι δεν υπάρχει πρόδρομο, οξύ ή χρόνιο οργανικό ψυχοσύνδρομο που να μην έχει περιγραφεί κατά την διαδρομή της νόσου. Βέβαια και εδώ η επινέμηση του νευρικού ιστού σε έκταση και ένταση παίζει σημαντικό ρόλο για την εκδήλωση αντίστοιχων κλινικών εικόνων από την ψυχική σφαίρα. Έτσι, μηνιγγίτιδες, μηνιγγοεγκεφαλίτιδες, αύξηση της πίεσης του Ε.Ν.Υ. οδηγούν συνήθως σε οξέα οργανικά ψυχοσύνδρομα, η εξέλιξη και απόληξη των οποίων εξαρτάται από την δυνατότητα αντιμετώπισης της εγκεφαλικής επινέμησης. Αντίστοιχα διάχυτες βλάβες στο Κ.Ν.Σ. συνοδεύονται από διαταραχές της προσωπικότητας με μείωση κάθε ενεργητικότητας (ανενεργία), απάθεια ή άλλοτε συναισθηματική ακράτεια, για να εκδηλωθούν σε επόμενα στάδια διαταραχές της πρόσφατης μνήμης και σιγά-σιγά και της παλαιότερης, με τελική απόληξη την εκδήλωση ενός ανοϊκού συνδρόμου. Σε διάμεσα στάδια έχουν περιγραφεί οργανικής αιτιολογίας σχιζοφρενικόμορφες εικόνες όπως και συναισθηματικές ψυχώσεις. (20)

### **3.16 ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

1. Διατήρηση της υγείας και της ευεξίας. Διατροφή / υδάτωση, λειτουργίες κύστης και εντέρου, ύπνος, υγιεινή περιποίηση, ακεραιότητα δέρματος, πρόληψη λοιμώξεων, κίνηση / άσκηση.
2. Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος για πρόληψη βλαβών.
3. Σταθερότητα σε όλα τα επίπεδα, πρόσωπα, πράγματα, ρουτίνα ημέρας. Προώθηση της αυτοφροντίδας.
4. Παροχή γνωστικών, αισθητηριακών, περιβαλλοντικών ερεθισμάτων χωρίς αισθητηριακή υπερφόρτιση.
5. Διευκόλυνση της επικοινωνίας με άλλα πρόσωπα.
6. Καλλιέργεια της πρόσφατης μνήμης και αναμνηστικές ασκήσεις.

7. Ενθάρρυνση ευχάριστης και ευγενικής συμπεριφοράς-Αποθάρρυνση της ακατάλληλης.
8. Αποφυγή προκλήσεων και αναμετρήσεων.
9. Χορήγηση φαρμάκων όταν χρειάζονται.
10. Υποστήριξη και εκπαίδευση της οικογένειας και των σημαντικών ενδιαφερομένων προσώπων στην αντιμετώπιση του αρρώστου. Όταν τα συμπτώματα είναι αντιστρέψιμα, επανεκπαίδευση του αρρώστου με ενίσχυση της ελπίδας για ανάρρωση. Όταν η κατάσταση δεν είναι αντιστρέψιμη, αποφυγή ψυχολογικής διερεύνησης της επίγνωσής του για την πρόληψη της κατάθλιψης, του άγχους, της ευερεθιστότητας ή της οργής.(18)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### 4.1 Τι σημαίνουν τα «υγιή γηρατειά»;

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία του ηλικιωμένου ατόμου μετριέται καλύτερα βάσει της λειτουργικότητας μάλλον παρά της παθολογίας. Η καλή υγεία και τα πετυχημένα γηρατειά ορίζονται βάσει της ικανότητας του ατόμου να λειτουργεί αυτόνομα μέσα σε ένα δεδομένο κοινωνικό περιβάλλον.

Νοσηλευτικές μελέτες δείχνουν, ότι οι ηλικιωμένοι συχνά περιγράφουν την υγεία ως μια «διανοητική κατάσταση». Τείνουν να δίνουν έμφαση σε ψυχολογικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, σε κοινωνικές σχέσεις και στην στάση απέναντι στη ζωή μάλλον παρά στην μονομερή σωματική κατάσταση. Αν ένα άτομο είναι δραστήριο διανοητικά και κοινωνικά, μπορεί να θεωρείται υγιές ακόμη και αν έχει κάποιο χρόνια νόσημα. Υγιή γηρατειά θεωρούνται εκείνα όπου διατηρείται στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο και η ψυχική υγεία του ατόμου. Κι αυτή περιλαμβάνει συναισθηματικές, γνωστικές και πνευματικές διαστάσεις, καθώς κι ένα εσωτερικό αίσθημα αυτοεκτίμησης.

Η αυτοεκτίμηση του ηλικιωμένου διατηρείται: όταν αναγνωρίζονται τα δικαιώματά του και τα κατορθώματά του και όχι μόνο τα προβλήματά του, όταν δέχεται θετική ανταπόκριση, όταν του συμπεριφέρονται με σεβασμό, αγάπη και ευγένεια, όταν διατηρεί τη ελευθερία λήψης αποφάσεων και διεύθυνσης των ατομικών του υποθέσεων, όταν έχει ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις και όταν οι βασικές του ανάγκες της καθημερινής ζωής καλύπτονται επαρκώς.

1. Η φροντίδα υγείας του ηλικιωμένου περιλαμβάνει:
2. Την βοήθειά του να διατηρεί προσαρμοστική συμπεριφορά και το υψηλότερο δυνατό επίπεδο ευεξίας.
3. Την νοσηλευτική του φροντίδα σε περίπτωση οξείας ή χρόνιας αρρώστιας και
4. Την εξασφάλιση άνεσης, συντρόφευσης, προσωπικής προσοχής και υποστήριξης κατά το τελικό στάδιο της επίγειας ζωής του, με οδηγό πάντοτε το φωτεινό σηματοδότη ότι
5. Το πρωτείο το έχει η ιερότητα της ζωής και ακολουθεί η ποιότητα της ζωής.(18)

## **4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΜΕ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας αυξάνουν με την πάροδο της ηλικίας. Αυτό το φαινόμενο είναι συνέπεια των οργανικών αλλαγών της γήρανσης, της αύξησης των σωματικών νοσημάτων που επηρεάζουν την λειτουργία του εγκεφάλου. Αλλά είναι και συνέπεια των περιβαλλοντικών και ψυχοκοινωνικών εντάσεων που θλίβουν τους ηλικιωμένους συχνότερα από τους νέους. Παραδείγματα είναι η απώλεια της αυτονομίας, αποστερήσεις, φτώχεια κι απομόνωση. Παρόλα αυτά, ερευνητικές επισκοπήσεις δείχνουν ότι στην πλειονότητα οι ηλικιωμένοι έχουν καλή ψυχική υγεία.

Πολλές ψυχικές διαταραχές μπορεί να αρχίσουν σε οποιαδήποτε ηλικία. Οι περισσότερες από αυτές που συμβαίνουν στους ηλικιωμένους δεν οφείλονται στην μεγάλη ηλικία και έχουν την ίδια πορεία και την ίδια ανταπόκριση στην θεραπεία όπως και σε νεότερα άτομα. Επικρατεί όμως η λανθασμένη αντίληψη ότι η ψυχική αρρώστια στους ηλικιωμένους αναπόφευκτα εξελίσσεται και ότι η θεραπεία μπορεί να είναι μόνο συμπτωματική. Έχει μεγάλη σημασία να εκριζωθεί αυτή η αντίληψη, διότι συχνά οδηγεί στη μη επιδίωξη της θεραπείας.

Πρέπει ακόμη να διευκρινισθεί ότι στους ηλικιωμένους τα ίδια συμπτώματα είναι δυνατόν να υποδηλώσουν σωματική ή ψυχική αρρώστια ή και τα δύο. Οι σωματικές αρρώστιες μπορεί να έχουν ψυχιατρικές εκδηλώσεις συχνά, πριν γίνουν εμφανή τα σωματικά παθογνωμικά σημεία. Εξάλλου η σωματική αρρώστια πολλές φορές είναι εκδήλωση ψυχιατρικών προβλημάτων με τον μηχανισμό της σωματοποίησης, πράγμα που παρατηρείται συχνά στους ηλικιωμένους. Επιπλέον, η σωματική αρρώστια ενδέχεται να συνοδεύεται από ψυχολογικές έντονες αντιδράσεις. Ψυχιατρικά συμπτώματα μπορεί να εμφανισθούν ως αντίδραση στη θεραπεία σωματικών παθολογικών καταστάσεων και σε λαμβανόμενα φάρμακα. Οι παρενέργειες των φαρμάκων στους ηλικιωμένους συχνά εκδηλώνονται με ψυχολογικές ή άλλες διαταραχές.

Περισσότερο επιρρεπείς στο να εκδηλώσουν τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά/ ψυχιατρικά προβλήματα, λειτουργική έκπτωση και πρόωρη ιδρυματοποίηση, είναι οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι χωρίς συγγενείς ούτε κοινωνική υποστήριξη.

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι η νοσηλευτική πρέπει να επιδιώκει την προαγωγή της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων, των οικογενειών τους και αυτών που τους περιποιούνται, με προληπτική εργασία και με διαγνωστικές και παρεμβατικές στρατηγικές. (18)

#### **4.3 ΓΕΝΙΚΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

1. Διατήρηση της λειτουργικής ανεξαρτησίας και της ποιότητας της ζωής.
2. Υποστήριξη των ηλικιωμένων αρρώστων και των οικογενειών τους, στο σπίτι και στο κοινωνικό τους περιβάλλον.
3. Πρόληψη ή όσο το δυνατόν καθυστέρηση της εισαγωγής σε ίδρυμα.
4. Ελαχιστοποίηση της νοσηρότητας.
5. Ανακούφιση του πόνου.
6. Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και διατήρηση της προσωπικής αξιοπρέπειας.
7. Εκπαίδευση της οικογένειας και άλλων ατόμων που περιποιούνται τον ηλικιωμένο, σε τεχνικές φροντίδας και πρόληψης.
8. Εξασφάλιση συντονισμένων υποστηρικτικών καθημερινών εμπειριών ζωής, που αυξάνουν τις ικανότητες του αρρώστου και της οικογένειας για αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων τους.(18)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΕΣ ΣΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ.

#### 5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην κοινωνία μας η χρησιμοποίηση ουσιών που ρυθμίζουν την ψυχική διάθεση και συμπεριφορά κάτω από ορισμένες συνθήκες θεωρείται γενικά κάτι το συνηθισμένο και είναι απόλυτα αποδεκτό φαινόμενο. Έτσι, οποιοσδήποτε μπορεί να χρησιμοποιήσει αλκοόλ σε ανάλογες ψυχαγωγικές ευκαιρίες ή καφεΐνη με μορφή καφέ ή τσαγιού σαν τονωτικό. Επιπλέον συγκεκριμένες ψυχοδραστικές ουσίες χρησιμοποιούνται για ιατρικούς λόγους στο να καταστείλουν τον πόνο, να ανακουφίσουν την τάση και το άγχος ή να καταστείλουν την όρεξη.

Εν τούτοις συχνά η χρήση των ουσιών αυτών μπορεί να οδηγήσει σε παθολογική κατάσταση κατά την οποία υπάρχει ακαταμάχητη επιθυμία για εξακολουθητική χρησιμοποίηση της ουσίας, ώστε οι ουσίες να επηρεάζουν το Κ.Ν.Σ. και να οδηγούν σε συμπεριφορά κοινωνικά απαράδεκτη. Επίσης η χρησιμοποίηση της ουσίας μπορεί να προκαλεί κοινωνικά, επαγγελματικά, ψυχολογικά ή σωματικά προβλήματα στο άτομο που την χρησιμοποιεί.

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες η χώρα μας αλλά και όλος ο κόσμος, αντιμετωπίζει μια κατά γεωμετρική κλίμακα αύξηση στην κατάχρηση των ψυχοδραστικών ουσιών. Η εμφάνιση επειγόντων περιστατικών που αφορούν εξάρτηση από ουσίες και η αντιμετώπισή τους γίνεται καθημερινά και πιο συχνό φαινόμενο σε εφημερεύοντα νοσοκομεία. Δύο ή περισσότερα φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ταυτόχρονα. Λόγω της παράνομης διακίνησης των ουσιών υπάρχουν επικίνδυνες προσμίξεις άλλων ουσιών εκτός από μια συγκεκριμένη ουσία. Επί πλέον, άλλος παράγοντας που δυσχεραίνει την διαφοροδιάγνωση είναι ότι συχνά με την κατάχρηση ουσιών συνυπάρχουν και άλλες ψυχικές διαταραχές, ώστε η επίδραση της ουσίας να συνδυάζεται ή να επιπλέκει τα συμπτώματα της ψυχιατρικής αρρώστιας.

Για το λόγο αυτό, ο γιατρός θα πρέπει να είναι εξασκημένος στο να αναγνωρίζει τα φυσικά σημεία και συμπτώματα που προέρχονται από κάθε μια ουσία, όπως επίσης θα πρέπει να είναι γνώστης της διαφοροδιάγνωσης

της οποιασδήποτε αλλαγής στην ψυχική κατάσταση του ασθενή και της σωστής αντιμετώπισης των επείγουσών αυτών καταστάσεων.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις, για την αναζήτηση των τοξικών ουσιών ή των προϊόντων μεταβολισμού τους στο αίμα ή και στα ούρα, είναι καθοριστικής σημασίας για διαγνωστικούς, θεραπευτικούς και ιατροδικαστικούς λόγους. Σήμερα χρησιμοποιούνται εξετάσεις δύο διαφορετικών κατηγοριών.

**Εξετάσεις ελέγχου με υψηλού βαθμού ευαισθησία** (δίνουν ελάχιστες ψευδώς αρνητικές περιπτώσεις). Αυτές περιλαμβάνουν χρωματογραφία λεπτής στοιβάδος και ανοσοηλεκτροφορητικές μεθόδους. Εν τούτοις, οι εξετάσεις αυτές που έχουν υψηλή ευαισθησία, συχνά δεν είναι απόλυτα ειδικές (πολλές δίνουν ψευδώς θετικές περιπτώσεις). Για τον λόγο αυτό χρησιμοποιείται δεύτερη σειρά εξετάσεων που είναι λιγότερο ευαίσθητες αλλά **ειδικές** για κάθε ουσία χωριστά. Αυτές περιλαμβάνουν χρωματογραφία αερίου ή υγρή χρωματογραφία ή και μαζική σπεκτρομέτρηση.

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να αποδίδεται στην φυσική εξέταση του ασθενή κατά συστήματα, γιατί τα άτομα που χρησιμοποιούν ουσίες είναι δυνητικά επικίνδυνα στο να εκδηλώσουν σοβαρές σωματικές νόσους, όπως: σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS), φυματίωση, βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα, ιογενή ηπατίτιδα, ελονοσία, τέτανο, οστεομυελίτιδα, σύφιλη και λεμφαδενοπάθεια με τοπικό οίδημα άκρων.

Και όταν ακόμη τεθεί διάγνωση και αντιμετωπισθεί η οξεία κατάσταση της τοξίκωσης, το σημαντικό πρόβλημα της θεραπείας της εξάρτησης παραμένει και απαιτεί ειδική θεραπευτική αντιμετώπιση.

Οι κοινωνικές, νομικές και λοιπές διαστάσεις του προβλήματος της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών είναι πλευρές του θέματος πολύ ενδιαφέρουσες αλλά η ενασχόληση με αυτές θα μας έβγαζε έξω από τον σκοπό της εργασίας.

Παρακάτω δίνονται οι ορισμοί βασικών εννοιών, συζητούνται η αιτιολογία, κλινική εικόνα, επιπλοκές, πρόγνωση και θεραπεία σε γενικότερο πλαίσιο. Σε ότι αφορά την κλινική περιγραφή, δίνεται έμφαση στην διαφοροδιάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση ειδικότερα της τοξίκωσης και του στερητικού συνδρόμου κάθε ουσίας ξεχωριστά, θέμα που αφορά ιδιαίτερα τον γενικό ιατρό.(14)

## 5.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

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

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

Οι ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται στην χρήση ψυχοδραστικών ουσιών (F10-F19), σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα της Π.Ο.Υ. ICD-10, είναι οι ακόλουθες:

F10 - Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση οινόπνευματωδών.

F11 – Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση οπιοειδών.

F12 - Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση κανναβινοειδών.

F13 - Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών.

F14 - Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση κοκαΐνης.

F15 - Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση άλλων διεγερτικών ουσιών, περιλαμβανομένης της καφεΐνης.

F16 - Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση ψευδαισθησιογόνων.

F17 - Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση καπνού.

F18 - Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση διαλυτικών ουσιών.

F19 - Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες σε πολλαπλή χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και σε χρήση άλλων ουσιών.(14)

### 5.3 ΟΡΙΣΜΟΙ

Οι ορισμοί που έχουν σχέση με την χρήση φαρμακευτικών ουσιών έχουν τροποποιηθεί πολλές φορές τα τελευταία χρόνια. Το 1964 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο όρος **Τοξικομανία** (Addiction) δεν ήταν πλέον επιστημονικά χρήσιμος όρος και συνέστησε την αντικατάστασή του από τον όρο **Εξάρτηση** (Dependence). Η τροποποίηση αυτή δημιούργησε την αναγκαιότητα του καθορισμού της εξάρτησης για κάθε μια ουσία ξεχωριστά και εισήγαγε την σημαντική διάκριση ανάμεσα στην ψυχολογική και σωματική εξάρτηση. Η ορολογία ήταν η συνηθισμένη μέχρι το 1980 οπότε με την έκδοση του DSM III οι διαταραχές από την χρήση ουσιών διαχωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: Κατάχρηση ουσίας (drug abuse) και εξάρτηση από ουσία (drug dependence) που ορίζονται ως εξής:

**Κατάχρηση ουσίας.** Η κατάσταση κατά την οποία το άτομο παθολογικά χρησιμοποιεί την ουσία, αδυνατεί να ελαττώσει ή να σταματήσει την ουσία, την χρησιμοποιεί σχεδόν καθημερινά για ένα τουλάχιστον μήνα και βρίσκεται σε κατάσταση τοξίκωσης όλη την διάρκεια της ημέρας, με επεισόδια δηλητηρίασης από την ουσία. Συνυπάρχει έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργίας του ατόμου που εκδηλώνεται με βίαιη συμπεριφορά, απουσίες από την εργασία, απώλεια εργασίας, δοσοληψίες με τον νόμο, απώλεια φίλων και καυγάδες ή προβλήματα με μέλη της οικογένειας ή με φίλους.

**Εξάρτηση από ουσία.** Η κατάσταση κατά την οποία εκτός από τα σημεία της κατάχρησης που αναφέρονται παραπάνω απαιτείται η παρουσία είτε της ανοχής (tolerance) είτε του στερητικού συνδρόμου (withdrawal syndrome) μετά την παύση ή ελάττωση της ουσίας. Σαν εξάρτηση λοιπόν καθορίζεται το σύνδρομο κατά το οποίο η χρήση της συγκεκριμένης ουσίας κατέχει την προέχουσα θέση σε σχέση με άλλες συμπεριφορές που είχαν παλαιότερα μεγαλύτερη αξία. Ο όρος **σύνδρομο** σημαίνει άθροισμα διαφόρων φαινομένων, με τρόπο ώστε ούτε όλα τα φαινόμενα να είναι πάντοτε παρόντα, ούτε η παρουσία τους να είναι πάντοτε της ίδιας εντάσεως. Το σύνδρομο εξάρτησης δεν είναι ένα απόλυτο φαινόμενο αλλά είναι

ποσοτικό φαινόμενο που υπάρχει σε διάφορους βαθμούς. Η ένταση του συνδρόμου καθορίζεται από την συμπεριφορά που απορρέει από την αναγκαιότητα της χρήσης της ουσίας, και από άλλες συμπεριφορές δευτερογενείς λόγω της χρήσης της ουσίας. Δεν υπάρχει σαφές διαχωριστικό σημείο ανάμεσα στην εξάρτηση και στην επανειλημμένη χρήση της ουσίας (κατάχρηση). Σε ακραίες καταστάσεις το σύνδρομο εξάρτησης ακολουθείται από «καταναγκαστική συμπεριφορά χρήσης της ουσίας».

**Ανοχή.** Η κατάσταση κατά την οποία απαιτείται υπερβολικά αυξημένη ποσότητα της ουσίας για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος ή η περίπτωση του ιδιαίτερα ελαττωμένου αποτελέσματος με την τακτική χρήση της ίδιας της ουσίας.(14)

## 5.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Είναι δύσκολο να καθορισθεί με ακρίβεια η έκταση του προβλήματος από την χρήση διαφόρων ουσιών, όχι μόνο διότι οι χρήστες αρνούνται να δώσουν με ειλικρίνεια τον βαθμό χρήσης της ουσίας ή και να παραδεχτούν την χρήση κάποιας ουσίας, αλλά και διότι σε ένα μεγάλο ποσοστό τα άτομα που εκδηλώνουν εξάρτηση συχνά καταφεύγουν σε παράνομους τρόπους προμήθειας της ουσίας. Έμμεσα μόνο μπορούμε να εκτιμήσουμε την ταχύτητα επέκτασης του προβλήματος που καθημερινά αυξάνει.(14)

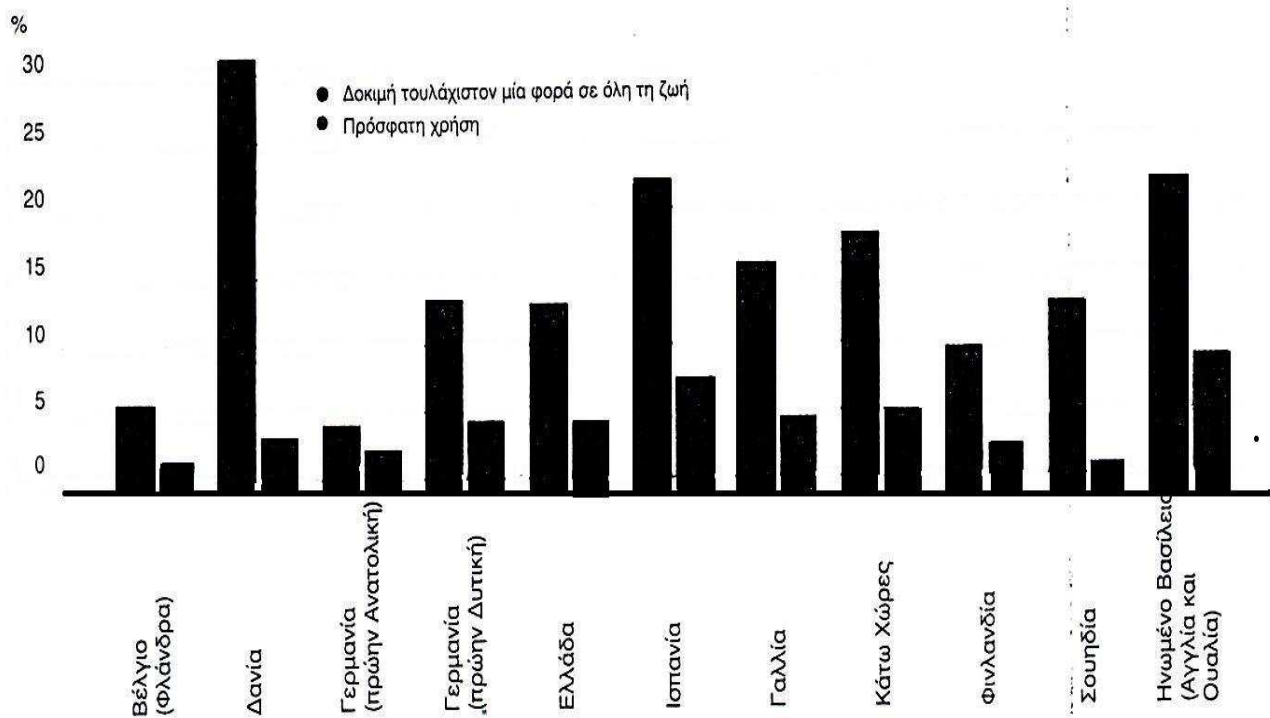
### 5.4.1. ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ ΣΕ ΟΛΟ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

Ο υπολογιζόμενος συνολικός αριθμός των ατόμων, σε παγκόσμιο επίπεδο, που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών κατά την δεκαετία του 1990 (ετήσια επικράτηση: χρήση τουλάχιστον μια φορά κατά τους τελευταίους δώδεκα μήνες) παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα. (16)

	ΥΠΟΛΟΓΙΖΟΜΕΝΟ ΣΥΝΟΛΟ (ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΑΤΟΜΩΝ)	ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΟ % ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ
Ηρωίνη και άλλες οπιούχες ουσίες	8,0	0,14
Κοκαΐνη	13,3	0,23
Κάναβη	141,2	2,45
Παραισθησιογόνα	25,5	0,44
Διεγερτικά τύπου Αμφεταμίνης	30,2	0,52
Διάφορα ηρεμιστικά	227,4	3,92

#### 5.4.2 ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Από επιδημιολογικές έρευνες (σχήμα 1) που έγιναν σε δέκα κράτη μέλη για τη δοκιμή κάνναβης από ενήλικους, φαίνεται ότι η κάνναβη είναι η πλέον διαδεδομένη παράνομη ουσία σε όλες τις χώρες, ενώ η επικράτηση των άλλων ναρκωτικών είναι πολύ χαμηλότερη.



Σχήμα 1. (16)

ΣΗΜ. Δοκιμή μία φορά σε όλη τη ζωή = επικράτηση χρήσης τουλάχιστον άπαξ σε όλη τη ζωή, πρόσφατη χρήση = επικράτηση κατά τους προηγούμενους δώδεκα μήνες. Για το παρόν διάγραμμα χρησιμοποιήθηκαν τα αποτελέσματα των πλέον πρόσφατων ερευνών. Ορισμένα κράτη μέλη δεν ήταν σε θέση να παράσχουν στοιχεία.

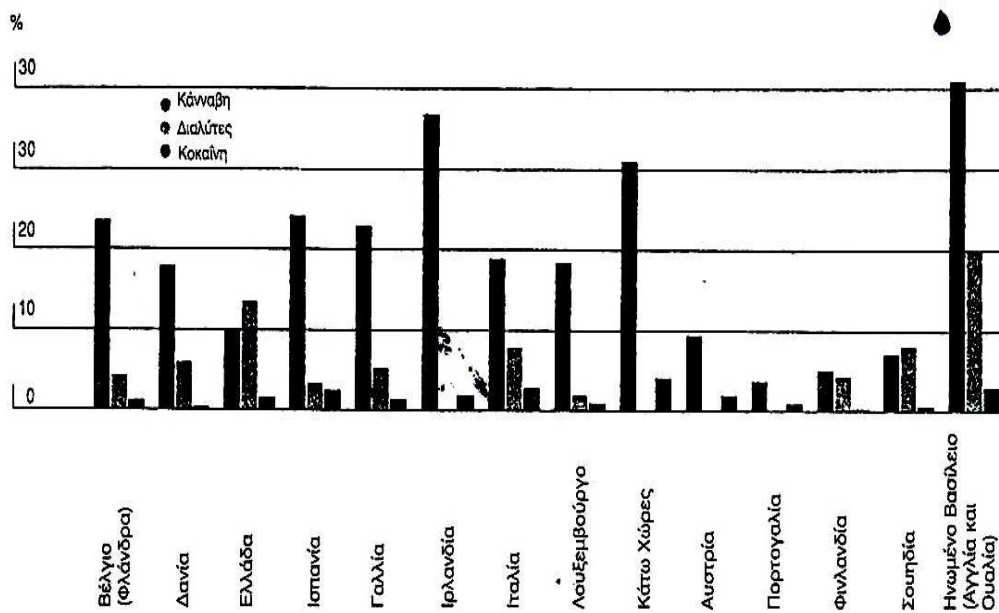
ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ. Ετήσια Έκθεση 1999. ΕΠΠΥΥ

### 5.4.3 ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ

Όπως φαίνεται από το σχήμα (2) στα περισσότερα κράτη μέλη η κάνναβη είναι η πιο διαδεδομένη παράνομη ουσία. Χρήση κάνναβης τουλάχιστον για μια φορά έχει κάνει το 5% (στην Πορτογαλία και την Φινλανδία) έως το 40% (στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο) των νέων ηλικίας 15-16 ετών.

Οι διαλύτες είναι η δεύτερη πιο διαδεδομένη παράνομη ουσία στους νέους ηλικίας 15-16 ετών και τα ποσοστά χρήσης κυμαίνονται από 3-4% περίπου (στο Βέλγιο, στην Ισπανία και το Λουξεμβούργο), έως 20% (στο Ηνωμένο Βασίλειο). Στην Ελλάδα και στη Σουηδία γίνονται πειραματισμοί συχνότερα με διαλύτες παρά με κάνναβη.

Η χρήση αμφεταμινών, κοκαΐνης και LSD κυμαίνεται μεταξύ 1-13%, 1-3% και 1-10% αντίστοιχα.



Σχήμα 2. (16)

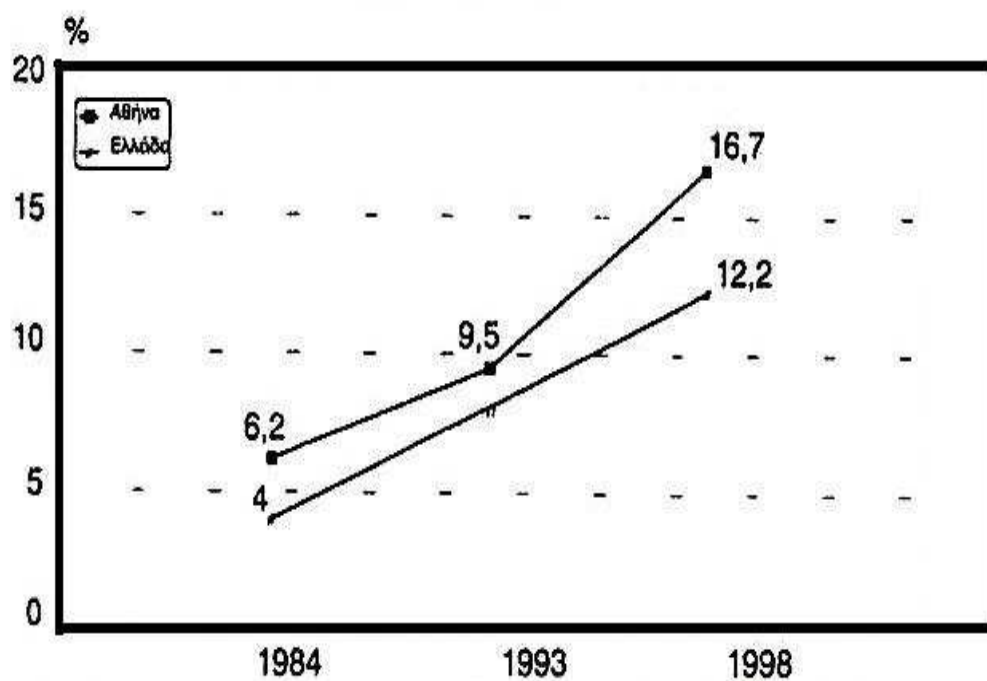
ΣΗΜ. : Χρησιμοποιήθηκαν τα αποτελέσματα των πλέον πρόσφατων ερευνών, με εξαίρεση το Ηνωμένο Βασίλειο όπου η έρευνα του 1995 ήταν περισσότερο συγκρίσιμη με άλλες ευρωπαϊκές έρευνες του ESPAD. Ορισμένα κράτη μέλη δεν ήταν σε θέση να παράσχουν στοιχεία.

ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ, Ετήσια Έκθεση 1999. ΕΠΠΨΥ

#### 5.4.4 ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το 1998 επαναλήφθηκε σε ένα πανελλήνιο δείγμα 3.752 ατόμων 12-64 ετών, η έρευνα του 1994 από το ΕΠΙΨΥ. Στο σχήμα (3) παρουσιάζονται οι διαχρονικές τάσεις 1984 και 1998. Φαίνεται ότι τριπλασιάστηκε το ποσοστό των ατόμων (κυρίως ανδρών) που δοκίμασαν παράνομη ουσία (4% το 1984 και 12,2% το 1998).

Η πιο διαδεδομένη ουσία που χρησιμοποιήθηκε ήταν η κάνναβη. Η ομάδα των νεαρών ενήλικων είναι εκείνη η οποία συστηματικότερα και συχνότερα κάνει χρήση ουσιών, το 32% των ανδρών και το 12% των γυναικών.



Σχήμα3. (16)

Δοκιμή ή χρήση παράνομων ουσιών στο γενικό πληθυσμό. Διαχρονικές τάσεις.

ΠΗΓΗ: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ)

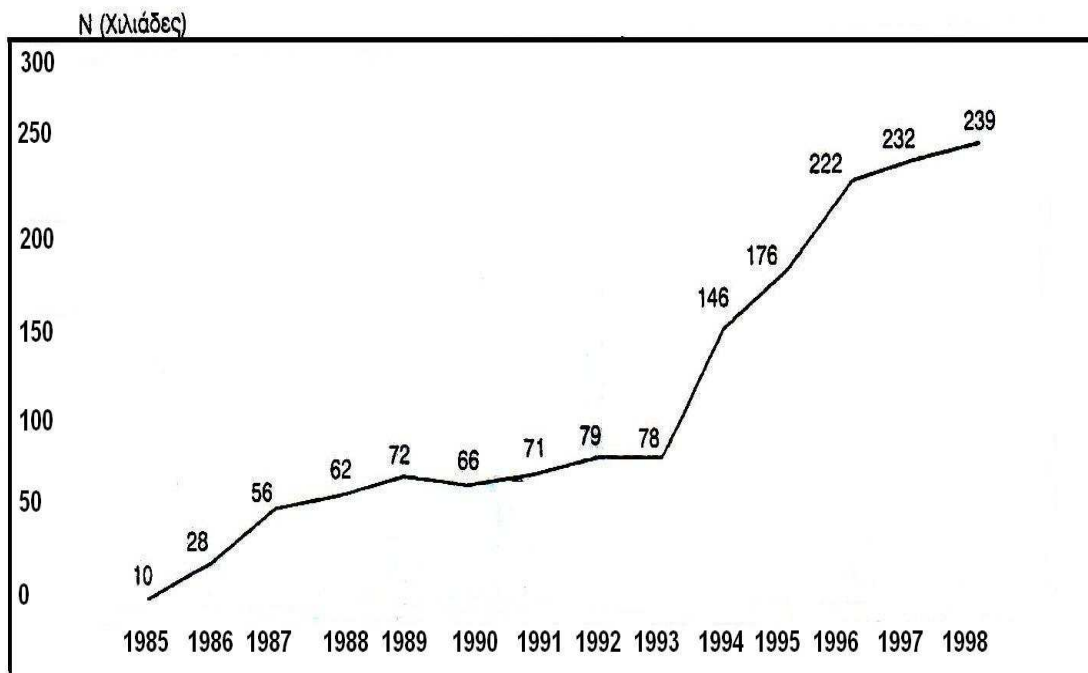
ΕΚΤΕΠΝ (1998)



#### 5.4.5 Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ ΑΠΟ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Όπως φαίνεται στο σχήμα (4), οι θάνατοι από ναρκωτικά παρουσιάζουν σαφώς αυξητική πορεία από το 1985 έως και το 1998, με έξαρση του ρυθμού αύξησης τα έτη 1994-1996. Το 1998 καταγράφηκαν 239 θάνατοι από ναρκωτικά. Μεταξύ του 1985 και του 1998 παρατηρήθηκε μια αύξηση 2.290%.

Οι περισσότεροι θάνατοι το 1998 καταγράφηκαν στην περιοχή της Αττικής (70%) και αρκετοί στην περιοχή της Θεσσαλονίκης (16%). Η πλειονότητα των θανάτων ήταν άνδρες (88,3%) και άγαμοι (94%). Τέλος, το 45% των νεκρών ανήκει ηλικιακά μεταξύ 21 και 30 ετών.



Σχήμα 4. Θάνατοι από ναρκωτικά. (16)

ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ, Ετήσια Έκθεση 1998. ΕΠΨΥ

## **5.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Κανένας από τους παρακάτω αιτιολογικούς παράγοντες δεν μπορεί μόνος να θεωρηθεί υπεύθυνος για την εξάρτηση από τις φαρμακευτικές ουσίες. Πολλαπλοί παράγοντες φαίνονται να συμμετέχουν, με κάποιον από όλους που ίσως να κατέχει προέχουσα θέση σε συγκεκριμένες περιπτώσεις παρά άλλοι. Κάποιοι παράγοντες μπορεί να παίζουν σημαντικότερο λόγο στον καθορισμό του ατόμου που θα πειραματισθεί και θα δοκιμάσει μια ουσία, άλλοι στον καθορισμό του πιο άτομο από αυτούς που πειραματίστηκαν θα αναπτύξει εξάρτηση μεγάλης διάρκειας. Ακόμη, άλλοι είναι οι παράγοντες που θα καθορίσουν το είδος της ουσίας και τον τύπο χρήσης, τις επιπλοκές, την αντίδραση στην θεραπεία και την εξέλιξη του συνδρόμου της εξάρτησης.(14)

### **5.5.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Κοινωνικές τάσεις και αντιλήψεις, πιέσεις φίλων και η ευκολία διάθεσης και προμήθειας μιας ουσίας, είναι οι κύριοι καθοριστικοί παράγοντες για την χρήση ορισμένων κοινωνικά παραδεκτών ουσιών όπως του καπνού, του καφέ, του αλκοόλ και της μαριχουάνας στο εξωτερικό. Γενικά η χρήση των ουσιών αυτών προοδευτικά οδηγεί στην χρήση απαγορευμένων κοινωνικά ουσιών όπως είναι τα οπιούχα, κωδεΐνη, κοκαΐνη και ηρωίνη. Τα άτομα που προχωρούν στην δεύτερη κατηγορία συνήθως προέρχονται από προβληματικές οικογένειες ή έχουν διαταραγμένες σχέσεις με τους γονείς και συχνά έχουν σαν άτομα χαμηλή αυτοεκτίμηση.(14)

### **5.5.2 ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ**

Παλαιότερες ψυχαναλυτικές απόψεις τόνιζαν ότι τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών γενικά εκδηλώνουν δυσκολία στο να αντέχουν συναισθηματικές απογοητεύσεις που καλύπτονται από την χρήση της ουσίας, είτε εκδηλώνουν διαταραχή στον έλεγχο των ενστικτωδών τάσεων η ικανοποίηση των οποίων παίζει κυρίαρχο ρόλο. Πρόσφατα οι απόψεις εστιάζονται σε προβλήματα του «εγώ». Οι περισσότεροι αναλυτές συμφωνούν ότι οι χρήστες αντιμετωπίζουν επίσης συχνά προβλήματα με τα συναισθήματά τους, όπως π.χ. έντονη οργή και θυμό, και έχουν αδύνατους ή μη αποτελεσματικούς μηχανισμούς για να καταστείλουν τα συναισθήματα αυτά. Επιδημιολογικές μελέτες που έχουν σχέση με την προσωπικότητα,

επιβεβαιώνουν ότι τα άτομα που κάνουν χρήση παράνομων ουσιών δίνουν μεγαλύτερη σημασία στην ατομική τους ανεξαρτησία και λιγότερο στην επίπονη προσπάθεια επίτευξης στόχων και εκδηλώνουν συχνότερα παρέκκλιση συμπεριφοράς και σημεία αντικοινωνικής συμπεριφοράς πριν να αρχίσουν να πειραματίζονται ή να κάνουν χρήση ουσιών.(14)

### **5.5.3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Περισσότερο από το 50% των περιπτώσεων ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών σε αστικές περιοχές, προέρχονται από οικογένειες με έναν γονέα. Τυπικά ακόμη και σε οικογένειες με δύο γονείς, υπάρχουν έντονες διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις με τον ένα γονέα συνήθως του αντίθετου φύλου να εμπλέκεται σε μεγάλο βαθμό και να αντιδρά με τον χρήστη, ενώ ο άλλος γονέας είναι απόμακρος, απών από την οικογενειακή ζωή ή απορριπτικός ή και έντονα τιμωρητικός. Σε αντίθεση από ότι επιφανειακά φαίνεται σαν τάση απελευθέρωσης, οι χρήστες παραμένουν εξαρτημένοι και σε στενή επικοινωνία με τις οικογένειές τους ακόμη και στην περίοδο της ενηλικίωσης και θεωρούν τους συγγενείς τους ότι μπορούν ουσιαστικά να βοηθήσουν στην προσπάθεια διακοπής των ουσιών.(14)

### **5.5.4 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι γενικά κληρονομείται η ευαλωτότητα στο να αναπτύξει κανείς εξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες, καθώς βιολογικοί γονείς υιοθετημένων παιδιών με εξάρτηση από ουσίες εκδηλώνουν το ίδιο πρόβλημα. Προς το παρόν, όμως, υπάρχει σε μικρό βαθμό άμεση απόδειξη για οποιαδήποτε ειδική βιολογική συμμετοχή στην εξάρτηση από ουσία.(14)

## 5.6 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ

Η χρησιμοποίηση ψυχοδραστικών ουσιών μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση ψυχικών διαταραχών που η κλινική τους εικόνα είναι αυτή των **Οργανικών Εγκεφαλικών Συνδρόμων**. Σαν οργανικά εγκεφαλικά σύνδρομα περιγράφονται τα άμεσα οξέα ή χρόνια αποτελέσματα της δράσης των ψυχοδραστικών ουσιών στο Κ.Ν.Σ. του ατόμου που χρησιμοποιεί την ουσία.

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

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

Ιδιαίτερη σημασία έχει η Τοξίκωση διότι η κλινική εικόνα είναι ανάλογη της ουσίας που λαμβάνεται και περιγράφεται για κάθε μια ουσία ξεχωριστά.

Το Σωματικό Στερητικό Σύνδρομο δε διαφέρει ουσιαστικά μεταξύ των διαφόρων ουσιών που το προκαλούν και εκδηλώνεται με έντονες διαταραχές κυρίως από το νευροφυτικό σύστημα, με μυδρίαση, ωχρότητα, έντονη εφίδρωση, ορθοτρίχωση, ίλιγγο, εμετό, διάρροια, υπέρπνοια, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδία και πυρετό. Συνήθως υπάρχει τρόμος, μυϊκές κράμπες, πόνος στην κοιλιά, στα άκρα και στην ράχη, ψυχοκινητική ανησυχία, πανικός και διεγερτική συμπεριφορά. Τα συμπτώματα φτάνουν στην μεγαλύτερη ακμή τους 48 ώρες περίπου μετά την διακοπή της ουσίας, διαρκούν 2-3 ημέρες και αργότερα βαθμιαία υποχωρούν σε 8-10 ημέρες.

Συχνά η χρήση των ουσιών μπορεί να οδηγήσει σε παθολογική κατάσταση, οπότε υπάρχει ακαταμάχητη επιθυμία για εξακολουθητική χρησιμοποίηση της ουσίας. Η χρησιμοποίηση της ουσίας μπορεί να προκαλεί κοινωνικά, επαγγελματικά, ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα στο άτομο

που την χρησιμοποιεί. Οι καταστάσεις αυτές που αφορούν τα κοινωνικά, επαγγελματικά, ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα αναγνωρίζονται σαν **Ψυχικές Διαταραχές**, προκαλούνται από την χρησιμοποίηση των φαρμακευτικών ουσιών και διακρίνονται σε κατάχρηση και εξάρτηση.(14)

## **5.7 ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΕΣ, ΥΠΝΩΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ**

Είναι οι περισσότερο διαδεδομένες ουσίες που χρησιμοποιούνται συνήθως μετά από ιατρική συνταγή για καταστολή της αϋπνίας ή του άγχους. Συνήθως η συνταγή δίνεται σε άτομα των οποίων η δομή της προσωπικότητάς τους είναι τέτοια που να μην αντέχει και τα συνηθισμένα επίπεδα του καθημερινού άγχους. Τα άτομα αυτά είναι εκείνα που συχνότερα εκδηλώνουν ψυχολογική και σωματική εξάρτηση από τις ουσίες. Ένας δεύτερος τύπος εξάρτησης περιλαμβάνει νέα άτομα που σε ομάδες χρησιμοποιούν τις ουσίες αυτές μόνες ή σε συνδυασμό με οπιούχα για ευφορικούς λόγους, και που τις προμηθεύονται παράνομα.

Η Τοξίκωση χαρακτηρίζεται από κατάργηση των αναστολών των σεξουαλικών και επιθετικών παρορμήσεων, αστάθεια της συναισθηματικής διάθεσης, έκπτωση της κριτικής ικανότητας, της κοινωνικής και επαγγελματικής δραστηριότητας που ακολουθείται από νευρολογικά σημεία όπως: αστάθεια βαδίσματος, δυσαρθρική ομιλία, διαταραχή στις συνδυασμένες κινήσεις και έκπτωση της προσοχής ή της μνήμης.

Το Στερητικό Σύνδρομο χαρακτηρίζεται από την παρουσία τουλάχιστον τριών από τα παρακάτω συμπτώματα μετά τη διακοπή ή ελάττωση της χρήσης της ουσίας. Τα συμπτώματα είναι: ναυτία ή εμετός, αδυναμία ή κακουχία, υπερδραστηριότητα του Α.Ν.Σ. όπως ταχυκαρδία, εφίδρωση, άγχος ή ευερεθιστότητα, ορθοστατική υπόταση, αδρός τρόμος χεριών, γλώσσας, βλεφάρων, εξεσημασμένη υπνηλία ή και επιληπτικοί σπασμοί. Το στερητικό σύνδρομο μπορεί να εκδηλωθεί στις 2 ή 3 πρώτες ημέρες αλλά και μετά την πάροδο 5 ή 6 ημερών, ιδίως σε χρήση ουσιών μακράς διάρκειας όπως η διαζεπάμη.

Μετά την διακοπή των παραπάνω ουσιών μπορεί να εκδηλωθεί και Στερητικό Παραλήρημα που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα, όπως: μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής. Αποδιοργάνωση στην σκέψη που εκδηλώνεται με φλύαρη, ασυνάρτητη ομιλία. Μείωση του

επιπέδου συνειδήσεως. Αντιληπτικές διαταραχές όπως: παρερμηνείες, παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις. Αυξημένη ή ελαττωμένη ψυχοκινητική δραστηριότητα. Διαταραχές προσανατολισμού σε τόπο, χρόνο ή στοιχεία ταυτότητας και διαταραχή πρόσφατης μνήμης.

Λιγότερο συχνό σύνδρομο είναι το Αμνησικό Σύνδρομο που έχει καλή πρόγνωση και που μπορεί πλήρως να υποχωρήσει. Χαρακτηριστικά συμπτώματα αποτελούν κυρίως οι διαταραχές της πρόσφατης και απώτερης μνήμης χωρίς να υπάρχουν διαταραχές από την συνείδηση και τοξίκωση, ούτε απώλεια των ανωτέρω διανοητικών ικανοτήτων.(14)

## **5.8 ΟΠΙΟΥΧΑ ΚΑΙ ΟΠΙΟΕΙΔΗ**

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

Η Τοξίκωση χαρακτηρίζεται από εναλλαγές στη συμπεριφορά, με αρχική ευφορία που ακολουθείται από απάθεια, δυσφορία, ψυχοκινητική απόσυρση και διαταραγμένη κριτική, κοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα, μύση της κόρης ή μυδρίαση λόγω ανοξίας από σοβαρή δηλητηρίαση που ακολουθείται από υπνηλία και έκπτωση της πρόσοψης ή της μνήμης.

Το Στερητικό Σύνδρομο από μορφίνη ή ηρωίνη, χαρακτηρίζεται από την παρουσία τουλάχιστον τριών από τα παρακάτω σημεία και εκδηλώνεται μετά 6-8 ώρες από την τελευταία δόση. Φθάνει στην κορυφή την δεύτερη μέρα και υποχωρεί την 7-10 μέρα. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν έντονη επιθυμία λήψης της ουσίας, ναυτία ή εμετό, μυικούς πόνους, μυδρίαση, εφίδρωση, διάρροια, χασμουρητό, πυρετό και αϋπνία.

Οι περισσότερες από τις ουσίες αυτές χρησιμοποιούνται σε διαφορετικές δόσεις για ιατρικούς σκοπούς (εκτός της ηρωίνης).(14)

## 5.9 ΚΟΚΑΪΝΗ

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

Η Τοξίκωση χαρακτηρίζεται από αλλαγές στην συμπεριφορά με ψυχοκινητική διέγερση, ευφορία, αίσθημα μεγαλείου, τάση για επιθετικότητα και διαταραχή στην κρίση και κοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα. Ακολουθείται συχνά από ταχυκαρδία, μυδρίαση, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ναυτία ή εμετό και οπτικές ή απτικές ψευδαισθήσεις. Η διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να γίνει από μανιακό επεισόδιο ή από τοξίκωση από αμφεταμίνη ή φαινυλκικλιδίνη. Θάνατος μπορεί να προέλθει από καρδιακή αρρυθμία ή αναπνευστική παράλυση.

Το Στερητικό Σύνδρομο χαρακτηρίζεται από δυσφορική διάγνωση (κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, άγχος) και την εκδήλωση δύο τουλάχιστον συμπτωμάτων μέσα στο πρώτο 24ωρο από την διακοπή της κοκαΐνης, όπως: εξάντληση αϋπνία, ψυχοκινητική υπερένταση.(14)

## 5.10 ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Είναι ουσίες διεγερτικές του Κ.Ν.Σ. και δρουν στους κεντρικούς και περιφερικούς α και β υποδοχείς των κατεχολαμινών.

Οι κλινικές εικόνες της Τοξίκωσης, Στερητικού Συνδρόμου, Παραληρήματος και Παραληρητικής διαταραχής είναι ακριβώς οι ίδιες με αυτές που περιγράφηκαν από την χρήση της κοκαΐνης.

Πολλά άτομα που εκδηλώνουν εξάρτηση ή κατάχρηση από αμφεταμίνες, χρησιμοποιούν τις ουσίες αυτές σαν κατασταλτικά της όρεξης στην προσπάθεια να χάσουν βάρος. Συχνά συνδυάζεται με εξάρτηση από αλκοόλ ή από αγχολυτικά ή από κατασταλτικά. Αυτό γίνεται καθώς ο χρήστης προσπαθεί να καταστείλει της δυσάρεστες παρενέργειες της τοξίκωσης από την αμφεταμόνη.

Αλλαγές στην συμπεριφορά καθώς και ψυχολογικές διαταραχές περιλαμβάνουν κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, κοινωνική απομόνωση, έκπτωση της δραστηριότητας, σεξουαλική δυσλειτουργία, παρανοϊκή διάθεση, διαταραχές της προσοχής και προβλήματα μνήμης.(14)

### **5.11 ΚΑΠΝΟΣ**

Το κάπνισμα τσιγάρων, πίπας ή πούρων είναι μια απόλυτα κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά. Δημιουργεί όμως Εξάρτηση από την Νικοτίνη στον χρήστη και Στερεητικό Σύνδρομο.

Το Στερεητικό Σύνδρομο που εμφανίζεται σε διάστημα 24 ωρών μετά τη διακοπή του καπνίσματος, συνίσταται στην εκδήλωση τεσσάρων τουλάχιστον από τα παρακάτω συμπτώματα: σφοδρή επιθυμία για καπνό, ευερεθιστότητα, άγχος, θυμό, δυσκολία στην συγκέντρωση, ανησυχία, κεφαλαλγία, αύξηση της όρεξης και του βάρους. Καθώς δεν υπάρχουν έκδηλα σημεία Τοξίκωσης, δεν υφίσταται παρεμπόδιση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργίας του ατόμου από την χρήση του καπνού.(14)

### **5.12 ΚΑΦΕΪΝΗ**

Η πρόσληψη της καφεΐνης συντελείται με την λήψη διαφόρων αφεψημάτων ή ποτών, καφές, τσάι, κόκα κόλα κλπ). Η χρήση της ουσίας αυτής είναι κοινωνικά απόλυτα αποδεκτή. Μετά τη διακοπή χρήσης εκδηλώνεται κεφαλαλγία, η οποία όμως δεν παίρνει την μορφή τυπικού στερεητικού συνδρόμου. Εκδηλώνεται όμως πλήρης εικόνα Τοξίκωσης που εμφανίζεται όταν ληφθούν πάνω από 250 χιλιοστά της ουσίας και χαρακτηρίζεται από ανησυχία, νευρικότητα, διέγερση, αϋπνία, εξέρυθρο προσωπείο, διούρηση, γαστρεντερικά ενοχλήματα, μυικές δεσμιδικές συσπάσεις, ταχεία ροή σκέψης και λόγου, καρδιακή αρρυθμία, ψυχοκινητική διέγερση και περίοδοι μεγάλης σωματικής αντοχής.(14)



### **5.13 ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ**

Οι ουσίες αυτές περιλαμβάνουν διάφορα υγρά, που στην θερμοκρασία του δωματίου αεροποιούνται και η εισπνοή των οποίων επιφέρει ευφορική διάθεση. Οι ουσίες αυτές είναι συνήθως η τολουόνη ακετόνη, βενζίνη, και αλογονομένοι υδατάνθρακες. Καθώς οι ουσίες κυκλοφορούν ελεύθερα στην αγορά και είναι φθηνές χρησιμοποιούνται συνήθως από νέους (6-16) ετών και δημιουργούν Εξάρτηση σε μαθητές ή εργάτες βιομηχανιών ή εργοστασίων που χρησιμοποιούν τις ανάλογες ουσίες. Ανοχή και σύνδρομο στέρησης έχουν περιγραφεί. Συχνότερη όμως είναι η Τοξίκωση που χαρακτηρίζεται από επιθετικότητα, διάθεση για προστριβές, απάθεια, μείωση κριτικής ικανότητας που ακολουθείται από ζάλη, νυσταγμό, έλλειψη συντονισμένων κινήσεων, επιβραδυμένη ομιλία, αστάθεια βαδίσσεως, λήθαργο, τρόμο, γενική γενικευμένη μυική αδυναμία, ψυχοκινητική έκπτωση, μείωση των τενόντιων αντανάκλασεων, διπλωπία ή θάμβος οράσεως, εμβροντησία, κώμα ή ευφορία.(14)

### **5.14 ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΑ**

Αποτελούν μια μεγάλη κατηγορία ψυχοδραστικών ουσιών που περιλαμβάνουν ουσίες που σαν κύριο χαρακτηριστικό έχουν την εκδήλωση ψευδαισθήσεων και που δομικά σχετίζονται είτε με την 5-υδροξυτρυπταμίνη (L.S.D., D.M.T.) είτε την κατεχολαμίνη (μεσκαλίνη). Οι ουσίες λαμβάνονται μόνο από το στόμα.

Τα σύνδρομα που προκαλούν είναι Τοξίκωση (ψευδαισθήτωση), Παραλήρημα, Παραληρητικό και Συναισθηματικό Οργανικό Σύνδρομο και Επιβραδυμένη Αντιληπτική διαταραχή (Posthallucinogen Perception Disorder). Ιδιαίτερη σημασία έχουν το πρώτο και το τελευταίο τα οποία θα περιγράψουμε.

Η Ψευδαισθήτωση (Τοξίκωση) από ψευδαισθησιογόνα χαρακτηρίζεται από διαταραχές συμπεριφοράς όπως εκσεσημασμένο άγχος ή κατάθλιψη, ιδέες συσχέτισης, φόβο ότι το άτομο θα τρελαθεί, παρανοειδή ιδεασμό, έκπτωση κρίσης και παρεμπόδιση επαγγελματικής και κοινωνικής λειτουργίας που ακολουθείται από αντιληπτικές μεταβολές που συμβαίνουν σε κατάσταση πλήρους εγρήγορσης. Οι μεταβολές συνίστανται σε υποκειμενική επίταση της αντίληψης, αποπροσωπιοίηση, αποπραγματοποίηση, παραισθησίες,

ψευδαισθησίες, συναισθησίες. Θα πρέπει να συνυπάρχουν ακόμη δύο τουλάχιστον από τα ακόλουθα σημεία: Μυδρίαση, ταχυκαρδία, εφίδρωση, αίσθημα παλμών, θάμβος όρασης, τρόμος και διαταραχή των συνδυασμένων κινήσεων.

Η Επιβραδυμένη Αντιληπτική Διαταραχή συνίσταται στην επαναβίωση ενός ή περισσότερων συμπτωμάτων που βιώθηκαν στην φάση της Τοξίκωσης και ενώ έχει σταματήσει η δράση από την χορήγηση της ουσίας. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν γεωμετρικές ψευδαισθήσεις, ψευδείς αντιλήψεις κινήσεων στην περιφέρεια των οπτικών πεδίων, φωτεινές λάμπες, ίχνη εικόνων, κινουμένων αντικειμένων ή φαινόμενα μικρό ή μακροψίας. Τα συμπτώματα αυτά συνήθως δημιουργούν έντονο άγχος και ανησυχία και θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί η κλινική αυτή εικόνα από τραυματικές βλάβες του εγκεφάλου ή λοιμώξεις του Κ.Ν.Σ., από παραλήρημα, άνοια, σχιζοφρένεια, ειδικές μορφές επιληψίας και υπνοπομπικές ψευδαισθήσεις.

Η λήψη των ουσιών αυτών μπορεί να δημιουργήσει ευχάριστα ή δυσάρεστα «ταξίδια» και συχνά συνδυάζονται με άλλες ουσίες όπως αμφεταμίνη, PCP, αλκοόλ ή κάνναβη.(14)

### **5.15 ΙΝΔΙΚΗ ΚΑΝΝΑΒΗ**

Είναι η ευρύτερα διαδεδομένη και παράνομη διακινούμενη ουσία στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Είναι από παλαιστάτους χρόνους γνωστή και κυκλοφορεί σε διάφορες μορφές. Λαμβάνεται με τσιγάρα ή εισπνέεται με ειδικές πίπες (ναργιλές ή λουλάς) ή τελικά λαμβάνεται από το στόμα με μάσηση και απορρόφηση από τον γαστρεντερικό σωλήνα. Η χρήση της ουσίας μπορεί να προκαλέσει Τοξίκωση και Παραληρητική Διαταραχή.

Η Τοξίκωση χαρακτηρίζεται από διαταραχές συμπεριφοράς όπως ευφορία, άγχος, καχυποψία ή παρανοειδή ιδεασμό, έκπτωση κρίσης, παρεμπόδιση κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργίας του ατόμου, αίσθηση επιβράδυνσης της ροής του χρόνου, απάθεια που ακολουθείται από τα σωματικά συμπτώματα που είναι παρόντα δύο ώρες μετά την χρήση της ουσίας και που είναι: ερυθρότης και οίδημα επιπεφυκότων, αυξημένη όρεξη, ξηροστομία και ταχυκαρδία.

Η Παραληρητική Διαταραχή παίρνει την μορφή οργανικού παραληρητικού συνδρόμου μέσα σε διάστημα δύο ωρών από την χρήση της

ουσίας. Η ανοχή στην κάνναβη δεν είναι συχνή. Σε μικρής διάρκειας χρήση παρατηρείται το αντίθετο φαινόμενο, ενώ σε μακρόχρονη χρήση παρουσιάζεται ανοχή με ανάγκη αύξησης της δόσης. Με την χρόνια σοβαρή χρήση της ουσίας εμφανίζεται μια μείωση ή έλλειψη των ευχάριστων αποτελεσμάτων της ουσίας. Μπορεί να εκδηλωθεί και αύξηση των δυσάρεστων αποτελεσμάτων.

Εάν η κάνναβη προκαλεί ή όχι Στερητικό Σύνδρομο είναι ακόμη σημείο αντιλεγόμενο, όπως και το ίδιο συμβαίνει και για την εκδήλωση ή όχι επιθετικότητας ή αύξησης της σεξουαλικής επιθυμίας και δύναμης. Αποτελούν ακόμη και σήμερα ερωτηματικά κατά πόσο η βαρεία χρήση της μαριχουάνας προκαλεί απάθεια ή έκπτωση των ανωτέρων νοητικών λειτουργιών ή κατά πόσο συμβάλλει στην εκδήλωση ψυχωτικών εικόνων που μπορούν να πάρουν τη μορφή οξέων σχιζοφρενικόμορφων ή οξέων μανιακών επεισοδίων. Σπάνια και σε νέους χρήστες μαριχουάνας μπορεί να εκδηλωθεί μια οξεία καταθληπτική αντίδραση που θυμίζει αντιδραστική ή νευρωτική μελαγχολία. Το ίδιο σπάνια μπορούν να εκδηλωθούν και Επιβραδυμένα Φαινόμενα Τοξίκωσης (Flashback Phenomenon).(14)

#### **5.16 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΩ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ**

Υπάρχουν άνθρωποι που χρησιμοποιούν ψυχοδραστικές ουσίες για να υπερνικήσουν το άγχος και τις διάφορες εντάσεις ή απλώς για να αισθανθούν ευφορία και να απαλλαγούν από πόνους όλων των ειδών. Λόγω της συνεχούς χρήσης των ουσιών αυτών οι περισσότεροι αρρωσταίνουν.

Οι ψυχοδραστικές ουσίες που προκαλούν οργανικές ψυχικές διαταραχές είναι: αλκοόλ, αμφεταμίνες ή άλλα παρόμοιας δράσης, καφεΐνη, κάνναβη, κοκαΐνη, ψευδαισθησιογόνα, εισπνεόμενες ουσίες, νικοτίνη, οπιοεοδή, καταπραϋντικά, υπνωτικά ή αγχολυτικά κ.ά.

Οι διαταραχές που προκαλούνται συνολικά από χρήση ψυχοδραστικών ουσιών είναι: κατάχρηση, εξάρτηση, τοξίκωση, στερητικό σύνδρομο, παραλήρημα, ψευδαισθήτωση, διαταραχή της διάθεσης, αντίληψης και μνήμης, άνοια και γενική βιοψυχοκοινωνική και πνευματική έκπτωση του ανθρώπου.

Οι κυριότερες νοσηλευτικές διαγνώσεις των αρρώστων αυτών είναι:

- Άρνηση της κατάχρησης της ψυχοδραστικής ουσίας και των συνεπειών της στην προσωπική υγεία και ζωή.
- Ανεπαρκείς οικογενειακή αντιμετώπιση του προβλήματος.
- Μεγάλος κίνδυνος προσβολής της σωματικής και ψυχικής υγείας.
- Μεγάλος κίνδυνος επιθετικότητας κατά του εαυτού του και των άλλων.(14)

#### **5.16.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

- Διατήρηση σωματικής υγείας, ασφάλειας, διατροφής και υγιεινής φροντίδας του αρρώστου σε κρίσιμη κατάσταση οφειλόμενη σε λήψη υπερβολικής δόσης ψυχοδραστικής ουσίας, τοξίκωση, στερητικό σύνδρομο και άλλες διαταραχές.
- Διάθεση χρόνου κοντά στον άρρωστο και δημιουργία θετικής επικοινωνίας μαζί του χωρίς πνεύμα κριτικής και καταδίκης.
- Εκτίμηση του επιπέδου λειτουργίας/δυσλειτουργίας του καθώς και των αναγκών και προβλημάτων του.
- Επικέντρωση στις υγιείς δυνάμεις του που μπορούν να κινητοποιηθούν ώστε να τον βοηθήσουν να συμμορφωθεί με την θεραπεία.
- Ενίσχυση της αυτοεκτίμησής του.
- Τήρηση θετικής, υποστηρικτικής στάσης και ετοιμότητα συνεργασίας για την ανάρρωσή του.
- Συζήτηση με τον άρρωστο αναφορικά με τα αποτελέσματα της κατάχρησης της ουσίας στον εαυτό του και στο περιβάλλον του.
- Απασχόληση του αρρώστου σε δραστηριότητες στο χώρο όπου μπορεί να επιτυγχάνει και σε θεραπευτικές ομάδες.
- Ενσωμάτωσή του και της οικογένειάς του σε οικογενειακή ψυχοθεραπεία και σε ομάδες αυτοβοήθειας και αλληλοϋποστήριξης.
- Ενθάρρυνση να συμμετέχει σε πρόγραμμα χημικής απεξάρτησης.
- Βοήθεια να θέσει ρεαλιστικούς βραχυπρόθεσμους σκοπούς, π.χ. τι θα επιτύχει στην κάθε ημέρα.

- Βοήθεια να ξεπεράσει την άρνηση της αρρώστιας του χωρίς αύξηση αισθημάτων ενοχής και να αποφασίσει να ζήσει χωρίς την χρήση της ουσίας.
- Παροχή πληροφοριών που θα τον βοηθήσουν να κατανοήσει το φαινόμενο της χημικής εξάρτησης.
- Διδασκαλία στρατηγικών αποτελεσματικής αντιμετώπισης του προβλήματος, στον άρρωστο και την οικογένεια.
- Έπαινος του αρρώστου και της οικογένειας όταν αναγνωρίσουν το πρόβλημα της κατάχρησης ψυχοδραστικής ουσίας και αρχίζουν προσπάθειες για την αποτοξίνωση και ενστάλλαξη ελπίδας για την επιτυχία.
- Καθοδήγηση του αρρώστου πώς να διαπιστώνει τους στρεσογόνους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που τον σπρώχνουν στη χρήση της ουσίας και πώς να αναγνωρίζει, αντιμετωπίζει ή προλαμβάνει συμπτώματα που σχετίζονται με ενδεχόμενη υποτροπή.
- Επισήμανση ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών και προγραμμάτων υποστήριξης που υπάρχουν για τον άρρωστο και την οικογένειά του.
- Επίδειξη υπομονής στη βραδεία πρόοδο και τις τυχόν υποτροπές του αρρώστου.
- Παρότρυνση να αποφεύγει τους προηγούμενους φίλους του που κάνουν χρήση ουσιών και να τους αντικαταστήσει με νέους φίλους που δεν χρησιμοποιούν ψυχοδραστικές ουσίες ή που έχουν αποτοξινωθεί.
- Πρέπει να τονιστεί ότι η ανάρρωση του ατόμου με την διάγνωση της χημικής εξάρτησης είναι ισόβια διεργασία και προσωπική νίκη της ελεύθερης προσωπικότητάς του. Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει με την επιστήμη και την τέχνη του και κυρίως με υπομονή, επιμονή, αγάπη και σεβασμό προς το πρόσωπο με το πρόβλημα. (18)

### **5.16.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ**

Ο άρρωστος:

- Παραδέχεται το πρόβλημα της κατάχρησης ψυχοδραστικής ουσίας.
- Ζητά ιατρική και ψυχολογική θεραπεία για το πρόβλημα της κατάχρησης της ουσίας και εξάρτησης από αυτή.
- Περιγράφει τα αρνητικά/παθολογικά αποτελέσματα της ουσίας στο σωματικό του οργανισμό και στην ψυχική του υγεία και ευεξία.
- Εξηγεί τα αρνητικά αποτελέσματα της ουσίας στην οικογένεια, το επάγγελμα και την κοινωνική του ζωή.
- Εκφράζει λεκτικά την ανάγκη για συνεχή θεραπεία της εξάρτησής του από την ουσία.
- Συμμετέχει σε θεραπευτικές ομάδες.
- Απέχει από την χρήση της ουσίας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στο νοσοκομείο.
- Χρησιμοποιεί αποτελεσματικές μεθόδους αντιμετώπισης των προβλημάτων του, ελάττωσης του στρες και του άγχους και ανοικοδόμησης της αυτοεκτίμησής του.
- Αναφέρει θετικές αλλαγές στην οικογένεια, την εργασία και τις κοινωνικές του επαφές ως αποτέλεσμα της αποχής από την ουσία.(18)

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ



«Παρακαλώ, μην παίζετε μαζί μου... Είμαι ένας παλαβούλης, τσακισμένος γέρος, πάνω από τα ογδόντα, ούτ' ώρα πιο πολύ ή πιο λίγο και, να σας πω και την αλήθεια, φοβάμαι πως δεν είμαι στα σωστά μου.

Θαρρώ σε γνώριζα· και αυτόν τον γνώριζα· πάλι δεν είμαι βέβαιος, γιατί καθόλου δεν το γνωρίζω αυτό το μέρος· κι όσος νους μου μένει, δεν θυμάμαι αυτή τη φορεσιά· δεν ξέρω ακόμα ούτε που πέρασα την νύχτα. Να μη γελάσετε μαζί μου· όσο είμαι άνθρωπος, θαρρώ η γυναίκα αυτή είναι η κόρη μου η Κορδέλια».

Βασιλιάς Ληρ (Ουίλλιαμ Σαίξπηρ, Μετάφραση Β. Ρώτα)

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αντικείμενο της εργασίας αυτής είναι η εξέταση των οργανικών ψυχοσυνδρόμων ή οργανικών ψυχικών διαταραχών καθώς επίσης η θεραπεία και η αντιμετώπιση των άγνωστων αυτών ψυχικών διαταραχών που πλήττουν κάποιο ποσοστό του πληθυσμού ολόκληρου του πλανήτη και το σπουδαιότερο κανένας δεν μπορεί να ξεφύγει από τον ψυχικό αυτό κόσμο, μέσα στον οποίο μένει, μεγαλώνει και πεθαίνει.

Το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την ιστορική ανασκόπηση των οργανικών ψυχοσυνδρόμων καθώς η εμφάνιση τους είναι παλαιότερη απ'ότι φανταζόμαστε, τα αίτιά τους αλλά και η ταξινόμηση τους σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. και την Α.Ψ.Ε. για την αποσαφήνιση τους.

Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρούμε την εισαγωγή στον κόσμο των οργανικών ψυχοσυνδρόμων, εξετάζοντας την άνοια σύμφωνα με τα κλινικά της χαρακτηριστικά, για την καλύτερη κατανόησή της όπως επίσης η επιδημιολογία και αιτιολογία της. Δεν παραλείπουμε φυσικά τη πορεία, τις επιπλοκές και τη θεραπεία της.

Στο τρίτο κεφάλαιο εξετάζουμε αφενός βαθύτερα τα οργανικά ψυχοσύνδρομα όπως είναι η γεροντική άνοια και οι προγεροντικές άνοιες αφετέρου πραγματοποιούμε εκτενή αναφορά στη νόσο Alzheimer καθώς αποτελεί την συχνότερη συναντώμενη μορφή των οργανικών ψυχοσυνδρόμων, ταυτόχρονα δεν παραλείπουμε την αναφορά σε λιγότερο συναντώμενες μορφές όπως είναι η νόσος του Pick, η νόσος των Creutzfeldt-Jacob, η νόσος του Huntington, η νόσος του Marchiafava και οι ψυχώσεις επί εγκεφαλικών βλαβών.

Στο τέταρτο κεφάλαιο πραγματοποιούμε μια ελάχιστη αναφορά στην τρίτη ηλικία καθώς αποτελεί τον κυριότερο αποδέκτη των οργανικών ψυχοσυνδρόμων.

Στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο αναφερόμαστε στις ψυχικές διαταραχές που οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Ένα σοβαρότατο μέρος των οργανικών ψυχοσυνδρόμων καθώς αποτελεί μάλιστα της σημερινής εποχής που έχει ως αποδέκτες ακόμα και μικρότερες ηλικίες.



## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adem A. Putative mechanisms of action of tacrine in Alzheimer's disease. *Acta Neurol* 1992.
2. Amaducci L. (1994). *The Epidemiology of Dementia*
3. Amaducci L, The SMID group: Phosphatidylserine in the treatment of Alzheimer's disease: results of a multicenter study, 1988
4. Baddeley A.D. *Implicit memory and errorless learning*, N. York 1992
5. Bamford K.A., A prospective evaluation of cognitive decline in Huntington's disease, *Neurology* 1999
6. Bird M. Luszcz M. *Enhancing memory performance in Alzheimer's disease*
7. Brown P. *Infections cerebral amyloidoses: Creutzfeldt-Jacob disease*
8. Cummings JL (1991). *Accuracy of the Clinical diagnosis of Alzheimer disease: review of clinico-pathological investigations*
9. Elias M.F. (1987), *Clinical significance of cognitive performance by hypertensive patients*
10. Growdon J. *Biomarkers of Alzheimer's disease*, *Arch. Neurol* 1999
11. Gusella J.F., MacDonald M.E., *Molecular genetics of Huntington's disease*, *Arch. Neurol* 1993
12. Hofman A. (1997). *The Epidemiology of Alzheimer's disease*
13. Kaplan and Sadock's, *Ψυχιατρική, τόμος Β' , ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2000*
14. Καραβάτος Αθ., *Ψυχιατρική, εκδόσεις μαστορίδη, Θεσσαλονίκη 1998*
15. Kertesz A., Munoz D.G., *Pick disease and Pick Complex*, N. York 1998
16. Μαδιάνος Μιχάλης Γ., *Κλινική Ψυχιατρική, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2000*
17. Μάνος Ν., *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, αναθεωρημένη έκδοση, Θεσσαλονίκη 1997*

- 18.Αφροδίτη Χρ. Ραγιά, Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Ε' έκδοση, Αθήνα 2005**
- 19.Terry R.D., Katzman R. Senile, Dementia of Alzheimer's disease, Arch. Neurol 1985**
- 20.Φωτιάδης Χ., Ψυχιατρική, εκδόσεις μαστορίδη, Θεσσαλονίκη 1988**