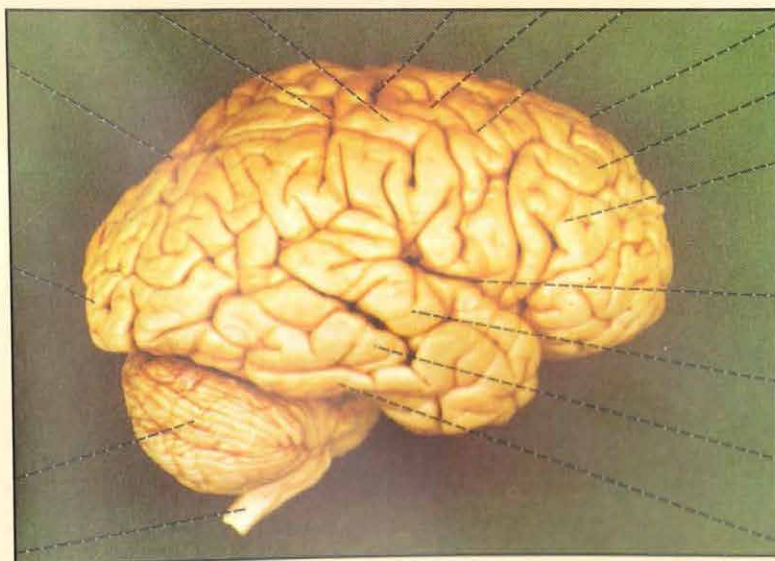


ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ  
ΤΕΧΝΙΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΡΙΑ

# Νευρολογία - Ψυχιατρική

2<sup>ο</sup> Κύκλου



ΤΟΜΕΑΣ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΚΔΟΣΕΩΣ ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ

ΑΘΗΝΑ

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ**  
**ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ**  
**ΤΕΧΝΙΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΡΙΑ**

**Παπανικολάου Παναγιώτης**

**Νευρολογία - Ψυχιατρική**

**2<sup>ο</sup> Κύκλου**

**ΤΟΜΕΑΣ**  
**ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΚΔΟΣΕΩΣ ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ**  
**ΑΘΗΝΑ**

**ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ:**

Παπανικολάου Παναγιώτης, Ιατρός Νευροχειρουργός, υποψ. Διδάκτωρ

**ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ:**

Αθανασοπούλου Παναγιώτα, εκπ/κός Β΄/θμιας εκ/σης, κλάδου ΠΕ 14,  
Οδοντίατρος

**ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΣΗΣ:**

Ζουρμπάκη Ανδρομάχη, Δρ. Ιατρικής  
Πετροπούλου Ευπραξία, εκπ. Β΄/θμιας εκ/σης, κλάδου ΠΕ 14, ειδ.  
Νοσηλεύτρια  
Βερβέρη Αμαλία, Φιλολόγος, υποψ. Διδάκτωρ

**ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:**

Βερβέρη Αμαλία, Φιλολόγος, υποψ. Διδάκτωρ

**ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΚΕΙΜΕΝΩΝ:**

Ψηλογιαννοπούλου Ειρήνη, Εκπ/κός Β΄/θμιας

**ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ**

Επιστημονικός Υπεύθυνος του Τομέα “Υγείας και Πρόνοιας” :

*Αγγελική Μαρίνου – Βελεντζά*

(Μόνιμη Πάρεδρος Παιδαγωγικού Ινστιτούτου)

Ευχαριστώ πολύ τον καλό φίλο και εξάίρετο συνάδελφο κ. Γιώργο Νικολαΐδη, Ψυχίατρο, για την καθοριστική του συμβολή στη συγγραφή του δεύτερου μέρους αυτού του βιβλίου.

Ο συγγραφέας

Π. Παπανικολάου

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ : ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ

|   | σελ.      |
|---|-----------|
| <b>1. ΠΡΩΤΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ : ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ .....</b>                                    | <b>1</b>  |
| 1.1. Γενικά .....   | 1         |
| 1.2. Νευρικός Ιστός .....   | 3         |
| 1.3. Εγκέφαλος, Νωτιαίος Μυελός, Περιφερικά νεύρα...  | 6         |
| 1.4. Αισθητήρια όργανα – Αισθήσεις .....  | 18        |
| <b>2. ΔΕΥΤΕΡΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ .....</b> | <b>24</b> |
| 2.1. Κλινική εξέταση .....  | 24        |
| 2.2. Παρακλινικός διαγνωστικός έλεγχος .....  | 28        |
| <b>3. ΤΡΙΤΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ .....</b>  | <b>34</b> |
| 3.1. Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις .....   | 34        |
| 3.2. Κακώσεις του νωτιαίου μυελού .....   | 42        |
| 3.3. Κακώσεις των περιφερικών νευρών .....  | 43        |
| <b>4. ΤΕΤΑΡΤΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ .....</b>   | <b>47</b> |
| 4.1. Ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια .....   | 48        |
| 4.2. Αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια .....   | 53        |
| <b>5. ΠΕΜΠΤΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ .....</b>  | <b>62</b> |
| 5.1. Μηνιγγίτιδες .....   | 62        |
| 5.2. Εγκεφαλίτιδες .....  | 69        |
| 5.3. Νευροσύφιλη .....  | 71        |
| 5.4. Έρπης ζωστήρας .....   | 73        |
| 5.5. Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) .....   | 75        |
| 5.6. Σπάνιες λοιμώξεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος .....  | 78        |

|   |            |
|---|------------|
| <b>6. ΕΚΤΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ</b> .....  | 82         |
| 6.1. Ενδοκρανικοί όγκοι.....  | 82         |
| 6.2. Όγκοι της Σπονδυλικής στήλης.....  | 91         |
| <b>7. ΕΒΔΟΜΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ, ΥΔΡΟΚΕΦΑΛΟΣ, ΕΞΩΠΥΡΑΜΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ, ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΕΣ ΑΠΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</b> ..... | 97         |
| 7.1. Ειδικές κεφαλαλγίες.....   | 97         |
| 7.2. Επιληψία.....  | 101        |
| 7.3. Υδροκέφαλος.....   | 106        |
| 7.4. Εξωπυραμιδικές εκδηλώσεις .....  | 109        |
| 7.5. Εγκεφαλοπάθειες από μεταβολικά, τροφικά και τοξικά αίτια.....  | 112        |
| <b>8. ΟΓΔΟΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΠΟΛΥΕΣΤΙΑΚΕΣ ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ</b> .....  | 117        |
| 8.1. Πολλαπλή (“κατά πλάκας”) σκλήρυνση .....   | 117        |
| 8.2. Κληρονομικά εκφυλιστικά νοσήματα του νευρικού συστήματος .....   | 119        |
| 8.3. Νόσος του κινητικού νευρώνα (νόσος του CHARCOT) .....  | 119        |
| 8.4. Φακωματώσεις.....  | 120        |
| <b>9. ΕΝΑΤΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΕΥΡΙΚΩΝ ΡΙΖΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΝΕΥΡΩΝ - ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ</b> .....                                       | 124        |
| 9.1. Ριζοπάθεια από οξεία κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου .....  | 124        |
| 9.2. Σύνδρομο παγίδευσης περιφερικών νεύρων.....  | 127        |
| 9.3. Πολυνευροπάθειες.....  | 128        |
| 9.4. Μυασθένεια GRAVIS .....  | 131        |
| <b>ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΓΛΩΣΣΑΡΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ.....</b>   | <b>134</b> |

|   |            |
|---|------------|
| <b>1. ΠΡΩΤΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>   | <b>139</b> |
| 1.1. Ιστορία της Ψυχιατρικής.....   | 139        |
| 1.2. Οι διεθνείς ταξινομήσεις .....   | 141        |
| 1.3. Άλλες σημαντικές επισημάνσεις .....  | 142        |
| <b>2. ΔΕΥΤΕΡΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ:</b>   |            |
| <b>ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ .....</b>  | <b>145</b> |
| 2.1. Συμπτωματολογία I: διαταραχές μνήμης.....  | 145        |
| 2.2. Συμπτωματολογία II : διαταραχές συνείδησης<br>και προσανατολισμού, διαταραχές<br>συγκέντρωσης – προσοχής ..... | 148        |
| 2.3. Συμπτωματολογία III: διαταραχές<br>ψυχοκινητικότητας .....   | 149        |
| 2.4. Συμπτωματολογία IV: διαταραχές αντίληψης.....  |            |
| 2.5. Συμπτωματολογία V: διαταραχές λόγου.....   | 152        |
| 2.6. Συμπτωματολογία VI: διαταραχές .....   | 155        |
| συναίσθηματος.....  | 162        |
| <b>3. ΤΡΙΤΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΨΥΧΩΣΕΙΣ.....</b>   | <b>168</b> |
| 3.1. Σχιζοφρένεια .....   | 168        |
| 3.2. Άλλες ψυχωσικές διαταραχές .....   | 174        |
| <b>4. ΤΕΤΑΡΤΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ:</b>   |            |
| <b>ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</b>   |            |
| <b>(ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ).....</b>   | <b>177</b> |
| 4.1. Συναισθηματικές διαταραχές I: μονοπολική<br>διαταραχή – “κατάθλιψη”.....                                       | 178        |
| 4.2. Συναισθηματικές διαταραχές II: διπολική<br>διαταραχή – “μανιοκατάθλιψη” .....                                  | 181        |
| <b>5. ΠΕΜΠΤΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ.....</b>   | <b>185</b> |
| 5.1. Υστερία και αγχώδεις διαταραχές .....  | 186        |
| 5.2. Κρίσεις πανικού – διαταραχή πανικού.....   | 188        |
| 5.3. Φοβίες .....   | 190        |
| 5.4. Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή – Ψυχαναγκαστική<br>καταναγκαστική διαταραχή (Ψ.Κ.Δ.).....                        | 192        |

|  |            |
|--|------------|
| 5.5. Άλλες αγχώδεις ψυχικές διαταραχές.....  | 195        |
| 5.6. Άλλες ψυχικές διαταραχές .....  | 196        |
| <b>6. ΕΚΤΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ<br/>ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ<br/>ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ .....</b>        | <b>200</b> |
| 6.1. Διαταραχές προσωπικότητας I: CLUSTER A .....  | 203        |
| 6.2. Διαταραχές προσωπικότητας II: CLUSTER B .....   | 204        |
| 6.3. Διαταραχές προσωπικότητας III: CLUSTER C .....  | 207        |
| 6.4. Διαταραχές σεξουαλικότητας .....  | 209        |
| <b>7. ΕΒΔΟΜΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ<br/>ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΟΡΓΑΝΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ...</b>                        | <b>214</b> |
| 7.1. Διανοητική καθυστέρηση .....  | 214        |
| 7.2. Οργανικά ψυχοσύνδρομα – ψυχικές καταστάσεις<br>οφειλόμενες σε παθολογική (“γενική ιατρική”)<br>κατάσταση..... | 218        |
| 7.3. Ψυχοσωματικά νοσήματα .....   | 222        |
| 7.4. Διαταραχές σχετιζόμενες με τη χρήση ουσιών.....   | 225        |
| 7.5. Αλκοολισμός .....   | 233        |
| <b>8. ΟΓΔΟΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ..</b>   | <b>237</b> |
| 8.1. Βιολογικά θεραπευτικά μέτρα .....   | 237        |
| 8.2. Στοιχεία Ψυχολογίας – Ψυχοθεραπείες .....   | 240        |
| 8.3. Ψυχο-ιατροδικαστικά θέματα .....  | 244        |
| 8.4. Πράξεις βίας και αυτοκτονία.....  | 249        |
| <b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>   |            |
| <b>A. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>   | <b>253</b> |
| <b>B. ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ.....</b>  | <b>255</b> |
| <b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ .....</b>   | <b>7</b>   |



**ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ**

**ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ**



# ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΡΩΤΗ :

## ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

### 1.1. Γενικά

Νευρικό σύστημα είναι το σύστημα με το οποίο ο οργανισμός αισθάνεται τα ερεθίσματα<sup>1</sup> από το περιβάλλον του, τα επεξεργάζεται και αντιδρά κατάλληλα σε αυτά. Η λειτουργία αυτή (αντίληψη ερεθισμάτων –επεξεργασία– κατάλληλη αντίδραση) είναι κοινό χαρακτηριστικό των ανώτερων ζώων. Στον άνθρωπο είναι αναπτυγμένη στον ανώτερο βαθμό, και γι' αυτό –συγκριτικά με τα ζώα– ο άνθρωπος έχει κατακτήσει την ικανότητα να κατανοεί τον κόσμο που τον περιβάλλει και να επεμβαίνει δραστικά σε αυτόν.

Το νευρικό σύστημα είναι ένα οργανικό σύστημα<sup>1</sup> που περιλαμβάνει:

♦ **Αισθητικούς υποδοχείς** που καταγράφουν τις μεταβολές τόσο του εξωτερικού περιβάλλοντος, όσο και του “εσωτερικού περιβάλλοντος”, δηλαδή των συνθηκών που επικρατούν μέσα στο ίδιο το σώμα. Οι αισθητικοί αυτοί υποδοχείς είτε είναι διάσπαρτοι είτε απαρτίζουν πολύπλοκα όργανα (π.χ. μάτια, αυτιά), τα λεγόμενα “αισθητήρια όργανα”.

♦ **Κεντρομόλες οδούς<sup>1</sup>** που μεταφέρουν τα ερεθίσματα από τους αισθητικούς υποδοχείς στις κεντρικές μονάδες επεξεργασίας του συστήματος.

♦ **Κεντρικές μονάδες επεξεργασίας** που επεξεργάζονται τα προσλαμβανόμενα ερεθίσματα και δίνουν εντολή για αντιδράσεις.

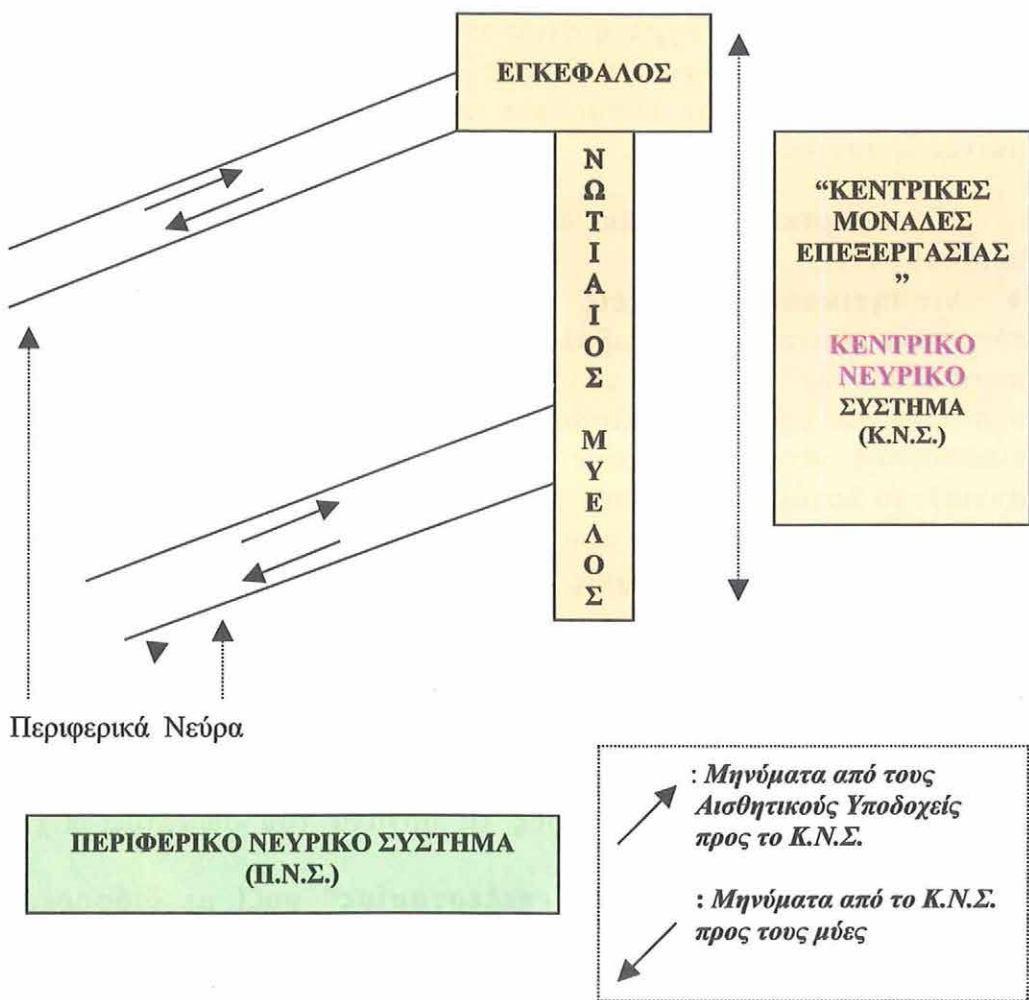
♦ **Φυγόκεντρες οδούς<sup>1</sup>** που μεταφέρουν τις εντολές αντίδρασης από τις κεντρικές μονάδες προς τα όργανα του σώματος, π.χ. προς τους μύες.

Οι “κεντρικές μονάδες επεξεργασίας” μαζί με διάφορες εσωτερικές διασυνδέσεις και βοηθητικές ανατομικές δομές αποτελούν το **Κεντρικό Νευρικό Σύστημα**, δηλαδή τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό.

<sup>1</sup> : οι όροι με κυρτά γράμματα επεξηγούνται στο Συμπληρωματικό Γλωσσάρι (σελ. ...)

Οι περιφερικές φυγόκεντρες και κεντρομόλες οδοί μαζί με τις βοηθητικές ανατομικές δομές τους αποτελούν το **Περιφερικό Νευρικό Σύστημα**, δηλαδή τα **περιφερικά νεύρα** – εγκεφαλικά και νωτιαία– τα οποία διατρέχουν όλο το σώμα. (Βλέπε σχήμα 1.1)

**Σχήμα 1.1**  
**Οργάνωση του Νευρικού Συστήματος**



## 1.2. Νευρικός Ιστός

Όπως όλα τα οργανικά συστήματα κάθε εξελιγμένου ζωντανού οργανισμού, έτσι και το ανθρώπινο νευρικό σύστημα αποτελείται από μικροσκοπικές ανατομικές-λειτουργικές μονάδες, δηλαδή από κύτταρα. Τα δισεκατομμύρια κύτταρα του νευρικού συστήματος είναι οργανωμένα σε μια ενότητα, που λέγεται **νευρικός ιστός**.

- Ο νευρικός ιστός περιλαμβάνει δύο κατηγορίες κυττάρων: Τα καθαυτό **νευρικά κύτταρα**, που λέγονται και “**νευρώνες**” και που η λειτουργία τους είναι να προσλαμβάνουν, να μεταφέρουν και να επεξεργάζονται ερεθίσματα, και
- Άλλα εξειδικευμένα κύτταρα που υποστηρίζουν και βοηθούν τους νευρώνες, τα οποία λέγονται **νευρογλοιακά κύτταρα** ή όλα μαζί με μια λέξη “**νευρογλοία**”.

### 1.2.1. Νευρώνας

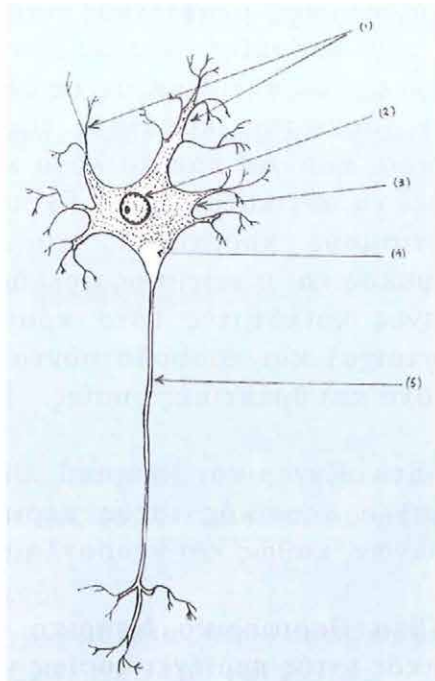
Όλοι οι νευρώνες (νευρικά κύτταρα) έχουν την ίδια βασική δομή.

Κάθε νευρικό κύτταρο αποτελείται:

- α) από το **κυτταρικό σώμα** και
- β) από τις **αποφυάδες** (προεξοχές) του.

**Εικ. 1.1** Νευρώνας

- 1: Δενδρίτες
- 2: Πυρήνας
- 3: Κυτταρικό σώμα
- 4: Αξονικό λοφίδιο
- 5: Νευράξονας



Το **κυτταρικό σώμα** του νευρώνα, όπως και όλα τα κύτταρα του ανθρώπινου σώματος, περιβάλλονται από **κυτταρική μεμβράνη**, η οποία περιέχει τον **πυρήνα** του κυττάρου και διάφορα άλλα **κυτταρικά οργανίδια**.

Οι **αποφυάδες** του νευρικού κυττάρου επίσης περιβάλλονται από **κυτταρική μεμβράνη** και είναι, κυρίως, δύο ειδών σε κάθε νευρικό κύτταρο: 1) (συνήθως πολλοί) **δενδρίτες** και 2) (συνήθως ένας) **νευράξονας** (ή **νευρική ίνα** ή **νευρίτης**). Συνήθως οι δενδρίτες μεταφέρουν ερεθίσματα προς το νευρικό κύτταρο (“**κεντρομόλα**”), ενώ ο νευράξονας από το νευρικό κύτταρο (“**φυγόκεντρα**”).

Η **κυτταρική μεμβράνη** του νευρικού κυττάρου (νευρώνα), η οποία διαθέτει την ικανότητα να άγει (δηλαδή να μεταφέρει) ερεθίσματα, λέγεται **νευρική μεμβράνη**. Η μεταφορά αυτή των ερεθισμάτων γίνεται με **μεταβολή του ηλεκτρικού δυναμικού** της νευρικής μεμβράνης. Τα ερεθίσματα αυτά, που μεταβιβάζονται με “**ηλεκτρικό**” τρόπο, λέγονται **νευρικά ερεθίσματα**.

Μπορούμε, λοιπόν, να φανταστούμε κάθε νευρώνα σαν μικροσκοπική λειτουργική μονάδα, στην οποία το κυτταρικό σώμα παίζει το ρόλο της “**μπαταρίας**” και ταυτόχρονα του “**διακόπτη**”, ενώ ο νευράξονας παίζει τον ρόλο του “**καλωδίου**”. Αυτές οι μικροσκοπικές λειτουργικές μονάδες συνδέονται μεταξύ τους σε εκατομμύρια πολύπλοκα κυκλώματα, που όλα μαζί αποτελούν το νευρικό σύστημα.

Οι νευρώνες (νευρικά κύτταρα) είναι πολύ εξειδικευμένες και ευαίσθητες μονάδες, οι οποίες για να μπορούν να επιβιώνουν και να λειτουργούν ομαλά, χρειάζονται διαρκή τροφοδοσία με οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες. Χρειάζονται επίσης προστασία από διάφορους βλαπτικούς παράγοντες. Τέλος, στον άνθρωπο, από την εμβρυϊκή κιόλας ζωή (πριν από την γέννηση) οι νευρώνες –σε αντίθεση με τα άλλα είδη κυττάρων του σώματος) έχουν χάσει την ικανότητα της **αναπαραγωγής**. Κάθε νευρικό κύτταρο, που για κάποιο λόγο καταστρέφεται, εφόρου ζωής δεν μπορεί να αντικατασταθεί. Γι’ αυτό ο οργανισμός έχει ισχυρούς μηχανισμούς προστασίας για τα νευρικά του κύτταρα. Ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός βρίσκονται μέσα σε ανθεκτικές οστέινες κοιλότητες (στο κρανίο και στη σπονδυλική στήλη αντίστοιχα) και τροφοδοτούνται αδιάκοπα με αίμα πλούσιο σε οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες.

Στο **Κεντρικό Νευρικό Σύστημα** (εγκέφαλο και νωτιαίο μυελό) ο νευρικός ιστός περιέχει κυρίως **κυτταρικά σώματα νευρώνων**, καθώς και **νευρογλοιακά κύτταρα**.

Στο **Περιφερικό Νευρικό Σύστημα** (περιφερικά νεύρα) ο νευρικός ιστός περιέχει κυρίως **νευράξονες** (νευρικές ίνες).

## 1.2.2. Η Νευρογλοία

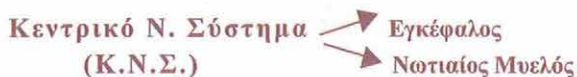
Τα **νευρογλοιακά κύτταρα** (νευρογλοία) είναι κύτταρα, που ανήκουν στο νευρικό ιστό και παίζουν σημαντικό βοηθητικό ρόλο στη λειτουργία των νευρικών κυττάρων (νευρώνων). Τα νευρογλοιακά κύτταρα είναι γενικά μικρότερα και πιο πολυάριθμα από τα νευρικά. Υπάρχουν μόνο στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (στον εγκέφαλο και στο νωτιαίο μυελό).

Τα νευρογλοιακά κύτταρα υποστηρίζουν τη θρέψη των νευρώνων, σχηματίζουν προστατευτικά περιβλήματα για τους νευράξονες –δηλαδή τις νευρικές ίνες– μέσα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, απομακρύνουν μικρόβια και άρρωστα κύτταρα και τέλος παίζουν σημαντικό ρόλο στην παραγωγή και κυκλοφορία του **εγκεφαλονωτιαίου υγρού**.

## 1.3. Εγκέφαλος, Νωτιαίος Μυελός, Περιφερικά Νεύρα

Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) περιλαμβάνει τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό, που περιέχουν κυρίως κυτταρικά σώματα νευρώνων.

Το Περιφερικό Νευρικό Σύστημα (ΠΝΣ) περιλαμβάνει τα εγκεφαλικά και νωτιαία νεύρα, που διατρέχουν όλο το σώμα και περιέχουν κυρίως νευράξονες (νευρικές ίνες). Επίσης, στο Περιφερικό Νευρικό Σύστημα (ΠΝΣ) συγκαταλέγονται και τα **γάγγλια**, δηλαδή μικροί σχηματισμοί νευρικού ιστού που συνδέονται με τα νεύρα.



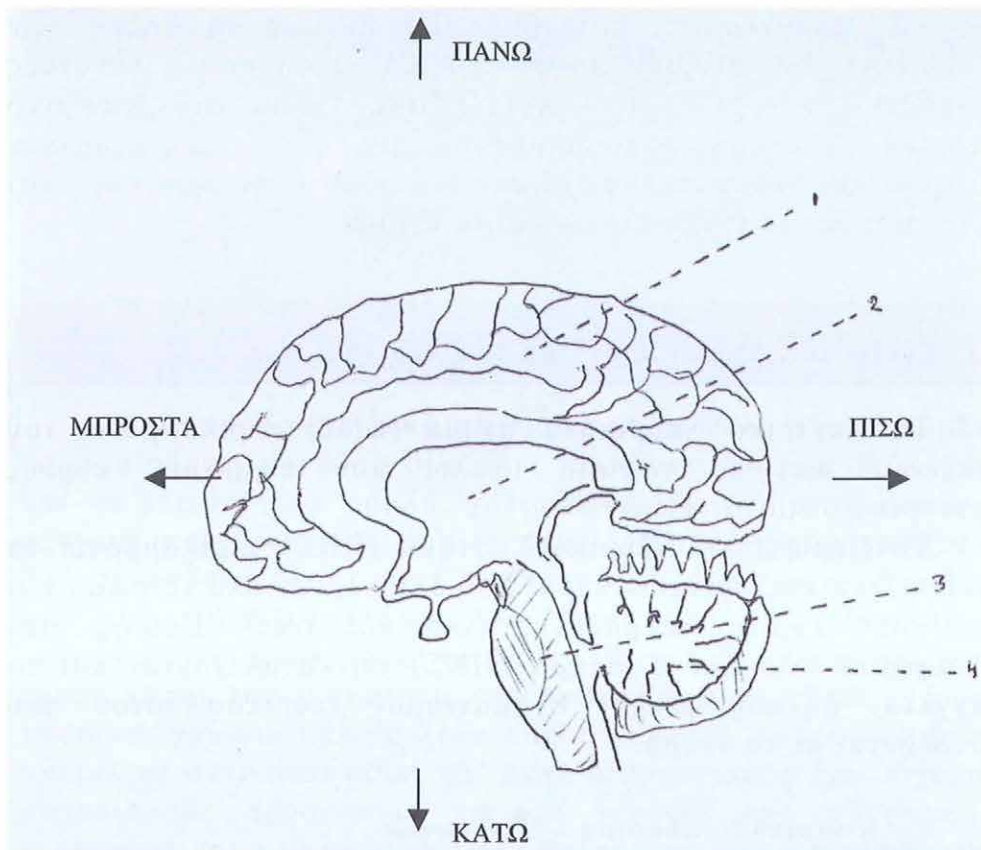
### 1.3.1. Εγκέφαλος

Ο εγκέφαλος βρίσκεται μέσα στην **κρανιακή κοιλότητα** και συνδέεται στη βάση του κρανίου με το νωτιαίο μυελό μέσα από μια μεγάλη οπή, το **ινιακό τρήμα**.

Ο εγκέφαλος αποτελείται από:

- 1) τα **δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια** που καταλαμβάνουν σχεδόν ολόκληρη την εξωτερική του επιφάνεια,

- 2) το **διάμεσο εγκέφαλο** που βρίσκεται στο βάθος των ημισφαιρίων,
- 3) το **εγκεφαλικό στέλεχος** που συνδέει τον υπόλοιπο εγκέφαλο με το νωτιαίο μυελό και
- 4) **την παρεγκεφαλίδα** που βρίσκεται στην βάση του εγκεφάλου πίσω από το εγκεφαλικό στέλεχος.



**Εικ. 1.2**

Σχήμα του εγκεφάλου σε μέση οβελιαία διατομή

- 1: Εγκεφαλικό ημισφαίριο
- 2: Διάμεσος εγκέφαλος
- 3: Εγκεφαλικό στέλεχος
- 4: Παρεγκεφαλίδα



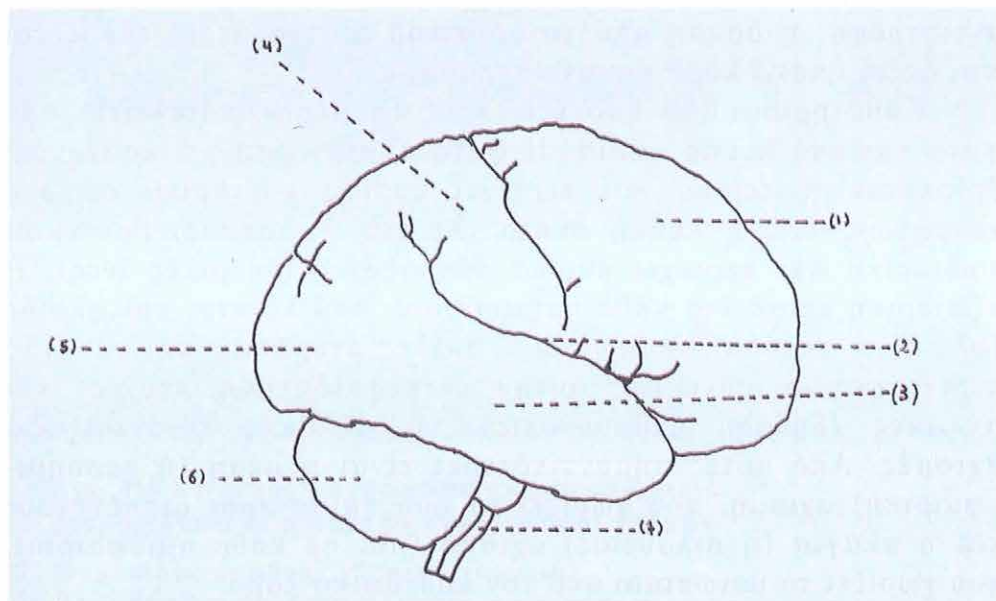
Τα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια είναι η ανατομική περιοχή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, που εξυπηρετεί τις ανώτερες κινητικές, αισθητικές και ψυχοδιανοητικές λειτουργίες. Κάθε ημισφαίριο υποδιαιρείται σε τέσσερις περιοχές (τους λοβούς), που αντιστοιχούν σε ομώνυμα οστά του κρανίου.

α. Ο **μετωπιαίος λοβός** βρίσκεται μπροστά και έχει σχέση με την **κινητικότητα** του σώματος καθώς και με τα **συναισθήματα**.

β. Ο **κροταφικός λοβός** βρίσκεται στο πλάϊ και έχει σχέση με τη **μνήμη**, την **ακοή**, τις **ορμές** και τα **ένστικτα**.

γ. Ο **βρεγματικός λοβός** βρίσκεται στην κορυφή του κρανίου και έχει σχέση με την **αισθητικότητα**.

δ. Ο **ινιακός λοβός** βρίσκεται πίσω και έχει σχέση με την **όραση**.



**Εικ. 1.3** Εξωτερική επιφάνεια του δεξιού εγκεφαλικού ημισφαιρίου

- 1: Μετωπιαίος λοβός
- 2: Πλάγια (Σιλούειος) σχισμή
- 3: Κροταφικός λοβός
- 4: Βρεγματικός λοβός
- 5: Ινιακός λοβός
- 6: Παρεγκεφαλίδα
- 7: Εγκεφαλικό στέλεχος

Στους **δεξιόχειρες** ανθρώπους (που αποτελούν το 90% του πληθυσμού) “**κυρίαρχο**” είναι το **αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο** και σε αυτό έχει την έδρα της η **λειτουργία του λόγου**, δηλαδή η εκπομπή και η αντίληψη της προφορικής και γραπτής ομιλίας. Στους **αριστερόχειρες** (10% του πληθυσμού), στους μισούς περίπου είναι κυρίαρχο το **δεξιό εγκεφαλικό ημισφαίριο** και σε αυτό εδράζεται η λειτουργία του λόγου, ενώ στους άλλους μισούς κυρίαρχο είναι το αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο όπως και στους δεξιόχειρες.

Όλες οι **νευρικές οδοί** (δηλαδή οι διασυνδέσεις μεταξύ εγκεφάλου - νωτιαίου μυελού - περιφερικών νεύρων) **χιάζονται** (δηλαδή σε κάποιο σημείο της διαδρομής τους περνούν απέναντι, προς την αντίθετη πλευρά του σώματος). Γι’ αυτό οι διάφορες αισθητικές και κινητικές λειτουργίες αντιπροσωπεύονται στο **αντίθετο εγκεφαλικό ημισφαίριο**. Π.χ. η κινητικότητα και η αισθητικότητα του δεξιού χεριού και του δεξιού ποδιού εδράζονται στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο και αντίστροφα, η όραση από το αριστερό οπτικό πεδίο εδράζεται στο δεξιό ινιακό λοβό και αντίστροφα, κτλ.

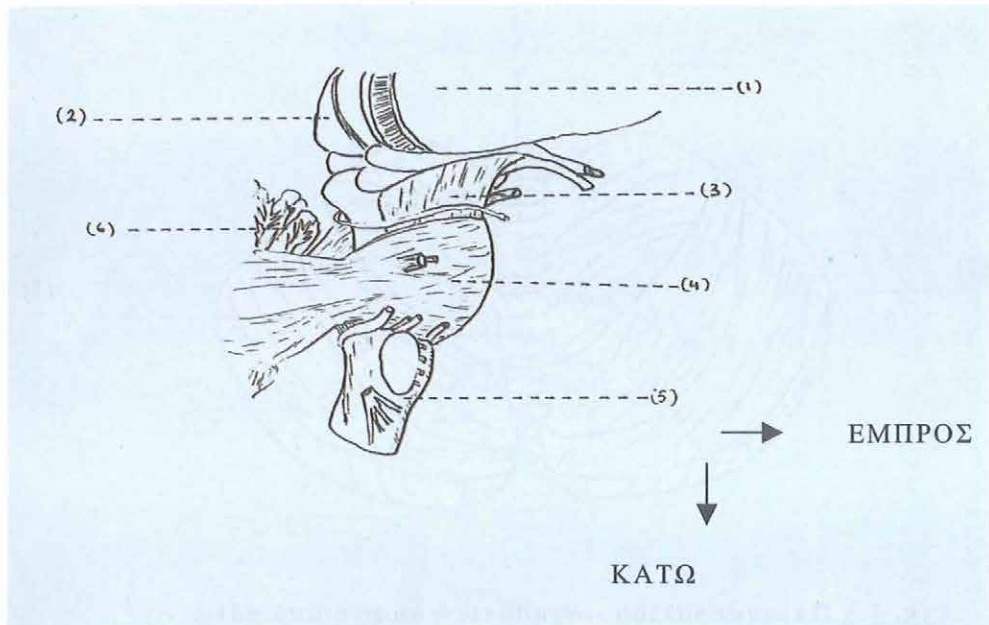
Κάθε ημισφαίριο από έξω προς τα μέσα αποτελείται από **φαιά** και από **λευκή ουσία**. Η **φαιά ουσία** (φαιός = καστανός) βρίσκεται εξωτερικά και περιέχει κυρίως κυτταρικά σώματα νευρώνων, ενώ η **λευκή ουσία** (λευκός = άσπρος) βρίσκεται εσωτερικά και περιέχει κυρίως νευράξονες (νευρικές ίνες). Η εξωτερική επιφάνεια κάθε ημισφαιρίου, που λέγεται και **φλοιός** (φλοιός = φλούδα), παρουσιάζει πολλές πτυχώσεις και γι’ αυτό περιγράφονται πάνω σε αυτήν **έλικες** (δηλαδή πτυχές) και **αύλακες** (δηλαδή εμβαθύνσεις). Οι **αύλακες** λέγονται και **σχισμές**. Από αυτές σημαντικότερες είναι η **μέση** (ή μεσοημισφαιρική) σχισμή, που χωρίζει τα δύο ημισφαίρια μεταξύ τους και η **πλάγια** (ή σιλούειος) σχισμή (μία σε κάθε ημισφαίριο), που χωρίζει το μετωπιαίο από τον κροταφικό λοβό.

Ο **διάμεσος εγκέφαλος** βρίσκεται στο βάθος των ημισφαιρίων και συνδέει τα ημισφαίρια με το εγκεφαλικό στέλεχος. Περιλαμβάνει κυρίως το **θάλαμο**, τον **υποθάλαμο** και τα **βασικά γάγγλια**. Παίζει σημαντικό ρόλο στην αισθητικότητα, στην κινητικότητα, στις ενδοκρινολογικές λειτουργίες, στη ρύθμιση του κύκλου ύπνου – εγρήγορσης (“ύπνου – ξύπνιου”), στη ρύθμιση των βιοχημικών λειτουργιών του σώματος, στη ρύθμιση της θερμοκρασίας και σε πολλές άλλες ζωτικές λειτουργίες.

Σχεδόν όλες οι νευρικές οδοί (διασυνδέσεις) από τα εγκεφαλικά ημισφαίρια προς το εγκεφαλικό στέλεχος και αντίστροφα περνούν από το διάμεσο εγκέφαλο.

Το εγκεφαλικό στέλεχος (στέλεχος = κοτσάνι) έχει επίμηκες (μακρουλό) σχήμα, βρίσκεται στη βάση του εγκεφάλου και συνδέει τον υπόλοιπο εγκέφαλο με το νωτιαίο μυελό. Από το εγκεφαλικό στέλεχος περνούν όλες οι νευρικές οδοί (διασυνδέσεις) από τον υπόλοιπο εγκέφαλο προς το νωτιαίο μυελό και αντίστροφα.

Το στέλεχος περιλαμβάνει τρεις μοίρες (μέρη): το μεσεγκέφαλο, τη γέφυρα και τον προμήκη μυελό.



**Εικ. 1.4** Στέλεχος - σχηματική άποψη από δεξιά. Διακρίνονται οι ρίζες των εγκεφαλικών νεύρων.

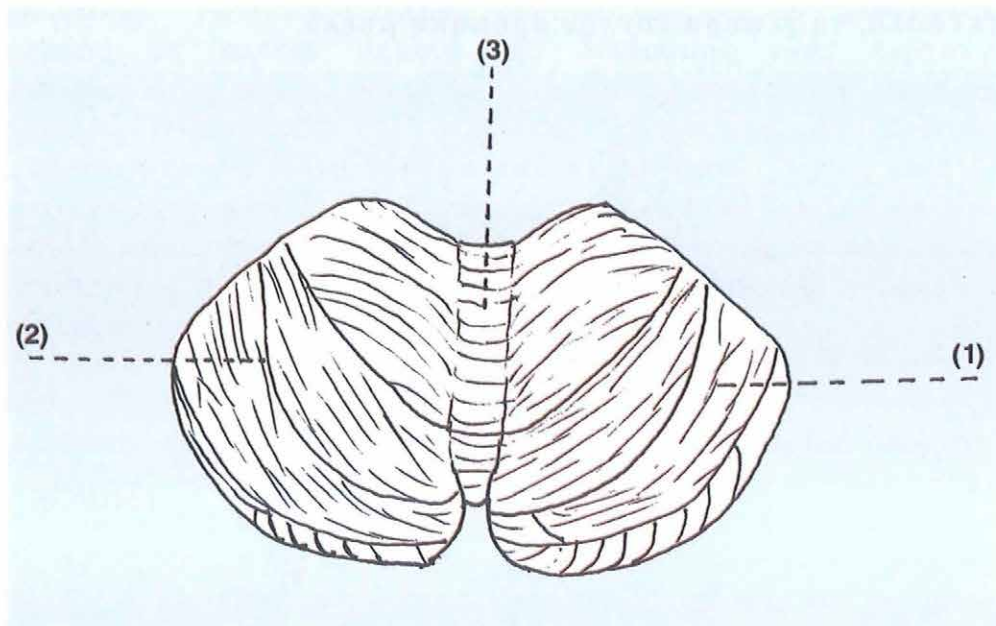
- 1: Φακοειδής πυρήνας (βασικά γάγγλια)
- 2: Προσκέφαλο θαλάμου (διάμεσος εγκέφαλος)
- 3: Μεσεγκέφαλος (στέλεχος)
- 4: Γέφυρα (στέλεχος)
- 5: Προμήκης μυελός (στέλεχος)
- 6: Παρεγκεφαλίδα

Στο στέλεχος υπάρχουν ζωτικά νευρικά κέντρα, που ρυθμίζουν την αναπνοή και την καρδιακή λειτουργία. Επίσης υπάρχουν άλλα κέντρα που ρυθμίζουν την κινητικότητα των ματιών, των βλεφάρων, καθώς και την κινητικότητα και αισθητικότητα

του προσώπου, του στόματος, της γλώσσας, του φάρυγγα και του λάρυγγα.

Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, όλες οι νευρικές οδοί (διασυνδέσεις) από τον υπόλοιπο εγκέφαλο προς το νωτιαίο μυελό και αντίστροφα, περνούν από το εγκεφαλικό στέλεχος. Κατά συνέπεια, μια δυσλειτουργία σε μια μικρή περιοχή του στελέχους μπορεί να προκαλέσει βαριά νευρολογική βλάβη.

Η **παρεγκεφαλίδα** αποτελείται από μια κεντρική μοίρα (τον **σκώληκα**) και από τα δύο **παρεγκεφαλιδικά ημισφαίρια**.



**Εικ. 1.5** Παρεγκεφαλίδα - σχηματική άποψη από πάνω

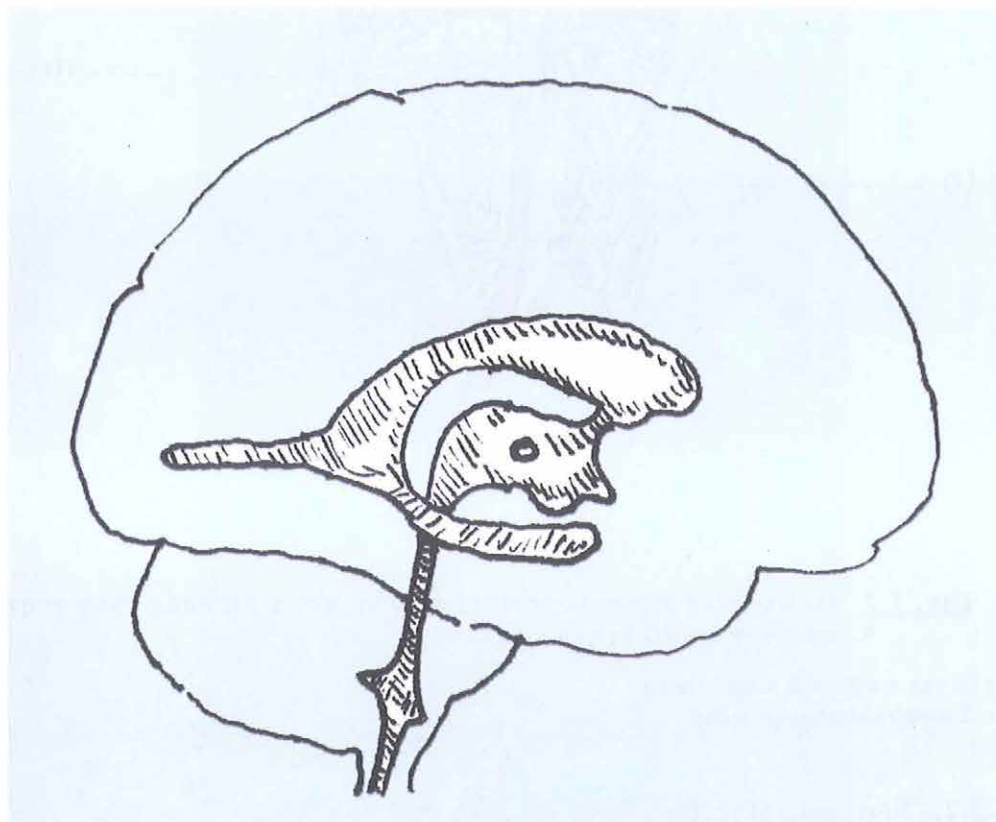
- 1:** Δεξιό παρεγκεφαλιδικό ημισφαίριο
- 2:** Αριστερό παρεγκεφαλιδικό ημισφαίριο
- 3:** Σκώληκας

Βρίσκεται στη βάση του εγκεφάλου, πίσω από το εγκεφαλικό στέλεχος. Συνδέεται με τα εγκεφαλικά ημισφαίρια, το διάμεσο εγκέφαλο, το εγκεφαλικό στέλεχος, το νωτιαίο μυελό καθώς επίσης με τα μάτια και με τα αυτιά. Οι βασικές λειτουργίες της παρεγκεφαλίδας είναι ο **έλεγχος της ισορροπίας** του σώματος και ο **συντονισμός των κινήσεων** του σώματος.

Ο εγκέφαλος βρίσκεται μέσα σε μια οστέινη “θήκη”, την **κρανιακή κοιλότητα** και περιβάλλεται από τρεις μεμβράνες, τις

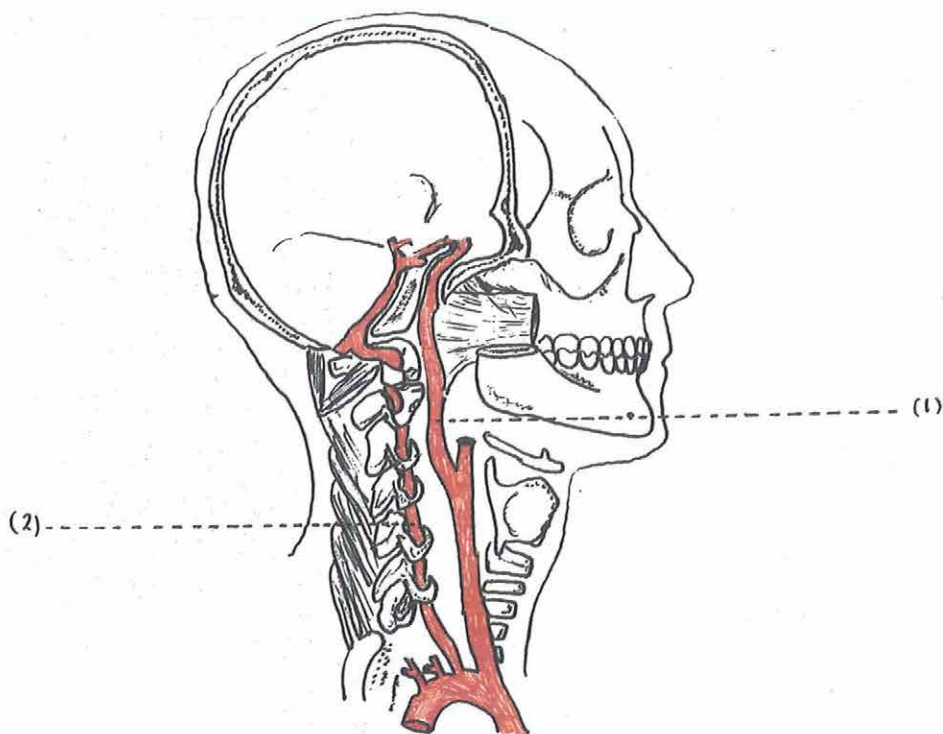
μήνιγγες. Από αυτές η εξωτερική, η **σκληρά μήνιγγα**, παίζει σημαντικό ρόλο στην προστασία του εγκεφάλου από τραυματισμούς. Κάτω από τη **σκληρά μήνιγγα** βρίσκεται η **αραχνοειδής μήνιγγα** και πιο εσωτερικά η **χοριοειδής μήνιγγα**.

Ο εγκέφαλος έχει εσωτερικές κοιλότητες, τις **κοιλίες του εγκεφάλου**, που είναι γεμάτες από ένα υγρό διαυγές σαν νερό, το **εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ΕΝΥ)**. Το ΕΝΥ κυκλοφορεί διαρκώς μέσα και γύρω από τον εγκέφαλο και παίζει ρόλο στη θρέψη και στην προστασία του εγκεφάλου από τραυματισμούς.



**Εικ. 1.6** Οι κοιλίες του εγκεφάλου (σηματική παράσταση)

Ο εγκέφαλος τροφοδοτείται με πολύ αίμα. Τα μεγάλα αιμοφόρα αγγεία (**αρτηρίες**), που τροφοδοτούν με τις διακλαδώσεις τους τον εγκέφαλο, είναι οι **δύο έσω καρωτίδες αρτηρίες** και οι **δύο σπονδυλικές αρτηρίες**, στο εμπρός και στο πίσω μέρος του τραχήλου (λαιμού) αντίστοιχα.



**Εικ. 1.7** Οι μεγάλες αρτηρίες του τραχήλου και η είσοδός τους στην κρανιακή κοιλότητα

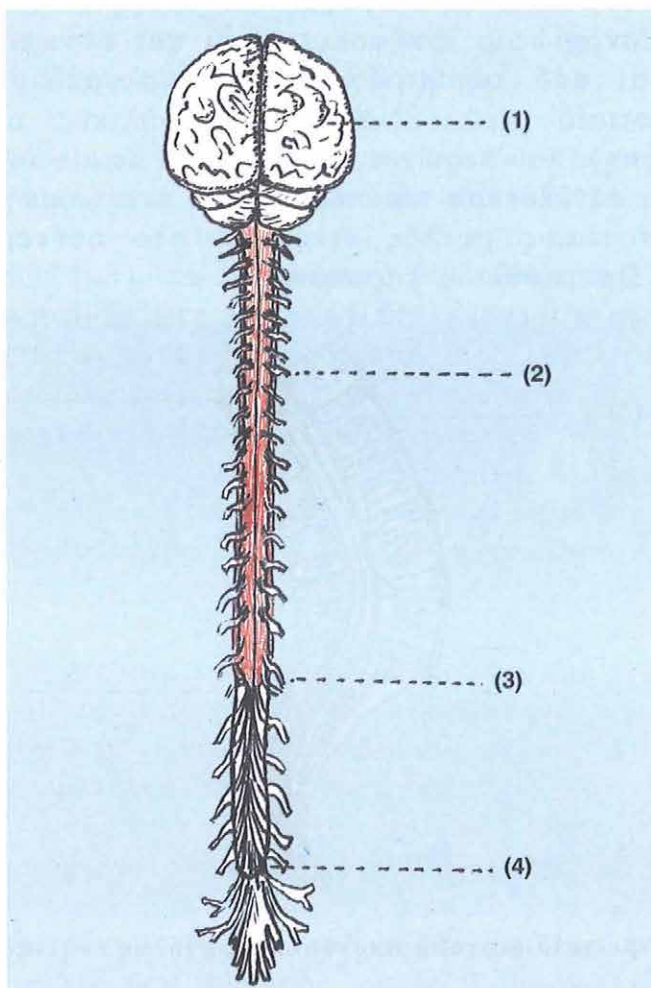
- 1: Έσω καρωτίδα αρτηρία  
 2: Σπονδυλική αρτηρία

### 1.3.2. Νωτιαίος Μυελός

Ο νωτιαίος μυελός αποτελεί το δεύτερο όργανο του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος μετά τον εγκέφαλο. Έχει σχήμα κυλινδρικό (σαν σχοινί) και βρίσκεται μέσα στη σπονδυλική στήλη, σε έναν ειδικό οστέινο προστατευτικό σωλήνα, που σχηματίζεται από τους σπονδύλους. Αποτελεί την προς τα κάτω συνέχεια του εγκεφαλικού στελέχους και στον ενήλικα εκτείνεται από τη βάση του κρανίου (από το μείζον ή ινιακό τρήμα)

κατά μήκος της σπονδυλικής στήλης μέχρι το ύψος του δευτέρου οσφυϊκού σπονδύλου. Στα βρέφη και στα παιδιά φτάνει χαμηλότερα.

Από το νωτιαίο μυελό εκφύονται κατά ζεύγη (αριστερό – δεξιό) τα νωτιαία νεύρα, που κατανέμονται σε όλο το σώμα, από τον τράχηλο (λαιμό) και κάτω. Υπάρχουν συνολικά 31 ζεύγη νωτιαίων νεύρων.

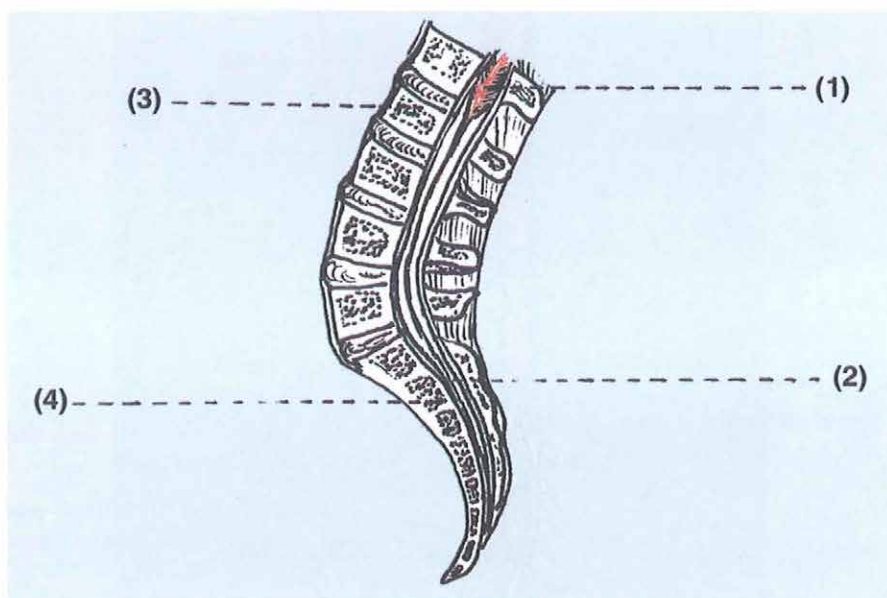


**Εικ. 1.8** Εγκέφαλος, νωτιαίος μυελός και ρίζες των νωτιαίων νεύρων - σχηματική άποψη από πίσω. Ο νωτιαίος μυελός με κόκκινο χρώμα.

- 1: Εγκέφαλος
- 2: Όριο αυχενικής - θωρακικής μοίρας νωτιαίου μυελού
- 3: Ο νωτιαίος μυελός τελειώνει στο ύψος του 2<sup>ου</sup> οσφυϊκού σπονδύλου
- 4: Ο υπαραχνοειδής χώρος (με το ΕΝΥ) τελειώνει στο ύψος του 2<sup>ου</sup> ιερού σπονδύλου

Ο νωτιαίος μυελός αποτελεί τον “ενδιάμεσο σταθμό” του νευρικού συστήματος. Όλες οι αισθητικές και κινητικές νευρικές οδοί (διασυνδέσεις) μεταξύ του εγκεφάλου και του σώματος από τον τράχηλο (λαιμό) και κάτω (εκτός από την κεφαλή) περνούν από τα νευρικά κέντρα του νωτιαίου μυελού. Γι’ αυτό, σε περίπτωση δυσλειτουργίας του νωτιαίου μυελού, μπορεί να έχουμε βαρεία νευρολογική βλάβη, έστω και αν ο εγκέφαλος εξακολουθεί να λειτουργεί άψογα.

Όπως ακριβώς ο εγκέφαλος, έτσι και ο νωτιαίος μυελός περιβάλλεται από τις **μήνιγγες** και “κολυμπάει” μέσα στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY). Στους ενήλικες, ο μηνιγγικός σάκος (**θήκη**), που περιέχει το εγκεφαλονωτιαίο υγρό, επεκτείνεται μέχρι το **δεύτερο ιερό σπόνδυλο**, ενώ –όπως είπαμε πιο πάνω- ο νωτιαίος μυελός τελειώνει στο **δεύτερο οσφυϊκό σπόνδυλο** (5 σπονδύλους παραπάνω).



**Εικ. 1.9** Οβελιαία διατομή σπονδυλικής στήλης ενήλικα

- 1: Κάτω άκρο νωτιαίου μυελού
- 2: Κάτω άκρο υπαραχνοειδούς χώρου
- 3: 2<sup>ος</sup> Οσφυϊκός σπόνδυλος
- 4: 2<sup>ος</sup> Ιερός σπόνδυλος

Γι’ αυτό μπορεί να γίνει στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης **οσφυνονωτιαία παρακέντηση** με ειδική βελόνα και λήψη ENY για εξέταση, χωρίς κίνδυνο τραυματισμού του νωτιαίου μυελού.



### 1.3.3. Περιφερικά Νεύρα

Τα περιφερικά νεύρα είναι **δεσμίδες νευρικών ινών** (δηλαδή **νευραξόνων**), τα κυτταρικά σώματα των οποίων βρίσκονται είτε στον εγκέφαλο είτε στο νωτιαίο μυελό είτε στα γάγγλια. Με άλλα λόγια, τα περιφερικά νεύρα είναι τα “καλώδια”, με τα οποία τα “κυκλώματα” του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος συνδέονται με όλα τα όργανα του σώματος. Τα περιφερικά νεύρα μαζί με τα γάγγλιά τους αποτελούν το Περιφερικό Νευρικό Σύστημα.

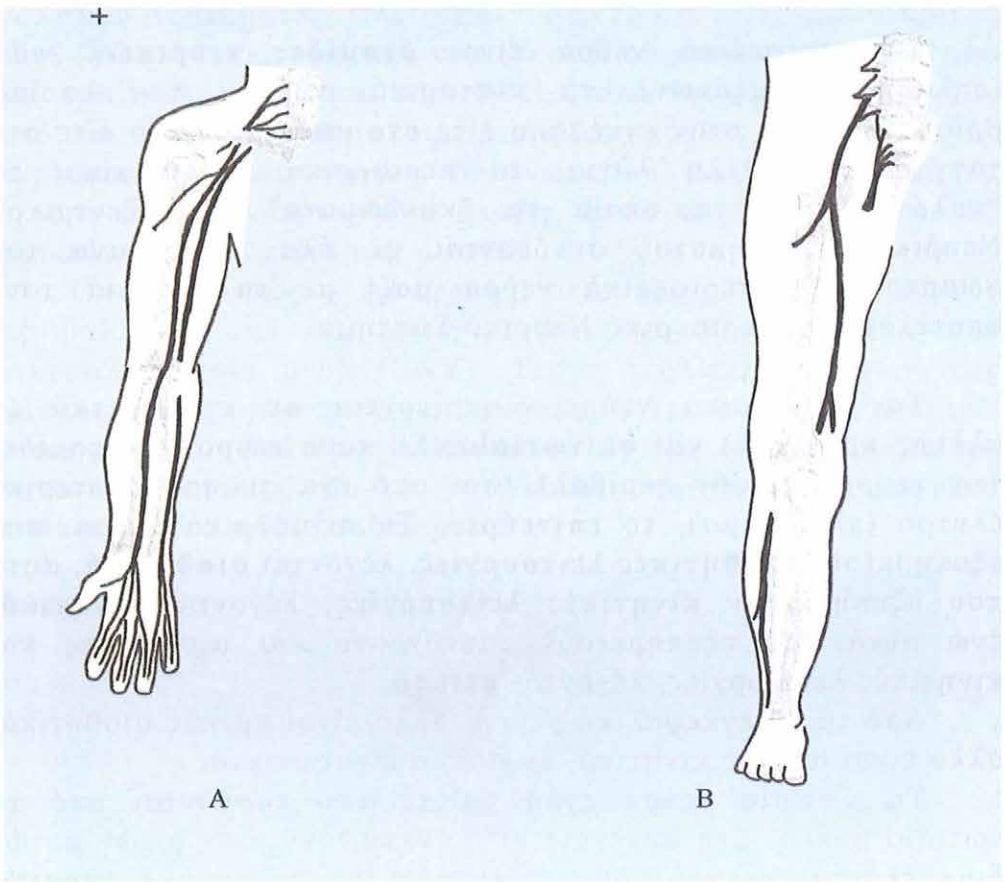
Τα περιφερικά νεύρα διακρίνονται σε **εγκεφαλικά** (ή αλλιώς κρανιακά) και σε **νωτιαία**. Σε κάθε νεύρο, οι δεσμίδες των νευρικών ινών περιβάλλονται από ένα σκληρό εξωτερικό έλυτρο (περίβλημα), το **επινεύριο**. Τα περιφερικά νεύρα, που εξυπηρετούν **αισθητικές λειτουργίες**, λέγονται **αισθητικά**, αυτά που εξυπηρετούν **κινητικές λειτουργίες**, λέγονται **κινητικά**, ενώ αυτά που εξυπηρετούν ταυτόχρονα και αισθητικές και κινητικές λειτουργίες, λέγονται **μεικτά**.

Από τα 12 εγκεφαλικά νεύρα, άλλα είναι αμιγώς αισθητικά, άλλα είναι αμιγώς κινητικά, ενώ άλλα είναι μεικτά.

Τα νωτιαία νεύρα έχουν **ρίζες** που εκφύονται από το νωτιαίο μυελό. Στη συνέχεια οι διακλαδώσεις των ριζών αυτών διαπλέκονται μεταξύ τους σχηματίζοντας πολύπλοκα **νευρικά πλέγματα**. Τα νεύρα των άκρων (χεριών και ποδιών) είναι τελικοί κλάδοι αυτών των νευρικών πλεγμάτων.

Υπάρχουν 31 ζεύγη νωτιαίων νεύρων (ριζών), που εκφύονται συμμετρικά σε όλο το μήκος του νωτιαίου μυελού. Σχεδόν όλα (εκτός από το πρώτο αυχενικό) είναι μεικτά νεύρα, δηλαδή εξυπηρετούν ταυτόχρονα και αισθητικές και κινητικές λειτουργίες.

Στο άνω άκρο (χέρι) τα σημαντικότερα νεύρα –που αποτελούν τελικούς κλάδους του **βραχιόνιου νευρικού πλέγματος**– είναι το **κερκιδικό νεύρο**, το **μέσο νεύρο** και το **ωλένιο νεύρο**. Στο κάτω άκρο (πόδι), τα σημαντικότερα νεύρα – που αποτελούν τελικούς κλάδους του **οσφυϊερού νευρικού πλέγματος**– είναι το **μηριαίο νεύρο** και το **ισχιακό νεύρο**.



**Εικ. 1.10**

- A. Βραχιόνιο νευρικό πλέγμα και νεύρα άνω άκρου**  
**B. Οσφυϊκό νευρικό πλέγμα και νεύρα κάτω άκρου**

Τα **κινητικά περιφερικά νεύρα** (και οι κινητικές νευρικές ίνες των μεικτών νεύρων) καταλήγουν στους **μύες** και τους δίνουν εντολή να συσπαστούν. Επίσης, οι νευρικές ίνες, που καταλήγουν σε διάφορους **αδένες** και τους δίνουν εντολή να **εκκρίνουν** ουσίες, θεωρούνται και αυτές κινητικές νευρικές ίνες.

Τα **αισθητικά περιφερικά νεύρα** (και οι αισθητικές νευρικές ίνες των μεικτών νεύρων) ξεκινούν από αισθητικούς υποδοχείς ή/και από αισθητήρια όργανα σε διάφορες περιοχές του σώματος και μεταφέρουν αισθητικά ερεθίσματα **προς** το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

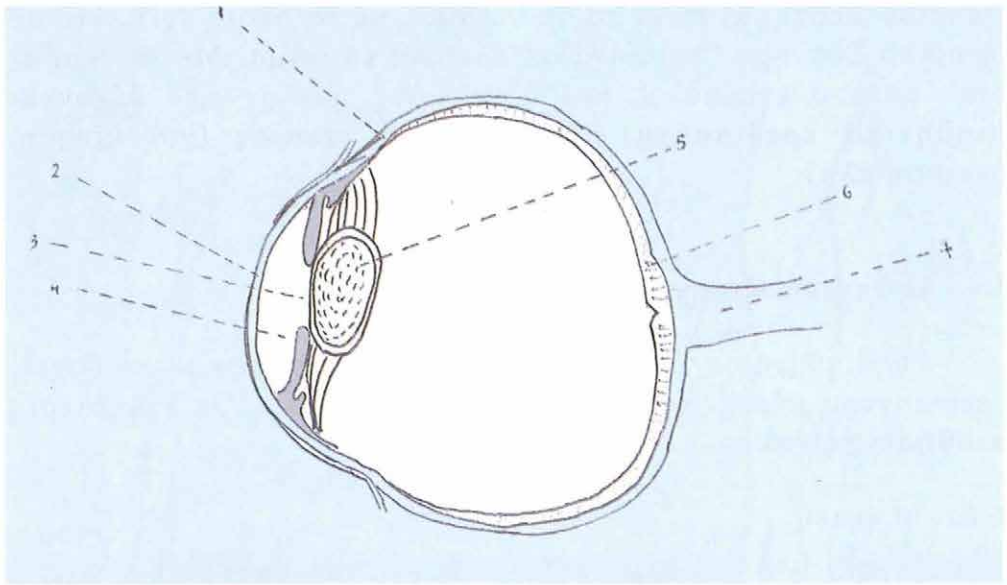
Με άλλα λόγια, τα Περιφερικά Νεύρα (το Περιφερικό Νευρικό Σύστημα) είναι τα “καλώδια”, με τα οποία το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα “επικοινωνεί” με όλο το σώμα. Με τα “καλώδια” αυτά ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός είτε **δέχονται αισθητικά ερεθίσματα** είτε **στέλνουν εντολές** (για κίνηση, έκκριση κλπ).

#### 1.4. Αισθητήρια Όργανα – Αισθήσεις

Τα αισθητήρια όργανα και γενικά οι αισθητικοί υποδοχείς θεωρούνται μέρος του νευρικού συστήματος. Οι κυριότερες **αισθήσεις** είναι:

##### 1.4.1. Η όραση

Τα αισθητήρια όργανα της όρασης είναι τα **μάτια (οφθαλμοί)**. Κάθε μάτι μοιάζει με μικροσκοπική φωτογραφική μηχανή. Έχει σφαιρικό σχήμα και φιλοξενείται σε μια βαθειά προστατευτική κοιλότητα του κρανίου που λέγεται **κόγχος**. Το εξωτερικό αδιαφανές “ασπράδι” του ματιού λέγεται **σκληρός χιτώνας**. Το εμπρός κεντρικό τμήμα του καταλήγει στο λεπτό διαφανή **κερατοειδή χιτώνα**, πίσω από τον οποίο βρίσκεται η **ίριδα** (που καθορίζει το χρώμα των ματιών). Η ίριδα έχει μια στρογγυλή τρύπα, την **κόρη**, που οδηγεί στο σκοτεινό εσωτερικό του ματιού. Πίσω από την ίριδα βρίσκεται ο **φακός**, που εστιάζει το φως πάνω στον **αμφιβληστροειδή χιτώνα**, στο πίσω μέρος του εσωτερικού του ματιού. Εκεί τα οπτικά είδωλα μετατρέπονται σε νευρικά ερεθίσματα, που μεταφέρονται στον εγκέφαλο με το **οπτικό νεύρο**.



**Εικ. 1.11** Σχήμα οφθαλμού σε μέση οβελιαία διατομή

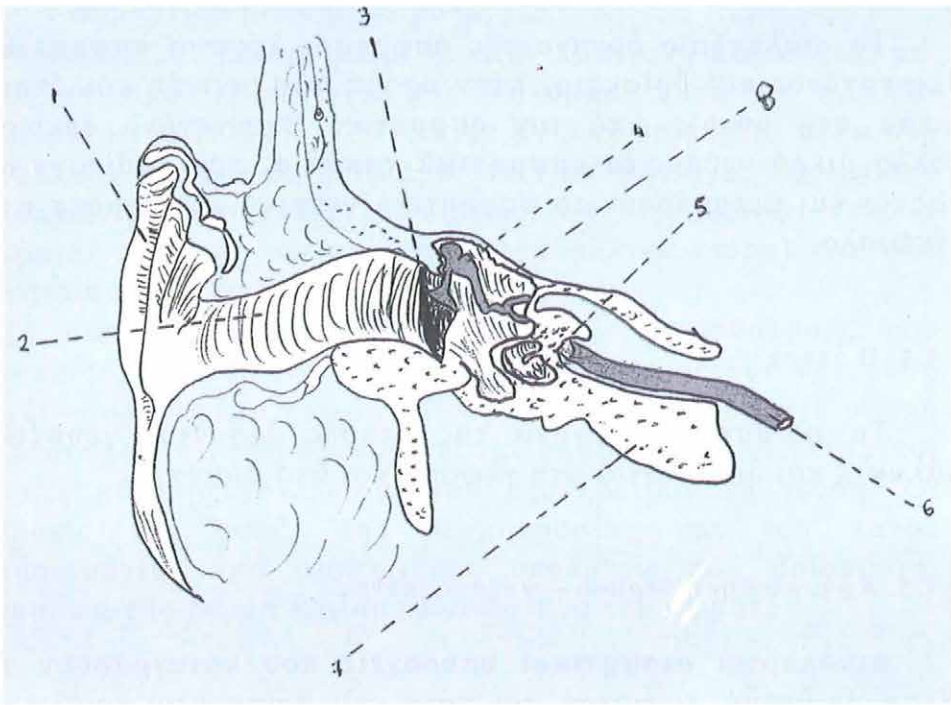
- 1: Σκληρός χιτώνας
- 2: Κερατοειδής χιτώνας
- 3: Κόρη
- 4: Ίριδα
- 5: Φακός
- 6: Αμφιβληστροειδής χιτώνας
- 7: Οπτικό νεύρο

#### 1.4.2. Η ακοή

Τα αισθητήρια όργανα της ακοής είναι τα **αυτιά**, που ταυτόχρονα εξυπηρετούν την αίσθηση της **ισορροπίας**. Το αυτί έχει τρεις μοίρες.

Το **εξωτερικό αυτί** (έξω ους) περιλαμβάνει το πτερύγιο, δηλαδή την εξωτερική δερμάτινη πτυχή, που συνήθως ονομάζουμε “αυτί”, και τον **έξω ακουστικό πόρο**, δηλαδή ένα κανάλι (σωλήνα) που μεταφέρει τους ήχους από το πτερύγιο στο τύμπανο.

Το **μεσαίο αυτί** (μέσο ους) βρίσκεται μέσα στο κροταφικό οστό του κρανίου. Είναι μια κοιλότητα με μια “είσοδο”, την **τυμπανική μεμβράνη** ή απλά **τύμπανο** και μια “έξοδο” προς το



εσωτερικό αυτί. Αυτές οι δύο μεμβράνες συνδέονται μεταξύ τους με τρία μικρά οστάρια (κοκαλάκια). Έτσι οι ηχητικές δονήσεις μεταδίδονται από το τύμπανο στο εσωτερικό αυτί.

**Το εσωτερικό αυτί (έσω ους)** βρίσκεται και αυτό μέσα στο κροταφικό οστό. Στο εσωτερικό αυτί μεταδίδονται οι ηχητικές δονήσεις από το μεσαίο αυτί και μετατρέπονται σε νευρικά ερεθίσματα, που μεταφέρονται στον εγκέφαλο με το **ακουστικό νεύρο** (ένα από τα 12 εγκεφαλικά νεύρα). Επίσης στο εσωτερικό αυτί υπάρχει το **όργανο της ισορροπίας**, που πληροφορεί τον εγκέφαλο για τη στάση και τη μετακίνηση της κεφαλής στο χώρο.

**Εικ. 1.12** Το όργανο της ακοής

- 1: Πτερύγιο
- 2: Έξω ακουστικός πόρος
- 3: Τύμπανο
- 4: Ακουστικά οστάρια
- 5: Κοχλίας
- 6: Ακουστικό νεύρο
- 7: Κροταφικό οστό
- 8: Κοιλότητα μέσου αυτιού

### 1.4.3. Η όσφρηση

Το αισθητήριο όργανο της όσφρησης λέγεται **οσφρητικός βλεννογόνος** και βρίσκεται στην οροφή της ρινικής κοιλότητας (μέσα στη μύτη). Από τον οσφρητικό βλεννογόνο ξεκινούν πολλά μικρά νεύρα, τα **οσφρητικά νημάτια**, που μπαίνουν στο κρανίο και μεταφέρουν τα οσφρητικά νευρικά ερεθίσματα στον εγκέφαλο.

### 1.4.4. Η γεύση

Τα αισθητήρια όργανα της γεύσης λέγονται **γευστικοί κάλυκες** και βρίσκονται στη γλώσσα και στο φάρυγγα.

### 1.4.5. Αφή, αίσθηση θερμού – ψυχρού, πόνος

Διάσπαρτοι **αισθητικοί υποδοχείς** που καταγράφουν την πίεση, το θερμό, το ψυχρό, τον πόνο κτλ. βρίσκονται σε όλη την έκταση του **δέρματος** και ειδικά σε μερικές περιοχές του, που είναι πολύ ευαίσθητες π.χ. στις άκρες των δακτύλων και στα χείλη. Επίσης, διάσπαρτοι αισθητικοί υποδοχείς υπάρχουν σε όλα τα όργανα του σώματος.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

♦ Με το **νευρικό σύστημα** ο οργανισμός προσλαμβάνει ερεθίσματα από το περιβάλλον του, τα επεξεργάζεται και αντιδρά κατάλληλα σε αυτά.

♦ Το **Κεντρικό Νευρικό Σύστημα** περιλαμβάνει τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό, που παίζουν το ρόλο “κεντρικών μονάδων επεξεργασίας” του συστήματος.

♦ Το **Περιφερικό Νευρικό Σύστημα** περιλαμβάνει τα περιφερικά νεύρα, που παίζουν το ρόλο “καλωδίων”. Μέσω αυτών ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός συνδέονται με τα υπόλοιπα όργανα του σώματος.

♦ Ο **νευρικός ιστός** αποτελείται: **1.** Από τα νευρικά κύτταρα (νευρώνες), που μεταφέρουν τα νευρικά ερεθίσματα με

“ηλεκτρικό” τρόπο και **2**. Από τα νευρογλοιακά κύτταρα, που παίζουν σημαντικό βοηθητικό ρόλο.

♦ Ο **εγκέφαλος** βρίσκεται μέσα στην κρανιακή κοιλότητα, περιβάλλεται από τις μήνιγγες και “κολυμπά” μέσα στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY). Ο **νωτιαίος μυελός** βρίσκεται μέσα στη σπονδυλική στήλη, περιβάλλεται από τις μήνιγγες και επίσης “κολυμπά” μέσα στο ENY. Οι ρίζες των περιφερικών νεύρων εκφύονται είτε από τον εγκέφαλο (εγκεφαλικά νεύρα) είτε από το νωτιαίο μυελό (νωτιαία νεύρα).

♦ Τα αισθητήρια όργανα είναι τα **μάτια** (οφθαλμοί), που εξυπηρετούν την όραση, τα **αυτιά**, που εξυπηρετούν την ακοή και την ισορροπία, ο **οσφρητικός βλεννογόνος** μέσα στη ρινική κοιλότητα (μύτη), που εξυπηρετεί την όσφρηση και οι **γευστικοί κάλυκες** πάνω στη γλώσσα, που εξυπηρετούν τη γεύση. Οι αισθήσεις της αφής, της θερμοκρασίας και του πόνου εξυπηρετούνται από αισθητικούς υποδοχείς που βρίσκονται διάσπαρτοι στο δέρμα και σε άλλα όργανα του σώματος.

### Ερωτήσεις

1. Ποια λειτουργία εξυπηρετεί το κεντρικό νευρικό σύστημα;
2. Ποια όργανα αποτελούν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα;
3. Ποια είδη κυττάρων περιλαμβάνει ο νευρικός ιστός;
4. Γιατί, όταν παθαίνει βλάβη το δεξιό εγκεφαλικό ημισφαίριο, πάσχει η αριστερή πλευρά του σώματος;
5. Τι συμπτώματα θα περιμένατε να έχει κάποιος ασθενής με βλάβη στην παρεγκεφαλίδα;
6. Βρείτε ποιες από τις παρακάτω προτάσεις είναι σωστές και ποιες είναι λάθος:
  - α. Τα νευρικά κύτταρα αναπαράγονται με γρήγορους ρυθμούς.
  - β. Ο νωτιαίος μυελός βρίσκεται στη σπονδυλική στήλη.
  - γ. Ο νωτιαίος μυελός ανήκει στο Περιφερικό Νευρικό Σύστημα.
  - δ. Το εγκεφαλικό στέλεχος δε συνδέεται με το νωτιαίο μυελό.
  - ε. Τα εγκεφαλικά νεύρα είναι όλα μεικτά.
  - στ. Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό προστατεύει τον εγκέφαλο από τραυματισμούς.

### Δραστηριότητες

1. Ο άνθρωπος έχει δύο μάτια και δύο αυτιά, που λειτουργούν ταυτόχρονα. Τι πλεονέκτημα έχει αυτό; Γιατί άνθρωποι τυφλοί από το ένα μάτι απαγορεύεται να οδηγούν;
2. Ο ανδρικός εγκέφαλος είναι λίγο μεγαλύτερος από το γυναικείο κατά μέσον όρο. Έχει καμία σχέση το μέγεθος του εγκεφάλου με την ευφυΐα και τις άλλες πνευματικές ικανότητες;



# ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΔΕΥΤΕΡΗ : ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

## 2.1. Κλινική Εξέταση

Η λήψη ιστορικού και η αντικειμενική εξέταση δίνουν πολύτιμες πληροφορίες για τις νευρολογικές παθήσεις.

### 2.1.1. Ιστορικό

Για τη λήψη του ιστορικού (δηλαδή την περιγραφή των συμπτωμάτων από τον ίδιο τον ασθενή ή τους οικείους του), σημαντικός παράγοντας είναι ο “χρόνος”. Συγκεκριμένα, πρέπει πάντα να διευκρινίζεται το αν η έναρξη των συμπτωμάτων ήταν αιφνίδια (ξαφνική) ή σταδιακή, το πόσο διαρκούν κάθε φορά και το από πότε συνολικά ενοχλούν τον ασθενή. Για παράδειγμα, μια κεφαλαλγία (πονοκέφαλος) που ξεκινά σταδιακά, διαρκεί λίγες ώρες και ενοχλεί κατά περιόδους τον ασθενή εδώ και 15 χρόνια, συνήθως δεν κρύβει κάποιο σοβαρό πρόβλημα. Αντίθετα, μια κεφαλαλγία που ξεκινά απότομα, δεν υποχωρεί με συνηθισμένα παυσίπονα και ενοχλεί τον ασθενή για πρώτη φορά, θα πρέπει οπωσδήποτε να διερευνηθεί. Συνήθως, μια νευρολογική συνδρομή (π.χ. αδυναμία στη μια πλευρά του σώματος) που εισβάλλει αιφνίδια (δηλαδή ξεκινά απότομα) οφείλεται σε κάποιο οξύ αγγειακό πρόβλημα.

Επίσης, στη λήψη του ιστορικού χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή ώστε να μη διαφύγουν κάποια συμπτώματα, τα οποία ο ασθενής μπορεί να μην τα αξιολογεί ή να τα αποδίδει σε άλλες αιτίες. Στην πραγματικότητα όμως αυτά μπορεί άμεσα να σχετίζονται με κάποια πάθηση του νευρικού συστήματος (π.χ. εμετοί, προβλήματα με την όραση ή την ακοή).

Σε ασθενείς που δεν έχουν καλή επικοινωνία με το περιβάλλον ή παρουσιάζουν άλλου είδους ψυχοδιανοητική διαταραχή, για τη λήψη του ιστορικού, σημαντικές είναι οι πληροφορίες από τους οικείους τους (συγγενείς και φίλους).

## 2.1.2. Η αντικειμενική εξέταση του νευρολογικού ασθενούς

Πρέπει να γίνεται πάντα συστηματικά και χωρίς βιασύνη. Γενικά, εξετάζονται οι παρακάτω παράμετροι:

1. το **επίπεδο συνείδησης** και οι **ανώτερες ψυχοδιανοητικές λειτουργίες**
2. η **κινητικότητα**
3. η **αισθητικότητα**

Στην εξέταση του **επιπέδου συνείδησης** (δηλαδή του κατά πόσο ο ασθενής έχει "επικοινωνία"), ελέγχονται τρία πράγματα:

- ◆ το αν ανοίγει τα μάτια του,
- ◆ το αν μιλάει και
- ◆ το τί κινήσεις κάνει μετά από παραγγέλματα ή ερεθίσματα.

Γενικά, αν ο ασθενής δεν ανοίγει καθόλου τα μάτια του, δε μιλάει με κατανοητό τρόπο και δεν εκτελεί απλές εντολές (π.χ. "άνοιξε το στόμα σου"), λέμε ότι ο ασθενής βρίσκεται σε **κώμα**. Στην περίπτωση αυτών των ασθενών (τους **κωματώδεις ασθενείς**) έχουν ζωτική σημασία δύο πράγματα: η παρακολούθηση –και υποστήριξη αν χρειαστεί– της αναπνοής, όπως και η γρήγορη διάγνωση της πάθησης (αν δεν είναι ήδη γνωστή).

Στους κωματώδεις ασθενείς πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά οι **κόρες των ματιών**. Αν και οι δύο κόρες παρουσιάζουν μεγάλη διαστολή ("μυδρίαση") και δεν αντιδρούν στο φως, τότε υπάρχει περίπτωση πολύ βαρειάς διάχυτης εγκεφαλικής βλάβης. Αν μόνο η μία κόρη παρουσιάζει διαστολή ("μυδρίαση"), η κατάσταση αυτή ονομάζεται **ανισοκορία** και τότε υπάρχει περίπτωση οξείας πίεσης του εγκεφάλου από κάποια μάζα (π.χ. αιμάτωμα ή όγκο), που μπορεί να απαιτεί επείγουσα αντιμετώπιση από νευροχειρουργό.

Αν ο ασθενής δεν είναι σε κώμα, τότε εξετάζονται αναλυτικά οι ανώτερες ψυχοδιανοητικές λειτουργίες του (λόγος, μνήμη, συγκέντρωση, κρίση κτλ.).

Για τη λειτουργία του **λόγου** ελέγχεται κατ' αρχήν η εκπομπή της ομιλίας, δηλαδή το πώς μιλάει ο ασθενής, και ιδιαίτερα το πώς κατονομάζει γνωστά αντικείμενα. Στη συνέχεια εξετάζεται η λειτουργία της αντίληψης του λόγου, δηλαδή το αν ο ασθενής κατανοεί αυτά που ακούει από τους συνομιλητές του. Η διαταραχή της λειτουργίας του λόγου λέγεται **αφασία**. Όταν διαπιστώνεται αφασία, τίθεται υποψία για ύπαρξη κάποιας βλάβης στο κυρίαρχο εγκεφαλικό ημισφαίριο. Στους δεξιόχειρες ανθρώπους που αποτελούν το 90% του πληθυσμού,

κυρίαρχο είναι το αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο. Γι' αυτό η αφασία συνήθως συνδυάζεται με διαταραχές της κινητικότητας και της αισθητικότητας στο δεξιό ημιμόριο του σώματος (δες παρακάτω).

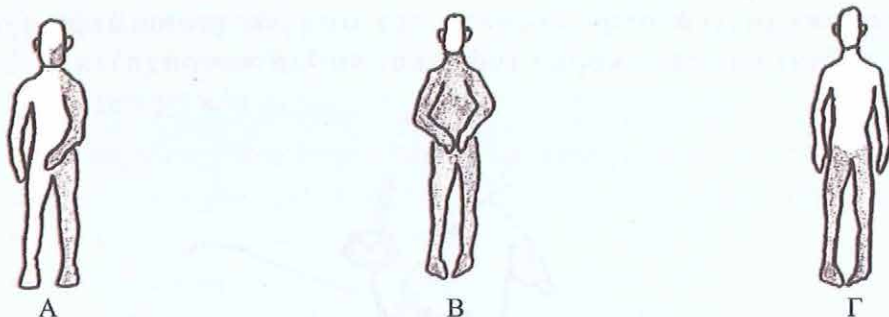
Για τον έλεγχο της **κινητικότητας** εξετάζονται καταρχήν η **μυϊκή ισχύς** (δύναμη), ο **μυϊκός τόνος** ("σπαστικότητα") και τα **αντανακλαστικά** στην κεφαλή, στα άνω και κάτω άκρα (χέρια και πόδια) και στον κορμό (θώρακα, κοιλιά και ράχη).



**Εικ. 2.1** Εξέταση τενοντίου αντανακλαστικού με νευρολογικό σφυρί.

Όπως είδαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο, οι μύες συνδέονται στενά με το νευρικό σύστημα και αποτελούν τα "εκτελεστικά του όργανα". Γι' αυτό η εξέταση της λειτουργίας τους δίνει πολύτιμες πληροφορίες για τη λειτουργική κατάσταση του νευρικού συστήματος. Αν υπάρχει κάποια **πάρεση** (παράλυση, αδυναμία), σημασία έχει η κατανομή (εντόπιση) και ο τύπος της (αν είναι "**σπαστική**" ή "**χαλαρή**"). Για παράδειγμα, οι παθήσεις του εγκεφάλου συνήθως προκαλούν σπαστική πάρεση στη **αντίθετη** πλευρά του σώματος (π.χ. αριστερό χέρι και αριστερό πόδι) - "**ημιπάρεση**". Οι παθήσεις του νωτιαίου μυελού προκαλούν σπαστική πάρεση και στα δύο πόδια - "**παραπάρεση**" ή στα χέρια και στα πόδια - "**τετραπάρεση**". Οι παθήσεις των περιφερικών νεύρων συνήθως εκδηλώνονται με χαλαρή

πάρεση σε ένα μόνο άκρο, χέρι ή πόδι - "**μονοπάρεση**". Η πολύ βαριά πάρεση (μυϊκή αδυναμία), όπου δεν υπάρχει καθόλου εκούσια (ηθελημένη) κινητικότητα, λέγεται **πληγία** (και ανάλογα με την εντόπιση **ημιπληγία, παραπληγία ή μονοπληγία**).



**Εικ. 2.2** Α. Ημιπάρεση  
Β. Τετραπάρεση  
Γ. Παραπάρεση



**Εικ. 2.3** Εξέταση της συνέργειας των κινήσεων.

Επίσης, στην εξέταση της κινητικότητας ελέγχεται η **συνέργεια** (δηλαδή ο συντονισμός) των κινήσεων. Αν υπάρχει πρόβλημα στο συντονισμό των κινήσεων χωρίς διαταραχή της μυϊκής ισχύος (δύναμης), τότε πιθανά υπάρχει κάποια πάθηση στην **παρεγκεφαλίδα** ή σπανιότερα στα βασικά γάγγλια του εγκεφάλου.

Σε περίπτωση που υπάρχει κάποιο πρόβλημα στο πλάγιο μέρος της παρεγκεφαλίδας (σε ένα από τα δύο **ημισφαίρια** της παρεγκεφαλίδας), η διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων συνήθως αφορά τα άκρα (χέρι και πόδι) στην **ίδια** πλευρά του σώματος. Σε περίπτωση που υπάρχει κάποιο πρόβλημα στην κεντρική μοίρα της παρεγκεφαλίδας (στο **σκώληκα**), η **νευρολογική συνδρομή** συνήθως είναι βαριά και αφορά το συντονισμό των κινήσεων του κορμού, με αποτέλεσμα ο ασθενής να μην μπορεί να σταθεί όρθιος ("κορμική αστάθεια").

Στον έλεγχο της **αισθητικότητας** ελέγχονται όλα τα είδη των αισθήσεων (όραση, ακοή, όσφρηση, γεύση, αίσθηση πόνου, αίσθηση θερμού - ψυχρού κτλ). Η εντόπιση και το είδος της διαταραχής έχουν ιδιαίτερη σημασία. Συγκεκριμένα:

- Διαταραχή στην όραση, στην ακοή ή στην όσφρηση που δεν οφείλεται σε "εξωτερικά" αίτια (δηλαδή σε οφθαλμολογικά ή ωτορινολαρυγγικά αίτια), μπορεί να κρύβει κάποια πάθηση του εγκεφάλου.

- Διαταραχή στην αίσθηση του πόνου (που συνήθως εξετάζεται με το τσίμπημα μιας καρφίτσας) στη μια πλευρά του σώματος (π.χ. δεξιό χέρι, δεξιό πόδι και δεξιό μέρος του κορμού) συνήθως σημαίνει βλάβη στον εγκέφαλο (στο αντίθετο εγκεφαλικό ημισφαίριο). Εντόπιση παρόμοιας διαταραχής από ένα ύψος και κάτω στο σώμα συνήθως σημαίνει βλάβη στο νωτιαίο μυελό. Εντόπιση τέτοιας βλάβης σε μια μόνο περιοχή (π.χ. σε ένα χέρι ή σε ένα πόδι) συνήθως σημαίνει βλάβη σε κάποιο περιφερικό νεύρο.

**Σχήμα 2.1**

| <b>Εντόπιση της βλάβης στο Νευρικό Σύστημα</b> |   |
|--|---|
| <b>Ημιπάρεση</b>                               | → <b>Εγκέφαλος (αντίθετο ημισφαίριο)</b>      |
| <b>Τετραπάρεση</b>                             | → <b>Νωτιαίος Μυελός<br/>(αυχενική μοίρα)</b> |
| <b>Παραπάρεση</b>                              | → <b>Νωτιαίος Μυελός<br/>(θωρακική μοίρα)</b> |
| <b>Μονοπάρεση</b>                              | → <b>Περιφερικό Νευρικό Σύστημα</b>           |

Τέλος, μεγάλη σημασία έχει η εξέταση της γενικής κατάστασης του ασθενούς, γιατί μια δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος μπορεί να σχετίζεται άμεσα με κάποια πάθηση σε άλλο οργανικό σύστημα, όπως π.χ. στο πεπτικό ή στο αναπνευστικό.

## **2.2. Παρακλινικός Διαγνωστικός Έλεγχος**

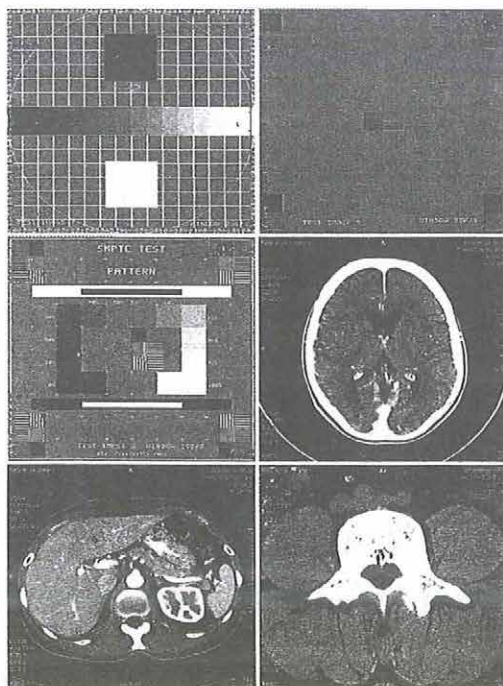
Οι παρακλινικές δοκιμασίες (εξετάσεις) για το νευρικό σύστημα γενικά είναι τριών ειδών, απεικονιστικές, λειτουργικές (νευροφυσιολογικές), καθώς και εργαστηριακές εξετάσεις του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ΕΝΥ).

### 2.2.1. Οι απεικονιστικές εξετάσεις του νευρικού συστήματος

Δίνουν άμεση εικόνα για την ανατομία του κεντρικού νευρικού συστήματος (του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού). Στις απεικονιστικές εξετάσεις περιλαμβάνονται οι ακτινογραφίες κρανίου και σπονδυλικής στήλης, καθώς και οι σύγχρονες απεικονιστικές τεχνικές που αναπτύχθηκαν σχετικά πρόσφατα (τα τελευταία 25 χρόνια) και έχουν φέρει πραγματική επανάσταση στη νευρολογία και τη νευροχειρουργική. Οι εξετάσεις που χρησιμοποιούνται πιο συχνά είναι:

- οι **ακτινογραφίες κρανίου και σπονδυλικής στήλης**, που απεικονίζουν τα οστά και χρησιμοποιούνται κυρίως σε περιπτώσεις **τραυματισμών (κακώσεων)**.

- η **αξονική τομογραφία (CT)** που χρησιμοποιεί ακτίνες Χ. Η αξονική τομογραφία γίνεται με μια ειδική συσκευή που λέγεται αξονικός τομογράφος, και λαμβάνει εικόνες από εγκάρσιες τομές (“φέτες”) του σώματος. Απεικονίζει πολύ καλά τα οστά (κόκαλα). Σήμερα, η αξονική τομογραφία χρησιμοποιείται κυρίως σε περιπτώσεις κακώσεων (τραυματισμών) κρανίου και σπονδυλικής στήλης, σε περιπτώσεις υποψίας εγκεφαλικής αιμορραγίας και γενικά σε επείγοντα περιστατικά.



**Εικ. 2.4** Εικόνες από αξονικό τομογράφο.

- η **μαγνητική τομογραφία (MRI)** που δεν χρησιμοποιεί ακτινοβολία. Η μαγνητική τομογραφία γίνεται με μια ειδική συσκευή που λέγεται μαγνητικός τομογράφος και λαμβάνει εικόνες από τομές του σώματος και στις τρεις διαστάσεις του χώρου. Δείχνει πολύ περισσότερες λεπτομέρειες σε σχέση με την αξονική, ειδικά όσον αφορά το νευρικό ιστό και τα αγγεία. Δεν μπορεί να γίνει σε ασθενείς που έχουν καρδιακό βημάτοδοτη ή κοινά μεταλλικά εμφυτεύματα (π.χ. ορθοπεδικά υλικά). Σήμερα, η μαγνητική τομογραφία είναι η κυριότερη εξέταση για τις περισσότερες παθήσεις του εγκεφάλου και της σπονδυλικής στήλης.

- η **ψηφιακή αγγειογραφία (DSA)** που χρησιμοποιείται για τον έλεγχο των αγγείων του εγκεφάλου ή –πολύ σπανιότερα– του νωτιαίου μυελού. Γίνεται με παρακέντηση της μηριαίας αρτηρίας και εισαγωγή ενός καθετήρα μέχρι τις αρτηρίες του εγκεφάλου. Σήμερα, με τις σύγχρονες τεχνικές, ο κίνδυνος επιπλοκών από την εξέταση είναι μηδαμινός. Διενεργείται σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία για κάποια βλάβη στα αγγεία του εγκεφάλου (π.χ. σε περιπτώσεις εγκεφαλικού αιμορραγικού επεισοδίου που πιθανόν να οφείλεται σε κάποια αγγειακή δυσπλασία – δεξ επόμενο κεφάλαιο).

### **2.2.2. Οι λειτουργικές (νευροφυσιολογικές) διαγνωστικές δοκιμασίες**

Ελέγχουν την ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου, του νωτιαίου μυελού ή των περιφερικών νεύρων. Οι κυριότερες είναι:

-Το **ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ)**, που ελέγχει την ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου. Συνήθως χρησιμοποιείται για την εξέταση ασθενών που παρουσιάζουν επιληπτικές κρίσεις.

-Το **ηλεκτρομυογράφημα - ηλεκτρονευρογράφημα (ΗΜΓ - ΗΝΓ)**, που ελέγχει την ηλεκτρική δραστηριότητα των περιφερικών νεύρων και των μυών.

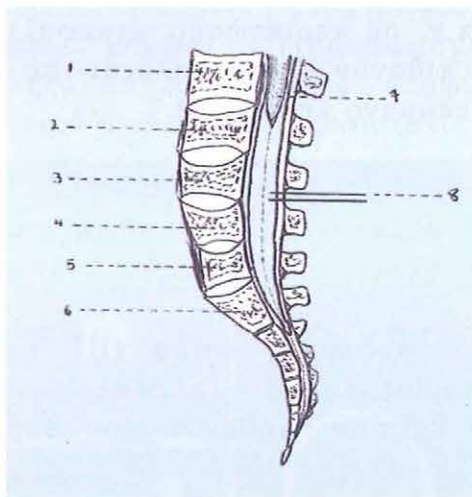
-Τα **σωματοαισθητικά προκλητά δυναμικά**, που ελέγχουν την ηλεκτρική δραστηριότητα του νωτιαίου μυελού.

- Τα **ακουστικά προκλητά δυναμικά**, που ελέγχουν την ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφαλικού στελέχους.

- Τα **οπτικά προκλητά δυναμικά**, που χρησιμοποιούνται συνήθως για τη διάγνωση της πολλαπλής σκλήρυνσης (σκλήρυνσης "κατά πλάκας").

### 2.2.3. Οι αναλύσεις του εγκεφαλονωτιαίου υγρού

Γίνονται μετά από λήψη δείγματος εγκεφαλονωτιαίου υγρού που συνήθως γίνεται με **οσφυονωτιαία παρακέντηση**. Η πράξη αυτή περιλαμβάνει την εισαγωγή μιας ειδικής βελόνης, κάτω από άσηπτες συνθήκες, στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (βλέπε και προηγούμενο κεφάλαιο). Στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ΕΝΥ) μπορούν να γίνουν διάφορες εξετάσεις ανάλογα με την περίπτωση (βιοχημικές, μικροβιολογικές, ανοσολογικές, κυτταρολογικές κτλ). Η οσφυονωτιαία παρακέντηση γίνεται συνήθως σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία λοίμωξης του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (δες επόμενο κεφάλαιο) καθώς και σε πολλές άλλες περιπτώσεις. Απαγορεύεται να γίνεται σε περιπτώσεις που υπάρχει κάποια μάζα που πιέζει τον εγκέφαλο (συνήθως όγκος ή αιμάτωμα) γιατί υπάρχει κίνδυνος σοβαρών επιπλοκών. Γι' αυτό πριν γίνει οσφυονωτιαία παρακέντηση, πρέπει πάντα να προηγείται απεικονιστικός έλεγχος με αξονική ή μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου.



**Εικ. 2.5 Οσφυονωτιαία παρακέντηση**

- 1: Πρώτος οσφυϊκός σπόνδυλος
- 2: Δεύτερος οσφυϊκός σπόνδυλος
- 3: Τρίτος οσφυϊκός σπόνδυλος
- 4: Τέταρτος οσφυϊκός σπόνδυλος
- 5: Πέμπτος οσφυϊκός σπόνδυλος
- 6: Πρώτος ιερός σπόνδυλος
- 7: Κάτω άκρο νωτιαίου μυελού (μεταξύ 1<sup>ου</sup> και 2<sup>ου</sup> οσφυϊκού σπονδύλου στους ενήλικες)
- 8: Η βελόνα εισάγεται συνήθως μεταξύ 3<sup>ου</sup> - 4<sup>ου</sup> οσφυϊκού σπονδύλου (από πίσω)



## ΠΕΡΙΑΨΗ

- ◆ Για τη **διάγνωση** των παθήσεων του νευρικού συστήματος χρειάζεται **κλινική εξέταση και παρακλινικές διαγνωστικές δοκιμασίες**.
- ◆ Ο κλινικός έλεγχος περιλαμβάνει τη λήψη του ιστορικού και την αντικειμενική εξέταση.
- ◆ Στη λήψη του ιστορικού (δηλαδή την περιγραφή των συμπτωμάτων από τον ίδιο τον ασθενή ή τους οικείους του) σημαντικός είναι ο παράγοντας “χρόνος”, π.χ. το αν η εκδήλωση των συμπτωμάτων ήταν απότομη ή σταδιακή.
- ◆ Στην αντικειμενική εξέταση ελέγχονται προσεκτικά το **επίπεδο συνείδησης**, οι **ψυχοδιανοητικές λειτουργίες**, η **κινητικότητα** και η **αισθητικότητα**. Κώμα είναι η κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής έχει κλειστά τα μάτια του, δε μιλά κατανοητά και δεν εκτελεί απλές εντολές με τις κινήσεις του. Αφασία είναι η διαταραχή του λόγου. Ημιπάρεση είναι η μυϊκή αδυναμία στη μια πλευρά του σώματος (π.χ. αριστερό χέρι και αριστερό πόδι). Παραπάρεση είναι η μυϊκή αδυναμία που αφορά και τα δύο κάτω άκρα (πόδια).
- ◆ Οι παρακλινικές διαγνωστικές δοκιμασίες είναι:
  - Απεικονιστικές, όπως οι ακτινογραφίες κρανίου και σπονδυλικής στήλης, η αξονική τομογραφία (CT), η μαγνητική τομογραφία (MRI) και η ψηφιακή αγγειογραφία (DSA),
  - Ηλεκτροφυσιολογικές, όπως ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, ηλεκτρομυογράφημα, και προκλητά δυναμικά (οπτικά, ακουστικά ή σωματοαισθητικά).
  - Εργαστηριακές εξετάσεις του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY) που γίνονται μετά από οσφρονωτιαία παρακέντηση.

### Ερωτήσεις

1. Πότε λέμε ότι ένας ασθενής βρίσκεται σε κώμα; Τι έχει ιδιαίτερη σημασία στον κωματώδη ασθενή;
2. Ένας ασθενής έχει δεξιά ημιπάρεση. Σε ποια περιοχή του νευρικού συστήματος πιθανά βρίσκεται η βλάβη;
3. Τι είναι η παραπληγία;
4. Ποιες είναι οι τρεις κυριότερες απεικονιστικές εξετάσεις για το νευρικό σύστημα;
5. Σε ποιες περιπτώσεις κυρίως χρησιμοποιείται το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEG);

**6.** Γιατί η παρακέντηση για λήψη ENY γίνεται συνήθως στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης; (Για την απάντηση δες το προηγούμενο κεφάλαιο).

### *Δραστηριότητες*

- 1.** Μια φίλη σας παραπονείται το τελευταίο διάστημα για διαταραχές στην όραση και ο οφθαλμίατρος δεν της βρίσκει τίποτα. Τι θα την συμβουλευσετε;
- 2.** Επιτρέπεται μια έγκυος γυναίκα να υποβληθεί σε αξονική ή / και σε μαγνητική **τομογραφία**;

## ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΤΡΙΤΗ : ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οι κακώσεις (τραύματα) είναι πολύ συχνή αιτία βλάβης του νευρικού συστήματος. Στις μέρες μας, οι κακώσεις αυτές οφείλονται κυρίως σε τροχαία ατυχήματα. Οι κακώσεις του εγκεφάλου προκαλούνται από τραύμα στο κρανίο (**κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις**), ενώ οι κακώσεις του νωτιαίου μυελού από τραύμα στη σπονδυλική στήλη.

### 3.1. Κρανιοεγκεφαλικές Κακώσεις

Οι **κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις** είναι πολύ συχνή αιτία θανάτου και σοβαρής αναπηρίας σε όλες τις ηλικίες. Οφείλονται συνήθως σε τροχαία ατυχήματα.

- **Ελαφριές, μέτριες και βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις**

Συνήθως ο τραυματισμός του εγκεφάλου συνοδεύεται από εξωτερικό τραυματισμό στο *τριχωτό της κεφαλής* ή / και το πρόσωπο, χωρίς αυτό όμως να συμβαίνει σε όλες τις περιπτώσεις. Για παράδειγμα, μπορεί να υπάρχει σοβαρή κάκωση του εγκεφάλου –ακόμα και θανατηφόρα– χωρίς καθόλου εξωτερικά τραύματα, ή αντίστροφα να υπάρχουν εντυπωσιακά και εκτεταμένα εξωτερικά τραύματα χωρίς σοβαρή κάκωση του εγκεφάλου.

Η βαρύτητα μιας κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης εξαρτάται από το πόσο βαριά είναι η κάκωση του εγκεφάλου. Η κάκωση του εγκεφάλου εξ ορισμού χαρακτηρίζεται ελαφριά, μέτρια ή βαριά **ανάλογα με το τι επίπεδο συνείδησης** (δηλαδή πόσο καλή επικοινωνία με το περιβάλλον) έχει ο τραυματίας. Λέμε ότι ο τραυματίας έχει **βαριά** κρανιοεγκεφαλική κάκωση όταν βρίσκεται σε **κόμα**. Στους ασθενείς αυτούς έχει μεγάλη σημασία να εξετάζονται προσεκτικά οι κόρες των ματιών. Αν υπάρχει **ανισοκορία**, δηλαδή αν η μία κόρη είναι διεσταλμένη (έχει **μυδρίαση**), τότε υπάρχει περίπτωση να αναπτύσσεται οξύ ενδο-

++κρανιακό αιμάτωμα (δες παρακάτω), που απαιτεί επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση. Όταν ο τραυματίας έχει επικοινωνία με το περιβάλλον, όμως είναι **πολύ υπναλέος**, **λέει ασυναρτησίες** κτλ., η κρανιοεγκεφαλική κάκωση χαρακτηρίζεται **μέτρια**. Όταν ο τραυματίας έχει **καλή επαφή με το περιβάλλον**, η κάκωση χαρακτηρίζεται **ελαφριά**. Για το χαρακτηρισμό της βαρύτητας μιας κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης, τα εξωτερικά τραύματα δε λαμβάνονται υπόψη, πρέπει όμως να αντιμετωπίζονται έγκαιρα ανάλογα με την περίπτωση.

- **Διάχυτες και εστιακές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις**

Όταν λόγω του τραυματισμού πάσχει εκτεταμένη περιοχή του εγκεφάλου, η κάκωση χαρακτηρίζεται **διάχυτη**, ενώ, όταν ο τραυματισμός αφορά μια συγκεκριμένη περιοχή του, η εγκεφαλική κάκωση χαρακτηρίζεται **εστιακή**. Εστιακή και διάχυτη κάκωση μπορεί να συνυπάρχουν στον ίδιο τραυματία.

### Σχήμα 3.1

#### Ταξινόμηση των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων

➤ **Ανάλογα με τη βαρύτητα**

- ♦ **Βαριές :** Ο ασθενής είναι σε κώμα
- ♦ **Μέτριες :** Ο ασθενής έχει σύγχυση
- ♦ **Ελαφριές :** Ο ασθενής έχει καλή επικοινωνία

➤ **Ανάλογα με την εντόπιση**

- ♦ **Διάχυτες :**
  - Εγκεφαλική διάσειση
  - Βαριά διάχυτη νευραξονική κάκωση
- ♦ **Εστιακές :**
  - Οξύ επισκληρίδιο αιμάτωμα
  - Οξύ υποσκληρίδιο αιμάτωμα
  - Εγκεφαλική θλάση
  - Τραυματική υπαραχνοειδής αιμορραγία

- **Συνοδές κακώσεις**

Οι κακώσεις του εγκεφάλου μπορεί να συνοδεύονται από τραυματισμό των οστών του κρανίου (κατάγματα), από τραυματισμό του τριχωτού της κεφαλής (ανοιχτά θλαστικά τραύματα, εκχυμώσεις κτλ.) ή από τραυματισμό στο πρόσωπο (ματιών, αυτιών, στόματος κτλ.). Οι κακώσεις αυτές πρέπει να αντιμετωπίζονται έγκαιρα ανάλογα με την περίπτωση.

Πολλές φορές, και ειδικά σε περιπτώσεις τροχαίων ατυχημάτων, συνυπάρχουν σοβαρές κακώσεις στη σπονδυλική στήλη, στο θώρακα, στην κοιλιά ή στα άκρα. Ο ασθενής με σοβαρές κακώσεις σε δύο ή περισσότερες περιοχές του σώματος χαρακτηρίζεται **πολυτραυματίας** και απαιτεί εξειδικευμένη αντιμετώπιση.

### **3.1.1. Διάχυτες Κρανιοεγκεφαλικές Κακώσεις**

Η **διάχυτη** κάκωση χωρίζεται σε δύο κυρίως κατηγορίες, την **εγκεφαλική διάσειση** και τη **βαριά διάχυτη νευραξονική κάκωση**. Λέμε ότι ένας ασθενής έχει **εγκεφαλική διάσειση**, όταν έχει χάσει τις αισθήσεις του για κάποιο χρονικό διάστημα μετά τον τραυματισμό και κατά συνέπεια έχει κενό μνήμης, όσον αφορά τον ίδιο τον τραυματισμό ή / και γεγονότα που ακολούθησαν. Η **βαριά διάχυτη νευραξονική κάκωση** είναι πολύ πιο βαριά κατάσταση, κατά την οποία ο ασθενής βρίσκεται σε παρατεταμένο κώμα, και οφείλεται σε εκτεταμένο τραυματισμό της λευκής ουσίας του εγκεφάλου.

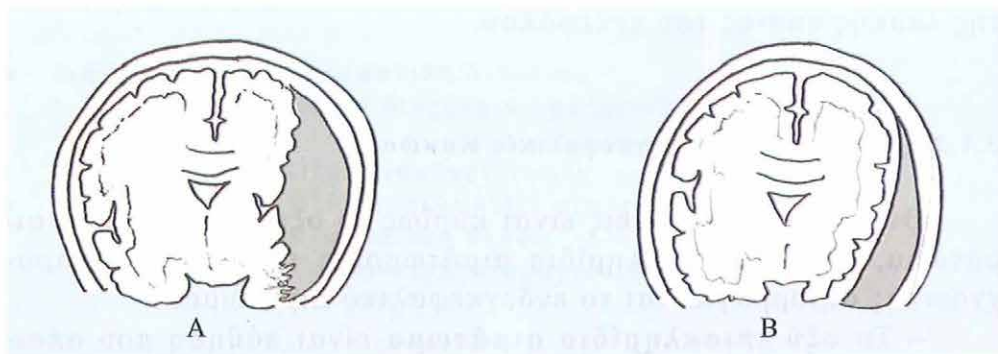
### **3.1.2. Εστιακές Κρανιοεγκεφαλικές Κακώσεις**

Οι εστιακές κακώσεις είναι κυρίως το οξύ επισκληρίδιο αιμάτωμα, το οξύ υποσκληρίδιο αιμάτωμα, η τραυματική υπαραχνοειδής αιμορραγία και το ενδεγκεφαλικό αιμάτωμα.

– Το **οξύ επισκληρίδιο αιμάτωμα** είναι πάθηση που απαιτεί όσο το δυνατόν ταχύτερη διάγνωση και θεραπεία. Οφείλεται σε τραυματισμό κάποιου αγγείου της σκληράς μήνιγγας συνήθως λόγω κατάγματος (σπασίματος) του κρανίου. Το αίμα συσσωρεύεται ανάμεσα στο οστό και στη σκληρά μήνιγγα και, καθώς

το αιμάτωμα μεγαλώνει γρήγορα, ο εγκέφαλος δέχεται όλο και πιο μεγάλη πίεση. Εντοπίζεται συχνά στην κροταφική χώρα (μπροστά από το αυτί). Ο ασθενής μερικές φορές είναι σε καλή κατάσταση αμέσως μετά τον τραυματισμό, όμως γρήγορα γίνεται υπναλέος ("βυθίζεται"), παρουσιάζει αδυναμία στα άκρα της απέναντι μεριάς (ημιπάρεση) και η κόρη του ματιού, που βρίσκεται στην πλευρά της κάκωσης, μεγαλώνει (παθαίνει μυδρίαση). Η τελική κατάληξη μπορεί να είναι βαθύ κώμα και θάνατος, γι' αυτό απαιτείται γρήγορα διάγνωση με αξονική τομογραφία εγκεφάλου και χειρουργική αντιμετώπιση από νευροχειρουργό. Το οξύ επισκληρίδιο αιμάτωμα συνήθως δε συνοδεύεται από βαριά διάχυτη νευραξονική κάκωση, γι' αυτό η έκβαση του ασθενούς είναι καλή με την κατάλληλη θεραπεία.

– Το **οξύ υποσκληρίδιο αιμάτωμα** οφείλεται σε αιμορραγία κάτω από τη σκληρά μήνιγγα, μεταξύ δηλαδή σκληράς μηνιγγας και εγκεφάλου. Συνήθως ο ασθενής είναι από την αρχή σε κώμα, όμως μερικές φορές η κλινική εικόνα είναι παρόμοια με αυτήν του επισκληριδίου αιματώματος. Δεν είναι απαραίτητο να συνυπάρχει κάταγμα κρανίου. Η διάγνωση γίνεται με αξονική τομογραφία και η αντιμετώπιση είναι χειρουργική. Συνήθως συνυπάρχει βαριά διάχυτη νευραξονική κάκωση, γι' αυτό η έκβαση δεν είναι τόσο συχνά καλή, όπως είναι στο επισκληρίδιο αιμάτωμα.



**Εικ. 3.1** A: Οξύ υποσκληρίδιο αιμάτωμα  
B: Οξύ επισκληρίδιο αιμάτωμα

– Η **τραυματική υπαραχνοειδής αιμορραγία** και το ενδογχεφαλικό αιμάτωμα (που συνήθως είναι μικρό και ονομάζεται εγκεφαλική θλάση) συνήθως δε χρειάζονται χειρουργική αντιμετώπιση.

### 3.1.3. Αρχές Αντιμετώπισης Κρανιοεγκεφαλικών Κακώσεων

Σε κάθε περίπτωση τραυματισμού οι **πρώτες βοήθειες** είναι αναγκαίο να στοχεύουν:

α. **Στη διατήρηση των αεροφόρων οδών ανοικτών** – με τραχειοστομία ή ενδοτραχειακή διασωλήνωση, αν είναι απαραίτητο, με ταυτόχρονη σταθεροποίηση του αυχένα.

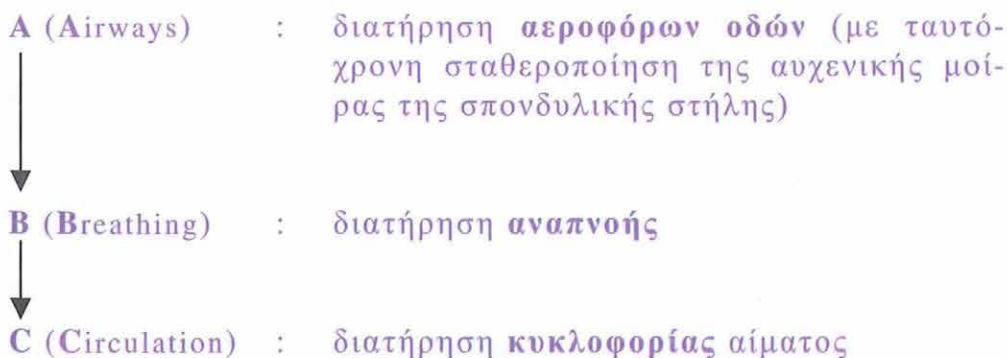
β. **Στη διατήρηση της αναπνοής** – με επείγουσα αντιμετώπιση θωρακικών τραυμάτων ή / και μηχανικό αερισμό, αν είναι απαραίτητο.

γ. **Στη διατήρηση της κυκλοφορίας του αίματος**, με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και επείγουσα αντιμετώπιση μαζικών αιμορραγιών, αν είναι απαραίτητο.

Υπάρχουν ειδικά προγράμματα εκπαίδευσης για την επείγουσα αντιμετώπιση τραυματιών, που αφορούν γιατρούς και νοσηλευτές όλων των βαθμίδων και ειδικοτήτων.

#### Σχήμα 3.1

#### ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΤΟΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΑ



Στο κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο και αφού προσφερθούν οι πρώτες βοήθειες, η παραπέρα αντιμετώπιση πρέπει να οργανώνεται ως εξής:

– οι ασθενείς με βαριά κάκωση (κωματώδεις) υποβάλλονται επείγοντως σε αξονική τομογραφία (CT) εγκεφάλου και οδηγούνται, ανάλογα με τα ευρήματα, στο χειρουργείο ή στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

– οι ασθενείς με μέτρια κάκωση (δηλαδή αυτοί που έχουν επικοινωνία με το περιβάλλον, όμως είναι υπναλέοι, λένε ασυναρτησίες κτλ.) επίσης υποβάλλονται επείγοντως σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου και οδηγούνται ανάλογα με τα ευρήματα στο χειρουργείο ή σε θάλαμο νοσηλείας για παραπέρα παρακολούθηση και αντιμετώπιση.

– οι ασθενείς με ελαφριά κάκωση (δηλαδή αυτοί που έχουν άριστη επικοινωνία με το περιβάλλον) εξετάζονται προσεκτικά, υποβάλλονται σε ακτινογραφίες κρανίου και είτε εισάγονται για νοσηλεία είτε δίνονται στους οικείους τους οδηγίες για παρακολούθηση στο σπίτι.

Ένας τραυματισμός στο κεφάλι, όσο ασήμαντος κι αν φαίνεται, χρειάζεται εξέταση από γιατρό, όταν συμβαίνει έστω και ένα από τα εξής:

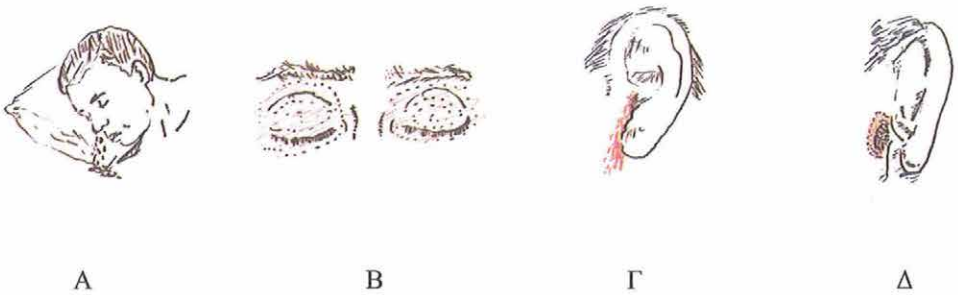
α. Έμετος (εμετός) ή έντονη ζάλη.

β. Υπνηλία.

γ. Διαταραχές της μνήμης, που αφορούν είτε τον ίδιο τον τραυματισμό είτε άλλα γεγονότα, πριν ή μετά από αυτόν.

δ. Κλινικές ενδείξεις κατάγματος στη βάση του κρανίου, δηλαδή κυρίως εκροή εγκεφαλονωτιαίου υγρού από τη μύτη (ρινόρροια), αιμορραγία μέσα από το αυτί (ωτορραγία), υποδόρια αιματώματα ("μαυρίσματα") γύρω από τα μάτια ή έντονη τοπική ευαισθησία (εκχύμωση) πίσω από το αυτί.





**Εικ. 3.2** Έμμεσα κλινικά σημεία κατάγματος στη βάση του κρανίου

**A:** Ρινόρροια

**B:** Αμφοτερόπλευρο περιοφθαλμικό αιμάτωμα

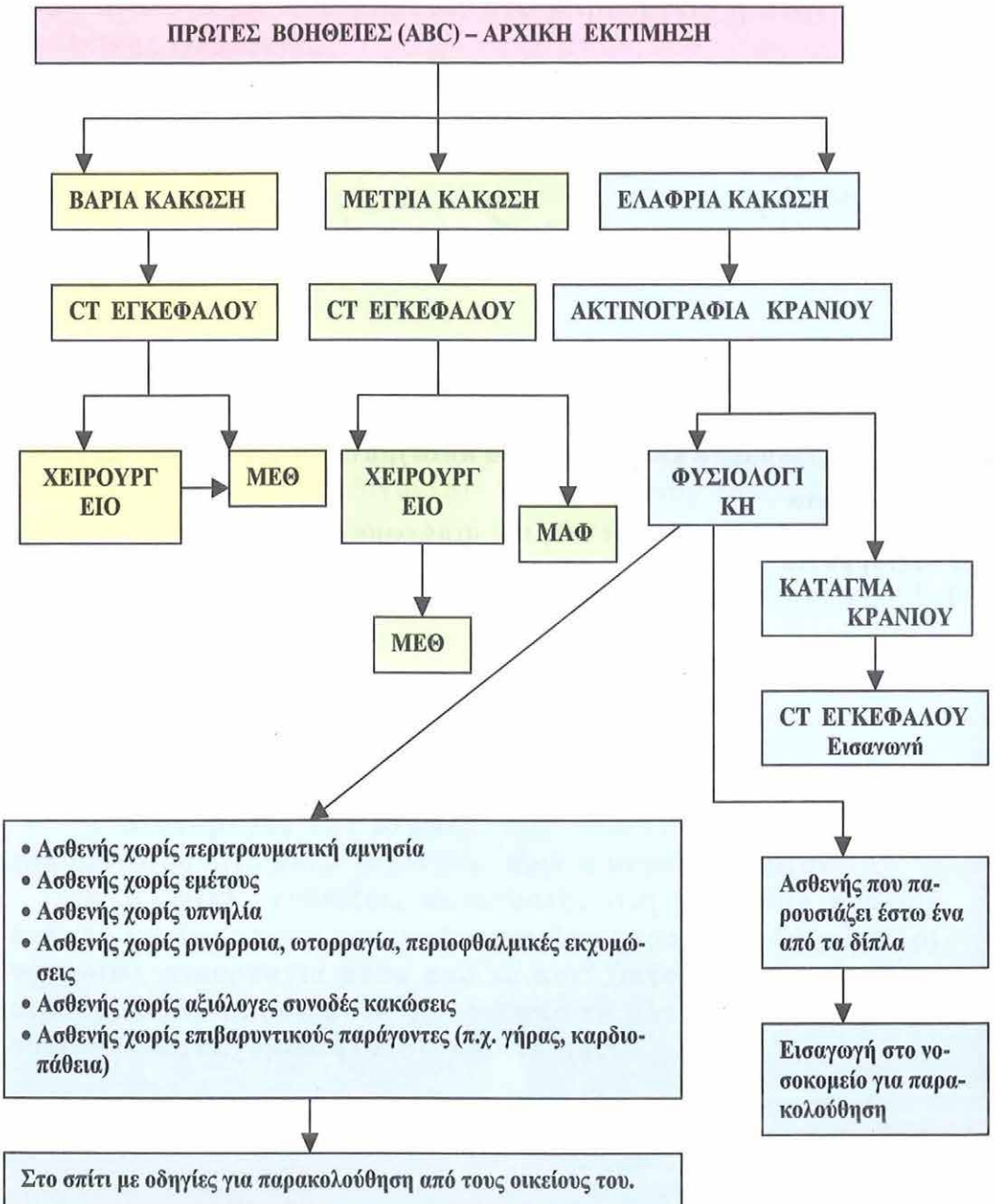
**Γ:** Ωτορραγία

**Δ:** Εκχύμωση στη μαστοειδή απόφυση

ε. Γνωστά προβλήματα υγείας (π.χ. σοβαρή καρδιοπάθεια)  
(Σχήμα 3.2)

Σχήμα 3.1.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ



Σε κάθε περίπτωση, η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη. Γι' αυτό πρέπει να λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα κυρίως όσον αφορά την πρόληψη τραυματισμών από τροχαία ατυχήματα, τόσο ατομικά –όπως προσεκτική οδήγηση, συστηματική χρησιμοποίηση ζώνης ασφαλείας στο αυτοκίνητο και κράνους στο δίκυκλο κτλ., όσο και κοινωνικά – όπως κατασκευή ασφαλών δρόμων κτλ.

### 3.2. Κακώσεις του Νωτιαίου Μυελού

Οι κακώσεις του νωτιαίου μυελού οφείλονται συνήθως σε τραυματισμό της αυχενικής ή θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Η πιο συχνή αιτία είναι τα τροχαία ατυχήματα, όπως και στις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.

**Κλινικές εκδηλώσεις.** Βλάβη στη **θωρακική μοίρα** του νωτιαίου μυελού προκαλεί αδυναμία στα κάτω άκρα, δηλαδή στα πόδια (**παραπάρεση** ή **παραπληγία**), που συνοδεύεται από διαταραχές της αισθητικότητας και της ούρησης. Βλάβη στην **αυχενική μοίρα** του νωτιαίου μυελού προκαλεί αδυναμία στα άνω και κάτω άκρα (**τετραπάρεση** ή **τετραπληγία**), που επίσης συνοδεύεται από διαταραχές στην αισθητικότητα και στον έλεγχο της ούρησης. Επίσης, βλάβη στην αυχενική μοίρα του νωτιαίου μυελού μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην αναπνοή.

*Αν υπάρχει έστω και η παραμικρή υποψία για κάταγμα σπονδυλικής στήλης, επιβάλλεται η πλήρης ακινητοποίηση της σπονδυλικής στήλης κατά τη μεταφορά του ασθενούς, με ειδικούς νάρθηκες και φορεία.*

**Διαγνωστικός έλεγχος.** Με ακτινογραφίες στην ύποπτη μοίρα της σπονδυλικής στήλης διαπιστώνεται, αρχικά, αν υπάρχει εμφανές κάταγμα ή παρεκτόπιση. Ο έλεγχος συμπληρώνεται με αξονική (CT) ή μαγνητική (MRI) τομογραφία. Αν χρειάζεται, γίνονται και ηλεκτροφυσιολογικές κλινικές δοκιμασίες (ηλεκτρομυογράφημα και σωματοαισθητικά προκλητά δυναμικά). Γίνεται εξέταση των άλλων οργανικών συστημάτων στα οποία

πιθανά να συνυπάρχει τραυματισμός (κυρίως του θώρακα και του αναπνευστικού συστήματος).

**Θεραπεία και έκβαση.** Η χειρουργική αντιμετώπιση, όταν χρειάζεται, συνήθως στοχεύει στη σταθεροποίηση της σπονδυλικής στήλης.

Συνήθως οι τραυματισμοί του νωτιαίου μυελού προκαλούν βαριές μόνιμες νευρολογικές βλάβες. Σε ασθενείς με τραυματισμό της θωρακικής μοίρας του νωτιαίου μυελού παραμένει βαριά παραπάρεση ή παραπληγία, και σε ασθενείς με τραυματισμό στην αυχενική μοίρα του νωτιαίου μυελού βαριά τετραπάρεση ή τετραπληγία. Συνυπάρχουν διαταραχές των σφιγκτήρων μυών (δηλαδή διαταραχές στην ούρηση και την αφόδευση).

Οι ασθενείς αυτοί έχουν ανάγκη από μακροχρόνια εντατικά προγράμματα αποκατάστασης.

### 3.3. Κακώσεις των Περιφερικών Νεύρων

Συχνοί είναι οι τραυματισμοί του βραχιόνιου νευρικού πλέγματος (δες προηγούμενο κεφάλαιο) και οι τραυματισμοί των περιφερικών νεύρων στα άκρα (χέρια και πόδια).

#### 3.3.1. Τραυματισμός Βραχιόνιου Πλέγματος

- Συνήθως προκαλείται με δύο μηχανισμούς: είτε κατά τον τοκετό στο νεογνό, είτε μετά από τροχαίο ατύχημα.
- **Κλινικά εκδηλώνεται** με μυϊκή αδυναμία στο ένα άνω άκρο (χέρι), δηλαδή μονοπάρεση (δες προηγούμενο κεφάλαιο), που συνδυάζεται και με διαταραχές της αισθητικότητας στο ίδιο χέρι.
- Ο **παρακλινικός διαγνωστικός έλεγχος** περιλαμβάνει μαγνητική τομογραφία (MRI) και ηλεκτρομυογράφημα.
- Η **αντιμετώπιση** είναι δύσκολη, και συνήθως μετά τον τραυματισμό παραμένει μόνιμη αναπηρία, γιατί συχνά οι νευρικές ρίζες εκριζώνονται (ξεριζώνονται) από το νωτιαίο μυελό.

### 3.3.2. Τραυματισμός Νεύρου στα Άκρα

Στο άνω άκρο (χέρι) τα σημαντικά νεύρα είναι το ωλένιο, το κερκιδικό και το μέσο νεύρο, που είναι κλάδοι του βραχιόνιου νευρικού πλέγματος.

Στο κάτω άκρο (πόδι) τα σημαντικά νεύρα είναι το μηριαίο (μπροστά) και το ισχιακό (πίσω), που είναι κλάδοι του οσφυοϊερού νευρικού πλέγματος.

Τα νεύρα αυτά τραυματίζονται συχνά όταν υπάρχουν βαθιά εξωτερικά θλαστικά τραύματα (“κοψίματα”), ή όταν υπάρχουν συντριπτικά κατάγματα (σπασίματα) οστών.

**Η κλινική εκδήλωση** περιλαμβάνει μυϊκές αδυναμίες και αισθητικές διαταραχές, χαρακτηριστικές για κάθε νεύρο. Αν υπάρχει πλήρης διατομή (κόψιμο) του νεύρου, η **νευρολογική συνδρομή** είναι βαριά, αν υπάρχει μόνο τραυματισμός του νεύρου χωρίς διατομή, η συνδρομή είναι ελαφρότερη.

Ο **παρακλινικός έλεγχος** βασίζεται στο ηλεκτρομυογράφημα.

**Θεραπεία και έκβαση.** Σε περιπτώσεις πλήρους διατομής επιβάλλεται μικροχειρουργική συρραφή του νεύρου. Σε όλες τις περιπτώσεις, με τη σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση, η έκβαση είναι συνήθως καλή γιατί οι νευρικές ίνες (δες προηγούμενο κεφάλαιο), αντίθετα με τα κυτταρικά σώματα των νευρώνων, έχουν την ικανότητα να αναγεννώνται. Για να ολοκληρωθεί αυτή η αναγέννηση απαιτείται διάστημα αρκετών μηνών, στη διάρκεια του οποίου ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται τακτικά και να υποβάλλεται στο κατάλληλο πρόγραμμα **κινησιοθεραπείας**.

- ◆ Οι τραυματισμοί του νευρικού συστήματος οφείλονται συνήθως σε τροχαία ατυχήματα.
- ◆ Ανάλογα με το μέρος του νευρικού συστήματος που δέχεται την κάκωση, διακρίνονται σε **κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις** (όταν τραυματίζεται ο εγκέφαλος), σε **κακώσεις του νωτιαίου μυελού** και σε κακώσεις των περιφερικών νεύρων.
- ◆ Στην περίπτωση των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων, η βλάβη μπορεί να είναι πολύ σοβαρή και θανατηφόρα.
- ◆ Όταν ο τραυματισμός αφορά σε εκτεταμένη περιοχή του εγκεφάλου, μιλάμε για διάχυτη **κρανιοεγκεφαλική κάκωση**, ενώ όταν αφορά σε συγκεκριμένο τμήμα του, μιλάμε για **εστιακή κρανιοεγκεφαλική κάκωση**.
- ◆ Οι διάχυτες διακρίνονται στην **εγκεφαλική διάσειση** και τη **βαριά διάχυτη νευραξονική κάκωση**.
- ◆ Οι εστιακές, διακρίνονται στο **οξύ επισκληρίδιο αιμάτωμα**, το **οξύ υποσκληρίδιο αιμάτωμα**, την **τραυματική υπαραχνοειδή αιμορραγία** και το **ενδεγκεφαλικό αιμάτωμα**.
- ◆ Το ίδιο σοβαρός μπορεί να αποβεί και ένας τραυματισμός στη σπονδυλική στήλη με κάκωση του νωτιαίου μυελού. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο τραυματίας πρέπει να ακινητοποιείται πριν την μετακίνησή του στο νοσοκομείο γιατί κάθε μετατόπισή του μπορεί να οδηγήσει σε **διατομή του νωτιαίου μυελού** και **παρπληγία ή τετραπληγία**.
- ◆ Τέλος, οι **τραυματισμοί των περιφερικών νεύρων διακρίνονται** ανάλογα με την περιοχή του σώματος που δέχεται τον τραυματισμό και το είδος του νεύρου που υφίσταται την κάκωση.

### Ερωτήσεις

1. Ποια είναι η συχνότερη αιτία κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων;
2. Τι είναι εγκεφαλική διάσειση;
3. Μπορεί κάποιος τραυματίας, που φαίνεται πολύ καλά αμέσως μετά τον τραυματισμό, να αναπτύξει τις επόμενες ώρες οξύ επισκληρίδιο αιμάτωμα;
4. Πότε λέμε ότι μια κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι βαριά;

5. Τι στόχο έχουν οι πρώτες βοήθειες σε ένα σοβαρό τραυματισμό;
6. Ποια είναι η παρακλινική διαγνωστική δοκιμασία (εξέταση), που διενεργείται συχνότερα σε περιπτώσεις κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων;
7. Τι προσέχουμε σε υποψία κατάγματος σπονδυλικής στήλης;

### *Δραστηριότητες*

1. Όλοι ξέρουμε πόσο επικίνδυνη μπορεί να είναι η απρόσεκτη οδήγηση. Ποιος κινδυνεύει περισσότερο σε ατύχημα με δίκυκλο (μηχανάκι), ο οδηγός ή αυτός που κάθεται πίσω του; Στο ΙΧ αυτοκίνητο ποιος κινδυνεύει περισσότερο, ο οδηγός, ο συνοδηγός (αυτός που κάθεται δίπλα στον οδηγό) ή οι επιβάτες του πίσω καθίσματος;
2. Τι είναι ρινόρροια, τι είναι ρινορραγία και τι καταρροή;





## **ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΤΕΤΑΡΤΗ : ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ**

Οι αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου αποτελούν πολύ συχνή αιτία θανάτου ή σοβαρής αναπηρίας, κυρίως στις μέσες και μεγαλύτερες ηλικίες. Στις αναπτυγμένες κοινωνίες, οι αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου αποτελούν την τρίτη πιο συχνή αιτία θανάτου μετά τις καρδιοπάθειες και τον καρκίνο.

Οι αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου συνήθως εκδηλώνονται **αιφνίδια** (ξαφνικά), με τη μορφή "**αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων**". Γενικά, όπως είδαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, μια νευρολογική συνδρομή που εκδηλώνεται αιφνίδια (ξαφνικά), οφείλεται κυρίως σε αγγειακή βλάβη. Μερικές φορές πριν την εκδήλωση του επεισοδίου υπάρχουν πρόδρομα (προειδοποιητικά) συμπτώματα.

Η πρόληψη φαίνεται να έχει πολύ μεγάλη σημασία όσον αφορά τις αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου. Για να γίνεται σωστή πρόληψη, χρειάζεται να αναγνωρίζονται και να αποφεύγονται οι **προδιαθεσικοί παράγοντες** (δηλαδή άλλες παθήσεις ή καταστάσεις που προκαλούν αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου). Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η αρτηριακή υπέρταση (πίεση), ο σακχαρώδης διαβήτης (σάκχαρο), οι καρδιοπάθειες, η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών, η παχυσαρκία, το κάπνισμα, καθώς και οι κληρονομικοί παράγοντες. (Σχήμα 4.1).

Σχήμα 4.1

### **ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ**

- 1. Αρτηριακή υπέρταση**
- 2. Σακχαρώδης διαβήτης**
- 3. Καρδιοπάθειες**
- 4. Παχυσαρκία και υπερχοληστεριναιμία**
- 5. Χρήση αντισυλληπτικών χαπιών**
- 6. Κάπνισμα**
- 7. Κληρονομική προδιάθεση**

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

1. αυτά που προκαλούνται όταν ένα εγκεφαλικό αγγείο αποφραχθεί (βουλώσει) και λέγονται **ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια** και

2. αυτά που προκαλούνται, όταν ένα εγκεφαλικό αγγείο ραγί (σπάσει), και λέγονται **αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια**.

## 4.1. Ισχαιμικά Εγκεφαλικά Επεισόδια

### 4.1.1. Γενικά

Ένα **ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο** προκαλείται όταν σταματήσει η ροή του αίματος μέσα από μια *αρτηρία* του εγκεφάλου. Σε περίπτωση που η αρτηρία αυτή είναι σημαντική για τη λειτουργία του εγκεφάλου, η κατάσταση του ασθενούς είναι βαριά. Επειδή τα κύτταρα του εγκεφάλου είναι πολύ ευαίσθητα, η διακοπή της τροφοδοσίας με αίμα –και κατά συνέπεια με οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες– έχει ως συνέπεια το θάνατο πολλών κυττάρων, καθώς και τη δυσλειτουργία αρκετών άλλων γύρω από αυτά. Η περιοχή του εγκεφάλου, που πάσχει μετά από ένα ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, ονομάζεται **ισχαιμικό έμφρακτο**.

Σχεδόν πάντα, τα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια εμφανίζονται στις μεσαίες και στις μεγάλες ηλικίες.

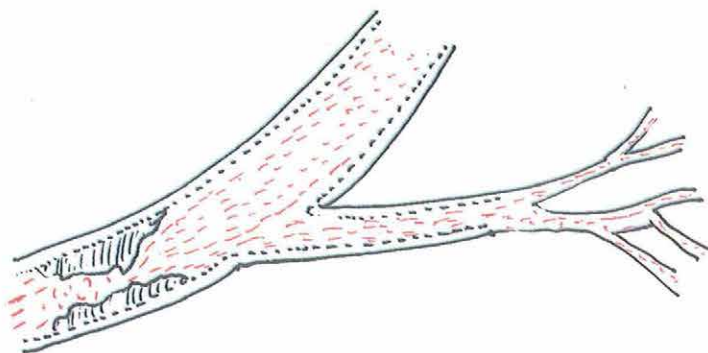
### 4.1.2. Αίτια

Τα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια συνήθως οφείλονται σε μεγάλη στένωση (ή πλήρη απόφραξη) κάποιας μεγάλης αρτηρίας. Η στένωση συνήθως προκαλείται από **αθηρωμάτωση** των αρτηριών. Ενώ η στένωση της αρτηρίας γίνεται σταδιακά (μέσα σε πολλά χρόνια), η νόσος εκδηλώνεται αιφνίδια (ξαφνικά), όταν κάποια στιγμή η ροή του αίματος επιβραδυνθεί πάρα πολύ ή σταματήσει τελείως. Αυτή η επιβράδυνση ή διακοπή της ροής του αίματος μέσα στη στενωμένη αρτηρία λέγεται και **θρόμβωση** της αρτηρίας. Γι' αυτό τα ισχαιμικά επεισόδια, που οφείλο-

νται σε αθηρωματική στένωση κάποιας εγκεφαλικής αρτηρίας, λέγονται και **θρομβωτικά ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια**.

Άλλη αιτία ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου, λιγότερο συχνή, είναι η απόφραξη κάποιας εγκεφαλικής αρτηρίας (συνήθως μεσαίου ή μικρού μεγέθους) από κάποιο παθολογικό υλικό που παρασύρεται με τη ροή του αίματος. Το παθολογικό υλικό αυτό λέγεται **έμβολο**, και γι' αυτό στην περίπτωση αυτή μιλάμε για **εμβολικό ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο**. Το «έμβολο» μπορεί να προέρχεται είτε από κομμάτι αθηρωματικής πλάκας άλλου μεγαλύτερου αγγείου (συνήθως της καρωτίδας αρτηρίας), που έχει αποσπαστεί και έχει μπει στην κυκλοφορία, είτε από την καρδιά όπου έχει δημιουργηθεί λόγω κάποιας καρδιοπάθειας (αρρυθμίας).

Άλλες, αρκετά σπάνιες αιτίες πρόκλησης ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου είναι ορισμένες παθήσεις των αρτηριών και του αίματος (ρευματολογικές και αιματολογικές παθήσεις).



**Εικ. 4.1** Αθηρωτική στένωση μεγάλης αρτηρίας

#### 4.1.3. Κλινικές εκδηλώσεις

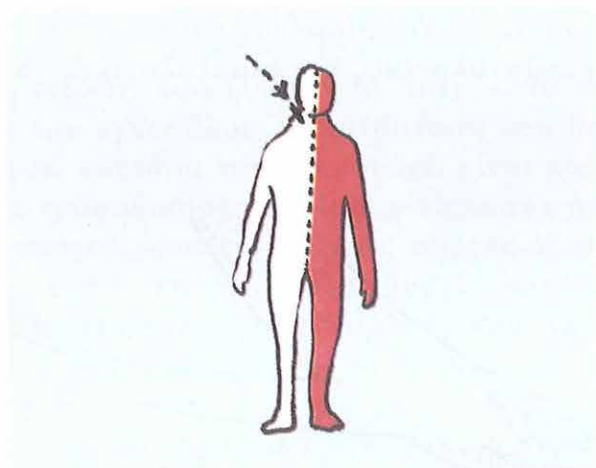
Όπως έχουμε αναφέρει παραπάνω, σχεδόν πάντα η νευρολογική συνδρομή εκδηλώνεται **αιφνίδια** με τη μορφή **ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου**.

Το είδος της συνδρομής εξαρτάται από το ποια περιοχή του εγκεφάλου έχει προσβληθεί.

Συνήθως προσβάλλεται μια εκτεταμένη περιοχή του ενός από τα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια. Στην περίπτωση αυτή έχουμε:

α) **Κινητικές διαταραχές**, δηλαδή πάρεση (μυϊκή αδυναμία) των άκρων (χεριού – ποδιού) στην **αντίθετη** πλευρά του σώματος. Η κατάσταση αυτή λέγεται **ημιπάρεση** ή –αν η κινητικότητα έχει καταργηθεί τελείως– **ημιπληγία**. Επίσης έχουμε πτώση της γωνίας του στόματος στην αντίθετη πλευρά του προσώπου.

β) **Αισθητικές διαταραχές** στα άκρα, στον κορμό και στο πρόσωπο στην αντίθετη πλευρά του σώματος, καθώς και διαταραχή του οπτικού πεδίου στην αντίθετη πλευρά.



**Εικ. 4.2** Απόφραξη της δεξιάς έσω καρωτίδας αρτηρίας στον τράχηλο προκαλεί διαταραχή της κινητικότητας και της αισθητικότητας στο αριστερό ημιμόριο του σώματος.

Π.χ. σε ισχαιμικό επεισόδιο του δεξιού εγκεφαλικού ημισφαιρίου έχουμε πάρεση (αδυναμία) στο αριστερό χέρι και στο αριστερό πόδι (αριστερή ημιπάρεση), πτώση της αριστερής γωνίας του στόματος, διαταραχή της αισθητικότητας στα αριστερά άκρα, και στο αριστερό ήμισυ του προσώπου και του κορμού, καθώς και συσκότιση του αριστερού οπτικού πεδίου.

γ) Διαταραχές του λόγου. Σε εκτεταμένη βλάβη του αριστερού εγκεφαλικού ημισφαιρίου σε ένα δεξιόχειρα ασθενή, εκτός από αυτά που αναφέρονται παραπάνω (δεξιά ημιπάρεση κτλ.), θα έχουμε και **διαταραχή της λειτουργίας του λόγου** (ο-

μιλίας, γραφής και κατανόησης του λόγου), γιατί στους δεξιόχειρες (90% του πληθυσμού), το κέντρο του λόγου βρίσκεται στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο. Η διαταραχή της λειτουργίας του λόγου λέγεται **αφασία**.

#### Σχήμα 4.2

- Σε βλάβη του **δεξιού** εγκεφαλικού ημισφαιρίου έχουμε:
  1. Μυϊκή αδυναμία στο αριστερό χέρι, στο αριστερό πόδι και στην αριστερή γωνία του στόματος (αριστερή ημιπάρεση ή ημιπληγία).
  2. Μείωση της αφής, του πόνου κτλ. στο αριστερό ήμισυ του προσώπου, στο αριστερό χέρι, στο αριστερό ήμισυ του κορμού και στο αριστερό πόδι (αριστερή ημιϋπαισθησία).
  3. Μείωση της όρασης στο αριστερό ήμισυ του οπτικού πεδίου (αριστερή ημιανοψία).
- Σε βλάβη του **αριστερού** εγκεφαλικού ημισφαιρίου σ' έναν δεξιόχειρα ασθενή, εκτός από τα αντίστροφα παραπάνω (δεξιά ημιπάρεση κτλ.) έχουμε και διαταραχή της ομιλίας (αφασία).

• Σπανιότερα προσβάλλονται το εγκεφαλικό στέλεχος και η παρεγκεφαλίδα. Τέτοια ισχαιμικά επεισόδια πολλές φορές είναι ύπουλα, γιατί επιδεινώνονται μέσα σε λίγες ώρες ή 24ωρα, ενώ η έναρξή τους μπορεί να γίνει με άτυπα συμπτώματα (π.χ. ίλιγγος και αστάθεια βάδισης). Από το εγκεφαλικό στέλεχος περνούν όλες οι νευρικές οδοί προς και από το σώμα. Επίσης στο εγκεφαλικό στέλεχος υπάρχουν ζωτικά νευρικά κέντρα που ελέγχουν την αναπνοή και την καρδιακή λειτουργία. Γι' αυτό αγγειακά επεισόδια του εγκεφαλικού στελέχους συχνά είναι **θανατηφόρα** ή προκαλούν βαριά νευρολογική συνδρομή (**τετραπάρεση**, δηλαδή μυϊκή αδυναμία και στα τέσσερα άκρα – χέρια και πόδια).

#### 4.1.4. Παρακλινικός διαγνωστικός έλεγχος

Η **αξονική τομογραφία (CT)** εγκεφάλου απεικονίζει τα ισχαιμικά έμφρακτα συνήθως **μετά το δεύτερο 24ωρο** από την εκδήλωση του επεισοδίου. Όμως, συνιστάται πάντα η επείγουσα διενέργειά της για να αποκλειστεί η ύπαρξη άλλης παθολογίας (π.χ. αιμορραγία, όγκος κτλ.).

Η **μαγνητική τομογραφία (MRI)** εγκεφάλου απεικονίζει εξαρχής τα ισχαιμικά έμφρακτα, και μάλιστα είναι η κατάλληλη

διαγνωστική δοκιμασία, αν υπάρχει υποψία για ισχαιμικό έμφρακτο εγκεφαλικού στελέχους ή / και παρεγκεφαλίδας.

Σε όλες τις περιπτώσεις ισχαιμικών επεισοδίων επιβάλλεται παρακλινικός έλεγχος για τα αγγεία του εγκεφάλου και για αναγνώριση προδιαθεσικών παραγόντων (αρτηριακής υπέρτασης, καρδιοπαθειών, σακχαρώδους διαβήτη κτλ.).

#### 4.1.5. Κλινική εξέλιξη και αντιμετώπιση

Στην **οξεία φάση** (στα πρώτα 24ωρα από την εκδήλωση του επεισοδίου) η ζωή του ασθενούς κινδυνεύει κυρίως από *δευτερογενείς επιπλοκές*, όπως π.χ. λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος (πνευμονίες), βιοχημικές διαταραχές, φλεβικές θρομβώσεις, *κατακλίσεις* κτλ.. Η εντατική φροντίδα του ασθενούς στην οξεία φάση κυρίως έχει στόχο την πρόληψη αυτών των δευτερογενών επιπλοκών.

Συνήθως, μετά τα πρώτα κρίσιμα 24ωρα, η κατάσταση σταθεροποιείται και αρχίζει αργή σταδιακή **βελτίωση** της νευρολογικής συνδρομής που ολοκληρώνεται μετά από πολλούς μήνες. Η βελτίωση στη μυϊκή ισχύ συνοδεύεται από εμφάνιση σπαστικότητας (**σπαστική ημιπάρεση** ή **τετραπάρεση**). Σ' αυτήν τη φάση καθοριστική σημασία έχει η **θεραπεία αποκατάστασης** (*κινησιοθεραπεία, λογοθεραπεία* κτλ.).

#### 4.1.6. Πρόδρομα συμπτώματα

Μερικές φορές, αρκετό καιρό πριν την εκδήλωση του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου, υπάρχουν πρόδρομα (προειδοποιητικά) συμπτώματα, που αν διαγνωστούν σωστά, μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη του επεισοδίου και επομένως στη σωτηρία της ζωής ή της σωματικής ακεραιότητας του ασθενούς.

Συνήθως τα πρόδρομα συμπτώματα αφορούν ασθενείς με αθηρωματική στένωση της καρωτίδας αρτηρίας στον τράχηλο.

Τα πρόδρομα συμπτώματα συνήθως εκδηλώνονται σαν **παροδική ισχαιμική προσβολή** ή σαν **κρίση φεύγουσας αμαύρωσης**.

Κατά την **παροδική ισχαιμική προσβολή**, ένας ασθενής εκδηλώνει, ξαφνικά, ελαφρά συμπτώματα ισχαιμικού εγκεφαλι-

κού επεισοδίου (ημιπάρεση, αφασία κτλ.), τα οποία αποκαθίστανται πλήρως μέσα σε μερικά λεπτά ή ώρες (μέχρι ένα 24ωρο).

Κατά την **κρίση φεύγουσας αμαύρωσης** εκδηλώνεται παροδική απώλεια της όρασης από το ένα μάτι, που δεν οφείλεται σε εξωτερικά (οφθαλμολογικά) αίτια.

Οι ασθενείς, με τέτοια πρόδρομα συμπτώματα, πρέπει να υποβάλλονται επειγόντως σε πλήρη παρακλινικό έλεγχο, που οπωσδήποτε πρέπει να περιλαμβάνει και **υπερηχογράφημα αγγείων τραχήλου** (καρωτίδων και σπονδυλικών αρτηριών). Η αθηρωματική στένωση της καρωτίδας αρτηρίας αντιμετωπίζεται χειρουργικά.

## 4.2. Αιμορραγικά Εγκεφαλικά Επεισόδια

Ένα **αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο** εκδηλώνεται όταν κάποια αρτηρία του εγκεφάλου **ραγεί** (σπάσει) με αποτέλεσμα να χυθεί αίμα μέσα ή / και γύρω στον εγκέφαλο.

Πρακτικά τα αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες που διαφέρουν σημαντικά ως προς τα αίτια και την αντιμετώπιση. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τα αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια που **δεν οφείλονται σε αγγειακή δυσπλασία**, ενώ η δεύτερη, τα αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια που **οφείλονται σε κάποια αγγειακή δυσπλασία** του εγκεφάλου.

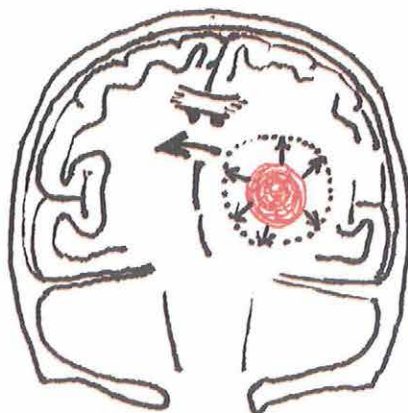
### 4.2.1. Αιμορραγικό επεισόδιο χωρίς αγγειακή δυσπλασία

Το επεισόδιο αυτό σχεδόν πάντα οφείλεται σε ρήξη κάποιας μικρής αρτηρίας, συνήθως στο βάθος του ενός από τα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια και πολύ σπανιότερα στο στέλεχος ή στην παρεγκεφαλίδα. Είναι πάθηση που αφορά τις μεσαίες και μεγάλες ηλικίες.

Προηγείται εκφύλιση του τοιχώματος των μικρών αρτηριών του εγκεφάλου (το τοίχωμα των αρτηριών χάνει σταδιακά την ελαστικότητα και την αντοχή του), που διαρκεί πολλά χρόνια και δεν προειδοποιεί συνήθως τον ασθενή με κάποια πρόδρομα συμπτώματα. Οι προδιαθεσικοί παράγοντες που ευθύνο-

νται για την εκφύλιση αυτή είναι κυρίως η αρτηριακή υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης.

Το επεισόδιο συμβαίνει, όταν ραγεί (σπάσει) μια από τις εκφυλισμένες μικρές αρτηρίες. Τότε, μια ποσότητα αίματος χύνεται μέσα στον εγκέφαλο, συνήθως στην κεντρική περιοχή –**τα βασικά γάγγλια**– ενός από τα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια, προκαλώντας βλάβη στην περιοχή αυτή του εγκεφάλου. Αυτό το αίμα που έχει χυθεί μέσα στον εγκέφαλο ονομάζεται **αυτόματο ενδεγκεφαλικό αιμάτωμα** ("αυτόματο" σε διάκριση από το "τραυματικό" που είδαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο). Στα πρώτα 24ωρα μετά το επεισόδιο, το αιμάτωμα αυτό μπορεί να ασκήσει πίεση στον υγιή εγκέφαλο που βρίσκεται γύρω του.



**Εικ. 4.3** Ένα αυτόματο ενδεγκεφαλικό αιμάτωμα μπορεί να ασκήσει πίεση στο γύρω "υγιή" εγκέφαλο

Έτσι, **οι κλινικές εκδηλώσεις** περιλαμβάνουν:

α) Εκδηλώσεις που οφείλονται στην άμεση βλάβη μιας περιοχής του εγκεφάλου από την αιμορραγία. Αυτές οι εκδηλώσεις είναι παρόμοιες με αυτές του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου που αναφέραμε προηγουμένως.

β) Εκδηλώσεις που οφείλονται στην πίεση που ασκεί το αιμάτωμα στον υγιή εγκέφαλο, ιδιαίτερα αν το αιμάτωμα είναι πολύ μεγάλο. Η πίεση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε βαθύ κώμα και θάνατο.



Σχεδόν πάντα, όπως προαναφέραμε, η αιμορραγία συμβαίνει στα βασικά γάγγλια του ενός από τα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει: ημιπάρεση ή ημιπληγία των αντίθετων άκρων, πτώση της γωνίας του στόματος στην αντίθετη πλευρά, διαταραχή της αισθητικότητας στα αντίθετα άκρα και στην αντίθετη πλευρά του προσώπου και του κορμού, συσκότιση του οπτικού πεδίου στην αντίθετη πλευρά καθώς και διαταραχή της λειτουργίας του λόγου (αφασία), αν η αιμορραγία αφορά το κυρίαρχο εγκεφαλικό ημισφαίριο (το αριστερό στους δεξιόχειρες).

Η διάγνωση γίνεται εύκολα με αξονική τομογραφία (CT) εγκεφάλου. Σπάνια χρειάζεται χειρουργική αντιμετώπιση. Η θεραπευτική αγωγή στοχεύει κυρίως στη μείωση της πίεσης που ασκείται από το αιμάτωμα καθώς και στην πρόληψη δευτερογενών επιπλοκών (πνευμονιών, διαταραχών βιοχημικής ισορροπίας, φλεβικών θρομβώσεων, κατακλίσεων κτλ.). Η κλινική εξέλιξη είναι παρόμοια με αυτήν του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου, με τη διαφορά ότι σε περιπτώσεις αιμορραγίας, η νευρολογική συνδρομή είναι συνήθως βαρύτερη και η πρόγνωση χειρότερη.

Σπανιότερα η αιμορραγία εκδηλώνεται στο στέλεχος του εγκεφάλου ή / και στην παρεγκεφαλίδα. Τότε η νευρολογική συνδρομή συνήθως είναι βαριά (κώμα) ή επιδεινώνεται γρήγορα (μετά από μερικές ώρες). Η διάγνωση γίνεται με αξονική τομογραφία (CT) ή / και μαγνητική τομογραφία (MRI) εγκεφάλου. Επειδή η πίεση που ασκεί το αιμάτωμα απειλεί άμεσα τη ζωή του ασθενούς, πολλές φορές απαιτείται η χειρουργική αφαίρεση του αιματώματος.

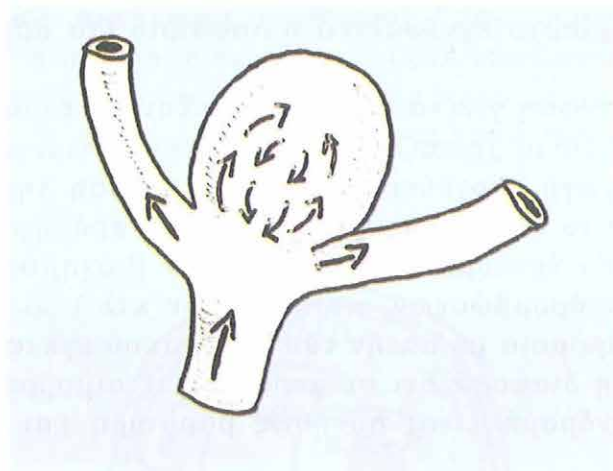
#### **4.2.2. Αιμορραγικό επεισόδιο που οφείλεται σε αγγειακή δυσπλασία – υπαραχνοειδής αιμορραγία**

Τα επεισόδια αυτά αποτελούν μια ιδιαίτερη κατηγορία διαφορετική από τα υπόλοιπα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, επειδή προσβάλλουν όλες ανεξαιρέτα τις ηλικίες. Δε συνοδεύονται απαραίτητα από προδιαθεσικούς παράγοντες ούτε από γενικευμένη αγγειακή νόσο. Χρειάζονται συνήθως χειρουργική αντιμετώπιση και είναι καταστάσεις από τη μια πολύ σοβαρές και

από την άλλη δυνητικά ιάσιμες (θεραπεύσιμες), με την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

Η συνηθέστερη ομάδα τέτοιων επεισοδίων είναι η υπαραχνοειδής αιμορραγία λόγω ρήξης **εγκεφαλικού ανeurύσματος**.

Το **ανεύρυσμα** είναι μια παθολογική διάταση (φούσκωμα) στο τοίχωμα κάποιας από τις μεγάλες αρτηρίες που βρίσκονται στη βάση του εγκεφάλου.



**Εικ. 4.4** Ανεύρυσμα εγκεφάλου

Συνήθως αναπτύσσεται σε φυσιολογική θέση διακλάδωσης μιας μεγάλης αρτηρίας. Τα βέλη δείχνουν την κατεύθυνση ροής του αίματος

Οι αιτίες, στις οποίες οφείλεται η δημιουργία του ανeurύσματος, τις περισσότερες φορές δεν είναι σαφείς. Σε μερικές περιπτώσεις προϋπάρχει αρτηριακή υπέρταση, σε άλλες όχι. Συνήθως, το ανeurύσμα μέχρι να ραγεί (να σπάσει) δε δίνει πρόδρομα συμπτώματα και έτσι δεν προειδοποιεί τον ασθενή, γι' αυτό και η αιμορραγία από ρήξη ανeurύσματος χαρακτηρίζεται σαν "κεραυνός εν αιθρία". Όταν σπάσει το ανeurύσμα, μια ποσότητα αίματος χύνεται στον υπαραχνοειδή χώρο (δηλαδή ανάμεσα στην αραχνοειδή μήνιγγα και στον εγκέφαλο). Αυτή η αιμορραγία λέγεται **υπαραχνοειδής αιμορραγία**. Όταν συμβεί, υπάρχουν τρία ενδεχόμενα:

- να επέλθει ο θάνατος του ασθενούς άμεσα ή σε λίγη ώρα
- να επιζήσει ο ασθενής σε βαριά νευρολογική κατάσταση (κώμα) ή
- να επιζήσει ο ασθενής σε καλή νευρολογική κατάσταση.

Οι ασθενείς που επιζούν και μένουν χωρίς την κατάλληλη θεραπεία, κινδυνεύουν άμεσα από την επανάληψη της αιμορραγίας (δηλαδή από το ενδεχόμενο να ξανασπάσει το ανεύρυσμα και να επέλθει ο θάνατος). Γι' αυτό επιβάλλεται η επείγουσα διάγνωση και αντιμετώπιση. Ιδιαίτερη σημασία έχει αυτό στους ασθενείς που η κατάστασή τους είναι ελαφριά, γιατί σε αυτούς συχνότερα μπορεί να μη γίνει σωστή διάγνωση. Η σωστή διάγνωση στους ασθενείς αυτούς γίνεται με τη λήψη **ιστορικού** την **κλινική εξέταση** και τον **παρακλινικό διαγνωστικό έλεγχο**.

- Στο **ιστορικό** σημασία έχει η περιγραφή του επεισοδίου από τον ασθενή. Συνήθως ο ασθενής αναφέρει **ξαφνική, πολύ έντονη και ασυνήθιστη αυχενοϊνιακή κεφαλαλγία** (πονοκέφαλο στο πίσω μέρος του κεφαλιού), που τον ανάγκασε να πέσει κάτω ("σαν να με κτύπησε κάποιος από πίσω με σφυρί") και που συνοδεύτηκε από **εμέτους** (εμετούς).



**Εικ. 4.5** Ο πονοκέφαλος της υπαραχνοειδούς αιμορραγίας είναι ξαφνικός, πολύ έντονος, αναγκάζει τον ασθενή να πέσει κάτω και συνοδεύεται από έμετο.

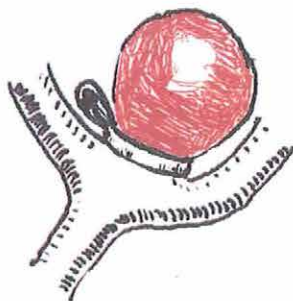
- Στην **κλινική εξέταση** διαπιστώνεται **αυχενική δυσκαμψία** (δυσκολία και "σφίξιμο", όταν επιχειρείται –με πολύ μαλακές κινήσεις– από τον εξεταστή η κάμψη της κεφαλής του ασθενούς προς τα μπρος, δηλαδή προς το στήθος), αν έχουν περάσει μερικές ώρες (6–8) από το επεισόδιο. Επίσης, μπορεί να υπάρχει κάποια νευρολογική διαταραχή (π.χ. ημιπάρεση). Μπορεί, όμως,

και να μην υπάρχουν καθόλου παθολογικά ευρήματα στην κλινική εξέταση.

- Η **διάγνωση** της αιμορραγίας γίνεται με αξονική τομογραφία (CT) και –αν υπάρχει αμφιβολία– με οσφυονωτιαία παρακέντηση και εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Με αυτή διαπιστώνεται μακροσκοπικά (με γυμνό μάτι) ή και μικροσκοπικά (με μικροσκόπιο) η ύπαρξη πρόσφατου αίματος (ερυθρών αιμοσφαιρίων).

Αμέσως μετά, πρέπει να γίνεται ψηφιακή αγγειογραφία (DSA) εγκεφάλου, για την απεικόνιση των αγγείων του εγκεφάλου και τον εντοπισμό του ανευρύσματος.

Η αντιμετώπιση, σύμφωνα με τις σύγχρονες απόψεις, πρέπει να γίνεται επειγόντως, για να αποφευχθεί το ενδεχόμενο επανάληψης της αιμορραγίας (να ξανασπάσει το ανεύρυσμα). Η αντιμετώπιση γίνεται, ανάλογα με την περίπτωση, είτε με **μικροχειρουργική επέμβαση** (λεπτή νευροχειρουργική επέμβαση που γίνεται με ειδικά εργαλεία και με χρήση χειρουργικού μικροσκοπίου), είτε με **ενδαγγειακή επέμβαση** – "**εμβολισμό**" (γίνεται με εισαγωγή ειδικού καθετήρα στο αγγείο κάτω από ακτινοσκοπικό έλεγχο, όπως η αγγειογραφία). Αυτή στοχεύει στον αποκλεισμό του ανευρύσματος από την κυκλοφορία του αίματος, ώστε αυτό να μην μπορεί να ξαναιμορραγήσει. Αμέσως μετά, τα πρώτα 24ωρα επιβάλλεται η εντατική νοσηλεία του ασθενούς –αρχικά σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και στη συνέχεια σε Θάλαμο Αυξημένης Φροντίδας, ώστε να προληφθούν άλλες δευτερογενείς επιπλοκές της αιμορραγίας.



**Εικ. 4.6** Ειδικός μικροχειρουργικός αγκτήρας (clip - "μανταλάκι") έχει τοποθετηθεί στον αυχένα του ανευρύσματος

♦ Οι **αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου** αποτελούν συχνό αίτιο θανάτου ή σοβαρής αναπηρίας και συνήθως εκδηλώνονται αιφνίδια, με την μορφή αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (ΑΕΕ).

♦ Τα **αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια** χωρίζονται σε ισχαιμικά (όταν κάποια αρτηρία του εγκεφάλου αποφράσσεται) και αιμορραγικά (όταν κάποια αρτηρία του εγκεφάλου σπάζει).

♦ Τα **ισχαιμικά ΑΕΕ και τα αιμορραγικά ΑΕΕ που δεν οφείλονται σε αγγειακή δυσπλασία** αφορούν συνήθως τις μεγάλες ηλικίες, έχουν σαφείς προδιαθεσικούς παράγοντες και συχνά συνοδεύονται από γενικευμένη εκφύλιση όλων των αιμοφόρων αγγείων του σώματος. **Προδιαθεσικοί παράγοντες** είναι η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι καρδιοπάθειες, η υπερχοληστεριναιμία, η παχυσαρκία, το κάπνισμα και η χρήση αντισυλληπτικών χαπιών. Η **κλινική εκδήλωση** έχει χαρακτηριστικές συνήθως οξείας δυσλειτουργίας ενός από τα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια (έκπτωση επιπέδου συνείδησης, ημιπάρεση και -αν η βλάβη αφορά το αριστερό ημισφαίριο- αφασία). Η αντιμετώπιση είναι συνήθως συντηρητική. Σημασία έχει στην οξεία φάση η γενική υποστήριξη του ασθενούς, και αργότερα η θεραπεία από-κατάστασης.

♦ Τα **αιμορραγικά ΑΕΕ που οφείλονται σε αγγειακή δυσπλασία** αποτελούν ξεχωριστή κατηγορία, γιατί αφορούν όλες τις ηλικίες, και μπορεί να μην συνοδεύονται από προδιαθεσικούς παράγοντες, ούτε από γενικευμένη αγγειακή νόσο. Η σοβαρότερη κατηγορία τέτοιων επεισοδίων είναι η υπαραχνοειδής αιμορραγία λόγω ρήξης εγκεφαλικού ανευρύσματος. Αυτή μπορεί να εκδηλωθεί αρχικά με "ελαφριά" μορφή (αυχανοϊνιακή κεφαλαλγία με εμέτους), όμως χωρίς άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση ο ασθενής κινδυνεύει σοβαρά από επανάληψη της αιμορραγίας. Η αντιμετώπιση είναι συνήθως χειρουργική.

1. Αν μια νευρολογική συνδρομή εκδηλώνεται αιφνίδια (ξαφνικά), συνήθως τι αιτιολογία έχει;
2. Ποιοι είναι οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες για τις αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου;
3. Σε ποιες μεγάλες κατηγορίες χωρίζονται τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια;
4. Τι είναι ισχαιμικό έμφρακτο και τι αυτόματο ενδεγκεφαλικό αιμάτωμα;
5. Κάποιος συγγενής σας, ηλικίας 60 ετών, πάσχει εδώ και 15 χρόνια από αρτηριακή υπέρταση, όμως δεν επισκέπτεται τακτικά γιατρό και δεν παίρνει κάθε μέρα τα φάρμακά του. Σας αναφέρει ότι πριν μερικές μέρες αισθάνθηκε "μούδιασμα" στο δεξί του χέρι που κράτησε λίγα λεπτά ενώ ταυτόχρονα δυσκολευόταν να μιλήσει. Τι θα τον συμβουλευσετε και γιατί;
6. Ποια είναι τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των αιμορραγικών εγκεφαλικών επεισοδίων που οφείλονται σε αγγειακή δυσπλασία, σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων;
7. Μια φίλη σας, 20 ετών, υγιής, αισθάνθηκε ξαφνικά αόρητο πόνο στο πίσω μέρος του κεφαλιού και έκανε δύο φορές εμετό. Λέει ότι τέτοιο πράγμα δεν της έχει ξανασυμβεί ποτέ. Από τότε έχουν περάσει δύο ώρες, και τώρα αισθάνεται τελείως καλά. Τι θα την συμβουλευσετε;
8. Αντιστοιχήστε τους όρους στην αριστερή στήλη με αυτούς στην δεξιά.

α. Υπαραχνοειδής αιμορραγία

β. Αρτηριακή υπέρταση

γ. Αφασία

δ. Αθηρωμάτωση

ε. Αυτόματο ενδεγκεφαλικό αιμάτωμα

στ. Ισχαιμικό έμφρακτο

1. Προδιαθεσικός παράγοντας ΑΕΕ

2. Στένωση μεγάλης αρτηρίας

3. Αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο

4. Ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο

5. Ανεύρυσμα

6. Κυρίαρχο εγκεφαλικό ημισφαίριο (αριστερό στους δεξιόχειρες)

9. Ποιες από τις παρακάτω προτάσεις είναι σωστές και ποιες λάθος;

α. Η υπαραχνοειδής αιμορραγία λόγω ρήξης ανευρύσματος εκδηλώνεται σχεδόν πάντα στις μεσαίες και στις μεγάλες ηλικίες.

**β.** Τα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια τις περισσότερες φορές οφείλονται σε στένωση κάποιας μεγάλης εγκεφαλικής αρτηρίας λόγω αθηρωμάτωσης.

**γ.** Ένας ασθενής που αιφνίδια (ξαφνικά) παρουσιάζει αριστερή ημιπάρεση, πιθανά πάσχει από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στο δεξιό εγκεφαλικό ημισφαίριο.

**δ.** Οι ασθενείς με αυτόματο ενδεγκεφαλικό αιμάτωμα στην παρεγκεφαλίδα σχεδόν ποτέ δε χρειάζονται χειρουργική αντιμετώπιση.

### *Δραστηριότητες*

♦ Άνδρας ασθενής ηλικίας 68 ετών πάσχει από αρτηριακή υπέρταση εδώ και 20 χρόνια. Πριν μερικές ώρες παρουσίασε ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο αριστερού εγκεφαλικού ημισφαιρίου, που εκδηλώθηκε με αιφνίδια (ξαφνική) εγκατάσταση δεξιάς ημιπάρεσης και αφασίας (δυσχέρειας στην ομιλία), και εισήχθη επειγόντως στο νοσοκομείο. Μετριέται η αρτηριακή πίεση του ασθενούς και βρίσκεται 210/110 mm Hg, δηλαδή η "μεγάλη" (η συστολική) πίεση είναι 21 και η "μικρή" (η διαστολική) είναι 11. Οι γιατροί που κάνουν επίσκεψη συζητούν μεταξύ τους. Ο ένας υποστηρίζει ότι πρέπει επειγόντως να δοθεί ενδοφλέβια φαρμακευτική αγωγή, ώστε αμέσως η πίεση να πέσει στα "φυσιολογικά επίπεδα". Ο άλλος γιατρός διαφωνεί με αυτά τα δραστικά μέτρα και προτείνει απλώς να μετριέται η πίεση κάθε μία ώρα. Ποιος από τους δύο έχει δίκιο και γιατί;





## **ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΕΜΠΤΗ : ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

**Λοίμωξη** ονομάζεται η *φλεγμονή* που οφείλεται στην "εισβολή" και τον πολλαπλασιασμό κάποιου *παθογόνου μικροοργανισμού*. Η φλεγμονή των μηνίγγων ονομάζεται *μηνιγγίτιδα*, η φλεγμονή του εγκεφάλου *εγκεφαλίτιδα*, του νωτιαίου μυελού *μυελίτιδα* και των περιφερικών νεύρων *νευρίτιδα*.

Οι λοιμώξεις του νευρικού συστήματος μπορεί να οφείλονται σε μικρόβια (οξεία μικροβιακή μηνιγγίτιδα, φυματιώδης μηνιγγίτιδα, νευροσύφιλη) ή σε ιούς (ιογενής μηνιγγίτιδα ή / και εγκεφαλίτιδα, έρπητας ζωστήρας, σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS). Λιγότερο συχνή είναι πια στις μέρες μας η πολιομυελίτιδα).

Οι λοιμώξεις του νευρικού συστήματος αφορούν όλες τις ηλικίες και συνήθως είναι καταστάσεις σοβαρές, που μπορούν όμως να θεραπευθούν με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή, στην οποία περιλαμβάνονται τα κατάλληλα – ανάλογα με την περίπτωση– αντιμικροβιακά φάρμακα (αντιβιοτικά). Γι' αυτό έχει σημασία η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση.

### **5.1. Μηνιγγίτιδες**

Οι μηνιγγίτιδες χαρακτηρίζονται από πυρετό, κεφαλαλγία (πονοκέφαλο) και *αυχενική δυσκαμψία*. Μερικές φορές υπάρχουν ακόμα έμετοι και πτώση του επιπέδου συνείδησης (υπνηλία ή κόμα). Η μηνιγγίτιδα συνήθως οφείλεται σε κοινά μικρόβια (οξεία μικροβιακή μηνιγγίτιδα), στο μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης (φυματιώδης μηνιγγίτιδα) ή σε ιούς (ιογενής μηνιγγίτιδα).

- **Γενικά**

- Είναι σοβαρή *πάθηση* που μπορεί να προσβάλλει όλες τις ηλικίες.

- Η είσοδος των μικροβίων στο νευρικό σύστημα γίνεται είτε άμεσα (π.χ. μετά από τραυματισμό), είτε από κοντινές περιοχές του σώματος (π.χ. μετά από λοίμωξη του αυτιού ή και των παραρινίων κόλπων), είτε **αιματογενώς** (τα μικρόβια μπορεί να έρθουν με την κυκλοφορία του αίματος από οποιαδήποτε περιοχή του σώματος).

- Τα υπεύθυνα παθογόνα μικρόβια είναι συχνότερα ο **αιμόφιλος της ινφλουένζας** (στα παιδιά), ο **πνευμονιόκοκκος** και ο **μηνιγγιτιδόκοκκος** (στα παιδιά και στους ενήλικες). Σπανιότερα είναι ο **στρεπτόκοκκος**, ο **σταφυλόκοκκος** και η **λίστέρια**.

Προφυλακτική λήψη φαρμάκων (αντιβιοτικών) από όσους έρχονται σε επαφή με τον ασθενή (συγγενείς, νοσηλευτές, γιατρούς κτλ.) έχει νόημα μόνο σε περιπτώσεις μηνιγγίτιδας από μηνιγγιτιδόκοκκο, για την οποία υπάρχει και κατάλληλο εμβόλιο.

- Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι:

- **τοπικοί**, όπως:

- 1) κρανιοεγκεφαλική κάκωση με παραμένουσα εκροή εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ρινόρροια), ή
- 2) επίμονη φλεγμονή του αυτιού (ωτίτιδα) ή των παραρινίων κόλπων (παραρινοκολπίτιδα) που δεν έχει θεραπευτεί κατάλληλα,

- **συστηματικοί**, όπως:

- 1) ανεπάρκεια του ανοσοποιητικού συστήματος οποιασδήποτε αιτιολογίας, ή
- 2) αλκοολισμός.

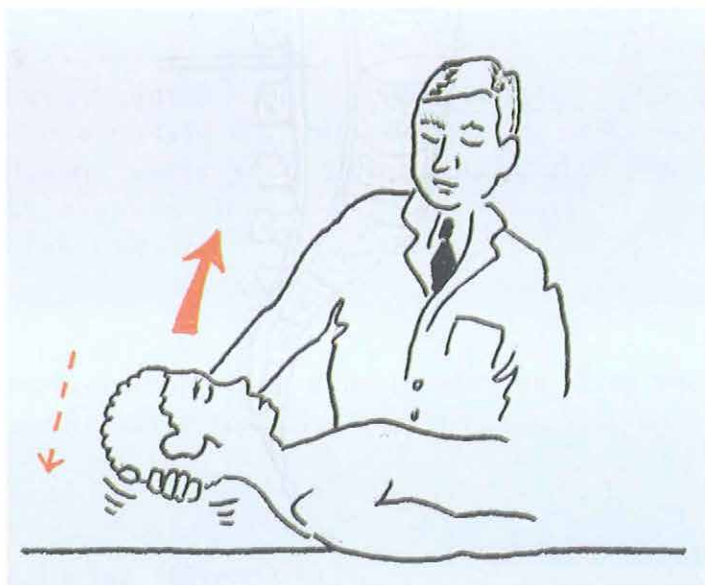
- **Κλινικές εκδηλώσεις**

Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από την "κλασσική τριάδα" **πυρετός – κεφαλαλγία** (πονοκέφαλος) και **αυχενική δυσκαμψία**, και συνήθως εγκαθίσταται πλήρως μέσα σε μερικές ημέρες. Αναλυτικότερα, η κλινική εικόνα περιλαμβάνει πρόδρομες εκδηλώσεις, συστηματικές εκδηλώσεις, μηνιγγικές εκδηλώσεις και συνοδές νευρολογικές εκδηλώσεις.

– **Πρόδρομες εκδηλώσεις:** Λίγες μέρες πριν την εκδήλωση της μηνιγγίτιδας μπορεί να υπάρχει λοίμωξη σε άλλη περιοχή του σώματος (κρυολόγημα, μέση ωτίτιδα, πνευμονία) που συνοδεύεται από μυαλγίες (πόνους στους μύες), οσφυαλγία (πόνους στη μέση) και υπνηλία.

– **Συστηματικές εκδηλώσεις:** Υψηλός πυρετός. Σε ασθενείς με μηνιγγίτιδα από μηνιγγιτιδόκοκκο μπορεί να εκδηλωθεί παροδικό ερυθματώδες δερματικό εξάνθημα.

– **Μηνιγγικές εκδηλώσεις:** Αυχενική δυσκαμψία (που διαπιστώνεται αν επιχειρηθεί από τον εξεταστή –με ήρεμες κινήσεις– παθητική κάμψη της κεφαλής του ασθενούς προς τα εμπρός), κεφαλαλγία (πονοκέφαλος) και φωτοφοβία (ο ασθενής ενοχλείται υπερβολικά από το φως).

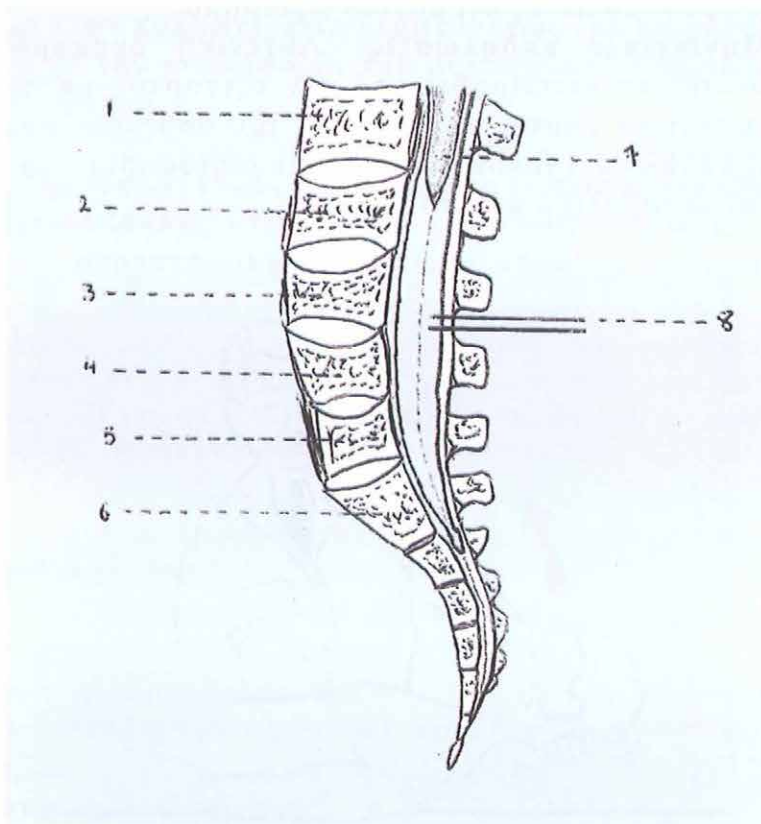


**Εικ. 5.1** Η αυχενική δυσκαμψία διαπιστώνεται όταν ο εξεταστής προσπαθεί με ήρεμες κινήσεις να κάμψει την κεφαλή του ασθενούς προς τα εμπρός.

– **Συνοδές νευρολογικές εκδηλώσεις:** Το 90% των ασθενών έχει πτώση του επιπέδου συνείδησης (από ελαφριά υπνηλία μέχρι βαθύ κώμα σε σοβαρές περιπτώσεις). Συχνά παρουσιάζονται επιληπτικές κρίσεις, ενώ πιο σπάνια άλλου είδους νευρολογικές εκδηλώσεις (διαταραχές εγκεφαλικών νεύρων, κώφωση, ημιπάρεση κτλ.).

- **Παρακλινικός έλεγχος και θεραπεία**

Ο παρακλινικός διαγνωστικός έλεγχος περιλαμβάνει επείγουσα αξονική τομογραφία (CT) εγκεφάλου, για να αποκλειστεί άλλου είδους παθολογία (π.χ. υπαραχνοειδής αιμορραγία), και αμέσως μετά **οσφυονωτιαία παρακέντηση** και εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY).



**Εικ. 5.2** Οσφυονωτιαία παρακέντηση

- 1: Πρώτος οσφυϊκός σπόνδυλος
- 2: Δεύτερος οσφυϊκός σπόνδυλος
- 3: Τρίτος οσφυϊκός σπόνδυλος
- 4: Τέταρτος οσφυϊκός σπόνδυλος
- 5: Πέμπτος οσφυϊκός σπόνδυλος
- 6: Πρώτος ιερός σπόνδυλος
- 7: Κάτω άκρο νωτιαίου μυελού (μεταξύ 1<sup>ου</sup> και 2<sup>ου</sup> οσφυϊκού σπονδύλου στους ενήλικες)
- 8: Η βελόνα εισάγεται συνήθως μεταξύ 3<sup>ου</sup> - 4<sup>ου</sup> οσφυϊκού σπονδύλου (απίσω)

Με αυτήν αφ' ενός γίνεται η διάγνωση, και αφ' ετέρου με τις κατάλληλες μικροβιολογικές δοκιμασίες (καλλιέργεια – αντιβιογράμμα) αναγνωρίζεται το υπεύθυνο μικρόβιο και επιλέγεται η κατάλληλη αντιμικροβιακή φαρμακευτική αγωγή (αντιβίωση), που αρχικά δίνεται ενδοφλέβια και στη συνέχεια από το στόμα.

- **Κλινική εξέλιξη**

Η κλινική εξέλιξη είναι άσχημη σε περιπτώσεις "κεραυνοβόλας" μικροβιακής μηνιγγίτιδας, όπου μόνο λίγες ώρες μετά την εκδήλωση των πρώτων συμπτωμάτων ακολουθεί βαθύ κώμα και συχνά ο θάνατος.

Σε περιπτώσεις που η εκδήλωση των συμπτωμάτων γίνεται σταδιακά, η πρόγνωση είναι πολύ καλύτερη.

Σε κάθε περίπτωση που τίθεται η υποψία της νόσου, ταυτόχρονα με τη φροντίδα για τη μεταφορά του ασθενούς σε ειδικό κέντρο, πρέπει πάντα να αρχίζει ενδοφλέβια χορήγηση αντιμικροβιακής φαρμακευτικής αγωγής (αντιβίωσης) ευρέως φάσματος σε μεγάλες δόσεις.

Η συνολική θνητότητα εξακολουθεί να είναι της τάξης του 10–15% των περιπτώσεων στις ανεπτυγμένες κοινωνίες.

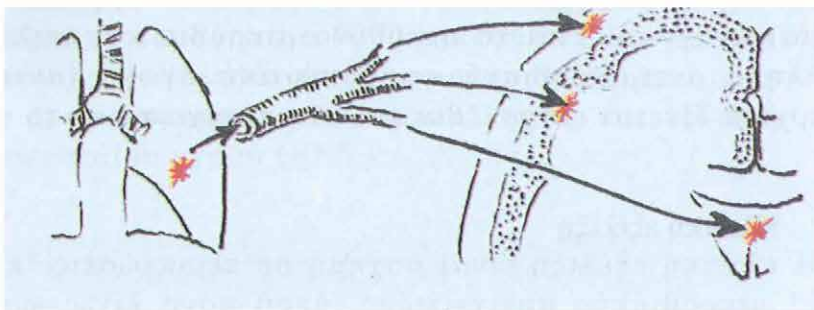
### 5.1.2. Φυματιώδης Μηνιγγίτιδα

- **Γενικά**

Η **φυματίωση** είναι μια *λοιμώδης νόσος* που προκαλείται από μια ιδιαίτερη κατηγορία μικροοργανισμών, τα μυκοβακτηρίδια.

Το τελευταίο διάστημα η νόσος παρουσιάζει πάλι ανησυχητική έξαρση σε όλον τον κόσμο, ενώ τις προηγούμενες δεκαετίες είχε υποχωρήσει σημαντικά.

Το νευρικό σύστημα προσβάλλεται στο 1% περίπου των ασθενών με πνευμονική φυματίωση.



**Εικ. 5.3** Η φυματίωση διασπείρεται από τους πνεύμονες προς τον εγκέφαλο του ασθενούς μέσω της κυκλοφορίας του αίματος.

- **Κλινικές εκδηλώσεις**

Συνήθως η φυματιώδης μηνιγγίτιδα εξελίσσεται πιο αργά από την πυώδη και περνάει από τρεις φάσεις μέσα σε μία ως τρεις εβδομάδες (αν δεν αρχίσει η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή): Αρχικά υπάρχουν μη ειδικά συμπτώματα (πυρετός-υψηλία), στη συνέχεια σύγχυση, αυχενική δυσκαμψία και εστιακές νευρολογικές εκδηλώσεις (διαταραχές εγκεφαλικών νεύρων, ημιπάρεση κτλ.). Τελικά ο ασθενής πέφτει σε κώμα, και μπορεί να πεθάνει.

Πιο σπάνια, η νόσος ακολουθεί άτυπη πορεία. Σε μερικούς ασθενείς εξελίσσεται πολύ γρήγορα (σαν οξεία μικροβιακή μηνιγγίτιδα). Σε άλλους ασθενείς εξελίσσεται πολύ αργά (μέσα σε μήνες) και οι κλινικές εκδηλώσεις μοιάζουν με αυτές της γεροντικής άνοιας.

- **Παρακλινικός διαγνωστικός έλεγχος**

Η διάγνωση γίνεται με **οσφυονωτιαία παρακέντηση** και ειδική εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY), αφού προηγηθεί επείγουσα αξονική τομογραφία (CT) εγκεφάλου για αποκλεισμό άλλης παθολογίας.

- **Θεραπεία και έκβαση**

Η θεραπεία περιλαμβάνει ειδικά αντιφυματικά φάρμακα και διαρκεί πολλούς μήνες.

Αν η θεραπεία αρχίσει έγκαιρα η θνητότητα είναι 10%, ενώ αν αρχίσει καθυστερημένα φτάνει στο 50 %.

### 5.1.3. Ιογενής Μηνιγγίτιδα

- **Γενικά**

- Οι **ιοί** είναι μικροοργανισμοί μικρότεροι από τα βακτήρια, υπεύθυνοι για πολλά λοιμώδη νοσήματα.

- Στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, οι ιοί φτάνουν με δύο τρόπους: είτε αιματογενώς είτε μέσω των περιφερικών νεύρων.

- Οι συχνότερες ιογενείς λοιμώξεις του ΚΝΣ είναι η **ιογενής μηνιγγίτιδα** και η **οξεία ιογενής εγκεφαλίτιδα**. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις, μερικοί ιοί προκαλούν βαριές **χρόνιες εγκεφαλίτιδες**. Οι ιογενείς εγκεφαλίτιδες περιγράφονται σε επόμενη παράγραφο.

- Η ιογενής μηνιγγίτιδα συνήθως προκαλείται από εντεροϊούς, από τον ιό της παρωτίτιδας ("μαγουλάδων") ή από τον ιό του απλού έρπητα τύπου II.

- **Κλινικές εκδηλώσεις**

Η ιογενής μηνιγγίτιδα έχει μικρή διάρκεια (7–14 μέρες) και σχεδόν πάντα ο ασθενής αναρρώνει πλήρως.

Αρχικά παρουσιάζεται η πρόδρομη φάση, που περιλαμβάνει πυρετό, κακουχία και φαρυγγαλγία (πονόλαιμο), και ακολουθεί η μηνιγγική φάση που περιλαμβάνει κεφαλαλγία, αυχενική δυσκαμψία, υπνηλία και φωτοφοβία.

- **Παρακλινικός έλεγχος**

Η διάγνωση γίνεται με **οσφουονωτιαία παρακέντηση** και εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY).

- **Έκβαση**

Η πρόγνωση είναι **άριστη**. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς γίνονται καλά μόνοι τους. Συνήθως η θεραπευτική αγωγή περιορίζεται στην ανακούφιση των συμπτωμάτων. (Σχήμα 5.1. – Μηνιγγίτιδες)

## Σχήμα 5.1.

### Μηνιγγίτιδες

|                           | ΑΙΤΙΟ   | ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ                     | ΕΚΒΑΣΗ             |
|---------------------------|---|------------------------------------|--------------------|
| ΟΞΕΙΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ (ΠΥΩΔΗΣ) | Κοινά μικρόβια (αιμόφιλος, κόκκοι)                | Συνήθως βαριά εξάρχης              | Θνητότητα 10 - 15% |
| ΦΥΜΑΤΙΩΔΗΣ                | Μυκοβακτηρίδιο φυματίωσης                         | Συνήθως αρχικά ελαφριά, μετά βαριά | Θνητότητα 10 - 50% |
| ΙΟΓΕΝΗΣ                   | Κοινοί ιοί (απλού έρπητα, παρωτίτιδας, εντεροϊοί) | Ελαφριά                            | Πολύ καλή          |

### 5.2. Εγκεφαλίτιδες

Είναι σοβαρές παθήσεις, αφού πάσχει ο ίδιος ο εγκέφαλος. Πιο συχνή είναι η οξεία ιογενής εγκεφαλίτιδα. Η οξεία μικροβιακή εγκεφαλίτιδα είναι πιο σπάνια και σχεδόν πάντα αποτελεί επιπλοκή της οξείας μικροβιακής μηνιγγίτιδας. Επίσης σπάνιες είναι οι χρόνιες εγκεφαλίτιδες, που μπορεί να οφείλονται σε ιούς ή σε "προϊούς".

#### 5.2.3. Οξεία Ιογενής Εγκεφαλίτιδα

- **Γενικά**

Συνήθως προκαλείται από τον **ιό της παρωτίτιδας** ("μαγουλάδων"), από τον **ιό του απλού έρπητα τύπου I** ή από τον **ιό της ανεμευλογιάς - έρπητα ζωστήρα**. Οι προδιαθεσικοί παράγοντες δεν είναι διευκρινισμένοι. Για παράδειγμα, πάρα πολλοί άνθρωποι είναι φορείς του **ιού απλού έρπητα τύπου I** (πάσχουν από **επιχείλιο έρπητα**), όμως ελάχιστοι από αυτούς αναπτύσσουν εγκεφαλίτιδα για άγνωστους λόγους.

- **Κλινικές εκδηλώσεις**

Η νόσος αρχικά εκδηλώνεται με γενικά συμπτώματα (πυρετός, κακουχία) και με μηνιγγικά συμπτώματα (κεφαλαλγία, αυχενική δυσκαμψία). Σε μερικές μέρες εκδηλώνεται η προσβολή



του εγκεφάλου, με επιληπτικές κρίσεις, σύγχυση, ημιπάρεση, αφασία, διαταραχές μνήμης και συμπεριφοράς ή διαταραχές εγκεφαλικών νεύρων.

- **Ο παρακλινικός διαγνωστικός έλεγχος**

- Περιλαμβάνει:**

- **Αξονική τομογραφία (CT)** εγκεφάλου που έχει χαρακτηριστικά ευρήματα ιδιαίτερα στην εγκεφαλίτιδα από τον ιό του απλού έρπητα.

- **Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ)** που επίσης πολλές φορές έχει χαρακτηριστικά ευρήματα.

- **Οσφρονωτιαία παρακέντηση** και εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY), με ειδικές ανοσολογικές διαγνωστικές δοκιμασίες.

- **Βιοψία εγκεφάλου** χρησιμοποιείται για τη διάγνωση σε ορισμένες περιπτώσεις.

- **Θεραπεία**

Η θεραπευτική αγωγή είναι ειδική (ειδικά αντιϊκά φάρμακα) και **συμπτωματική**.

- **Έκβαση**

Εξαρτάται από τον υπεύθυνο ιό.

Οι περιπτώσεις που οφείλονται στον **ιό του απλού έρπητα** παρουσιάζουν θνητότητα 20%, ενώ, αυτές που οφείλονται στον **ιό της παρωτίτιδας**, παρουσιάζουν θνητότητα 2% (δέκα φορές μικρότερη). Αρκετοί από τους ασθενείς που επιβιώνουν παρουσιάζουν μόνιμες νευρολογικές δυσλειτουργίες.

### 5.2.2. Χρόνιες Ιογενείς Εγκεφαλίτιδες

Πολύ σπάνια ο **ιός της ιλαράς** και ο **ιός της ερυθράς** προκαλούν βαριές χρόνιες εγκεφαλίτιδες που καταλήγουν στο θάνατο. Οι περιπτώσεις αυτές έχουν ελαχιστοποιηθεί τα τελευταία χρόνια μετά την εφαρμογή του συστηματικού εμβολιασμού για ιλαρά και ερυθρά.

Οργανισμοί που μοιάζουν με ιούς ("**προϊοί**") ενοχοποιούνται για τη **σπογγώδη εγκεφαλοπάθεια των ανθρώπων** (νόσος

Creutzfeldt – Jakob) και τη σπογγώδη εγκεφαλοπάθεια των βοοειδών (νόσος "τρελών αγελάδων").

### 5.3. Νευροσύφιλη

- **Γενικά**

Η σύφιλη είναι μια *λοιμώδης νόσος* που προκαλείται από το μικροοργανισμό **ωχρά σπειροχαίτη** (ή αλλιώς "τρεπόννημα το ωχρόν").

Μεταδίδεται είτε με **σεξουαλική επαφή** (οπότε ονομάζεται **επίκτητη σύφιλη**) είτε από τη **μητέρα στο έμβρυο** κατά την εγκυμοσύνη (οπότε ονομάζεται **συγγενής σύφιλη**).

Αν η νόσος δε διαγνωστεί και μείνει αθεράπευτη, εξελίσσεται αργά σε τρεις φάσεις:

α) Στην πρώτη φάση (**πρωτογενής σύφιλη**) εμφανίζεται συνήθως ένα μαλακό έλκος (πληγή) στα γεννητικά όργανα, που επουλώνεται γρήγορα από μόνο του.

β) Έξι εβδομάδες περίπου μετά την επούλωση του μαλακού έλκους, εμφανίζονται οι κλινικές εκδηλώσεις της δευτέρης φάσης (**δευτερογενής σύφιλη**), που περιλαμβάνουν εκδηλώσεις από το δέρμα (ένα εξάνθημα που λέγεται "**συφιλιδική ροδάνθη**") καθώς και ηπατίτιδα ή τη λεμφαδενίτιδα. Οι εκδηλώσεις αυτές είναι οξείες για 2–8 εβδομάδες περίπου και στη συνέχεια παρουσιάζουν αυτόματη ύφεση (υποχώρηση) ή γίνονται χρόνιες για 2 χρόνια περίπου. Μέσα σε αυτά τα 2 χρόνια το **25%** των (αθεράπευτων) ασθενών εκδηλώνει τη λεγόμενη **οξεία συφιλιδική μηνιγγίτιδα** που περιγράφεται παρακάτω. Μετά τα 2 πρώτα χρόνια ακολουθεί μια λανθάνουσα περίοδος –στην οποία η νόσος είναι σιωπηρή– που διαρκεί από λίγους μήνες μέχρι πολλά χρόνια. Ακολουθούν οι κλινικές εκδηλώσεις της τρίτης φάσης (**τριτογενής σύφιλη**). Αυτές περιλαμβάνουν την ανάπτυξη οζιδίων (των **συφιλιδικών κομμωμάτων**) στο δέρμα, το ήπαρ (συκώτι) και τα οστά, καθώς και ειδικές εκδηλώσεις από το **Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ)** στο **7%** των ασθενών. Στην τρίτη φάση ο ασθενής δε μεταδίδει τη νόσο σε άλλους.

- **Κλινικές εκδηλώσεις νευροσύφιλης**

Στον όρο "νευροσύφιλη" περιλαμβάνονται οι εκδηλώσεις της **οξείας συφιλιδικής μηνιγγίτιδας** που αφορούν το **25%** των

(αθεράπευτων) ασθενών στη δεύτερη φάση της νόσου, καθώς και οι ειδικές εκδηλώσεις από το ΚΝΣ που αφορούν το 7% των (αθεράπευτων) ασθενών στην τρίτη φάση της νόσου.

**1. Η οξεία συφιλιδική μηνιγγίτιδα** παρουσιάζεται στο 25% των (αθεράπευτων) ασθενών κατά τη δεύτερη φάση της νόσου, συνήθως 6 μήνες – 2 χρόνια μετά τη μόλυνση.

- **Κλινικές εκδηλώσεις**

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η νόσος είναι τελείως ασυμπτωματική και αποκαλύπτεται μόνο αν γίνει οσφυονωτιαία παρακέντηση και εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY).

Σε μερικούς ασθενείς εκδηλώνεται σαν "**άσηπτη μηνιγγίτιδα**", με πυρετό, εξάνθημα, κακουχία και αυχενική δυσκαμψία, ενώ σε μερικούς άλλους εκδηλώνεται σαν "**οξεία βασική μηνιγγίτιδα**" με βαριές κλινικές εκδηλώσεις.

- **Παρακλινικός διαγνωστικός έλεγχος**

Η διάγνωση γίνεται με οσφυονωτιαία παρακέντηση και εξέταση του ENY, καθώς και ειδικές μικροβιολογικές εξετάσεις στο αίμα που γίνονται σε όλους τους ασθενείς όταν υπάρχει υποψία για σύφιλη (test VDRL και προσδιορισμός ειδικών αντισωμάτων).

- **Πρόληψη, θεραπεία και έκβαση**

Η πρόληψη για τη σύφιλη –όπως και για όλα τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα– γίνεται με τη χρήση ελαστικού προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή.

Η θεραπεία σε όλες τις περιπτώσεις σύφιλης γίνεται με χορήγηση κατάλληλης αντιμικροβιακής φαρμακευτικής αγωγής (αντιβίωσης). Συνήθως το φάρμακο εκλογής είναι η **πενικιλίνη**. Στην πρώτη και δεύτερη φάση η σύφιλη θεραπεύεται πλήρως.

**2. Οι ειδικές νευρολογικές εκδηλώσεις της τριτογενούς σύφιλης**

Παρουσιάζονται στο 7% των (αθεράπευτων) ασθενών κατά την τρίτη φάση της νόσου.

Σ' αυτές περιλαμβάνονται:

- **Μηνιγγοαγγειακή σύφιλη.** Συνήθως εκδηλώνεται 5-10 χρόνια μετά τη μόλυνση, με εκδηλώσεις που θυμίζουν ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο.

- **Νωτιαία σύφιλη.** Συνήθως εκδηλώνεται 10-15 χρόνια μετά τη μόλυνση, με εκδηλώσεις προϊούσας (επιδεινούμενης) παραπάρεσης, που καταλήγει σε παραπληγία.

- **Ατροφία οπτικών νεύρων.** Συνήθως εκδηλώνεται 10-15 χρόνια μετά τη μόλυνση, με βαριές διαταραχές της όρασης.

- **Προϊούσα γενικευμένη παράλυση.** Συνήθως εκδηλώνεται 15-20 χρόνια μετά τη μόλυνση, με άνοια και τετραπάρεση.

- **"Νωτιάς φθίση".** Συνήθως εκδηλώνεται 15-20 χρόνια μετά τη μόλυνση, με διαταραχές στην όραση, στην αισθητικότητα των άκρων και του σώματος και στις αρθρώσεις.

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις η θεραπεία βασίζεται στη χορήγηση κατάλληλης αντιμικροβιακής (αντιβιοτικής) φαρμακευτικής αγωγής (συνήθως πενικιλίνης). Όσο νωρίτερα γίνει η διάγνωση και αρχίσει η θεραπεία, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση.

#### 5.4. Έρπητας Ζωστήρας

- **Γενικά**

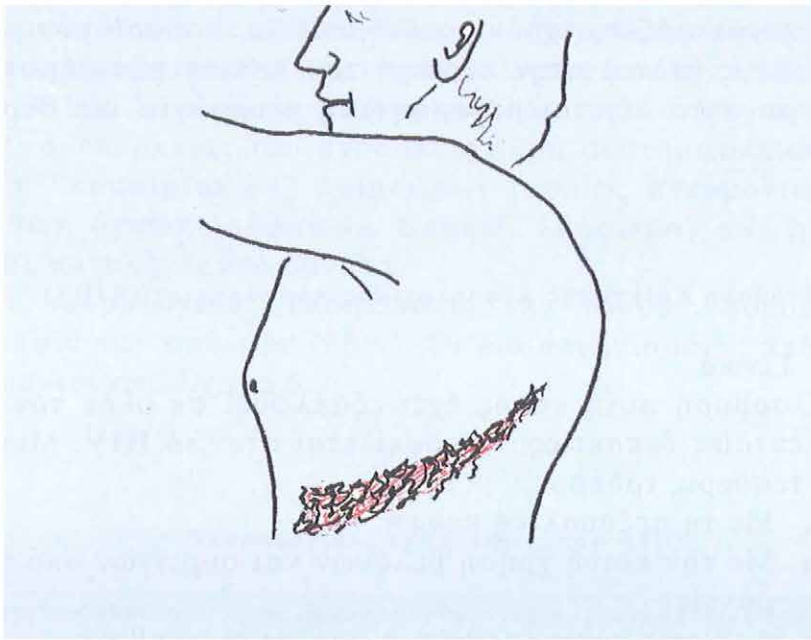
Ο ιός που προκαλεί τον **έρπητα ζωστήρα** είναι ο ίδιος που προκαλεί και την **ανεμευλογία**, και ονομάζεται **ιός ανεμευλογιάς - έρπητα ζωστήρα**.

Ο **έρπητας ζωστήρας** προκαλείται από την επανεργοποίηση του ιού συνήθως αρκετά χρόνια μετά την αρχική λοίμωξη (την ανεμευλογία).

Συνήθως παρουσιάζεται σε ασθενείς πάνω από 50 ετών.

- **Η κλινική εκδήλωση**

Περιλαμβάνει ένα χαρακτηριστικό **ζωστηροειδές** (σαν ζωστήρα) **εξάνθημα** στον κορμό, που αποτελείται από μικρές φυσαλίδες γεμάτες με διαυγές υγρό.



**Εικ. 5.4 Έρπητας ζωστήρας**

Το εξάνθημα συνοδεύεται από έντονο καυστικό άλγος (πόνο). Μία έως τρεις βδομάδες αργότερα οι φυσαλίδες υποχωρούν και παραμένει ουλή διαφορετικού χρώματος απ' αυτό του παρακείμενου υγιούς δέρματος. Στο 20% των περιπτώσεων προσβάλλεται ο νωτιαίος μυελός και παρουσιάζονται μυϊκές αδυναμίες στα κάτω άκρα (παραπάρεση), που σπάνια είναι σοβαρές και μόνιμες.

Πολύ σπάνια ο έρπητας ζωστήρας εκδηλώνεται στην περιοχή του ματιού (οφθαλμικός έρπητας ζωστήρας) ή του αυτιού.

- **Η διάγνωση**

Βασίζεται κυρίως στην κλινική εικόνα.

- **Η θεραπευτική αγωγή**

Είναι συνήθως συμπτωματική. Ειδικά αντιϊκά φάρμακα χορηγούνται σε περιπτώσεις οφθαλμικού έρπητα ζωστήρα καθώς και σε ασθενείς με ανοσολογική ανεπάρκεια.

- **Έκβαση**

Στο 10% του συνόλου των ασθενών μετά την ανάρρωση της νόσου παρουσιάζεται χρόνιο σύνδρομο με σοβαρό μόνιμο καυστικό άλγος (πόνος) στην περιοχή του παλιού εξανθήματος. Το σύνδρομο αυτό λέγεται **μεθερπητική νευραλγία** και θεραπεύεται δύσκολα.

## 5.5. Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS)

- **Γενικά**

Η σοβαρή αυτή νόσος έχει εξαπλωθεί σε όλον τον κόσμο τις τελευταίες δεκαετίες, και οφείλεται στον **ιό HIV**. Μεταδίδεται με τέσσερις τρόπους:

1. Με τη σεξουαλική επαφή.
2. Με την κοινή χρήση βελόνων και συρίγγων από τοξικομανείς.
3. Από την έγκυο (ασθενή ή φορέα) στο έμβρυο.
4. Σε ασθενείς που μεταγγίστηκαν με μολυσμένο αίμα (σήμερα δεν υπάρχει πια τέτοιος κίνδυνος).

Ο ιός προσβάλλει σταδιακά το **ανοσοποιητικό σύστημα** του οργανισμού, γι' αυτό ο ασθενής γίνεται ευάλωτος στην ανάπτυξη λοιμώξεων και κακοήθων όγκων.

Αμέσως μετά τη μόλυνση ακολουθεί συνήθως μια φάση οξείας λοίμωξης με γενικά συμπτώματα (πυρετό, κακουχία κτλ.) που διαρκεί λίγες μέρες και υποχωρεί από μόνη της. Στη συνέχεια το 70% των ασθενών δεν παρουσιάζει συμπτώματα για μια μακρά λανθάνουσα περίοδο (μήνες ή χρόνια) στη διάρκεια της οποίας είναι φορείς του ιού και μπορούν να τον μεταδώσουν.

**Παρά το γεγονός ότι στη φάση αυτή οι φορείς είναι ασυμπτωματικοί (δε νοσούν), μπορούν να ανιχνευτούν στο αίμα τους ειδικά αντισώματα της νόσου και έτσι να ενημερωθούν κατάλληλα ώστε να παίρνουν τα κατάλληλα μέτρα για να μη μεταδίδουν τη νόσο.**

Μετά τη λανθάνουσα περίοδο εκδηλώνεται η συμπτωματική χρόνια λοίμωξη. Αρχικά αυτή περιλαμβάνει το λεγόμενο **σχετιζόμενο σύνδρομο** (απώλεια βάρους, *διάρροιες*, *λήθαργο* και στοματικές *μυκητιάσεις*), και στην τελική φάση την ίδια την νόσο του AIDS. Σ' αυτό το στάδιο εκδηλώνονται οι συνέπειες της βαριάς ανεπάρκειας του ανοσοποιητικού συστήματος, όπως ανάπτυξη "ευκαιριακών" λοιμώξεων (κυρίως πνευμονιών) και **κακοήθων όγκων** (*σάρκωμα Carosi*, *λέμφωμα*) και η οποία συνήθως καταλήγει στο θάνατο.

Οι **νευρολογικές εκδηλώσεις** της νόσου αφορούν την πλειοψηφία των ασθενών (80%). Οι πιο συνηθισμένες από αυτές αναφέρονται στο Σχήμα 5.2.

Σχήμα 5.2

Νευρολογικές εκδηλώσεις του AIDS

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Όγκοι εγκεφάλου οφειλόμενοι στο AIDS</b></p>      | <p><i>Ο πιο συχνός τέτοιος όγκος είναι το λέμφωμα εγκεφάλου. Εκδηλώνεται συνήθως με εικόνα βλάβης ενός από τα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια (ημιπάρεση κτλ.). Η διάγνωση γίνεται με αξονική ή με μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου, καθώς και με προσδιορισμό ειδικών αντισωμάτων στο αίμα (εξέταση που γίνεται σε όλους τους ασθενείς ύποπτους για AIDS). Η θεραπεία περιλαμβάνει χειρουργική εξαίρεση του όγκου και ακτινοθεραπεία. Η πρόγνωση είναι άσχημη (συνήθως θάνατος μετά λίγους μήνες).</i></p> |
| <p><b>Λοιμώξεις οφειλόμενες στο AIDS</b></p>            | <p><i>Οι ασθενείς με AIDS συχνά παρουσιάζουν εγκεφαλίτιδα από ιούς ή από τοξόπλασμα (ένα είδος μικροοργανισμού), καθώς και μηνιγγίτιδα. Η διάγνωση γίνεται με οσφουοντιαία παρακέντηση και εξέταση του ENY, καθώς και με εξέταση αίματος για αντισώματα.</i></p>  |
| <p><b>Άνοια οφειλόμενη στο AIDS</b></p>                 | <p><i>Προκαλείται από προσβολή του εγκεφάλου από τον ίδιο τον ιό HIV. Συνήθως έχει γρήγορη εξέλιξη και δεν είναι αναστρέψιμη.</i></p>   |
| <p><b>Αμφιβληστροειδοπάθεια οφειλόμενη στο AIDS</b></p> | <p><i>Προκαλείται από ιούς ή από τοξόπλασμα. Εκδηλώνεται με διαταραχή της όρασης.</i></p>   |

|  |  |
|--|--|
| Μυελοπάθεια οφειλόμενη στο AIDS            | Προκαλείται από ιούς. Συνήθως εκδηλώνεται με παραπάρεση. |
| Περιφερική νευροπάθεια οφειλόμενη στο AIDS | Προκαλείται από ιούς.                                    |

♦ **Πρόληψη του AIDS.** Δυστυχώς μέχρι σήμερα δεν έχει παρασκευαστεί αποτελεσματικό εμβόλιο ενάντια στον ιό HIV. Γι' αυτό τα γενικά προληπτικά μέτρα, με σημαντικότερο από αυτά τη χρήση ελαστικού προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή, έχουν καθοριστική σημασία στην πρόληψη. Είναι σημαντικό να ξέρουν όλοι ότι το AIDS δε μεταδίδεται με απλή κοινωνική επαφή (χειραψία, πιάτα, ποτήρια κτλ.), γι' αυτό οι ασθενείς και οι φορείς του AIDS δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν "κοινωνικά απόβλητοι."

### Σχήμα 5.3

|   |   |
|---|---|
| <p>▶ <b>Το AIDS μεταδίδεται:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Με σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη</li> <li>- Με κοινή χρήση συρίγγων / βελόνων από τοξικομανείς</li> <li>- Από τη μητέρα (ασθενή ή φορέα) στο νεογνό</li> </ul> | <p>▶ <b>Το AIDS δεν μεταδίδεται:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Με απλή κοινωνική επαφή (χειραψία, πιάτα, ποτήρια κτλ.)</li> <li>- Σήμερα, οι μεταγγίσεις αίματος και παραγώγων είναι ασφαλείς</li> </ul> |
|---|---|

**Θεραπεία.** Σήμερα η γενική θεραπεία των ασθενών με AIDS βασίζεται στη χορήγηση ειδικών φαρμάκων, με καλά αποτελέσματα (ύφεση της νόσου για μεγάλο χρονικό διάστημα). Οι επιπλοκές της νόσου (λοιμώξεις και όγκοι) αντιμετωπίζονται κατά περίπτωση.



## 5.6. Σπάνιες Λοιμώξεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

### 5.6.1. Πολιομυελίτιδα

Η **πολιομυελίτιδα**, που παλιότερα ήταν πολύ διαδεδομένη, σήμερα είναι εξαιρετικά σπάνια στις ανεπτυγμένες κοινωνίες χάρις στο συστηματικό εμβολιασμό. Προκαλείται από τον ιό της πολιομυελίτιδας. Προσβάλλει τις μήνιγγες και το νωτιαίο μυελό, προκαλώντας πυρετό, κεφαλαλγία, αυχενική δυσκαμψία και παραλύσεις στα άκρα (πόδια ή / και χέρια) μερικές φορές μόνιμες. Η θνητότητα σε περιόδους επιδημιών έφτανε το 25%.

### 5.6.2. Εγκεφαλικό Απόστημα

Το **εγκεφαλικό απόστημα** είναι σπάνια νόσος που προκαλείται όταν κάποιο μικρόβιο δημιουργήσει μια πυώδη κοιλότητα μέσα στον εγκέφαλο, χωρίς συχνά να έχει προηγηθεί μηνιγγίτιδα ή εγκεφαλίτιδα. Οι *κλινικές εκδηλώσεις* θυμίζουν περισσότερο όγκο (δες επόμενη θεματική ενότητα) παρά λοίμωξη. Συνήθως δεν υπάρχει πυρετός, ούτε αυχενική δυσκαμψία. Ο ασθενής παρουσιάζει εικόνα σταδιακά εξελισσόμενης βλάβης του ενός από τα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια (ημιπάρεση κτλ.) ή / και επιληπτικές κρίσεις. Η διάγνωση γίνεται με αξονική (CT) ή / και μαγνητική (MR) τομογραφία εγκεφάλου. Η θεραπεία είναι συνδυασμός χειρουργικής αφαίρεσης της μάζας και (συνήθως πολύμηνης) χορήγησης της κατάλληλης αντιμικροβιακής (αντιβιοτικής) φαρμακευτικής αγωγής.

### 5.6.3. Τοξοπλάσμωση

Το τοξόπλασμα ανήκει σε μια κατηγορία παθογόνων μικροοργανισμών που λέγονται πρωτόζωα. Μεταδίδεται στον άνθρωπο από ζώα (κυρίως από γάτες.) Οι ασθενείς με AIDS παρουσιάζουν συχνά προσβολή του εγκεφάλου ή / και του αμφιβληστροειδή χιτώνα των ματιών από τοξόπλασμα. Επίσης, η νόσος μπορεί να μεταδοθεί από μια φαινομενικά υγιή έγκυο γυναίκα στο έμβρυο, προκαλώντας του σοβαρές ανωμαλίες. Γι' αυτό, όλες οι έγκυοι υποβάλλονται σε ειδικές εξετάσεις για **τοξοπλάσμωση** αμέσως μετά τη διάγνωση της εγκυμοσύνης.

♦ Οι **λοιμώξεις του νευρικού συστήματος** αφορούν τις μηνιγγες (μηνιγγίτιδες), τον εγκέφαλο (εγκεφαλίτιδες) και πιο σπάνια το νωτιαίο μυελό και τα περιφερικά νεύρα. Μπορεί να οφείλονται σε κοινά μικρόβια (οξεία μικροβιακή μηνιγγίτιδα), σε μυκοβακτηρίδια (φυματιώδης μηνιγγίτιδα), στην ωχρά σπειροχαίτη (νευροσύφιλη) ή σε ιούς (η ιογενής μηνιγγίτιδα και η οξεία ιογενής εγκεφαλίτιδα σε κοινούς ιούς, το AIDS στον ιό HIV, ο έρπητας ζωστήρας στον ιό ανεμευλογιάς – έρπητα ζωστήρα).

♦ Οι **μηνιγγίτιδες** εκδηλώνονται με πυρετό, κεφαλαλγία και αυχενική δυσκαμψία. Σε σοβαρές περιπτώσεις υπάρχουν επίσης έμετοι και πτώση του επιπέδου συνείδησης (υπνηλία ή κώμα). Η διάγνωση γίνεται με οσφουονωτιαία παρακέντηση και ειδικές εξετάσεις του ΕΝΥ. Η οξεία μικροβιακή (πυώδης) μηνιγγίτιδα έχει εξαρχής βαριά κλινική εικόνα. Η φυματιώδης μηνιγγίτιδα αρχικά έχει ελαφριά κλινική εικόνα, η οποία όμως αργότερα επιδεινώνεται. Η ιογενής μηνιγγίτιδα έχει ελαφριά κλινική εικόνα. Η οξεία μικροβιακή και η φυματιώδης μηνιγγίτιδα εξακολουθούν να έχουν υψηλή θνητότητα, ενώ αντίθετα η ιογενής μηνιγγίτιδα έχει πολύ καλή έκβαση. Η οξεία μικροβιακή και η φυματιώδης μηνιγγίτιδα χρειάζονται θεραπεία με κατάλληλα αντιβιοτικά φάρμακα.

♦ Η πιο συχνή **εγκεφαλίτιδα** είναι η οξεία ιογενής εγκεφαλίτιδα. Οφείλεται σε κοινούς ιούς. Εκδηλώνεται με πυρετό, κεφαλαλγία, αυχενική δυσκαμψία, σύγχυση, υπνηλία, ημιπάρεση και επιληπτικές κρίσεις. Η έκβαση εξαρτάται από το είδος του υπεύθυνου ιού.

♦ Η **σύφιλη** είναι ασθένεια που μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή, έχει συνεχή εξέλιξη για πολλά χρόνια, αν μείνει αθεράπευτη, και χρειάζεται φαρμακευτική αγωγή με αντιβιοτικά (πενικιλίνη). Η οξεία συφιλιδική μηνιγγίτιδα παρουσιάζεται στη δεύτερη φάση της νόσου, 6 μήνες – 2 χρόνια μετά τη μόλυνση, και συνήθως έχει ελαφριά μορφή. Οι ειδικές νευρολογικές εκδηλώσεις της σύφιλης παρουσιάζονται στην τρίτη φάση της νόσου, 5 – 20 χρόνια μετά τη μόλυνση, και συνήθως έχουν βαριά μορφή.

♦ Το **AIDS** είναι ασθένεια που μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή και προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα, κάνοντας τον

οργανισμό ευάλωτο στην ανάπτυξη λοιμώξεων και όγκων. Η καλύτερη πρόληψη είναι η χρήση ελαστικού προφυλακτικού σε όλες τις σεξουαλικές επαφές. Η αναγνώριση των ασθενών και των φορέων της νόσου γίνεται με ειδική εξέταση αίματος. Οι φορείς δε νοσούν, όμως μεταδίδουν τη νόσο. Στις νευρολογικές εκδηλώσεις της νόσου περιλαμβάνονται: Ανάπτυξη κακοήθους λεμφώματος στον εγκέφαλο, ειδικού τύπου μηνιγγίτιδες και εγκεφαλίτιδες, άνοια και αμφιβληστροειδοπάθεια. Με τους σύγχρονους συνδυασμούς ειδικών φαρμάκων η ζωή των ασθενών μπορεί να παραταθεί για χρόνια.

♦ Ο **έρπητας ζωστήρας** οφείλεται σε ιό. Δεν απειλεί τη ζωή του ασθενή, όμως συχνά αφήνει χρόνιο άλγος (πόνος). Η πολιομυελίτιδα, το εγκεφαλικό απόστημα και η τοξοπλάσμωση είναι σπάνια *λοιμώδη νοσήματα* του νευρικού συστήματος.

### Ερωτήσεις

1. Τι είναι μηνιγγίτιδα και τι εγκεφαλίτιδα;
2. Ποια μικρόβια προκαλούν οξεία μικροβιακή μηνιγγίτιδα;
3. Ποια είναι η "κλασική τριάδα" στην κλινική εικόνα της οξείας μικροβιακής μηνιγγίτιδας;
4. Ποιος είναι ο ρόλος της οσφουονωτιαίας παρακέντησης στη διάγνωση και θεραπεία της οξείας μικροβιακής μηνιγγίτιδας;
5. Πώς γίνεται η διάγνωση της φυματιώδους μηνιγγίτιδας;
6. Ποια είναι η πρόγνωση της ιογενούς μηνιγγίτιδας;
7. Πώς μεταδίδεται η σύφιλη και ποια είναι η συχνότερη νευρολογική της εκδήλωση;
8. Ποιοι ιοί προκαλούν συχνότερα οξεία ιογενή εγκεφαλίτιδα;
9. Τι είναι η "νόσος των τρελών αγελάδων";
10. Ποιος μικροοργανισμός προκαλεί τον έρπητα ζωστήρα;
11. Πώς μεταδίδεται το AIDS;
12. Ποια είναι η αποτελεσματικότερη πρόληψη για το AIDS;

## Δραστηριότητες

♦ Μια νεανική παρέα συζητά για τις ερωτικές σχέσεις και το AIDS. Ο Νίκος υποστηρίζει ότι το θέμα δεν τον αφορά, γιατί δεν είναι ομοφυλόφιλος. Η Άννα λέει ότι έχει μόνιμο δεσμό με ένα αγόρι – δεσμός που ήταν ο πρώτος και για τους δύο, ότι είναι απόλυτα πιστή στη σχέση της και δεν απαιτεί από το σύντροφό της να χρησιμοποιεί προφυλακτικό, αλλά προτιμά να παίρνει αντισυλληπτικά χάπια. Η Φωτεινή υποστηρίζει ότι η λύση του προβλήματος είναι απλή: Το κράτος πρέπει να επιβάλλει υποχρεωτικό έλεγχο αίματος για AIDS σε όλον τον πληθυσμό και κατόπιν να συγκεντρώσει όλους τους ασθενείς και τους φορείς σε κάποιο νησί, εμποδίζοντάς τους να έρχονται σε οποιαδήποτε επαφή με τους υγιείς. Με ποιες από τις παραπάνω απόψεις συμφωνείτε;

## ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΕΚΤΗ : ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Όγκος είναι μια μάζα κυττάρων που προέρχονται από κάποιον φυσιολογικό ιστό του οργανισμού, όμως πολλαπλασιάζονται υπερβολικά γρήγορα σε βάρος των υγιών κυττάρων που βρίσκονται γύρω τους. Οι όγκοι ονομάζονται και "νεοπλασίες", "νεοπλάσματα" ή "χωροκατακτητικές εξεργασίες".

Οι **καλοήθεις όγκοι** απωθούν τους γύρω ιστούς χωρίς να τους διηθούν (διαβρώνουν) και δε δίνουν μεταστάσεις σε άλλες περιοχές του σώματος. Γι' αυτό συνήθως, αν γίνει ριζική χειρουργική εξαίρεση του όγκου, ο ασθενής θεραπεύεται πλήρως.

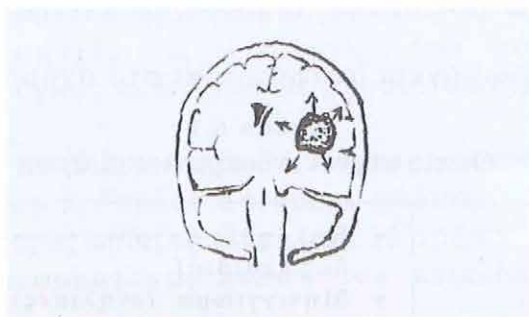
Οι **κακοήθεις όγκοι** διηθούν τους γύρω ιστούς και δίνουν μεταστάσεις σε άλλες περιοχές του σώματος. Γι' αυτό συχνά η ριζική χειρουργική εξαίρεση του όγκου δεν αρκεί, και χρειάζεται συμπληρωματική θεραπευτική αγωγή (χημειοθεραπεία ή και ακτινοθεραπεία).

Οι όγκοι που προσβάλλουν το νευρικό σύστημα είναι κυρίως αυτοί που αναπτύσσονται μέσα στην κοιλότητα του κρανίου (ενδοκρανιακοί όγκοι) και αυτοί που αναπτύσσονται στη σπονδυλική στήλη.

### 6.1. Ενδοκρανιακοί Όγκοι

Είναι πιο συχνοί στην παιδική ηλικία, στις μεσαίες και στις μεγάλες ηλικίες.

Η κλινική εικόνα συνήθως εμφανίζεται σταδιακά. Τις περισσότερες φορές ο όγκος αναπτύσσεται πιέζοντας ένα από τα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια.



**Εικ. 6.1** Ένας όγκος αναπτύσσεται μέσα στο εγκεφαλικό ημισφαίριο πιέζοντας τον γύρω εγκέφαλο.

Κατά συνέπεια οι κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν ημι-πάρεση στα αντίθετα άκρα, διαταραχή της αισθητικότητας στα αντίθετα άκρα και στο αντίθετο ημιμόριο του προσώπου και του κορμού, συσκότιση του οπτικού πεδίου στην αντίθετη πλευρά και (αν πρόκειται για το κυρίαρχο εγκεφαλικό ημισφαίριο, δηλαδή το αριστερό στους δεξιόχειρες) διαταραχή στη λειτουργία του λόγου (αφασία). Μερικές φορές – συχνότερα στα παιδιά – ο όγκος αναπτύσσεται στην περιοχή της παρεγκεφαλίδας ή και του εγκεφαλικού στελέχους, προκαλώντας *ίλιγγο, αστάθεια βάδισης, διαταραχές εγκεφαλικών νεύρων και τετραπάρεση.*

Πιο σπάνια η κλινική εκδήλωση του όγκου γίνεται απροειδοποίητα π.χ. με μια επιληπτική κρίση.

Πολύ συχνά υπάρχει επίμονη κεφαλαλγία (πονοκέφαλος).

Ο παρακλινικός διαγνωστικός έλεγχος περιλαμβάνει αξονική (CT) και μαγνητική (MRI) τομογραφία εγκεφάλου. Σε ειδικές περιπτώσεις ο έλεγχος συμπληρώνεται και με άλλες εξετάσεις π.χ. ψηφιακή αγγειογραφία (DSA) εγκεφάλου, για απεικόνιση των αιμοφόρων αγγείων στην περιοχή του όγκου ή γενικό έλεγχο για εντόπιση της πρωτοπαθούς εστίας, αν υπάρχει υποψία ότι ο όγκος είναι μεταστατικός.

Τις περισσότερες φορές η θεραπεία βασίζεται στη ριζική μικροχειρουργική εξαίρεση του όγκου. Ακολουθεί ιστολογική εξέταση ("βιοψία") του αφαιρεθέντος όγκου. Αν η ιστολογική εξέταση δείξει ότι πρόκειται για καλοήγη όγκο, συνήθως δεν απαιτείται συμπληρωματική θεραπεία. Αν η ιστολογική εξέταση δείξει ότι πρόκειται για κακοήγη όγκο, χρειάζεται συμπληρωματική θεραπευτική αγωγή (συνήθως ακτινοθεραπεία εγκεφάλου).

Οι ενδοκρανιακοί όγκοι μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Οι κακοήθεις όγκοι μπορεί να είναι πρωτοπαθείς ή μεταστατικοί (να προέρχονται από όγκο άλλης περιοχής του σώματος).

Οι πιο συχνοί όγκοι αναφέρονται στο σχήμα 6.1.

**Σχήμα 6.1**  
**Οι πιο συχνοί ενδοκρανιακοί όγκοι**

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Καλοήθεις</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Καλοήθες αστροκύττωμα παρεγκεφαλίδας (παιδιά)</li><li>• Μηνιγγίωμα (ενήλικες)</li><li>• Ακουστικό νευρίνωμα (ενήλικες)</li><li>• Αδένωμα υπόφυσης (ενήλικες)</li></ul> |
|------------------|--|

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Κακοήθεις</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Κακόηθες αστροκύττωμα εγκεφαλικού ημισφαιρίου ("πολύμορφο γλοιοβλάστωμα", ενήλικες)</li> </ul> |
| <b>Πρωτοπαθείς</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Μυελοβλάστωμα (παιδιά)</li> </ul>  |
| <b>Μεταστατικοί</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Εγκεφαλικές μεταστάσεις από καρκίνο μαστού ή πνεύμονα (ενήλικες)</li> </ul>                    |

### 6.1.1. Αστροκύττωμα

Είναι όγκος που προέρχεται από τα **αστροκύτταρα**, ένα είδος νευρογλοιακών κυττάρων. Ανήκει σε μια ευρύτερη κατηγορία όγκων που ονομάζονται **γλοιώματα**. Είναι ο πιο συχνός πρωτοπαθής όγκος του εγκεφάλου.

❖ Στους ενήλικες (μεσαίες και μεγάλες ηλικίες) το αστροκύττωμα συνήθως αναπτύσσεται στο βάθος του ενός από τα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια και τις περισσότερες φορές είναι κακοήθης όγκος ("πολύμορφο γλοιοβλάστωμα") με κακή έκβαση.

❖ Στα παιδιά το αστροκύττωμα συνήθως αναπτύσσεται στην παρεγκεφαλίδα και τις περισσότερες φορές είναι καλοήθης όγκος με καλή έκβαση.

**Οι κλινικές εκδηλώσεις** του αστροκυττώματος εξαρτώνται από την περιοχή του εγκεφάλου, στην οποία αναπτύσσεται.

♦ Στους ενήλικες συνήθως ο όγκος αναπτύσσεται στο εσωτερικό του ενός από τα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια, και προκαλεί σταδιακά ημιπάρεση (μυϊκή αδυναμία στα αντίθετα άκρα), διαταραχή της αισθητικότητας στα αντίθετα άκρα και στο αντίθετο ημιμόριο του προσώπου και του κορμού, συσκότιση του οπτικού πεδίου της αντίθετης πλευράς και (αν πρόκειται για το κυρίαρχο εγκεφαλικό ημισφαίριο, δηλαδή το αριστερό στους δεξιόχειρες) διαταραχές της λειτουργίας του λόγου (αφασία). Μερικές φορές ο όγκος εκδηλώνεται απροειδοποίητα π.χ. με μια επιληπτική κρίση.

♦ Στα παιδιά συνήθως ο όγκος αναπτύσσεται στην παρεγκεφαλίδα και προκαλεί αστάθεια βάδισης, ζάλη και εμέτους ή μερικές φορές εκδηλώνεται με οξύ τρόπο, με έντονη κεφαλαλγία (πονοκέφαλο) και πτώση του επιπέδου συνείδησης (επίμονη υπνηλία).

**Ο παρακλινικός έλεγχος** περιλαμβάνει αξονική τομογραφία (CT) ή / και μαγνητική τομογραφία (MR) εγκεφάλου.

**Η θεραπεία** βασίζεται στη ριζική μικροχειρουργική εξαίρεση του όγκου (δηλαδή λεπτή νευροχειρουργική επέμβαση με ειδικό μικροσκόπιο και ειδικά εργαλεία, που στόχο έχει τη ριζική αφαίρεση του όγκου χωρίς να προκληθεί χειρουργική βλάβη στο γύρω υγιή εγκέφαλο). Ακολουθεί **ιστολογική εξέταση** ("βιοψία") του αφαιρεθέντος όγκου σε ειδικό παθολογοανατομικό εργαστήριο. Αν η ιστολογική εξέταση δείξει καλοήθεια, όπως συχνά συμβαίνει σε παιδιά με αστροκύττωμα παρεγκεφαλίδας, δε χρειάζεται συμπληρωματική θεραπευτική αγωγή. Αν η ιστολογική εξέταση δείξει κακοήθεια, όπως συνήθως συμβαίνει σε ασθενείς μέσης και μεγάλης ηλικίας με αστροκύττωμα εγκεφαλικού ημισφαιρίου, ακολουθεί –μετά την ανάρρωση από την επέμβαση– **ακτινοθεραπεία** εγκεφάλου.

### 6.1.2. Μηνιγγίωμα

Το **μηνιγγίωμα** είναι όγκος που προέρχεται από κύτταρα της **αραχνοειδούς μήνιγγας**. Αναπτύσσεται στο εξωτερικό του εγκεφάλου και συνήθως απωθεί (σπρώχνει) τον γύρω εγκέφαλο, χωρίς να τον διηθεί. Παρουσιάζεται κυρίως στις ηλικίες 40 – 60 ετών και σχεδόν πάντα είναι καλοήθης όγκος.

Η **κλινική εκδήλωση** του όγκου στους περισσότερους ασθενείς είναι πάρα πολύ αργή. Εμφανίζονται σταδιακά συμπτώματα ανάλογα με την περιοχή του εγκεφάλου που πιέζεται από τον όγκο. Η εγκατάσταση της νευρολογικής συνδρομής είναι μερικές φορές τόσο αργή (π.χ. εμφανίζονται ψυχοδιανοητικές διαταραχές πολλά χρόνια πριν εμφανιστεί ημιπάρεση), ώστε παλιότερα δεν ήταν σπάνιο να γίνεται λάθος διάγνωση, και ασθενείς με μηνιγγίωμα να χαρακτηρίζονται ψυχοπαθείς. Σε μερικούς ασθενείς ο όγκος αναπτύσσεται στην περιοχή της παρεγκεφαλίδας ή του εγκεφαλικού στελέχους και εκδηλώνεται με αστάθεια βάδισης, επίμονη ζάλη, διαταραχές εγκεφαλικών νεύρων και τετραπάρεση.

Πιο σπάνια, ο όγκος εκδηλώνεται απροειδοποίητα, με μια επιληπτική κρίση.

► Ο **διαγνωστικός έλεγχος** γίνεται με αξονική ή με μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Μερικές φορές χρειάζεται συμπλήρωση του ελέγχου με ψηφιακή αγγειογραφία εγκεφάλου για την απεικόνιση των αγγείων στην περιοχή του όγκου.

Σπάνια, η υποψία ύπαρξης μηνιγγιώματος μπορεί να τεθεί αρχικά από απλή ακτινογραφία κρανίου, που δείχνει **υπερόστωση** (μη φυσιολογική πάχυνση του οστού) στην περιοχή του όγκου.



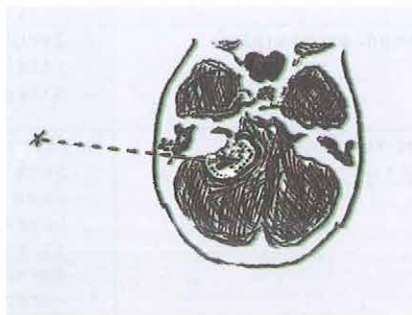
► Η **θεραπεία** βασίζεται στη ριζική μικροχειρουργική εξαίρεση του όγκου. Αν η ιστολογική εξέταση του αφαιρεθέντος όγκου επιβεβαιώσει τη διάγνωση (δείξει δηλαδή ότι πράγματι πρόκειται για καλοήθες μηνιγγίωμα), τότε δε χρειάζεται συμπληρωματική θεραπευτική αγωγή και ο ασθενής θεωρείται θεραπευμένος.

### 6.1.3. Ακουστικό Νευρίωμα

Είναι όγκος που αναπτύσσεται στην περιοχή του όγδου του εγκεφαλικού νεύρου (του νεύρου της ακοής και της ισορροπίας) ανάμεσα στην παρεγκεφαλίδα και στο εγκεφαλικό στέλεχος. Παρουσιάζεται συνήθως στη μέση ηλικία (40 – 50 έτη) και σχεδόν πάντα είναι καλοήθης όγκος.

Η πρώτη **κλινική εκδήλωση** του όγκου είναι σταδιακή απώλεια της ακοής (κώφωση) από την πλευρά που βρίσκεται ο όγκος. Επειδή η ακοή χάνεται με πολύ αργό ρυθμό και μόνο από το ένα αυτί, συχνά ο ασθενής δεν αντιλαμβάνεται το πρόβλημα από την αρχή, πάρα μόνο τυχαία (π.χ. αν μειωθεί η ακοή και στο άλλο αυτί για κάποιον λόγο). Έτσι, συχνά ο όγκος μένει αδιάγνωστος για πολλά χρόνια και αποκτά μεγάλες διαστάσεις. Τότε εμφανίζονται εκδηλώσεις της νόσου λόγω πίεσης του εγκεφαλικού στελέχους, των άλλων εγκεφαλικών νεύρων ή της παρεγκεφαλίδας, όπως διαταραχή της αισθητικότητας στο πρόσωπο στην πλευρά του όγκου, *δυσκαταποσία*, αστάθεια βάδισης, ζάλη ή μυϊκή αδυναμία στα άκρα.

Ο **διαγνωστικός έλεγχος** συνήθως περιλαμβάνει αρχικά ειδικές **νευροωτολογικές εξετάσεις** και στη συνέχεια απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία ή καλύτερα με μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου.



**Εικ. 6.2** Ακουστικό νευρίωμα όπως φαίνεται σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου.

Η **θεραπεία** βασίζεται στη ριζική μικροχειρουργική εξαίρεση του όγκου. Η ακοή που έχει χαθεί πριν την χειρουργική επέμβαση δεν αποκαθίσταται. Αν η ιστολογική εξέταση του αφαιρεθέντος όγκου επιβεβαιώσει ότι πράγματι πρόκειται για καλοήθες ακουστικό νευρίνωμα, τότε δεν χρειάζεται συμπληρωματική θεραπευτική αγωγή και ο ασθενής θεωρείται θεραπευμένος.

#### 6.1.4. Αδένωμα Υπόφυσης

Η **υπόφυση** είναι ένας **ενδοκρινής αδένας** (αδένας που εκκρίνει ορμόνες) ο οποίος βρίσκεται στη βάση του εγκεφάλου. Οι ορμόνες της υπόφυσης ρυθμίζουν τη λειτουργία των άλλων ενδοκρινών αδένων του σώματος. Τα **αδενώματα** είναι καλοήθεις όγκοι, που προέρχονται από τα κύτταρα της υπόφυσης.

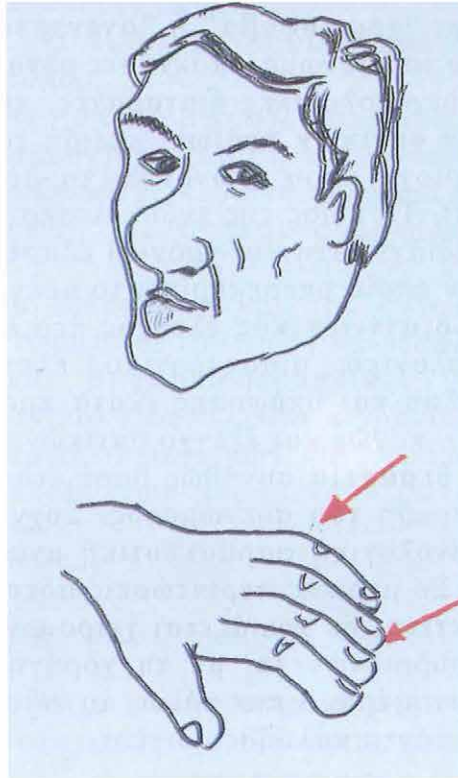
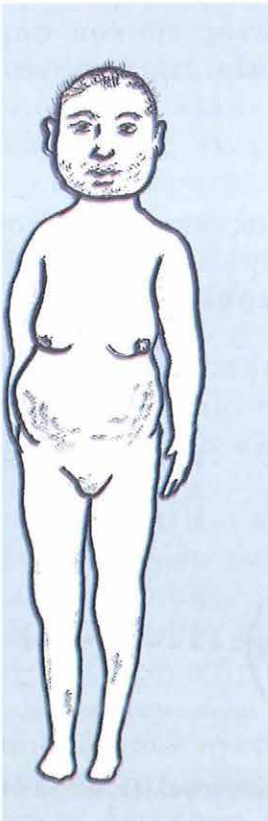
**Κλινικές εκδηλώσεις.** Πολλές φορές τα αδενώματα εκκρίνουν φυσιολογικές υποφυσιακές ορμόνες σε παθολογικά μεγάλες ποσότητες, με αποτέλεσμα να προκαλούν χαρακτηριστικές ενδοκρινολογικές διαταραχές. (Σχήμα 6.2)

Σχήμα 6.2.

#### Αδενώματα Υπόφυσης – Υπερέκκριση

| ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΟΡΜΟΝΗ        | ΝΟΣΟΣ                         | ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ  |
|------------------------|-------------------------------|--|
| Αυξητική               | - Γιγαντισμός (στα παιδιά)    | - <i>Υπερβολική ανάπτυξη</i>   |
|                        | - Μεγαλακρία (στους ενήλικες) | - <i>Μεγαλακρικό προσωπείο (παχιά χείλη, μεγάλη μύτη)</i><br>- <i>μεγάλα δάκτυλα</i><br>- <i>καρδιοπάθειες</i>   |
| Προλακτίνη             | Υπερπρολακτιναιμία            | - <i>Στεριότητα – αμηνόρροια, γαλακτόρροια (γυναίκες)</i><br>- <i>Ανικανότητα (άνδρες)</i>   |
| Φλοιοεπινεφριδιοτρόπος | Νόσος του Cushing             | - <i>Πανσεληνοειδές προσωπείο - ράχη "βουβάλου"</i><br>- <i>ακμή</i><br>- <i>υπερτρίχωση, μυϊκές ατροφίες</i><br>- <i>οστεοπόρωση</i><br>- <i>υπέρταση</i><br>- <i>σακχαρώδης διαβήτης</i><br>- <i>ευπάθεια σε λοιμώξεις</i> |

**Εικ. 6.3** Μεγαλακρία



**Εικ. 6.4** Νόσος του Cushing

Μερικά αδενώματα δεν υπερεκκρίνουν κάποια ορμόνη, αλλά πιέζουν την υπόφυση μειώνοντας τη φυσιολογική της έκκριση και προκαλώντας **υποφυσιακή ανεπάρκεια**. Τα αδενώματα αυτά λέγονται "**χρωμόφοβα**" ή "**ανενεργά**".

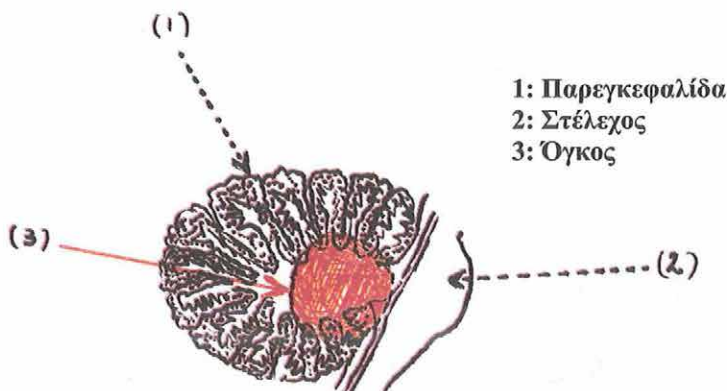
Αν το αδένωμα αποκτήσει μεγάλο μέγεθος, εκτός από αυτές τις ενδοκρινολογικές διαταραχές, παρουσιάζονται και **διαταραχές των οπτικών πεδίων**, επειδή το αδένωμα αρχίζει να πιέζει την περιοχή όπου ενώνονται τα δύο οπτικά νεύρα (το **οπτικό χiasmα**). Το είδος της ενδοκρινολογικής διαταραχής (που συχνά μένει αδιάγνωστη για χρόνια) εξαρτάται από το είδος της ορμόνης, την οποία υπερεκκρίνει το αδένωμα.

Ο **διαγνωστικός έλεγχος** περιλαμβάνει συνήθως πλήρη ενδοκρινολογικό αιματολογικό έλεγχο, απεικονιστικό έλεγχο εγκεφάλου και υπόφυσης (κατά προτίμηση με μαγνητική τομογραφία), καθώς και έλεγχο οπτικών πεδίων.

Η **θεραπεία** συνήθως βασίζεται στη ριζική μικροχειρουργική εξαίρεση του αδενώματος. Συχνά χρειάζεται μετεγχειρητικά ενδοκρινολογική φαρμακευτική αγωγή για μεγάλο χρονικό διάστημα. Σε μερικές περιπτώσεις αδενωμάτων, που υπερεκκρίνουν **προλακτίνη**, δε χρειάζεται χειρουργική επέμβαση, γιατί το αδένωμα συρρικνώνεται με τη χορήγηση ενός ειδικού φαρμάκου. Όπως αναφέραμε πιο πάνω, τα αδενώματα της υπόφυσης είναι σχεδόν πάντα καλοήθεις όγκοι.

### 6.1.5. Μυελοβλάστωμα

Αφορά κυρίως μικρά παιδιά ηλικίας πέντε περίπου ετών. Πιο σπάνια παρουσιάζεται σε νεαρούς ενήλικες (20 – 30 ετών). Αναπτύσσεται στην περιοχή της παρεγκεφαλίδας και σχεδόν πάντα είναι κακοήθης όγκος.



**Εικ. 6.5** Το μυελοβλάστωμα αναπτύσσεται στην παρεγκεφαλίδα, κοντά στη μέση γραμμή

**Εκδηλώνεται κλινικά** συνήθως με αστάθεια βάδισης, που εγκαθίσταται μέσα σε λίγες εβδομάδες. Πιο σπάνια, εκδηλώνεται με οξύ τρόπο, με κεφαλαλγία, εμέτους και υπνηλία.

**Η διάγνωση** γίνεται με αξονική τομογραφία ή καλύτερα με μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου.

**Η θεραπεία** βασίζεται στη ριζική μικροχειρουργική εξαίρεση του όγκου. Ακολουθεί ιστολογική εξέταση του αφαιρεθέντος όγκου για επιβεβαίωση της διάγνωσης και στη συνέχεια ο ασθενής υποβάλλεται σε "επιθετική" (εντατική) συμπληρωματική αγωγή που περιλαμβάνει:

α) **ακτινοθεραπεία** του εγκεφάλου και της σπονδυλικής στήλης (γιατί το μυελοβλάστωμα έχει την τάση να εξαπλώνεται προς τη σπονδυλική στήλη) και β) **χημειοθεραπεία**.

**Η έκβαση** έχει βελτιωθεί πολύ τα τελευταία χρόνια με την εφαρμογή σύγχρονων χειρουργικών τεχνικών και θεραπευτικής αγωγής. Το 60 – 70 % των ασθενών παραμένουν ζωντανοί 5 χρόνια μετά τη διάγνωση.

#### 6.1.6. Εγκεφαλικές Μεταστάσεις

Στους ενήλικες πολύ συχνά οι ενδοκρανιακοί όγκοι δεν είναι πρωτοπαθείς αλλά μεταστατικοί, δηλαδή προέρχονται από κακοήθεις όγκους (καρκίνους), που αναπτύσσονται σε άλλες περιοχές του σώματος. Όλοι οι κακοήθεις όγκοι (καρκίνοι) μπορούν να "στείλουν" μεταστάσεις στον εγκέφαλο. Πιο συχνά ο πρωτοπαθής όγκος βρίσκεται στον **πνεύμονα**, στο **μαστό**, στο **νεφρό**, στο **θυρεοειδή αδέν**, στο **στόμαχο** (στομάχι), στον **προστάτη**, στον **όρχι** ή στο δέρμα (**κακώθες μελάνωμα**).

**Κλινικές εκδηλώσεις.** Τις περισσότερες φορές (75%) η μετάσταση αναπτύσσεται στο ένα από τα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια, και εκδηλώνεται κλινικά είτε με συνδρομή βλάβης εγκεφαλικού ημισφαιρίου (ημιπάρεση στα αντίθετα άκρα κ.λπ.) είτε με επιληπτική κρίση. Πιο σπάνια (25%) η μετάσταση αναπτύσσεται στην παρεγκεφαλίδα και εκδηλώνεται κλινικά με επίμονη ζάλη και αστάθεια βάδισης.

Ο **διαγνωστικός έλεγχος** περιλαμβάνει αρχικά απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία ή καλύτερα μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Από τον απεικονιστικό έλεγχο διευκρινίζεται και ο αριθμός των εγκεφαλικών μεταστάσεων (δηλαδή αν πρόκειται για μια ή για περισσότερες). Σε περίπτωση που ο πρωτοπαθής όγκος δεν είναι γνωστός, ακολουθεί γενικός συστηματι-

κός έλεγχος για τον προσδιορισμό του (αξονική τομογραφία θώρακα και κοιλιάς, μαστογραφία, υπερηχογράφημα προστάτη και θυρεοειδούς αδένα κτλ.).

Η **θεραπεία** καθορίζεται συνήθως από τον αριθμό των εγκεφαλικών μεταστάσεων και από την κατάσταση του πρωτοπαθούς όγκου.

– Αν η εγκεφαλική μετάσταση είναι **μονήρης** (μία μόνο) και ο πρωτοπαθής όγκος ανταποκρίνεται καλά στην αντίστοιχη θεραπεία, τότε συνήθως γίνεται ριζική μικροχειρουργική εξαίρεση της εγκεφαλικής μετάστασης και στη συνέχεια ακτινοθεραπεία εγκεφάλου.

– Αν υπάρχουν **πολλαπλές** εγκεφαλικές μεταστάσεις (δύο ή περισσότερες) και ο πρωτοπαθής όγκος δεν ανταποκρίνεται στην αντίστοιχη θεραπευτική αγωγή, τότε συνήθως η χειρουργική θεραπεία δεν έχει νόημα και γίνεται μόνο ακτινοθεραπεία εγκεφάλου.

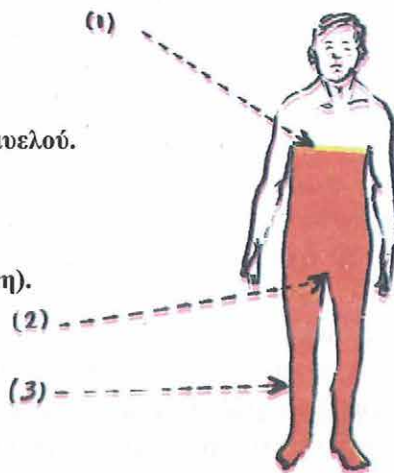
## 6.2. Όγκοι της σπονδυλικής στήλης

Η σπονδυλική στήλη σχηματίζει στο εσωτερικό της έναν οστέινο σωλήνα, μέσα στον οποίο βρίσκεται ο **νωτιαίος μυελός**. Ο νωτιαίος μυελός περιβάλλεται από τις **μήνιγγες**. Εξωτερικά βρίσκεται η **σκληρά μήνιγγα**.

**Κλινικές εκδηλώσεις.** Ο νωτιαίος μυελός είναι πολύ ευαίσθητος σε οποιαδήποτε μορφή πίεσης. Αν υποστεί βλάβη η θωρακική μοίρα του νωτιαίου μυελού, τότε συνήθως προκαλείται παραπάρεση (αδυναμία στα πόδια). Αν είναι πλήρης λέγεται παραπληγία με διαταραχή αισθητικότητας στα πόδια και στο κάτω μέρος του κορμού, καθώς και διαταραχές ούρησης (**θωρακική<sup>η</sup> μυελοπάθεια**).

**Εικ. 6.6** Βλάβη θωρακικής μοίρας νωτιαίου μυελού.

- 1: Διαταραχή αισθητικότητας από το ύψος της βλάβης και κάτω.
- 2: Διαταραχή στον έλεγχο των ούρων.
- 3: Μυϊκή αδυναμία στα κάτω άκρα. (Παραπάρεση).



Αν υποστεί βλάβη η αυχενική μοίρα του νωτιαίου μυελού, τότε η κλινική εκδήλωση είναι συνήθως τετραπάρεση (μυϊκή αδυναμία στα χέρια και στα πόδια). Αν είναι πλήρης λέγεται τετραπληγία, με διαταραχές στην αισθητικότητα των χεριών, των ποδιών και ολόκληρου του κορμού, διαταραχές ούρησης και –σε σοβαρές περιπτώσεις– διαταραχές της αναπνοής (**αυχενική μυελοπάθεια**).

Σε **αρχικά στάδια**, και πριν εκδηλωθεί η βλάβη του νωτιαίου μυελού, μπορεί να υπάρχει μόνο έντονος πόνος στην περιοχή του όγκου.

Ο **διαγνωστικός έλεγχος** συνήθως περιλαμβάνει αξονική τομογραφία ή – καλύτερα – μαγνητική τομογραφία στην ύποπτη περιοχή της σπονδυλικής στήλης. Παλιότερα, πριν την ανάπτυξη της μαγνητικής τομογραφίας, οι ασθενείς συχνά υποβάλλονταν σε μυελογραφία.

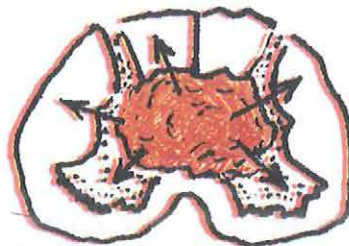
Αν πρόκειται για μετάσταση και ο πρωτοπαθής όγκος δεν είναι γνωστός, γίνεται γενικός συστηματικός έλεγχος για τον προσδιορισμό του.

**Ταξινόμηση.** Οι όγκοι της σπονδυλικής στήλης ανάλογα με την ανατομική τους θέση διακρίνονται σε:

1. Ενδομυελικούς,
2. Εξωμυελικούς ενδοσκληρίδιους και
3. Εξωσκληρίδιους.

### 6.2.1. Ενδομυελικοί Όγκοι

Ενδομυελικοί λέγονται οι όγκοι που αναπτύσσονται στο εσωτερικό του νωτιαίου μυελού. Είναι πολύ σπάνιοι και συνήθως είναι πρωτοπαθή **αστροκυττώματα** ενδιάμεσης κακοήθειας.



**Εικ. 6.7** Αστροκύττωμα που αναπτύσσεται στο εσωτερικό του νωτιαίου μυελού και τον πιέζει από μέσα.

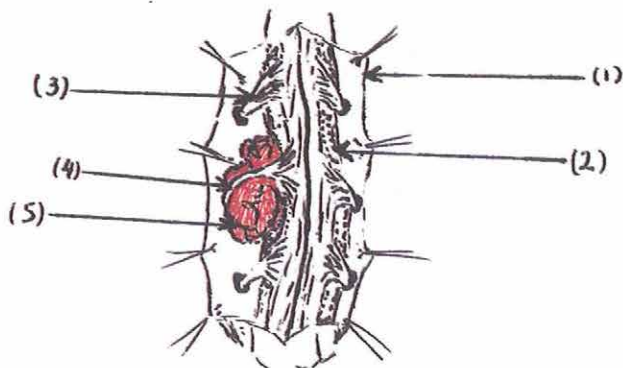
Η κλινική εκδήλωση είναι συνήθως αργή, σταδιακή εγκατάσταση αυχενικής ή θωρακικής μυελοπάθειας (τετραπάρεσης ή παραπάρεσης) ανάλογα με τη θέση του όγκου. Στην αρχή, πολλές φορές παρουσιάζεται πόνος.

Ο διαγνωστικός έλεγχος βασίζεται στη μαγνητική τομογραφία.

Η θεραπεία βασίζεται στη ριζική μικροχειρουργική εξαίρεση του όγκου, που όμως δεν είναι πάντα εφικτή. Η ακτινοθεραπεία μετά την εγχείρηση δεν έχει σίγουρα αποτελέσματα.

### 6.2.2. Εξωμυελικοί Ενδοσκληρίδιοι Όγκοι

Οι όγκοι αυτοί αναπτύσσονται ανάμεσα στο νωτιαίο μυελό και τη σκληρά μήνιγγα που τον περιβάλλει.



**Εικ. 6.8** Εξωμυελικός ενδοσκληρίδιος όγκος (μηνιγγίωμα), όπως φαίνεται διεγχειρητικά. Η σπονδυλική στήλη έχει προσπελαστεί από πίσω. Η σκληρή μήνιγγα έχει ανοιχτεί και έχει στερεωθεί με ράμματα.

- 1: Σκληρά μήνιγγα, ανοιγμένη και στερεωμένη με ράμματα
- 2: Νωτιαίος μυελός
- 3: Ρίζα νωτιαίου νεύρου
- 4: Ρίζα νωτιαίου νεύρου παρεκτοπισμένη από τον όγκο
- 5: Όγκος

Είναι συχνότεροι από τους ενδομυελικούς όγκους και συνήθως είναι καλοήθεις.

Η κλινική εκδήλωση είναι συνήθως αργή σταδιακή εγκατάσταση αυχενικής ή θωρακικής μυελοπάθειας, που συχνά συνοδεύεται από άλγος (πόνος).

Η διάγνωση γίνεται με μαγνητική τομογραφία.



Η **θεραπεία** είναι η ριζική μικροχειρουργική εξαίρεση του όγκου. Αν η διάγνωση γίνει έγκαιρα, δεν παραμένει μόνιμη βλάβη στον νωτιαίο μυελό από την πίεση του όγκου.

Η **ιστολογική εξέταση** δείχνει συνήθως ότι πρόκειται είτε για **μηνιγγίωμα** (προέρχεται από κύτταρα της αραχνοειδούς μήνιγγας και εκδηλώνεται σε ηλικιωμένους ασθενείς) είτε για **νευρίνωμα** (προέρχεται από κύτταρα του περιβλήματος των νωτιαίων νεύρων, εκδηλώνεται σε ηλικίες 30 – 60 ετών και συχνά συνοδεύει μια συστηματική εκ γενετής νόσο που λέγεται **πολλαπλή νευροϊνωμάτωση**).

### 6.2.3. Εξωσκληρίδιοι Όγκοι

Αναπτύσσονται στα οστά της σπονδυλικής στήλης και πιέζουν το νωτιαίο μυελό από έξω (έξω από τη σκληρά μήνιγγα). Είναι πολύ συχνότεροι από τους ενδοσκληρίδιους όγκους και σχεδόν πάντα είναι **κακοήθεις μεταστατικοί όγκοι** (μεταστάσεις στη σπονδυλική στήλη από καρκίνο του μαστού, του πνεύμονα, του προστάτη ή του νεφρού κατά σειρά συχνότητας).

Η **κλινική εκδήλωση** είναι έντονο οστικό άλγος και γρήγορη εγκατάσταση αυχενικής ή θωρακικής μυελοπάθειας (τετραπάρεσης ή παραπάρεσης), ανάλογα με την μοίρα της σπονδυλικής στήλης, στην οποία αναπτύσσεται ο όγκος.

Ο **διαγνωστικός έλεγχος** περιλαμβάνει αξονική και μαγνητική τομογραφία της ύποπτης μοίρας της σπονδυλικής στήλης, καθώς και γενικό συστηματικό έλεγχο για τον προσδιορισμό του πρωτοπαθούς όγκου, αν αυτός δεν είναι γνωστός.

**Θεραπεία.** Η χειρουργική εξαίρεση του όγκου έχει νόημα σε επιλεγμένες περιπτώσεις όπου 1) η νευρολογική συνδρομή (παραπάρεση ή τετραπάρεση) θεωρείται αναστρέψιμη και 2) ο πρωτοπαθής όγκος ανταποκρίνεται καλά στην αντίστοιχη θεραπεία. Εδώ είναι σκόπιμο να σημειωθεί ότι η "**αισθητικοκινητική**" **παραπληγία** (πλήρης παράλυση των κάτω άκρων με πλήρη απώλεια της αισθητικότητας και του ελέγχου των ούρων) οποιασδήποτε αιτιολογίας, που έχει εγκατασταθεί από 24 ώρες και πάνω, δε θεωρείται πρακτικά αναστρέψιμη.

Όλοι οι ασθενείς με ή χωρίς χειρουργική θεραπεία υποβάλλονται σε **τοπική ακτινοθεραπεία**.

♦ **Όγκος** ("νεοπλασία", "νεόπλασμα" ή "χωροκατακτητική εξεργασία") είναι μια μάζα παθολογικών κυττάρων που πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα σε βάρος των φυσιολογικών ιστών. Οι όγκοι που αφορούν κυρίως το νευρικό σύστημα αναπτύσσονται μέσα στην κρανιακή κοιλότητα ( ενδοκρανιακοί όγκοι) ή στη σπονδυλική στήλη.

♦ Οι **ενδοκρανιακοί όγκοι** μπορεί να είναι καλοήθεις (καλοήθεις αστροκύττωμα, μηνιγγίωμα, ακουστικό νευρίωμα, αδένωμα υπόφυσης) ή κακοήθεις. Οι κακοήθεις ενδοκρανιακοί όγκοι μπορεί να είναι πρωτοπαθείς (κακόηθες αστροκύττωμα, μυελοβλάστωμα) ή μεταστατικοί (εγκεφαλικές μεταστάσεις από καρκίνο του πνεύμονα ή του μαστού πιο συχνά). Η κλινική εκδήλωση εξαρτάται από τη θέση του όγκου και την ταχύτητα ανάπτυξής του. Ο διαγνωστικός έλεγχος βασίζεται στην αξονική και στη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Η θεραπεία εκλογής των καλοήθων όγκων είναι η ριζική μικροχειρουργική εξαίρεση. Σε περιπτώσεις κακοήθων όγκων μετά τη χειρουργική επέμβαση ακολουθεί ακτινοθεραπεία εγκεφάλου.

♦ Οι **όγκοι της σπονδυλικής στήλης** είναι πιο συχνά εξωσκληρίδιοι (σχεδόν πάντα σπονδυλικές μεταστάσεις από καρκίνο άλλης περιοχής του σώματος, συνήθως μαστού ή πνεύμονα), λιγότερο συχνά ενδοσκληρίδιοι εξωμυελικοί (σχεδόν πάντα καλοήθη μηνιγγιώματα ή νευρινώματα) και πολύ σπάνια ενδομυελικοί (συνήθως πρωτοπαθή αστροκυττώματα ενδιάμεσης κακοήθειας). Η κλινική τους εκδήλωση περιλαμβάνει τοπικό άλγος (πόνος) και αυχενική ή θωρακική μυελοπάθεια (τετραπάρεση ή παραπάρεση με συνοδές διαταραχές αισθητικότητας και ούρησης). Ο διαγνωστικός έλεγχος βασίζεται στην αξονική και στη μαγνητική τομογραφία της ύποπτης μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Η θεραπεία βασίζεται στη ριζική μικροχειρουργική εξαίρεση του όγκου και –σε περιπτώσεις κακοήθων όγκων– στην τοπική ακτινοθεραπεία.

### Ερωτήσεις

1. Τι είναι όγκος; Ποιοι όγκοι ονομάζονται καλοήθεις και ποιοι κακοήθεις;
2. Ποιοι είναι οι συχνότεροι καλοήθεις ενδοκρανιακοί όγκοι;
3. Ποιος είναι ο συχνότερος πρωτοπαθής κακοήθης ενδοκρανιακός όγκος;

4. Τι διαφέρει το αστροκύττωμα των παιδιών σε σχέση με αυτό των ενηλίκων;
5. Ποιες διαγνωστικές δοκιμασίες χρησιμοποιούνται πιο συχνά για τη διάγνωση των ενδοκρανιακών όγκων;
6. Κάποιος γνωστός σας, ηλικίας 50 ετών, χωρίς γνωστά προβλήματα υγείας τραυματίζεται στο δεξί του χέρι. Πιάνοντας αναγκαστικά το τηλέφωνο με το αριστερό του χέρι διαπιστώνει έκπληκτος ότι δεν μπορεί να ακούσει τίποτα από το αριστερό του αυτί ( μάλιστα στην αρχή νομίζει ότι έχει χαλάσει το τηλέφωνό του). Επισκέπτεται ωτορινολαρυγγολόγο, ο οποίος του λέει ότι εξωτερικά δε βρίσκει τίποτε, γι' αυτό του συνιστά να υποβληθεί σε ειδικές νευροτολογικές εξετάσεις και σε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Ο ασθενής θεωρεί "υπερβολικές" τις εξετάσεις αυτές και ζητά τη γνώμη σας. Τι θα τον συμβουλεύσετε;
7. Μια φίλη σας, 18 ετών, σας εξομολογείται ότι το τελευταίο διάστημα η περίοδός της έχει διακοπεί, ενώ τα στήθη της έχουν πρηστεί και μερικές φορές "βγάζουν πύον". Τι μπορεί να συμβαίνει;
8. Τι είναι το μυελοβλάστωμα;
9. Ποιοι είναι οι πιο συχνοί καλοήθεις όγκοι, που προκαλούν μυελοπάθεια;
10. Ποιοι είναι οι πιο συχνοί όγκοι, που προκαλούν μυελοπάθεια;
11. Ποιες είναι οι κλινικές εκδηλώσεις όγκου στη θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης;

### *Δραστηριότητες*

- ◆ Οι όγκοι του νευρικού συστήματος συνήθως προέρχονται από κύτταρα που βρίσκονται κοντά στα νευρικά κύτταρα (π.χ. αστροκύτταρα, κύτταρα της αραχνοειδούς μήνιγγας). Οι όγκοι που προέρχονται από τα ίδια τα νευρικά κύτταρα (τους νευρώνες) είναι εξαιρετικά σπάνιοι. Γιατί;
- ◆ Πρωτοπαθείς κακοήθεις όγκοι (καρκίνοι) του πνεύμονα, του μαστού κτλ. συχνά στέλνουν μεταστάσεις στον εγκέφαλο. Οι πρωτοπαθείς κακοήθεις όγκοι του εγκεφάλου (π.χ. το κακόηθες αστροκύττωμα) δίνουν μεταστάσεις σε άλλες περιοχές του σώματος;



**ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΕΒΔΟΜΗ :**  
**ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ,**  
**ΥΔΡΟΚΕΦΑΛΟΣ, ΕΞΩΠΥΡΑΜΙΔΙΚΕΣ**  
**ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ, ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΕΣ ΑΠΟ**  
**ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

**7.1. Ειδικές Κεφαλαλγίες**

Η κεφαλαλγία (πονοκέφαλος) είναι ένα πολύ συνηθισμένο σύμπτωμα που μπορεί να οφείλεται σε διάφορα αίτια (ψυχολογικά, ωτορινολαρυγγολογικά, οφθαλμολογικά, νευρολογικά ή συστηματικά ("παθολογικά")). (Σχήμα 7.1)

Στην προσπάθεια διευκρίνισης του αν η κεφαλαλγία συνδέεται με κάποια σοβαρή πάθηση του νευρικού συστήματος, ιδιαίτερη σημασία έχουν ο τρόπος εισβολής (αν ξεκινά απότομα ή σιγά – σιγά), η διάρκεια, η εντόπιση (π.χ. γύρω από τα μάτια, στον αυχένα κτλ.) και οι συνοδές εκδηλώσεις (π.χ. έμετοι, αυχενική δυσκαμψία, πυρετός, πτώση επιπέδου συνείδησης, ημιπάρεση).

Η **υπαραχνοειδής αιμορραγία** (βλέπε προηγούμενη θεματική ενότητα) συνήθως συνδέεται με αιφνίδια (ξαφνική), έντονη (δυνατή ως ανυπόφορη) αυχενοϊνιακή κεφαλαλγία που συνοδεύεται από εμέτους και ίσως και από άλλες κλινικές εκδηλώσεις (αυχενική δυσκαμψία, πτώση επιπέδου συνείδησης, ημιπάρεση).

Οι **λοιμώξεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος** (βλέπε προηγούμενη θεματική ενότητα) συνήθως συνδέονται με σταδιακή εισβολή έντονης αυχενοϊνιακής κεφαλαλγίας που συνοδεύεται από πυρετό, αυχενική δυσκαμψία, εμέτους και ίσως και από άλλες κλινικές εκδηλώσεις (πτώση επιπέδου συνείδησης).

Ο **οξύς υδροκέφαλος** (βλέπε παρακάτω σ' αυτή τη θεματική ενότητα) συνδέεται με σταδιακή εισβολή έντονης μετωπιαίας κεφαλαλγίας, που συνοδεύεται από πτώση του επιπέδου συνείδησης, εμέτους και δυσχέρεια στη βάδιση.

Οι **ενδοκρανιακοί όγκοι** (βλέπε προηγούμενη θεματική ενότητα) μπορεί να συνδέονται με σταδιακή εισβολή επίμονης κεφαλαλγίας που συνοδεύεται από εμέτους, πτώση του επιπέδου συνείδησης και άλλες κλινικές εκδηλώσεις (π.χ. ημιπάρεση, επιληπτικές κρίσεις).

Αφού αποκλειστούν σοβαρές αιτίες όπως οι παραπάνω, η παραπέρα διερεύνηση πρέπει να περιλαμβάνει **οφθαλμολογικό, ωτορινολαρυγγολογικό** και γενικό έλεγχο.

Το **γλαύκωμα** είναι σοβαρή οφθαλμολογική πάθηση που προκαλεί συνήθως αιφνίδια και έντονη μετωπιαία κεφαλαλγία.

Οι **παρρινοκολπίτιδες** και οι **ωτίτιδες** είναι ωτορινολαρυγγολογικές παθήσεις, που συνδέονται με εντοπισμένο άλγος (πόνος) στα ζυγωματικά οστά (στα "μήλα" του προσώπου), στο μέτωπο, στο ριζορίνιο (στη βάση της μύτης) ή στο αυτί.

Η **αυχενική σπονδύλωση** (χρόνιες εκφυλιστικές αλλοιώσεις στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης) μπορεί να συνδέεται με επίμονο άλγος στον αυχένα, στον ώμο ή και στο χέρι.

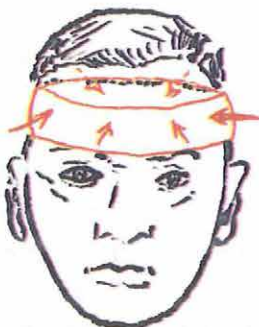
**Φάρμακα, τοξικές ουσίες και ιώσεις** μπορεί να προκαλούν κεφαλαλγία.

Οι ειδικές κεφαλαλγίες είναι χρόνιες καταστάσεις, δεν υπάγονται σε καμία από τις παραπάνω κατηγορίες, δεν απειλούν τη ζωή του ασθενούς και θεωρούνται αυτοτελείς παθήσεις. Οι πιο συχνές είναι 1) η κεφαλαλγία τάσεως 2) η ημικρανία 3) η αθροιστική κεφαλαλγία και 4) η ιδιοπαθής νευραλγία του τριδύμου νεύρου.

### 7.1.1. Κεφαλαλγία Τάσεως

Είναι πολύ συχνή πάθηση που προσβάλλει σχεδόν όλους τους ανθρώπους σε κάποια φάση της ζωής τους.

**Κλινική εκδήλωση.** Χαρακτηρίζεται από διάχυτο, αμβλύ, συσφιγκτικό πόνο σε όλο το κρανίο που επιδεινώνεται με το άγγιγμα και τους δυνατούς θορύβους και δε συνοδεύεται από άλλα συμπτώματα. Κάθε επεισόδιο διαρκεί πολλές ώρες ως μέρες. Τα επεισόδια μπορεί να επαναλαμβάνονται συχνά ή σποραδικά για πολλά χρόνια.



**Εικ. 7.1** Κεφαλαλγία τάσεως. Αίσθημα "στεφανιού" που "σφίγγει" το κρανίο.

Η **Θεραπεία** είναι συμπτωματική. Σε επίμονες περιπτώσεις χορηγούνται αγχολυτικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

### 7.1.2. Ημικρανία

Είναι συχνή πάθηση με *οικογενειακή προδιάθεση*. Προσβάλλει το 5 – 10 % του πληθυσμού, πιο συχνά γυναίκες. Τα επεισόδια ξεκινούν στην παιδική ή στη νεανική ηλικία.

► **Κλινικές εκδηλώσεις.** Υπάρχουν δύο μορφές της νόσου:

– **Κλασσική ή επιπλεγμένη ημικρανία.** Λίγο πριν την εισβολή της κεφαλαλγίας υπάρχουν πρόδρομα συμπτώματα που λέγονται «αύρα». Αυτά μπορεί να είναι οπτικές διαταραχές, κινητικές διαταραχές (ημιπάρεση ή τετραπάρεση) ή αισθητικές διαταραχές (αιμωδίες ή ημιυπαλγησία). Αμέσως μετά ακολουθεί η κεφαλαλγία που εντοπίζεται στο "μισό" κρανίο και ο πόνος "πηγαινοέρχεται" ρυθμικά σαν εκκρεμές. Επιδεινώνεται με τα δυνατά φώτα, συνοδεύεται από ναυτία ή και έμετο διαρκεί από 2 ως 48 ώρες και συνήθως υποχωρεί με τον ύπνο.

– **Κοινή ημικρανία.** Δεν υπάρχει αύρα και η κεφαλαλγία συχνά είναι άτυπη (μοιάζει με κεφαλαλγία τάσεως).

Σε πολλούς ασθενείς η κρίση "πυροδοτείται" από εξωτερικούς παράγοντες όπως ορισμένες τροφές (σοκολάτα, τυρί, κρασί), φάρμακα (αντισυλληπτικά), σωματική ή ψυχική κόπωση, μικροτραυματισμοί κ.ά.

Στο **διαγνωστικό έλεγχο** σημασία έχει να αποκλειστούν άλλες σοβαρές παθήσεις που μπορεί να προκαλούν κεφαλαλγία με συνοδές κλινικές εκδηλώσεις, όπως εγκεφαλικές αιμορραγίες, όγκοι κτλ. Γι' αυτό πρέπει, όταν υπάρχει λόγος, να γίνονται απεικονιστικές εξετάσεις (αξονική ή / και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου).

Η **Θεραπεία** της ημικρανίας είναι δύσκολη. Μερικοί ασθενείς ανταποκρίνονται σε ειδική φαρμακευτική αγωγή.

Η κεφαλαλγία τάσεως και η ημικρανία λέγονται και "αγγειοκινητικές κεφαλαλγίες".

### 7.1.3. Αθροιστική Κεφαλαλγία

Είναι λιγότερο συχνή από την ημικρανία και προσβάλλει κυρίως άνδρες. Οι κρίσεις ξεκινούν σε ηλικία 30 – 40 ετών.

**Κλινική εκδήλωση.** Χαρακτηρίζεται από έντονο πόνο γύρω από το ένα μάτι, που συνοδεύεται από ερυθρότητα ("κοκκίνισμα") του ματιού, δακρύρροια (το μάτι τρέχει δάκρυα) και καταρροή (συνάχι με βλέννα σαν νερό). Κάθε επεισόδιο διαρκεί από 10 λεπτά ως 2 ώρες. Τα επεισόδια συνήθως επαναλαμβάνονται πολλές φορές τη μέρα για μερικές μέρες, και κατόπιν μεσολαβούν εβδομάδες ή και μήνες χωρίς ενοχλήματα. (Τα επεισόδια "αθροίζονται" στο χρόνο).

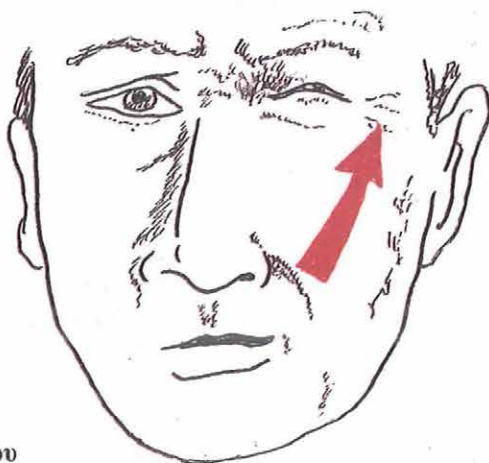
Η **διάγνωση** είναι **κλινική**. Συνήθως χρειάζεται να αποκλείονται οφθαλμολογικές παθήσεις.

Η **θεραπεία** είναι συνήθως **συμπτωματική**.

### 7.1.4. Ιδιοπαθής Νευραλγία του Τριδύμου

**Συχνότερα προσβάλλει γυναίκες πάνω από 50 ετών.**

**Κλινική εκδήλωση.** Χαρακτηρίζεται από παροξυσμούς πολύ έντονου και σύντομου σε διάρκεια πόνου στη μία πλευρά του προσώπου, συνήθως στην παρειά (μάγουλο). Ο παροξυσμός εκλύεται με τη μάσηση, το πλύσιμο του προσώπου, το ξύρισμα, το βούρτσισμα των δοντιών, τον κρύο αέρα ή τον ερεθισμό ενός συγκεκριμένου σημείου διαφορετικού σε κάθε ασθενή (π.χ. άνω χείλος, ούλα). Συνήθως οι παροξυσμοί συνεχίζονται για πολλές μέρες και κατόπιν υποχωρούν τελείως για μεγάλο χρονικό διάστημα (πολλούς μήνες).



**Εικ. 7.2** Νευραλγία του τριδύμου



Στο **διαγνωστικό έλεγχο** σημασία έχει να αποκλειστούν σοβαρές παθήσεις που μπορεί να πιέζουν τη ρίζα του τριδύμου νεύρου μέσα στο κρανίο, όπως π.χ. οι ενδοκρανιακοί όγκοι.

Η **θεραπεία** βασίζεται σε αγωγή με ειδικά φάρμακα. Σε περιπτώσεις που η πάθηση δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική αγωγή, γίνεται ειδική νευροχειρουργική επέμβαση με πολύ καλά αποτελέσματα.

### Σχήμα 7.1.

#### **Αιτία Κεφαλαλγίας και συνοδές εκδηλώσεις**

- Νευρολογικά** – Υπαραχνοειδής αιμορραγία (ξαφνική κεφαλαλγία με εμέτους)  
– Λοιμώξεις του Κ.Ν.Σ. (πυρετός, αυχενική δυσκαμψία, έμετοι)  
– Ενδοκρανιακοί όγκοι (ημιπάρεση ή άλλες εκδηλώσεις)  
– Υδροκέφαλος (υπνηλία, δυσχέρεια βάδισης, έμετοι, ακράτεια)

- Οφθαλμολογικά** – Γλαύκωμα (διαταραχές όρασης)

- Ωτορινολαρυγγολογικά** – Παραρινοκολπίτιδες (πυρετός)

- Συστηματικά** – Ιώσεις (πυρετός, βήχας κ.τ.λ.)  
– Φάρμακα, τοξικές ουσίες

- Ειδικές κεφαλαλγίες** – Κεφαλαλγία τάσεως  
– Ημικρανία  
– Αθροιστική κεφαλαλγία  
– Ιδιοπαθής νευραλγία του τριδύμου

## 7.2. Επιληψία

### 7.2.1. Γενικά

Η επιληψία είναι διαταραχή της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου και δεν αποτελεί αυτοτελή πάθηση. Είναι συχνή **συμπτωματική κατάσταση** που μπορεί να συνοδεύει διάφορα νοσήματα.

► Στο 50 % των περιπτώσεων η επιληψία οφείλεται σε κάποια σοβαρή πάθηση του εγκεφάλου (όγκο, αγγειακή δυσπλασία, λοίμωξη ή τραυματισμό – βλέπε προηγούμενες θεματικές ενότητες) ή σε κάποια συστηματική διαταραχή (υπογλυκαιμία, υπονατριαιμία, υπασβεστιαιμία, απότομη διακοπή του ποτού από

αλκοολικούς, λήψη ναρκωτικών κ.ά.). Στις περιπτώσεις αυτές η επιληψία χαρακτηρίζεται "**δευτεροπαθής**".

– Στα **νεογνά** τα πιο συχνά αίτια είναι μεταβολικές διαταραχές (υπογλυκαιμία κτλ.), συγγενή νοσήματα, τραυματισμοί κατά τον τοκετό και εγκεφαλικές αιμορραγίες.

– Στα **βρέφη και στα παιδιά** συγγενή νοσήματα, λοιμώξεις, αγγειακές δυσπλασίες και τραυματισμοί.

– Στους **ενήλικες** τραυματισμοί, όγκοι, αγγειακές δυσπλασίες, λοιμώξεις και απότομη διακοπή αλκοόλ.

► Στο άλλο 50 % δεν υπάρχει σαφές αίτιο και η επιληψία χαρακτηρίζεται "**ιδιοπαθής**". Τα τελευταία χρόνια έχει βρεθεί ότι και σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει υποκείμενη αιτία (μικροί καλοήθεις όγκοι, χρόνιες εκφυλιστικές παθήσεις κ.ά.).

### 7.2.2. Κλινικές εκδηλώσεις

Η επιληψία εκδηλώνεται με επεισόδια που ονομάζονται **επιληπτικές κρίσεις**.

► Αν ο ασθενής στη διάρκεια της κρίσης χάνει τις αισθήσεις του (δεν επικοινωνεί με το περιβάλλον), τότε η επιληπτική κρίση χαρακτηρίζεται **γενικευμένη**.

► Αν ο ασθενής στη διάρκεια της κρίσης δε χάνει τις αισθήσεις του, η κρίση χαρακτηρίζεται **εστιακή**. Μερικές φορές μια επιληπτική κρίση ξεκινά σαν εστιακή και συνεχίζεται σαν γενικευμένη ("γενικεύεται").

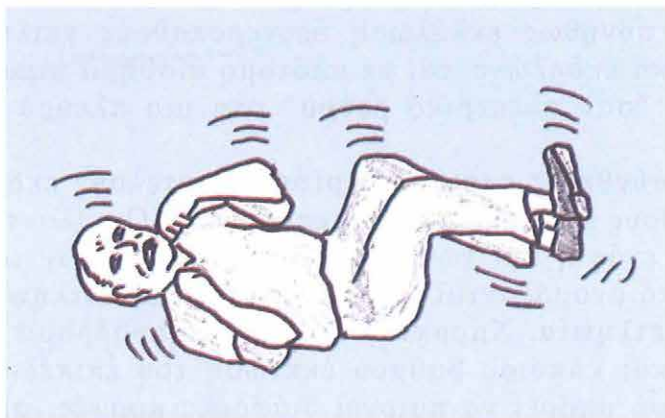
● Οι πιο συχνές μορφές **γενικευμένων** κρίσεων είναι οι **τονικοκλωνικοί σπασμοί** (Grand Mal) και η **γνήσια αφαίρεση** (Petit Mal).

– Οι **τονικοκλωνικοί σπασμοί** αποτελούν εκδήλωση είτε ιδιοπαθούς είτε δευτεροπαθούς επιληψίας. Η κρίση ξεκινά αιφνίδια με απώλεια των αισθήσεων και πτώση του ασθενούς στο έδαφος, κατά την οποία ο ασθενής μπορεί να τραυματισθεί.

Στη συνέχεια ακολουθεί η "**τονική**" **φάση της κρίσης**, με διάρκεια 10 δευτερόλεπτα περίπου. Κατά τη φάση αυτή ο ασθενής έχει ανοικτά τα μάτια, τους αγκώνες σε κάμψη, τις γροθιές σφιγμένες, τα δόντια κλειστά σφικτά και δεν αναπνέει (γι' αυτό συνήθως εμφανίζει **κυάνωση**, δηλαδή μελανιάζει). Στο τέλος της φάσης αυτής πολλές φορές ο ασθενής ουρεί πάνω του.

Ακολουθεί η "**κλωνική**" **φάση της κρίσης** με διάρκεια 1 – 2 λεπτά. Κατά τη φάση αυτή εκδηλώνονται βίαιοι σπασμοί στα τέσσερα άκρα και στο στόμα (ο ασθενής μπορεί να δαγκώσει τη

γλώσσα του). Τελικά η αναπνοή επανέρχεται και η κυάνωση φεύγει. Μετά την κρίση συνήθως ο ασθενής κοιμάται πολύ βαριά για αρκετές ώρες και, όταν ξυπνά, αισθάνεται εξάντληση, έχει σύγχυση και ίσως πονοκέφαλο.



**Εικ. 7.3** Τονικοκλωνικοί σπασμοί.

Πολλές φορές λίγο πριν την κρίση προηγούνται πρόδρομα συμπτώματα (ζάλη, εκνευρισμός κ.ά.), που ονομάζονται "**επιληπτική αύρα**".

– Η **γνήσια αφαίρεση** αποτελεί εκδήλωση ιδιοπαθούς επιληψίας και συνήθως πρωτοεμφανίζεται στην παιδική ηλικία. Χαρακτηρίζεται από σύντομα επεισόδια (διάρκειας 5 – 15 δευτερολέπτων), κατά τα οποία ο ασθενής χάνει την επικοινωνία με το περιβάλλον, χωρίς να πέφτει κάτω, και επανέρχεται πλήρως μετά από κάθε επεισόδιο χωρίς να έχει αντιληφθεί ότι κάτι συνέβη (π.χ. συνεχίζει τη συζήτηση ή το παιχνίδι εκεί ακριβώς που διέκοψε). Τα επεισόδια μπορεί να επαναλαμβάνονται πολλές φορές την ημέρα.

▶ Στο 70 % των περιπτώσεων οι κρίσεις σταματούν στην εφηβεία.

▶ Στο 30 % των περιπτώσεων οι κρίσεις στην εφηβεία αλλάζουν χαρακτήρα και γίνονται **τονικοκλωνικοί σπασμοί**.

● Οι πιο συχνές μορφές **εστιακών** επιληπτικών κρίσεων είναι οι **εστιακές κινητικές κρίσεις**, οι **εστιακές αισθητικές κρίσεις** και οι **σύνθετες εστιακές κρίσεις**.

– Οι **εστιακές κινητικές κρίσεις** (κρίσεις Jackson) συνήθως είναι εκδηλώσεις δευτεροπαθούς επιληψίας (οφείλονται σε σοβαρή πάθηση, όπως π.χ. ενδοκρανιακό όγκο, της οποίας

μπορεί να αποτελούν την πρώτη εκδήλωση). Εκδηλώνονται με σπασμούς στη μια πλευρά του σώματος (π.χ. αριστερό χέρι, αριστερό πόδι, αριστερή πλευρά προσώπου), οι οποίοι ακολουθούνται από πολύωρη μυϊκή αδυναμία (ημιπάρεση).

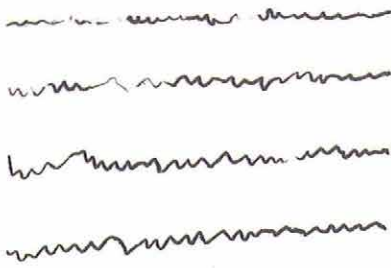
– Οι **εστιακές αισθητικές κρίσεις** όπως και οι κινητικές αποτελούν συνήθως εκδήλωση δευτεροπαθούς επιληψίας. Χαρακτηριστικά εκδηλώνονται με απότομο αίσθημα αιμωδίας (μυδιάσματος) "σαν ηλεκτρικό ρεύμα" στη μια πλευρά του σώματος.

– Οι **σύνθετες εστιακές κρίσεις** αποτελούν εκδήλωση είτε δευτεροπαθούς είτε ιδιοπαθούς επιληψίας. Οφείλονται σε δυσλειτουργία ενός ή και των δύο κροταφικών λοβών του εγκεφάλου, γι' αυτό ονομάζονται αλλιώς **κροταφική επιληψία** ή **ψυχοκινητική επιληψία**. Χαρακτηρίζονται από πρόδρομα συμπτώματα (αύρα) και κάποιου βαθμού έκπτωση του επιπέδου συνείδησης. Η κρίση μπορεί να παίρνει διάφορες μορφές, συνήθως χαρακτηριστικές για κάθε ασθενή, όπως: οσφρητικές ψευδαισθήσεις (αίσθημα δυσάρεστης οσμής, συνήθως σαν "καμένο λάστιχο"), διαταραχές μνήμης (αίσθημα ότι αυτό που ζεί ο ασθενής την ώρα της κρίσης το έχει ξαναζήσει στο παρελθόν, π.χ. σε κάποιο ταξίδι επιμένει ότι έχει ξαναεπισκεφθεί τη συγκεκριμένη πόλη, χωρίς αυτό να ισχύει), διαταραχές κινητικότητας (συνήθως άσκοπες επαναλαμβανόμενες κινήσεις) ή διαταραχές συναισθήματος (αδικαιολόγητη ξαφνική χαρά ή λύπη, αδικαιολόγητος ξαφνικός πανικός).

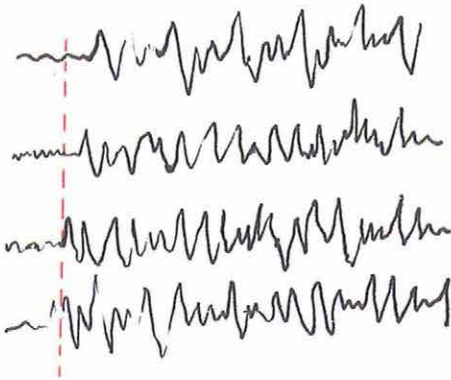
### 7.2.3. Διαγνωστικός Έλεγχος

Περιλαμβάνει ηλεκτροφυσιολογικές, απεικονιστικές και συστηματικές διαγνωστικές δοκιμασίες.

**Ηλεκτροφυσιολογικές δοκιμασίες.** Το **ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ)** έχει σημαντικό ρόλο στον έλεγχο της επιληψίας. Γίνεται με ειδική συσκευή –τον ηλεκτροεγκεφαλογράφο– που καταγράφει τα ηλεκτρικά δυναμικά του εγκεφάλου με τον ίδιο τρόπο που ο ηλεκτροκαρδιογράφος καταγράφει τα ηλεκτρικά δυναμικά της καρδιάς. Το ΗΕΓ δίνει πολύτιμες πληροφορίες για το ποια περιοχή του εγκεφάλου πάσχει, για το είδος της επιληψίας και για την ανταπόκρισή της στη θεραπεία.



A



B

**Εικ. 7.4 Α. Φυσιολογικό ΗΕΓ**

**Β. ΗΕΓ σε γενικευμένη επιληπτική κρίση**

**Η κάθετη γραμμή αντιστοιχεί στην χρονική στιγμή που αρχίζει η κρίση**

**Απεικονιστικές δοκιμασίες.** Απεικονιστικός έλεγχος με αξονική ή / και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου γίνεται σήμερα υποχρεωτικά σε όλες τις περιπτώσεις κατά τις οποίες κάποιος πρωτοεμφανίζει επιληπτικές κρίσεις. Βασικός στόχος του απεικονιστικού ελέγχου είναι να διαγνωσθεί ή να αποκλεισθεί σοβαρή πάθηση υπεύθυνη για τις επιληπτικές κρίσεις π.χ. ενδοκρανιακός όγκος.

**Συστηματικές δοκιμασίες.** Αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος χρειάζεται σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία για κάποιο συστηματικό αίτιο, που προκαλεί τις κρίσεις.

#### 7.2.4. Θεραπεία

Είναι αυτονόητο ότι στις περιπτώσεις δευτεροπαθούς επιληψίας η θεραπεία βασίζεται στην αντιμετώπιση του αιτίου.

Τα ειδικά αντιεπιληπτικά φάρμακα απαλλάσσουν τους περισσότερους ασθενείς από τις κρίσεις, όμως χρειάζεται τακτική ιατρική παρακολούθηση, γιατί τα φάρμακα αυτά έχουν παρενέργειες. Τα φάρμακα δεν εξασφαλίζουν ποτέ 100 % την πιθανότητα να μη παρουσιαστεί κάποτε κάποια κρίση. Γι' αυτό ο ασθενής πρέπει να αποφεύγει δραστηριότητες, που μπορεί να δημιουργήσουν κίνδυνο τραυματισμού αν χάσει ξαφνικά τις αισθήσεις του, όπως π.χ. οδήγηση.

Σε σοβαρές περιπτώσεις (ιδιοπαθούς κυρίως) επιληψίας, οι οποίες δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή (συνήθως σε παιδιά), εφαρμόζονται ειδικές πολύπλοκες νευροχειρουργικές επεμβάσεις.

### 7.2.5. Έκβαση

Στις περιπτώσεις δευτεροπαθούς επιληψίας η έκβαση εξαρτάται από την έκβαση του υποκείμενου αιτίου.

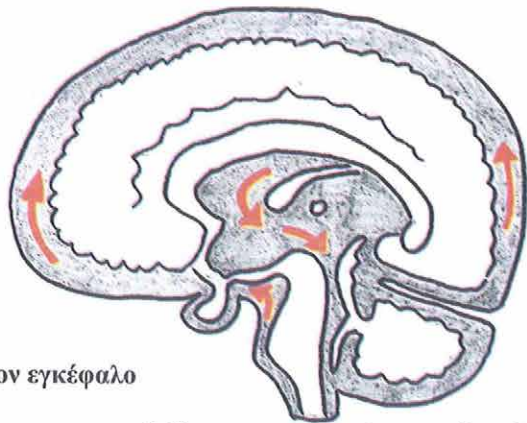
Στην ιδιοπαθή επιληψία τις περισσότερες φορές η έκβαση είναι πολύ καλή. Ο ασθενής, αν παίρνει τακτικά τα φάρμακά του και ακολουθεί τις οδηγίες των γιατρών, ζει τελείως φυσιολογική ζωή. Σπάνια ορισμένες μορφές παιδικής επιληψίας δεν έχουν καλή πρόγνωση και καταλήγουν σε διανοητική καθυστέρηση.

## 7.3. Υδροκέφαλος

### 7.3.1. Γενικά

Υδροκέφαλος (ή υδροκεφαλία) είναι η *συμπτωματική κατάσταση* που χαρακτηρίζεται από διαταραχή στην κυκλοφορία του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ΕΝΥ). Ο υδροκέφαλος μπορεί να οφείλεται σε διάφορα αίτια, μερικές φορές σοβαρά (π.χ. ενδοκρανιακούς όγκους).

Φυσιολογικά το εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ΕΝΥ) παράγεται στις κοιλίες του εγκεφάλου, κυκλοφορεί μέσα στις κοιλίες και στους υπαραχνοειδείς χώρους γύρω από τον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό, και τελικά απορροφάται από τα *πακχιόνια σωματίδια* στην κορυφή του κρανίου. Καθημερινά παράγονται, κυκλοφορούν και απορροφούνται περίπου 500 ml (μισό λίτρο) ΕΝΥ.

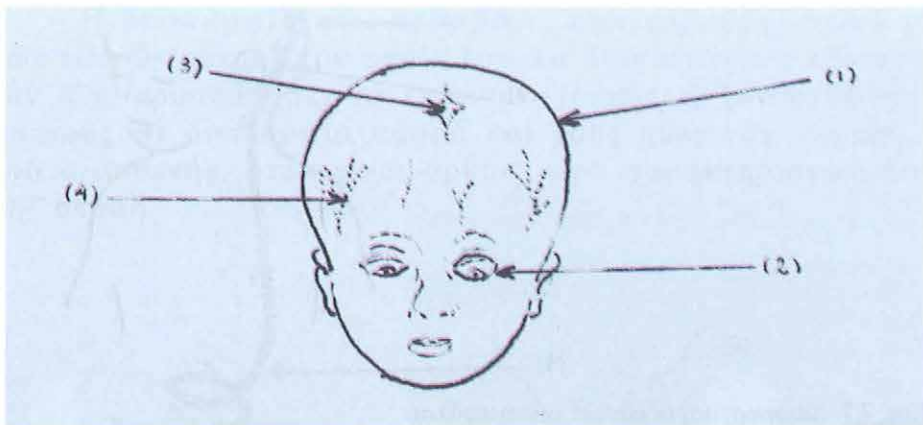


**Εικ. 7.5** Κυκλοφορία του ΕΝΥ στον εγκέφαλο

Όταν για κάποιο λόγο παρεμποδίζεται η κυκλοφορία ή η απορρόφηση του ΕΝΥ, εμφανίζονται οι κλινικές εκδηλώσεις του υδροκεφάλου. Τα πιο συχνά αίτια είναι: συγγενείς ανωμαλίες, λοιμώξεις, εγκεφαλικές αιμορραγίες, όγκοι και τραυματισμοί (κακώσεις).

### 7.3.2. Κλινικές εκδηλώσεις

α) Στα **νεογνά** και στα **βρέφη** παρουσιάζεται χαρακτηριστική αύξηση του μεγέθους της κεφαλής, διάταση των επιφανειακών φλεβών του κρανίου και στροφή των ματιών προς τα κάτω (μάτια σαν "δύοντες ήλιοι"). Ακολουθεί πτώση του επιπέδου συνείδησης και έμετοι. Αργότερα εκδηλώνονται καθυστέρηση στην ανάπτυξη και διανοητική καθυστέρηση.



**Εικ. 7.6** Υδροκέφαλος σε βρέφος

- 1: Διογκωμένη κεφαλή
- 2: Στροφή του βλέμματος προς τα κάτω (μάτια σαν "δύοντες ήλιοι")
- 3: Πρόσθια πηγή υπό τάση
- 4: Διατεταμένες επιφανειακές φλέβες

β) Στα **παιδιά** και στους **ενήλικες**: Ο **οξός υδροκέφαλος** χαρακτηρίζεται από κεφαλαλγία, εμέτους, πτώση του επιπέδου συνείδησης και αδυναμία στροφής του βλέμματος προς τα πάνω. Ο **χρόνιος υδροκέφαλος** χαρακτηρίζεται από ανοϊκές εκδηλώσεις, διαταραχή της βάδισης και ακράτεια ούρων.

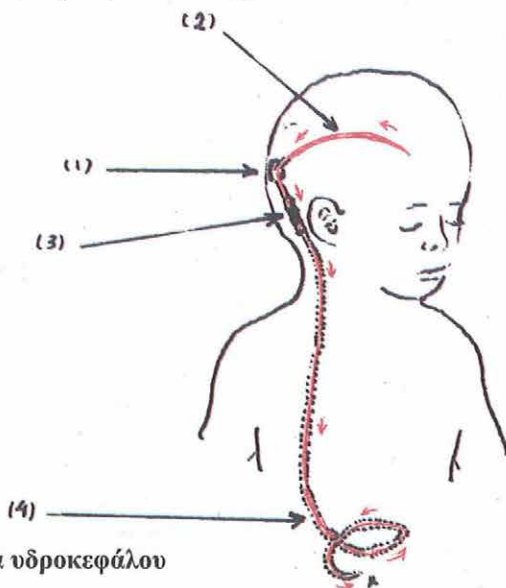
### 7.3.3. Διαγνωστικός έλεγχος

Η διάγνωση συνήθως γίνεται με αξονική τομογραφία εγκεφάλου, που δείχνει χαρακτηριστική αύξηση του μεγέθους των κοιλιών του εγκεφάλου και άλλα συνοδά ευρήματα. Η διευκρίνιση του αιτίου συνήθως χρειάζεται παραπέρα έλεγχο με μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου.

### 7.3.4. Θεραπεία και έκβαση

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του αιτίου (π.χ. χειρουργική εξαίρεση ενδοκρανιακού όγκου) πολλές φορές θεραπεύει και τον υδροκέφαλο.

Όταν αυτό δε γίνεται, τότε ο υδροκέφαλος αντιμετωπίζεται με τη χειρουργική τοποθέτηση ειδικού παροχετευτικού συστήματος ("βαλβίδας"), η οποία οδηγεί το ENY έξω από τις κοιλίες του εγκεφάλου (συνήθως προς την κοιλιά).



**Εικ. 7.7** Χειρουργική θεραπεία υδροκεφάλου

- 1: Κρανιοανάτρηση (χειρουργική "τρύπα" στο κρανίο).
- 2: Ειδικός καθετήρας που ξεκινά από τις κοιλίες του εγκεφάλου.
- 3: Βαλβίδα που ρυθμίζει τη ροή του ENY.
- 4: Καθετήρας που παροχετεύει το ENY μέσα στην κοιλιά. (Με κόκκινα βέλη η κατεύθυνση παροχέτευσης του ENY).



Όταν το αίτιο του υδροκέφαλου δεν είναι ανίατη ασθένεια (όπως π.χ. κακοήθης όγκος), η πρόγνωση είναι πολύ καλή με έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση.

#### 7.4. Εξωπυραμιδικές Διαταραχές

Το εξωπυραμιδικό σύστημα είναι ένα μεγάλο "κύκλωμα" νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, που εξυπηρετεί το συντονισμό των κινήσεων. Υπάρχουν διάφορες παθήσεις του εξωπυραμιδικού συστήματος που εκδηλώνονται με διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων του σώματος. Συχνή τέτοια πάθηση είναι η νόσος του Parkinson και σπανιότερες η χορεία του Huntington και η νόσος του Wilson.

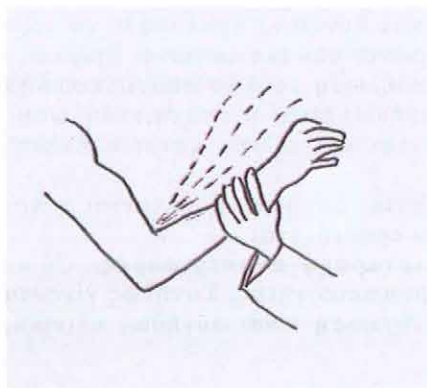
##### 7.4.1. Νόσος του Parkinson

Είναι αρκετά συχνή πάθηση που προσβάλλει τις μεγάλες ηλικίες (60 – 80 ετών). Η αιτιολογία είναι άγνωστη.

**Κλινικές εκδηλώσεις.** Η πάθηση χαρακτηρίζεται από την τριάδα τρόμος – δυσκαμψία – βραδυκίνησια.

– Ο **τρόμος** («**τρεμούλιασμα**») εμφανίζεται νωρίς στην πορεία της νόσου. Συνήθως ξεκινά αρχικά από το ένα χέρι και αργότερα επεκτείνεται στα υπόλοιπα άκρα. Πολλές φορές ο τρόμος του χεριού είναι χαρακτηριστικός και θυμίζει την κίνηση που κάνουμε, όταν μετράμε χρήματα. Εμφανίζεται όταν το χέρι είναι σε ανάπαυση, βελτιώνεται όταν το χέρι κινείται εκούσια, και εξαφανίζεται στον ύπνο.

– Η **δυσκαμψία** στις αρθρώσεις έχει χαρακτηριστικό τύπο "οδοντωτού τροχού" τον οποίο εύκολα διαπιστώνει ο εξεταστής, όταν π.χ. προσπαθήσει να εκτείνει (τεντώσει) τον αγκώνα του ασθενούς. Η δυσκαμψία αφορά και τους μύες του κορμού, γι' αυτό ο ασθενής, όταν είναι όρθιος, έχει χαρακτηριστική "σκυφτή" στάση.



**Εικ. 7.8** Δυσκαμψία

– Η **βραδυκινησία** είναι χαρακτηριστική καθυστέρηση στην έναρξη κάθε κίνησης του σώματος. Ο ασθενής βαδίζει με μικρά και διστακτικά βήματα. Σε προχωρημένα στάδια η βραδυκινησία επεκτείνεται στους μύες του προσώπου και ο ασθενής αποκτά "ανέκφραστο" προσωπείο (**αμιμία**). Επίσης επεκτείνεται στους μύες της ομιλίας, της μάσησης και της κατάποσης δημιουργώντας σοβαρές επιπλοκές.

Η **διάγνωση** είναι κυρίως κλινική. Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική ή μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου συνήθως χρησιμεύει για τον αποκλεισμό άλλων παθήσεων (βλέπε παρακάτω "δευτεροπαθής παρκινσονισμός").

Η **θεραπεία** βασίζεται στη χορήγηση ειδικών φαρμάκων που συνήθως βελτιώνουν θεαματικά τα συμπτώματα, όμως μερικές φορές μετά λίγα χρόνια παύουν να δρουν ή δημιουργούν σοβαρές παρενέργειες. Σε ορισμένες σοβαρές περιπτώσεις συνιστάται ειδική νευροχειρουργική επέμβαση.

**"Δευτεροπαθής παρκινσονισμός"**. Υπάρχουν παθήσεις, όπως τραυματισμοί ή παρενέργειες κάποιων φαρμάκων, που μιμούνται τα συμπτώματα της νόσου του Parkinson. Οι καταστάσεις αυτές λέμε ότι προκαλούν "δευτεροπαθή παρκινσονισμό".

#### 7.4.2. Χορεία Του Huntington

Είναι σπάνια κληρονομική πάθηση που εκδηλώνεται στη μέση ηλικία και οδηγεί στο θάνατο, 10 – 12 χρόνια μετά την πρώτη εκδήλωση. Το γονίδιο που ευθύνεται για την πάθηση μπορεί να ανιχνευτεί με ειδική εξέταση. Αν η εξέταση βγει θετική, το συγκεκριμένο άτομο έχει 95% πιθανότητα να προσβληθεί από τη νόσο στη μέση ηλικία.

**Κλινικές εκδηλώσεις.** Περιλαμβάνουν χορεία, άνοια και διαταραχή συμπεριφοράς.

– **Χορεία.** Είναι κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ακούσιες (αθέλητες), ανώμαλες, σπασμωδικές κινήσεις των άκρων και του κορμού που θυμίζουν χορευτικές φιγούρες. Ο ασθενής ελέγχει τις κινήσεις αυτές πολύ δύσκολα και συνήθως προσπαθεί να τις κάνει να μοιάζουν φυσιολογικές π.χ. σταυρώνει και ξεσταυρώνει διαρκώς τα πόδια του. Η χορεία αποτελεί κλινική εκδήλωση πολλών σπανίων παθήσεων. Στη νόσο του Huntington η χορεία συνήθως είναι η πρώτη εκδήλωση. Στην πορεία της νόσου η χορεία επιδεινώνεται και τελικά κάνει αδύνατη τη βάδιση καθώς και τη λήψη τροφής.

– **Άνοια.** Συνήθως βλάπτονται η προσοχή και η συγκέντρωση, ενώ η ομιλία δεν επηρεάζεται.

– **Διαταραχή συμπεριφοράς.** Οι ασθενείς παρουσιάζουν σημαντική αλλαγή προσωπικότητας. Συνήθως γίνονται ευέξαπτοι και επιθετικοί.

Η **διάγνωση** είναι συνήθως κλινική, με δεδομένο το οικογενειακό ιστορικό.

Η θεραπεία βασίζεται σε ψυχοφάρμακα.

Η έκβαση είναι κακή. Ο θάνατος επέρχεται συνήθως 10 – 12 χρόνια μετά την πρώτη εκδήλωση.

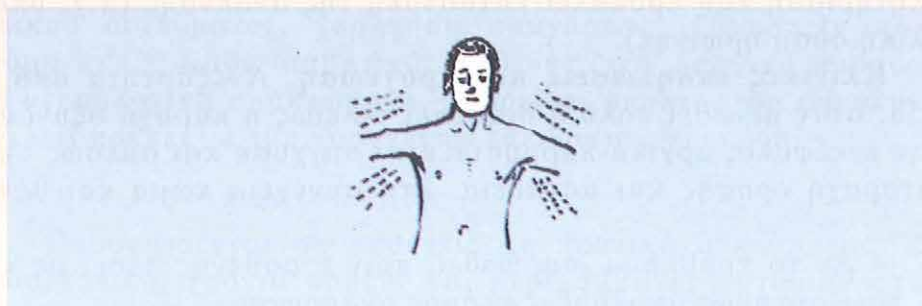
### 7.4.3. Νόσος του Wilson

Η νόσος του Wilson λέγεται και **ηπατοφακοειδής εκφύλιση**. Είναι σπάνια κληρονομική ασθένεια που οφείλεται σε διαταραχή στο μεταβολισμό του χαλκού. Έτσι ο χαλκός συσσωρεύεται σε διάφορα όργανα (κυρίως στο ήπαρ και στον εγκέφαλο) προκαλώντας δυσλειτουργίες.

**Κλινικές εκδηλώσεις.** Υπάρχουν δύο μορφές της νόσου, η οξεία και η χρόνια.

– Η **οξεία** μορφή εκδηλώνεται στην παιδική ηλικία, με εξωπυραμιδικές διαταραχές (βραδυκινησία, ακούσιες κινήσεις), διαταραχές συμπεριφοράς και διαταραχή της λειτουργίας του ήπατος (συκωτιού). Χωρίς θεραπεία επέρχεται ο θάνατος δύο περίπου χρόνια μετά την πρώτη εκδήλωση.

– Η **χρόνια** μορφή εκδηλώνεται στη νεανική ηλικία με τρόμο στους ώμους (σαν "φερούγισμα"), δυσαρθρία (διαταραχή στην άρθρωση της ομιλίας), χορεία και ελαφριά διαταραχή της λειτουργίας του ήπατος. Χωρίς θεραπεία οδηγεί στο θάνατο μέσα σε 10 χρόνια.



**Εικ. 7.9** Τρόμος ώμων σαν "φερούγισμα" στη χρόνια μορφή της νόσου του Wilson

Και στις δύο μορφές υπάρχει ένας χαρακτηριστικός λαμπερός κίτρινοπράσινος δακτύλιος γύρω από την κόρη του ματιού, εύρημα διαγνωστικό α τη νόσο.

Η **διάγνωση** γίνεται κλινικά και παρακλινικά (με ειδικές εξετάσεις ματος) και έχει μεγάλη σημασία, γιατί η νόσος θεραπεύεται. Οι φορείς της νόσου μπορούν να εντοπιστούν πριν ασθενήσουν.

Η **θεραπεία** βασίζεται σε δίαιτα φτωχή σε χαλκό και στη χορήγηση δικών φαρμάκων. Η θεραπεία συνεχίζεται εφ' όρου ζωής και η πρόγνωση ναι καλή.

## 7.5. Εγκεφαλοπάθειες από μεταβολικά, τροφικά και τοξικά αιτία

Ο εγκέφαλος είναι όργανο πολύ ευαίσθητο που εύκολα δυσλειτουργεί όταν παρουσιαστούν διαταραχές στο μεταβολισμό, τη βιοχημική ισορροπία, την οξυγόνωση ή τη θρέψη του οργανισμού. Οι συχνότερες τέτοιες "δευτεροπαθείς" εγκεφαλοπάθειες είναι η **υποξαιμική εγκεφαλοπάθεια**, η **υπογλυκαιμική εγκεφαλοπάθεια**, η **ηπατική εγκεφαλοπάθεια** και το **σύνδρομο Wernicke – Korsakoff**.

### 7.5.1. Υποξαιμική Εγκεφαλοπάθεια

**Αιτιολογία.** Παρουσιάζεται όταν για οποιοδήποτε λόγο διακοπεί η παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο για περισσότερα από 3 – 5 λεπτά της ώρας. Τα πιο συχνά αίτια είναι *ασφυξία*, σοβαρή αναπνευστική πάθηση, σοβαρή καρδιολογική πάθηση ή δηλητηρίαση που προκαλεί καταστολή της αναπνοής (π.χ. υπερβολική δόση ηρωίνης).

**Κλινικές εκδηλώσεις και πρόγνωση.** Ανεξάρτητα από το αίτιο, όταν μειωθεί πολύ ή διακοπεί τελείως η παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο, αρχικά παρουσιάζεται σύγχυση και αμέσως μετά διαταραχή όρασης και αστάθεια. Στη συνέχεια κώμα και θάνατος.

– Αν το πρόβλημα διορθωθεί, πριν ο ασθενής πέσει σε κώμα, τότε συνήθως ακολουθεί πλήρης ανάρρωση.

– Αν η οξυγόνωση αποκατασταθεί, αφού ο ασθενής πέσει σε κώμα (και φυσικά πριν επέλθει ο θάνατος), τότε συνήθως παραμένουν βαριές μόνιμες νευρολογικές δυσλειτουργίες, όπως διαταραχές κινητικότητας, σπαστικότητα, αστάθεια, ψυχοδιανοητικές διαταραχές ή και μόνιμη "φυτική κατάσταση" (κατάσταση στην οποία ο ασθενής έχει ανοικτά τα μάτια, όμως δεν επικοινωνεί με το περιβάλλον, δε μιλάει, δεν κινείται και είναι τελείως ανίκανος για αυτοεξυπηρέτηση).

Τα "**σπαστικά**" παιδιά συνήθως έχουν υποστεί ασφυξία κατά τον τοκετό. Πολύ συχνά τα παιδιά αυτά παρά τα προβλήματα στην κινητικότητα έχουν φυσιολογική ευφυΐα και ψυχοδιανοητική ανάπτυξη.

**Αιτιολογία.** Οφείλεται σε μείωση της παροχής γλυκόζης στον εγκέφαλο (η γλυκόζη είναι θρεπτική ουσία τελείως απαραίτητη για τον εγκέφαλο). Συνήθως παρουσιάζεται σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη λόγω υπερβολικής δόσης αντιδιαβητικών φαρμάκων.

**Κλινικές εκδηλώσεις.** Όπως και στην υποξαιμική εγκεφαλοπάθεια, οι κλινικές εκδηλώσεις εξαρτώνται από τη χρονική διάρκεια της υπογλυκαιμίας (δηλαδή από το πόσα λεπτά μένει ο εγκέφαλος χωρίς γλυκόζη). Αρχικά παρουσιάζονται εφίδρωση (ιδρώτας), ωχρότητα (χλωμάδα), κεφαλαλγία και τρόμος. Στη συνέχεια σύγχυση και ανώμαλη συμπεριφορά, κατόπιν ημιπάρεση, σπασμοί, κώμα και θάνατος. Η ανάρρωση εξαρτάται από το πόσο έγκαιρα διορθώνεται το πρόβλημα, όπως και στην υποξαιμική εγκεφαλοπάθεια.

**Η θεραπεία** συνιστάται στην επείγουσα χορήγηση γλυκόζης με όποιο τρόπο είναι πιο πρόσφορος (ενδοφλέβια χορήγηση ειδικού διαλύματος, χορήγηση σακχάρους [ζάχαρης] από το στόμα κτλ.). Κάθε διαβητικός ασθενής, που ξαφνικά παρουσιάζει νευρολογικά συμπτώματα, θεωρείται ύποπτος για υπογλυκαιμία και πρέπει να του χορηγείται επείγοντως γλυκόζη.

### 7.5.3. Ηπατική Εγκεφαλοπάθεια

Παρουσιάζεται σε ασθενείς με ηπατική ανεπάρκεια. Έχει προοδευτική, χρόνια πορεία και περιλαμβάνει ψυχοδιανοητικές διαταραχές, αστάθεια βάδισης και ημιπάρεση.

### 7.5.4. Σύνδρομο Wernicke – Korsakoff

► **Αιτιολογία.** Είναι μια προοδευτική εγκεφαλοπάθεια που οφείλεται σε έλλειψη ("αβιταμίνωση") μιας βιταμίνης, της θειαμίνης. Στις ανεπτυγμένες κοινωνίες το αίτιο που συνήθως προκαλεί την αβιταμίνωση αυτή είναι ο αλκοολισμός.

► **Κλινικές εκδηλώσεις.** Η νόσος εκδηλώνεται με δύο μορφές που συχνά εκδηλώνονται διαδοχικά στον ίδιο ασθενή:

– **Η νόσος του Wernicke** είναι οξεία κατάσταση που χαρακτηρίζεται από διαταραχή των οφθαλμικών κινήσεων, σύγχυση και αστάθεια βάδισης. Με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή τα συμπτώματα συνήθως υποχωρούν σε μερικές εβδομάδες.

– **Η ψύχωση του Korsakoff** είναι χρόνια κατάσταση που εκδηλώνεται με χαρακτηριστική βαριά διαταραχή του μηχανισμού της μνήμης ("μυθοπλασία"). Δύσκολα βελτιώνεται παρά τη θεραπευτική αγωγή.

► Η **διάγνωση** γίνεται με εξέταση αίματος (μέτρηση επιπέδων θειαμίνης).

► Η **θεραπεία** βασίζεται στη χορήγηση θειαμίνης.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

♦ Η **κεφαλαλγία** (πονοκέφαλος) είναι πολύ συχνό σύμπτωμα διάφορων παθήσεων νευρολογικών, οφθαλμολογικών, ωτορινολαρυγγολογικών ή παθολογικών. Σοβαρές νευρολογικές παθήσεις που μπορεί να εκδηλωθούν με κεφαλαλγία είναι οι εγκεφαλικές αιμορραγίες, οι λοιμώξεις του ΚΝΣ και οι ενδοκράνιοι όγκοι. Οι ειδικές κεφαλαλγίες είναι αυτοτελείς παθήσεις με χρόνια καλοήγη πορεία. Οι πιο συχνές είναι η κεφαλαλγία τάσεως, η ημικρανία, η αθροιστική κεφαλαλγία και η ιδιοπαθής νευραλγία του τριδύμου νεύρου.

♦ Η **επιληψία** είναι **συμπτωματική κατάσταση** που χαρακτηρίζεται από διαταραχή της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου. Μπορεί να οφείλεται σε σοβαρή πάθηση του εγκεφάλου (κρανιοεγκεφαλική κάκωση, ενδοκρανιακό όγκο, αγγειακό επεισόδιο, λοίμωξη κ.ά.), οπότε χαρακτηρίζεται σαν "δευτεροπαθής" ή μπορεί το αίτιο να μην είναι σαφές, οπότε χαρακτηρίζεται σαν "ιδιοπαθής". Η επιληψία εκδηλώνεται με επεισόδια που ονομάζονται επιληπτικές κρίσεις. Αυτές διακρίνονται σε γενικευμένες ή εστιακές, ανάλογα με το αν ο ασθενής χάνει ή όχι τις αισθήσεις του κατά την κρίση. Ο διαγνωστικός έλεγχος βασίζεται στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, καθώς και στην αξονική και μαγνητική τομογραφία. Η θεραπεία βασίζεται στην αντιμετώπιση του υποκείμενου αιτίου (αν αυτό είναι σαφές) και στη χορήγηση ειδικών αντιεπιληπτικών φαρμάκων.

♦ Ο **υδροκέφαλος** είναι συμπτωματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από διαταραχή στην κυκλοφορία του εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Μπορεί να οφείλεται σε συγγενή ανωμαλία, εγκεφαλική αιμορραγία, κρανιοεγκεφαλική κάκωση, ενδοκρανιακό όγκο ή λοίμωξη του ΚΝΣ. Στη βρεφική ηλικία εκδηλώνεται με υπερβολική αύξηση του μεγέθους του κρανίου. Στις άλλες ηλικίες εκδηλώνεται είτε οξέως με κεφαλαλγία, εμέτους και υπνηλία είτε χρονίως με ψυχοδιανοητικές διαταραχές, δυσχέρεια βάδισης και ακράτεια ούρων. Η διάγνωση γίνεται με αξονική και μαγνητική τομογραφία. Η θεραπεία βασίζεται στην αντιμετώπιση του υποκείμενου αιτίου και σε ειδικές χειρουργικές επεμβάσεις.

♦ **Οι εξωπυραμιδικές διαταραχές** αφορούν στο συντονισμό των κινήσεων του σώματος. Η συχνή νόσος του Parkinson προσβάλλει τις μεγάλες ηλικίες και εκδηλώνεται με τρόμο, δυσκαμψία και βραδυκινησία (καθυστέρηση στην έναρξη των κινήσεων που προκαλεί χαρακτηριστική δυσχέρεια βάδισης και αμιμία στο πρόσωπο). Η θεραπεία της βασίζεται στη χορήγηση ειδικών φαρμάκων. Η χορεία του Huntington είναι σπάνια αλλά σοβαρή κληρονομική πάθηση, που εκδηλώνεται στη μέση ηλικία με χορεία (ακούσιες "χορευτικές" κινήσεις), άνοια και διαταραχές συμπεριφοράς. Οι φορείς της νόσου ανιχνεύονται με ειδική εξέταση αίματος. Αποτελεσματική θεραπεία δεν υπάρχει και η νόσος μέσα σε λίγα χρόνια οδηγεί στο θάνατο. Η νόσος του Wilson είναι σπάνια κληρονομική διαταραχή στο μεταβολισμό του χαλκού. Εκδηλώνεται στην παιδική ή στη νεανική ηλικία με εξωπυραμιδικού τύπου διαταραχές των κινήσεων, ανοϊκές εκδηλώσεις και ηπατική δυσλειτουργία. Με τη σωστή διάγνωση και θεραπεία η πρόγνωση είναι καλή.

♦ Οι πιο συχνές **"μεταβολικές" εγκεφαλοπάθειες** είναι η **υποξαιμική**, η **υπογλυκαιμική** και η **ηπατική εγκεφαλοπάθεια**, καθώς και το **σύνδρομο Wernicke – Korsakoff**. Η **υποξαιμική εγκεφαλοπάθεια** έχει διάφορα αίτια (ασφυξία, αναπνευστική ή καρδιολογική πάθηση, δηλητηρίαση). Η υπογλυκαιμική εγκεφαλοπάθεια παρουσιάζεται σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη λόγω υπερδοσολογίας αντιδιαβητικών φαρμάκων. Η ηπατική εγκεφαλοπάθεια παρουσιάζεται σε ασθενείς με ηπατική ανεπάρκεια. Το σύνδρομο Wernicke – Korsakoff παρουσιάζεται σε αλκοολικούς.

## Ερωτήσεις

1. Ποια είναι τα χαρακτηριστικά της κεφαλαλγίας που συνοδεύει την υπαραχνοειδή αιμορραγία;
2. Ποιες από τις παρακάτω προτάσεις είναι σωστές και ποιες λάθος;
3. α. Η κεφαλαλγία τάσεως είναι πολύ σπάνια πάθηση.
4. β. Η ημικρανία προσβάλλει κυρίως νέες γυναίκες.
5. γ. Η νευραλγία του τριδύμου είναι πάντα ιδιοπαθής.
6. Ποια είναι τα αίτια της δευτεροπαθούς επιληψίας;
7. Ποια είναι η πρόγνωση της γνήσιας αφαίρεσης (petit mal);
8. Τι είναι υδροκέφαλος;
9. Πώς εκδηλώνεται ο υδροκέφαλος στα νεογνά και στα βρέφη;
10. Ποια είναι η κλασική τριάδα της νόσου του Parkinson;
11. Τι είναι η αμιμία;
12. Ποια είναι η πρόγνωση της νόσου του Huntington;
13. Ποιες από τις παρακάτω προτάσεις είναι σωστές και ποιες λάθος;
  - α. Τα σπαστικά παιδιά συνήθως είναι καθυστερημένα.
  - β. Αν ένας διαβητικός παρουσιάσει ξαφνικά παράξενη συμπεριφορά ή πέσει σε κώμα πρέπει να του χορηγηθεί επείγως γλυκόζη.
  - γ. Η ψύχωση του Korsakoff συνήθως προσβάλλει αλκοολικούς.

## Δραστηριότητες

- ♦ Κάποια συγγενής σας, 60 ετών, πάσχει από αρτηριακή υπέρταση. Ένα βράδυ σας παίρνει τηλέφωνο θορυβημένη γιατί μετρησε την πίεσή της και τη βρήκε "18", ενώ ταυτόχρονα αισθάνεται "τρομερό" πονοκέφαλο. Σκέφτεται να καλέσει ασθενοφόρο. Τι θα τη συμβουλευόσαστε;



## **ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΟΓΔΩΗ : ΠΟΛΥΕΣΤΙΑΚΕΣ ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

**Πολυεστιακές** λέγονται οι παθήσεις που προσβάλλουν ταυτόχρονα περισσότερες από μια περιοχές του νευρικού συστήματος (π.χ. τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό ταυτόχρονα).

Στη μεγάλη αυτή κατηγορία περιλαμβάνονται πολλές παθήσεις που διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την αιτιολογία, τις κλινικές εκδηλώσεις και την πρόγνωση.

Εκτός από τις λοιμώξεις (που έχουν περιγραφεί σε προηγούμενη θεματική ενότητα) οι σημαντικότερες πολυεστιακές νόσοι του νευρικού συστήματος είναι: 1) η **πολλαπλή ("κατά πλάκας") σκλήρυνση**, 2) τα **κληρονομικά εκφυλιστικά νοσήματα**, 3) η **νόσος του κινητικού νευρώνα** και 4) οι **φακωματώσεις** (νευροδερματικά σύνδρομα).

### **8.1. Πολλαπλή ("κατά πλάκας") σκλήρυνση**

**Γενικά.** Ανήκει σε μια ευρύτερη κατηγορία νοσημάτων, τα **απομυελινωτικά νοσήματα** του νευρικού συστήματος. Τα νοσήματα αυτά έχουν χρόνια πορεία και χαρακτηρίζονται από πολλαπλές βλάβες στα έλυτρα (περιβλήματα) των νευρικών ιών (νευραξόνων) μέσα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Συγκεκριμένα καταστρέφεται η **μυελίνη**, μια ουσία βασική στη δομή αυτών των ελύτρων. Η πολλαπλή σκλήρυνση είναι αρκετά συχνή πάθηση, ενώ τα άλλα απομυελινωτικά νοσήματα είναι πολύ σπάνια.

**Επιδημιολογία.** Η πολλαπλή σκλήρυνση είναι πιο συχνή στα ψυχρά κλίματα και συνήθως προσβάλλει νέους ενήλικες 20 – 40 ετών. Έχει παρατηρηθεί ότι η νόσος παρουσιάζει **οικογενειακή προδιάθεση**.

**Μηχανισμός και αιτιολογία.** Η νόσος χαρακτηρίζεται από διάσπαρτες βλάβες της λευκής ουσίας του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού. Οι βλάβες αυτές λέγονται **πλάκες**. Στην περιοχή της πλάκας έχει καταστραφεί η μυελίνη, δηλαδή η βιολογική ουσία από την οποία σχηματίζονται τα έλυτρα των νευρικών ιών μέσα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

Τα αίτια της νόσου δεν είναι σαφή. Πιθανολογείται ότι η νόσος προκαλείται από τη δράση κάποιου ιού (ή κάποιων ιών)

σε άτομα, που το *ανοσοποιητικό* τους *σύστημα* δυσλειτουργεί για κληρονομικούς λόγους, γι' αυτό υπάρχει οικογενειακή προδιάθεση στην ανάπτυξη της νόσου.

**Κλινικές εκδηλώσεις.** Λόγω της πολλαπλότητας των βλαβών, η νόσος μπορεί να έχει ποικίλες νευρολογικές εκδηλώσεις (διαταραχές όρασης, επιληπτικές κρίσεις, επίμονες *αιμωδίες*, ημιπάρεση, παραπάρεση, διαταραχές αισθητικότητας, *αστάθεια βάδισης, ίλιγγος*). Μερικές φορές τα συμπτώματα είναι άτυπα (εύκολη κόπωση, κεφαλαλγία, άλγη στα άκρα, κατάθλιψη).

Γι' αυτό, αν κάποιος νέος ενήλικας παρουσιάζει οποιοδήποτε από τα παραπάνω συμπτώματα πρέπει να διερευνάται η πιθανότητα αν πάσχει από τη νόσο.

Ιδιαίτερη σημασία έχουν διαταραχές όρασης που δεν οφείλονται σε ροφθαλμολογικά αίτια καθώς και επίμονες αιμωδίες (μουδιάσματα) στα άκρα ή στο πρόσωπο.

Η πορεία της νόσου χαρακτηρίζεται συνήθως από εξάρσεις και υφέσεις για πολλά χρόνια. Κάθε έξαρση (λέγεται και "*ώση*") εκδηλώνεται με την αιφνίδια εγκατάσταση μιας νευρολογικής συνδρομής, που βελτιώνεται σε μερικές μέρες ή εβδομάδες, όμως συχνά αφήνει μια μόνιμη νευρολογική δυσλειτουργία. Δεν υπάρχει τρόπος να προβλεφθεί το πότε θα παρουσιαστεί η επόμενη «ώση» – κρίση, ούτε το πόσο σοβαρή θα είναι. Άλλοι ασθενείς καταλήγουν σε σοβαρή αναπηρία ή στο θάνατο λίγους μήνες μετά την πρώτη εκδήλωση, ενώ άλλοι ζούν χωρίς σοβαρά προβλήματα για πολλά χρόνια.

**Διαγνωστικός έλεγχος.** Περιλαμβάνει:

– Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και σπονδυλικής στήλης, που απεικονίζει τις πλάκες στον εγκέφαλο και στο νωτιαίο μυελό.

– Ηλεκτροφυσιολογικές εξετάσεις, κυρίως **οπτικά προκλητά δυναμικά**.

– Οσφρονωτιαία παρακέντηση και εξέταση του ENY (ανίχνευση ειδικών *αντισωμάτων*).

**Η θεραπεία** είναι συμπτωματική και ειδική.

– Η συμπτωματική θεραπεία αφορά τα γενικά μέτρα ανακούφισης των μόνιμων νευρολογικών δυσλειτουργιών (κινησιοθεραπεία, αναλγητική αγωγή, αντιεπιληπτικά φάρμακα, λογοθεραπεία κτλ.) ανάλογα με την περίπτωση.

– Η ειδική θεραπεία βασίζεται στη χορήγηση ειδικών φαρμάκων (κορτικοειδών και ιντερφερόνης), συχνά χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα.

## 8.2. Κληρονομικά Εκφυλιστικά Νοσήματα του Νευρικού Συστήματος

Είναι νοσήματα κληρονομικά ή με οικογενειακή προδιάθεση, τα οποία έχουν προοδευτική πορεία (αργή αλλά σταθερή επιδείνωση) και κλινικές εκδηλώσεις συμμετρικές (επηρεάζονται εξίσου και οι δύο πλευρές του σώματος).

Πιο συχνή είναι η αταξία του Friedreich.

### 8.2.1. Αταξία του Freidreich

Η νόσος είναι κληρονομική και εκδηλώνεται σε ηλικίες από 8 ετών και πάνω. Η αιτιολογία της είναι άγνωστη.

**Κλινικές εκδηλώσεις.** Η νόσος χαρακτηρίζεται από προοδευτική εκφύλιση του νωτιαίου μυελού, της παρεγκεφαλίδας και των περιφερικών νεύρων. Εκδηλώνεται με προοδευτική τετραπάρεση, διαταραχές της αισθητικότητας και αστάθεια βάδισης με χαρακτηριστικό "σπαστικό – αταξικό" βάδισμα. Συνήθως ο θάνατος επέρχεται 10 – 20 χρόνια μετά την πρώτη εκδήλωση.

**Η διάγνωση** γίνεται εύκολα κλινικά, όταν είναι γνωστό το οικογενειακό ιστορικό.

**Θεραπεία.** Δεν υπάρχει αποτελεσματική ειδική θεραπεία.

### 8.3. Νόσος του Κινητικού Νευρώνα (Νόσος Του Charcot)

Είναι προοδευτικό εκφυλιστικό νόσημα που προσβάλλει τους κινητικούς νευρώνες (τα νευρικά κύτταρα που σχετίζονται με τις κινήσεις των μυών) στο νωτιαίο μυελό και στον εγκέφαλο. Συνήθως εκδηλώνεται σε ηλικία 50 – 60 ετών. Η αιτιολογία είναι άγνωστη. Η νόσος δεν είναι κληρονομική.

**Κλινικές εκδηλώσεις.** Συνήθως περιλαμβάνουν προοδευτική αδυναμία στα άνω και κάτω άκρα χωρίς σπαστικότητα, μυϊκές ατροφίες και αργότερα *δυσκαταποσία* και παράλυση των αναπνευστικών μυών. Χαρακτηριστικό της νόσου είναι ότι ποτέ δεν παρουσιάζονται διαταραχές της αισθητικότητας ούτε διαταραχές ούρησης. Οι περισσότεροι ασθενείς πεθαίνουν 3 – 5 χρόνια μετά την εκδήλωση λόγω αναπνευστικών επιπλοκών.

**Η διάγνωση** είναι κυρίως κλινική.

**Θεραπεία.** Δεν υπάρχει αποτελεσματική ειδική θεραπεία.

## 8.4. Φακωματώσεις

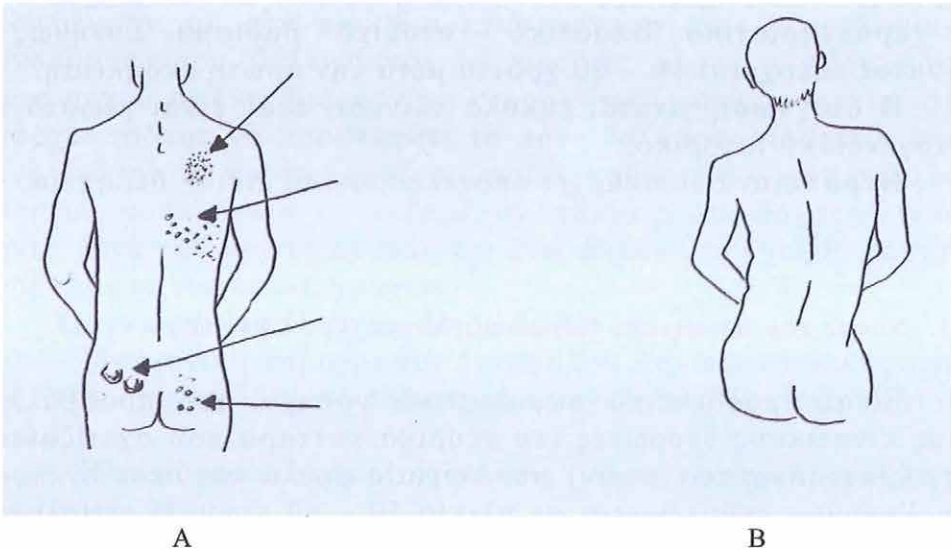
Οι φακωματώσεις (ή νευροδερματικά σύνδρομα) είναι κληρονομικά νοσήματα που χαρακτηρίζονται από την ανάπτυξη δυσπλασιών και όγκων σε πολλά όργανα του σώματος. Πιο συχνά συναντώνται η νευροϊνωμάτωση (τύπου I και τύπου II), η οζώδης σκλήρυνση και η εγκεφαλοτριδυμική αγγειομάτωση.

### 8.4.1. Νευροϊνωμάτωση Τύπου I

Λέγεται και νόσος του Von Recklinghausen. Είναι πάθηση κληρονομική.

Οι κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν:

– Στο δέρμα: Χαρακτηριστικές "καφέ-ό-λέ" κηλίδες και υποδόρια οζίδια (νευροϊνώματα).



**Εικ. 8.1** Νευροϊνωμάτωση τύπου I

**A:** Δερματικές εκδηλώσεις

**B:** Σκολίωση

- Στο σκελετό: Σκολίωση στο 50% των ασθενών.
- Στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα: Ανάπτυξη καλοήθων όγκων, συνήθως πολλαπλών ενδοκρανιακών μηνιγγιωμάτων, καθώς και πολλαπλών νευρινωμάτων ή / και μηνιγγιωμάτων στη σπονδυλική στήλη.
- Επίσης οι ασθενείς συχνά αναπτύσσουν κακοήθεις όγκους σε διάφορα όργανα του σώματος.

**Η διάγνωση** είναι κατ' αρχήν κλινική. Οι όγκοι του ΚΝΣ απεικονίζονται με αξονική ή / και μαγνητική τομογραφία.

**Η θεραπεία** βασίζεται στη χειρουργική εξαίρεση των όγκων όταν προκαλούν προβλήματα.

#### 8.4.2. Νευροϊνωμάτωση Τύπου II

Είναι κληρονομική νόσος πολύ σπανιότερη από την νευροϊνωμάτωση τύπου I.

**Κλινικές εκδηλώσεις.** Δεν υπάρχουν εξωτερικές (δερματικές) κλινικές εκδηλώσεις. Η νόσος χαρακτηριστικά προκαλεί την ανάπτυξη ακουστικών νευρινωμάτων αμφοτερόπλευρα (και στις δύο πλευρές). Συχνά συνυπάρχουν άλλοι καλοήθεις ενδοκρανιακοί (μηνιγγιώματα) και σπονδυλικοί (μηνιγγιώματα και νευρινώματα) όγκοι.

**Η διάγνωση και η θεραπεία** είναι όπως στη νευροϊνωμάτωση τύπου I.

#### 8.4.3. Οζώδης Σκλήρυνση

Είναι κληρονομική νόσος που χαρακτηρίζεται από δερματικές εκδηλώσεις, επιληψία και συχνά διανοητική έκπτωση.

**Κλινικές εκδηλώσεις:**

- Η δερματική εκδήλωση της νόσου είναι το "σμηγματορροϊκό αδένωμα", ένα χαρακτηριστικό εξάνθημα στη μύτη και στο πρόσωπο που συνήθως εμφανίζεται νωρίς (σε ηλικία 1-2 ετών).



**Εικ. 8.2** "Σμηγματορροϊκό αδένωμα" σε ασθενή με οζώδη σκλήρυνση.

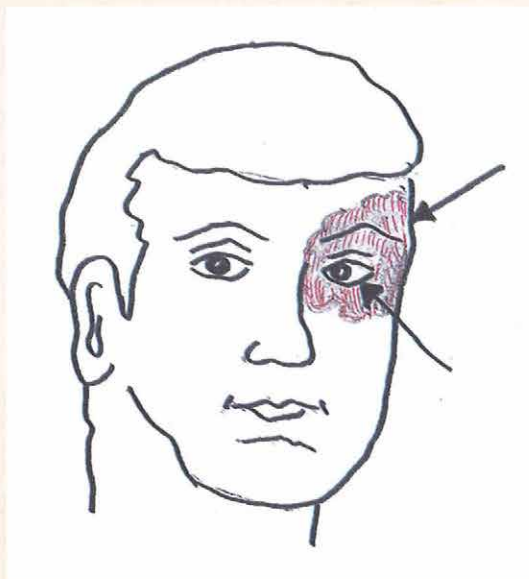
- Οι νευρολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν επιληπτικές κρίσεις (σε όλους σχεδόν τους ασθενείς) και διανοητική έκπτωση (στο 60% των ασθενών). Συχνά οι ασθενείς αναπτύσσουν καρκίνο στους νεφρούς.

**Ο διαγνωστικός έλεγχος** με αξονική ή καλύτερα μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου αποκαλύπτει την παρουσία χαρακτηριστικών πολλαπλών οζιδίων κοντά στις κοιλίες του εγκεφάλου.

**Η θεραπεία** βασίζεται στην αντιεπιληπτική φαρμακευτική αγωγή. Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει.

#### 8.4.4. Εγκεφαλοτριδυμική αγγειομάτωση (Νόσος των Sturge-Weber)

Γενικά και κλινικές εκδηλώσεις. Είναι κληρονομική πάθηση που περιλαμβάνει ένα χαρακτηριστικό αιμαγγείωμα στο πρόσωπο (γύρω από το ένα μάτι) που συνοδεύεται από αιμαγγείωμα στο σύστοιχο (ομόπλευρο) εγκεφαλικό ημισφαίριο.



**Εικ. 8.3** Νόσος Sturge-Weber

Το 90% των ασθενών παρουσιάζουν επιληπτικές κρίσεις, συνήθως από τη βρεφική ηλικία. Στο 50% υπάρχει διανοητική καθυστέρηση. Στο 30% υπάρχει ημιπάρεση.

**Η θεραπεία** βασίζεται στην αντιμετώπιση των επιληπτικών κρίσεων. Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει.

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

♦ **Πολυεστιακές** λέγονται οι παθήσεις που προσβάλλουν ταυτόχρονα περισσότερες από μια περιοχές του νευρικού συστήματος (συνήθως τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό). Είναι παθήσεις με χρόνια διαδρομή και χωρίς αποτελεσματική ειδική θεραπεία.

♦ **Η πολλαπλή ("κατά πλάκας") σκλήρυνση** είναι συχνή νόσος που προσβάλλει συνήθως νέους ενήλικες. Έχει ποικίλες κλινικές νευρολογικές εκδηλώσεις, χρόνια διαδρομή με εξάρσεις ("ώσεις") και υφέσεις και απρόβλεπτη εξέλιξη. Η διάγνωση γίνεται με μαγνητική τομογραφία και με οπτικά προκλητά δυναμικά.

♦ **Τα κληρονομικά εκφυλιστικά νοσήματα του νευρικού συστήματος** είναι σπάνιες παθήσεις. Κυριότερη τέτοια πάθηση είναι η αταξία του Freidreich που εκδηλώνεται με χαρακτηριστική διαταραχή της βάδισης και τελικά οδηγεί σε τετραπάρεση και θάνατο μέσα σε 10–20 χρόνια.

♦ **Η νόσος του κινητικού νευρώνα** εκδηλώνεται σε ηλικίες 50–60 ετών με χαλαρές παραλύσεις και μυϊκές ατροφίες, χωρίς διαταραχές στην αισθητικότητα και την ούρηση. Μέσα σε λίγα χρόνια καταλήγει σε παράλυση των αναπνευστικών μυών και θάνατο.

♦ **Οι φακωματώσεις** είναι κληρονομικές παθήσεις που εκδηλώνονται από την παιδική ηλικία. Η νευροϊνωμάτωση (τύπου I και II) χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη καλοήθων όγκων στο Κ.Ν.Σ. και μερικές φορές κακοήθων όγκων σε διάφορα όργανα του σώματος. Η οζώδης σκλήρυνση και η εγκεφαλοτριδυμική αγγειομάτωση προκαλούν επιληπτικές κρίσεις και μερικές φορές διανοητική καθυστέρηση. Εκτός από την νευροϊνωμάτωση τύπου II, οι φακωματώσεις έχουν χαρακτηριστικές δερματικές εκδηλώσεις.

### *Ερωτήσεις*

1. Τι είναι η μυελίνη;
2. Τι περιλαμβάνει ο παρακλινικός διαγνωστικός έλεγχος για πολλαπλή σκλήρυνση;
3. Σε ποιες ηλικίες είναι πιο συχνή η εκδήλωση της πολλαπλής σκλήρυνσης;
4. Τι είναι οι "πλάκες";
5. Ποιες νευρολογικές διαταραχές δεν παρουσιάζονται ποτέ σε ασθενείς με νόσο του κινητικού νευρώνα;
6. Ποιες είναι οι συχνότερες φακωματώσεις;

### *Δραστηριότητες*

- Τα κληρονομικά νοσήματα του νευρικού συστήματος (και γενικά όλα τα κληρονομικά νοσήματα) παρουσιάζονται πιο συχνά στις λεγόμενες "κλειστές κοινωνίες" (π.χ. απομονωμένα χωριά ή νησιά). Γιατί;





## **ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΕΝΑΤΗ : ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΕΥΡΙΚΩΝ ΡΙΖΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΝΕΥΡΩΝ – ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

Τα περιφερικά νεύρα είναι τα "καλώδια" με τα οποία το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός) επικοινωνεί με το υπόλοιπο σώμα.

Οι ρίζες των περιφερικών νεύρων εκφύονται είτε από τον εγκέφαλο μέσα στο κρανίο είτε από το νωτιαίο μυελό μέσα στη σπονδυλική στήλη. Έτσι τα περιφερικά νεύρα διακρίνονται σε εγκεφαλικά νεύρα (ή αλλιώς εγκεφαλικές συζυγίες), που είναι 12 σε κάθε πλευρά, και σε νωτιαία νεύρα, που είναι 31 σε κάθε πλευρά.

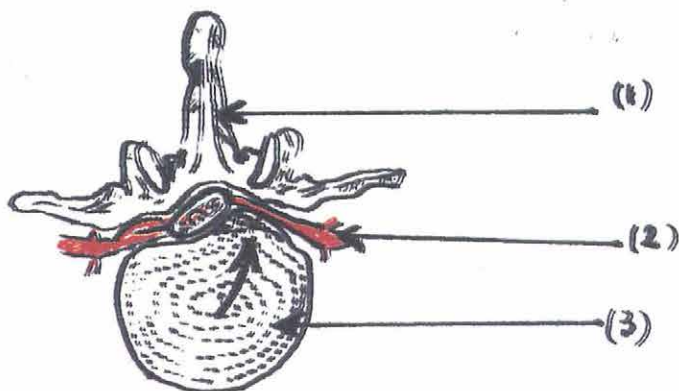
Τα περιφερικά νεύρα δίνουν στους σκελετικούς μύες τις απαραίτητες "εντολές" (κινητικά νευρικά ερεθίσματα) για να κινούνται. Όταν δυσλειτουργούν τα νεύρα, τότε δυσλειτουργούν σοβαρά και οι μύες.

Οι συχνότερες παθήσεις των περιφερικών νεύρων και των ριζών τους είναι η ριζοπάθεια από οξεία κήλη οσφυϊκού μεσοσπονδύλιου δίσκου, τα σύνδρομα παγίδευσης περιφερικών νεύρων και οι πολυνευροπάθειες. Οι κακώσεις (τραυματισμοί) των περιφερικών νεύρων έχουν αναφερθεί σε προηγούμενη θεματική ενότητα. Η πιο συχνή νευρομυϊκή πάθηση είναι η μυασθένεια gravis.

### **9.1. Ριζοπάθεια από οξεία κήλη οσφυϊκού μεσοσπονδύλιου δίσκου**

**Γενικά.** Ο μεσοσπονδύλιος δίσκος μοιάζει με "μαξιλάρι" και φυσιολογικά βρίσκεται μεταξύ δύο διαδοχικών σπονδύλων, εμποδίζοντας την άμεση επαφή μεταξύ τους. Κάθε μεσοσπονδύλιος δίσκος αποτελείται από ένα "σκληρό" περίβλημα, τον **ινώδη δακτύλιο** και ένα "μαλακό" εσωτερικό περιεχόμενο, τον **πηκτοειδή πυρήνα**. Μερικές φορές μια απότομη κίνηση ή το σήκωμα μεγάλου βάρους προκαλεί σε έναν μεσοσπονδύλιο δίσκο (συνήθως στην κατώτερη οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης) ξαφνική ρήξη του ινώδους δακτυλίου, με αποτέλεσμα ο πηκτοειδής πυρήνας να "χυθεί έξω" και να ασκήσει πίεση σε μια κοντινή νευρική ρίζα. Η πίεση της νευρικής ρίζας προκαλεί έντονο άλγος (πόνος) και μερικές φορές διαταραχές της αισθητικότητας ή / και της κινητικότητας. Η πάθηση αυτή λέγεται

ριζοπάθεια από οξεία κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου. Είναι πάθηση πολύ συχνή και αφορά κυρίως τις νέες και τις μεσαίες ηλικίες.



**Εικ. 9.1** Κήλη οσφυϊκού μεσοσπονδυλίου δίσκου με πίεση νευρικής ρίζας.

- 1: Πίσω μέρος του σπονδύλου  
2: Νευρική ρίζα  
3: Μεσοσπονδύλιος δίσκος

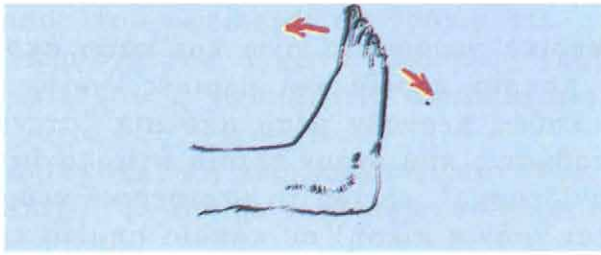
**Κλινικές εκδηλώσεις.** Πιο συχνά παρουσιάζει ρήξη ο μεσοσπονδύλιος δίσκος μεταξύ 4ου και 5ου οσφυϊκού σπονδύλου ή ο μεσοσπονδύλιος δίσκος μεταξύ 5ου οσφυϊκού και 1ου ιερού σπονδύλου. Συχνά η εκδήλωση των συμπτωμάτων γίνεται μετά από σήκωμα μεγάλου βάρους, πτώση ή απότομη κίνηση.

– Ο ασθενής παρουσιάζει πολύ έντονο πόνο στη μέση (οσφύ) και στην πίσω επιφάνεια του ενός από τα δύο κάτω άκρα (**οξεία οσφυοϊσχιαλγία**). Ο πόνος συχνά είναι αφόρητος. Ο ασθενής σηκώνεται και περπατά πολύ δύσκολα. Δεν ανακουφίζεται σε καμία στάση ή ανακουφίζεται μόνο, όταν ξαπλώνει τελείως ακίνητος.

– Πολύ συχνά υπάρχει έντονη αιμωδία (μούδιασμα) στο κάτω άκρο (πόδι) που πονάει, εξίσου ή περισσότερο ενοχλητική από τον πόνο.

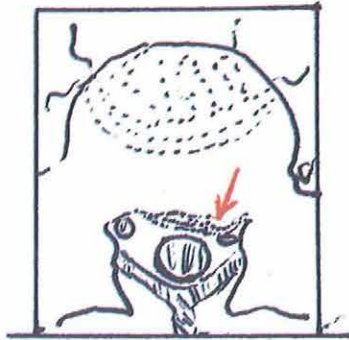
– Συχνά υπάρχουν διαταραχές αισθητικότητας στο πέλμα και στα δάκτυλα.

– Σε σοβαρές περιπτώσεις υπάρχει μυϊκή αδυναμία στη ραχιαία έκταση ή στην πελματιαία κάμψη του πέλματος (ο ασθενής δυσκολεύεται να στηριχτεί στη φτέρνα ή στις άκρες των δακτύλων αντίστοιχα, όταν του ζητηθεί). Όταν υπάρχει μυϊκή αδυναμία, ο ασθενής κινδυνεύει από μόνιμη παράλυση και χρειάζεται επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση.



**Εικ. 9.2** Σε σοβαρές περιπτώσεις κήλης οσφυϊκού μεσοσπονδυλίου δίσκου, μπορεί να υπάρχει μυϊκή αδυναμία (παράλυση) στις κινήσεις του πέλματος.

**Διαγνωστικός έλεγχος.** Παλιότερα η διάγνωση βασιζόταν σε συνδυασμό μυελογραφίας και αξονικής τομογραφίας οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης (ΟΜΣΣ). Σήμερα η διάγνωση γίνεται με **μαγνητική τομογραφία ΟΜΣΣ**.



**Εικ. 9.3** Κήλη οσφυϊκού μεσοσπονδυλίου δίσκου όπως φαίνεται σε εγκάρσια τομή μαγνητικής τομογραφίας.

Το **ηλεκτρομυογράφημα** – ηλεκτρονευρογράφημα (ΗΜΓ–ΗΝΓ) κάτω άκρων ενισχύει τη διάγνωση και δείχνει πόσο προχωρημένη είναι η λειτουργική βλάβη της νευρικής ρίζας.

**Θεραπεία.** Αν υπάρχει μόνο πόνος χωρίς μυϊκή αδυναμία συνήθως αρχικά δοκιμάζεται συντηρητική αγωγή (ανάπαυση στο κρεβάτι και ειδικά φάρμακα).

Αν υπάρχει μυϊκή αδυναμία ή αν το άλγος δεν υποχωρεί με τη συντηρητική αγωγή, τότε ο ασθενής υποβάλλεται σε χειρουργική θεραπεία (μικροχειρουργική εξαίρεση του δισκικού υλικού που πιέζει τη νευρική ρίζα). Με τις σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές τα αποτελέσματα είναι άριστα στο 90–95% των ασθενών.

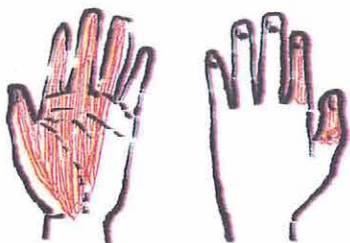
## 9.2. Σύνδρομα παγίδευσης περιφερικών νεύρων

Τα περιφερικά νεύρα στα άνω και κάτω άκρα (χέρια και πόδια) έχουν μακριά πορεία και μερικές φορές πάσχουν από χρόνια πίεση καθώς περνούν μέσα από μια "στενή" ανατομική περιοχή. Οι παθήσεις που έχουν τέτοια αιτιολογία ονομάζονται "σύνδρομα παγίδευσης", επειδή το περιφερικό νεύρο "παγιδεύεται" (υφίσταται χρόνια πίεση) σε κάποιο σημείο της διαδρομής του. Τα πιο συχνά σύνδρομα παγίδευσης είναι το **σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα** και η **παγίδευση του ωλενίου νεύρου στον αγκώνα**.

### 9.2.1. Σύνδρομο Καρπιαίου Σωλήνα

Είναι πάθηση, που οφείλεται σε χρόνια πίεση του μέσου νεύρου στην περιοχή του καρπού. Παρουσιάζεται πιο συχνά σε γυναίκες. Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο υποθυρεοειδισμός, η μεγαλακρία, η εγκυμοσύνη, η παχυσαρκία καθώς και τα επαγγέλματα με συχνή καταπόνηση των καρπών (π.χ. άρμεγμα, χειρισμός κομπρεσσέρ κ.ά.).

**Κλινικές εκδηλώσεις.** Η πάθηση εκδηλώνεται με χαρακτηριστικό πόνο και μούδιασμα (αιμωδία) στην παλάμη, που παρουσιάζονται τις νυκτερινές ώρες και αναγκάζουν τον ασθενή να κρεμά το χέρι του έξω απ' το κρεβάτι για να ανακουφιστεί. Σε προχωρημένο στάδιο παρουσιάζεται μυϊκή αδυναμία και ατροφία στην παλάμη.



**Εικ. 9.4** Περιοχή αιμωδίας όταν πιέζεται το μέσο νεύρο στον καρπό

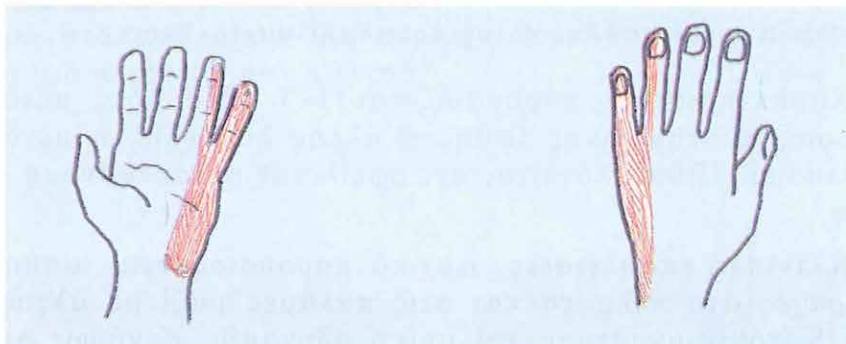
Ο παρακλινικός διαγνωστικός έλεγχος βασίζεται στο ηλεκτρομυογράφημα – ηλεκτρονευρογράφημα, που συνήθως έχει χαρακτηριστικά ευρήματα.

Η **θεραπεία** αρχικά στοχεύει στο αίτιο που δημιουργεί την πάθηση (π.χ. υποθυρεοειδισμό). Αν τα συμπτώματα επιμένουν γίνεται χειρουργική θεραπεία με πολύ καλά αποτελέσματα.

### 9.2.2. Παγίδευση ωλένιου νεύρου στον αγκώνα

Είναι νόσος που οφείλεται σε χρόνια πίεση του ωλένιου νεύρου στην περιοχή του αγκώνα. Συνήθως υπάρχει ιστορικό παλιού τραυματισμού ή καθημερινή καταπόνηση του αγκώνα λόγω επαγγέλματος (π.χ. γαζώτριες).

**Η κλινική εκδήλωση** περιλαμβάνει συνήθως μυϊκή αδυναμία και διαταραχή της αισθητικότητας στο 4ο και στο 5ο δάκτυλο χωρίς έντονο άλγος.



**Εκκ. 9.5** Περιοχή κατανομής του ωλένιου νεύρου

**Ο διαγνωστικός έλεγχος** βασίζεται στο ηλεκτρομυογράφημα – ηλεκτρονευρογράφημα.

**Η θεραπεία** είναι χειρουργική με καλά αποτελέσματα.

### 9.3. Πολυνευροπάθειες

Είναι παθήσεις, στις οποίες πάσχουν ταυτόχρονα πολλά περιφερικά νεύρα. Τα αίτια είναι συνήθως **συστηματικά** («παθολογικά»: λοίμωξη, σακχαρώδης διαβήτης, κακοήθης όγκος, αλκοολισμός), γι' αυτό συνήθως οι πολυνευροπάθειες είναι δευτεροπαθή νοσήματα.

**Κλινικές εκδηλώσεις.** Επειδή τα περισσότερα περιφερικά νεύρα είναι μεικτά (δηλαδή έχουν και κινητικές και αισθητικές νευρικές ίνες) οι κλινικές εκδηλώσεις των πολυνευροπαθειών περιλαμβάνουν διαταραχές τόσο της κινητικότητας όσο και της αισθητικότητας. Οι διαταραχές αυτές είναι συνήθως συμμετρικές (προσβάλλονται εξίσου και οι δύο πλευρές του σώματος) και συνοδεύονται από ελάττωση του μυϊκού τόνου ("χαλαρή" παράλυση), εξασθένηση των τενόντων αντανακλαστικών (π.χ. του επιγονάτιου αντανακλαστικού, που φυσιολογικά εκλύεται, όταν ο εξεταστής κτυπά με μαλακό σφυρί τον επιγονατιδικό τένοντα στο κρεμασμένο πόδι του ασθενούς) και μυϊκές ατροφίες.

**Η διάγνωση** συνήθως γίνεται με ηλεκτρομυογράφημα – ηλεκτρονευρογράφημα (ΗΜΓ–ΗΝΓ).

**Η θεραπεία** από τη μια είναι συμπτωματική και από την άλλη στοχεύει το αίτιο που προκαλεί τη νόσο.

**Οι πιο συχνές** πολυνευροπάθειες είναι η **οξεία μεταλοιμώδης πολυνευρίτιδα** (σύνδρομο Guillain–Barre), η **διαβητική νευροπάθεια** και η **καρκινοματώδης πολυνευροπάθεια**.

### 9.3.1. Οξεία μεταλοιμώδης πολυνευρίτιδα (Guillain–Barre)

Χαρακτηριστικά παρουσιάζεται 1–3 εβδομάδες μετά την αποδρομή συστηματικής ίωσης ή άλλης λοίμωξης ή μετά από εμβολιασμό. Πιθανολογείται ότι οφείλεται σε **αυτοάνοση αντίδραση**.

**Κλινικές εκδηλώσεις.** Αρχικά παρουσιάζονται αισθητικές διαταραχές στα πέλματα και στις παλάμες μαζί με άλγος στη ράχη. Κατόπιν αναπτύσσεται μυϊκή αδυναμία, συνήθως συμμετρικά στα άκρα. Η μυϊκή αδυναμία φτάνει στο μέγιστο περίπου τρεις εβδομάδες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Σε βαριές περιπτώσεις επεκτείνεται στους αναπνευστικούς μύες προκαλώντας αναπνευστική ανεπάρκεια. Από την 4η εβδομάδα αρχίζει συνήθως σταδιακή βελτίωση.

**Ο παρακλινικός διαγνωστικός έλεγχος** περιλαμβάνει:

– Οσφυονωτιαία παρακέντηση και εξέταση του ΕΝΥ με χαρακτηριστικά ευρήματα.

– Ηλεκτρομυογράφημα – ηλεκτρονευρογράφημα.

– Ειδικές ιολογικές εξετάσεις αίματος.

**Η θεραπεία** βασικά είναι υποστηρικτική (εντατική φροντίδα του παράλυτου ασθενή και αντιμετώπιση της αναπνευστικής ανεπάρκειας όταν χρειάζεται). Η μόνη ειδική θεραπεία που έχει πρακτικό αποτέλεσμα είναι η **πλάσμαφαίρεση** (αφαίρεση του πλάσματος από το αίμα), η οποία εφαρμόζεται σε σοβαρές περιπτώσεις.

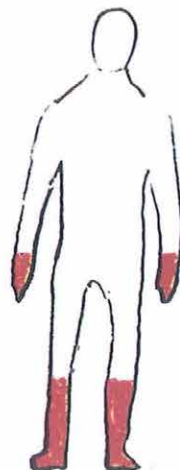
**Έκβαση.** Στις ελαφρότερες περιπτώσεις η πρόγνωση είναι άριστη. Οι ασθενείς αναρρώνουν πλήρως σε 5–7 εβδομάδες. Στις βαρύτερες περιπτώσεις (όταν εκδηλώνεται αναπνευστική ανεπάρκεια) στο 30% των ασθενών παραμένουν μόνιμες νευρολογικές δυσλειτουργίες. Η συνολική θνητότητα είναι περίπου 10%. Σπάνια (στο 5% των ασθενών) η νόσος γίνεται χρόνια και παρουσιάζει υποτροπές.

### 9.3.2. Διαβητική νευροπάθεια

Παρουσιάζεται σε ασθενείς μέσης ή μεγάλης ηλικίας, που πάσχουν πολλά χρόνια από σακχαρώδη διαβήτη.

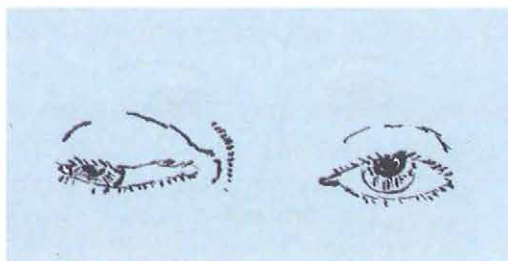
**Κλινικές εκδηλώσεις.** Η νόσος παρουσιάζεται συνήθως με δύο μορφές: πολυνευροπάθεια ή ασύμμετρη οφθαλμοκινητική νευροπάθεια.

– Η **διαβητική πολυνευροπάθεια** χαρακτηρίζεται από μυϊκή αδυναμία και διαταραχή της αισθητικότητας στα άκρα (παλάμες, πέλματα και δάκτυλα). Η διαταραχή της αισθητικότητας αφορά στα άνω άκρα μια περιοχή "σαν γάντι", και στα κάτω άκρα μια περιοχή "σαν κάλτσα".



**Εικ. 9.6** Διαβητική πολυνευροπάθεια. Διαταραχή αισθητικότητας σαν "γάντια" και "κάλτσες".

– Η **ασύμμετρη οφθαλμοκινητική νευροπάθεια** χαρακτηρίζεται από ξαφνική εγκατάσταση πάρεσης (παράλυσης) στο ένα μάτι. Το μάτι δεν μπορεί να κινηθεί προς τα πάνω, κάτω και μέσα. Το άνω βλέφαρο είναι πεσμένο. Υπάρχει έντονη διπλωπία (ο ασθενής "τα βλέπει διπλά"). Δεν υπάρχει πόνος, ούτε αύξηση του μεγέθους της κόρης.



**Εικ. 9.7** Ασύμμετρη οφθαλμοκινητική νευροπάθεια. Πάρεση δεξιού οφθαλμού.

Η **θεραπεία** βασίζεται στη ρύθμιση του σακχάρου στο αίμα; αν δεν είναι καλά ρυθμισμένο, με τη χορήγηση κατάλληλων

αντιδιαβητικών φαρμάκων. Επίσης χορηγούνται ειδικά φάρμακα για τη διαβητική πολυνευροπάθεια.

### 9.3.3. Καρκινοματώδης πολυνευροπάθεια

Παρουσιάζεται σε ασθενείς που πάσχουν από κακοήθη όγκο, πιο συχνά από μικροκυτταρικό βρογχογενές καρκίνωμα του πνεύμονα. Μερικές φορές η πολυνευροπάθεια είναι η πρώτη εκδήλωση του κακοήθους νοσήματος.

**Κλινικά εκδηλώνεται** είτε μόνο με χαρακτηριστικές αισθητικές διαταραχές ("καυστικές δυσαισθησίες") είτε με αισθητικές και κινητικές διαταραχές.

**Η θεραπεία** στοχεύει το υποκείμενο αίτιο.

### 9.4. Μυασθένεια Gravis

**Γενικά.** Οι μύες παίρνουν εντολές από τα περιφερικά νεύρα για να κινούν το σώμα. Οι κινητικές νευρικές ίνες (νευράξονες) που περιέχονται στα περιφερικά νεύρα καταλήγουν στους μύες, σε ειδικές περιοχές των μυϊκών ινών, που λέγονται **νευρομυϊκές συνάψεις**. Η μυασθένεια gravis είναι χρόνια πάθηση στην οποία υπάρχει δυσλειτουργία της νευρομυϊκής σύναψης, κι έτσι τα κινητικά νευρικά ερεθίσματα δε μεταδίδονται σωστά από τα περιφερικά νεύρα στους μύες. Στο 90% των περιπτώσεων η νόσος εκδηλώνεται σε νέους ενήλικες (20-40 ετών). Είναι πάθηση πολύ σπάνια, γι' αυτό όταν υπάρχει υποψία, πρέπει πρώτα να αποκλείονται άλλες συχνότερες παθήσεις. Η νόσος οφείλεται σε χρόνια αυτοάνοση αντίδραση.

**Κλινικές εκδηλώσεις.** Υπάρχουν δύο μορφές της νόσου, η ελαφριά και η βαριά.

- **Η ελαφριά μορφή** χαρακτηρίζεται από μυϊκή αδυναμία στους οφθαλμοκινητικούς μύες με πτώση του άνω βλεφάρου, από αδυναμία των μύων του προσώπου και από ελαφριά γενικευμένη αδυναμία των υπόλοιπων μύων του σώματος. Η μυϊκή αδυναμία στους οφθαλμοκινητικούς μύες και στους μύες του προσώπου προκαλούν το χαρακτηριστικό "μυασθενικό προσωπείο". Σε πολλούς ασθενείς υπάρχει μόνο βλεφαρόπτωση χωρίς άλλα συμπτώματα.



**Εικ. 9.8** Μυασθένεια Gravis.



- **Η βαριά μορφή** περιλαμβάνει, εκτός από τα παραπάνω, και αξιόλογη αδυναμία όλων των σκελετικών μυών, η οποία σταδιακά επεκτείνεται στους αναπνευστικούς μύες.

Πολλοί ασθενείς με μυασθένεια παρουσιάζουν υπερπλασία του θύμου αδένου (βρίσκεται πίσω από το στέρνο).

**Παρακλινικός διαγνωστικός έλεγχος.** Περιλαμβάνει:

- Ηλεκτρομυογράφημα, με χαρακτηριστικά ευρήματα.

- Μέτρηση ειδικών αντισωμάτων στο αίμα.

- Φαρμακολογική διαγνωστική δοκιμασία. Δίνεται μια δόση ειδικού φαρμάκου, και αν παρατηρηθεί άμεση βελτίωση, τότε ενισχύεται η διάγνωση.

- Αξονική τομογραφία θώρακος για την απεικόνιση υπερπλασίας του θύμου αδένου.

**Θεραπεία.** Βασίζεται στη χορήγηση ειδικών φαρμάκων και στη χειρουργική αφαίρεση του θύμου αδένου, όταν χρειάζεται.

**Έκβαση.** Οι περισσότεροι ασθενείς ανταποκρίνονται καλά στη θεραπεία. Ένα μικρό ποσοστό καταλήγει στο θάνατο λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

♦ Οι ρίζες **των περιφερικών νεύρων** εκφύονται από τον εγκέφαλο (12 σε κάθε πλευρά) και από το νωτιαίο μυελό (31 σε κάθε πλευρά). Τα περισσότερα περιφερικά νεύρα είναι μεικτά (έχουν και αισθητικές και κινητικές νευρικές ίνες) και όταν πάσχουν, προκαλούν τόσο αισθητικές, όσο και κινητικές διαταραχές. Οι κινητικές ίνες των περιφερικών νεύρων συνδέονται με τις μυϊκές ίνες σε ειδικές περιοχές που λέγονται νευρομυϊκές συνάψεις.

♦ **Η ριζοπάθεια λόγω ρήξης οσφυϊκού μεσοσπονδυλίου δίσκου** είναι πολύ συχνή πάθηση. Εκδηλώνεται συνήθως μετά από απότομη κίνηση ή σήκωμα βάρους με έντονο πόνο στη μέση και το ένα κάτω άκρο (οξεία οσφυοϊσχιαλγία) που μπορεί να συνοδεύεται από αιμωδία, υπαισθησία ή μυϊκή αδυναμία. Η διάγνωση γίνεται με μαγνητική τομογραφία ΟΜΣΣ. Η θεραπεία είναι συντηρητική ή χειρουργική (αν υπάρχει μυϊκή αδυναμία ή αν ο πόνος επιμένει).

♦ **Τα σύνδρομα παγίδευσης των περιφερικών νεύρων** προκαλούνται όταν το νεύρο πιέζεται χρονίως, καθώς περνά μέσα από μια "στενή" ανατομική περιοχή. Η διάγνωση βασίζεται στο ηλεκτρομυογράφημα - ηλεκτρονευρογράφημα. Το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα οφείλεται σε χρόνια πίεση του μέσου νεύρου στον καρπό. Μπορεί να συνδέεται με συστηματική νόσο (ρευματοειδή αρθρίτιδα, υποθυρεοειδισμό) παχυσαρκία, εγκυμοσύνη ή καθημερινή καταπόνηση των καρπών. Εκδηλώνεται με νυκτερινό πόνο, αιμωδία ή και μυϊκή αδυναμία στην παλάμη. Η θεραπεία

είναι χειρουργική ή / και στοχεύει το υποκείμενο αίτιο. Η παγίδευση του ωλένιου νεύρου στον αγκώνα εκδηλώνεται με υπαισθησία και μυϊκή αδυναμία στο παράμεσο και μικρό δάκτυλο. Η θεραπεία είναι χειρουργική.

♦ **Οι πολυνευροπάθειες** είναι δευτεροπαθή νοσήματα, στα οποία πάσχουν ταυτόχρονα πολλά περιφερικά νεύρα. Συνήθως έχουν συμμετρικές εκδηλώσεις, αισθητικές και κινητικές (χαλαρές παραλύσεις). Συχνότερες είναι η οξεία μεταλοιομώδης πολυνευρίτιδα (Gullain-Barré), η διαβητική νευροπάθεια (που μερικές φορές εκδηλώνεται σαν ασύμμετρη οφθαλμοκινητική νευροπάθεια) και η καρκινωματώδης πολυνευροπάθεια.

♦ **Οι νευρομυϊκές παθήσεις** είναι πολύ σπάνιες. Κυριότερη είναι η μυασθένεια gravis, που εκδηλώνεται σε νεαρή ηλικία και συνήθως ανταποκρίνεται καλά σε ειδική φαρμακευτική αγωγή.

### *Ερωτήσεις*

1. Τι ρόλο παίζουν τα περιφερικά νεύρα;
2. Πότε γίνεται συνήθως η ρήξη οσφυϊκού μεσοσπονδυλίου δίσκου;
3. Τι είναι οξεία οσφυοϊσχιαλγία;
4. Ποια είναι σήμερα τα χειρουργικά αποτελέσματα για ριζοπάθεια λόγω οξείας κήλης οσφυϊκού μεσοσπονδυλίου δίσκου;
5. Πώς εκδηλώνεται κλινικά το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα;
6. Ποιες είναι οι συχνότερες πολυνευροπάθειες;
7. Άνδρας 65 ετών, βαρύς καπνιστής, ξαφνικά παρουσιάζει εκδηλώσεις πολυνευροπάθειας με έντονες "καυστικές δυσαισθησίες" στα άκρα και στον κορμό. Τι μπορεί να συμβαίνει;
8. Η μυασθένεια gravis είναι συχνή νόσος;

### *Δραστηριότητες*

- Αναφερθήκαμε παραπάνω στην οξεία κήλη οσφυϊκού μεσοσπονδυλίου δίσκου. Στις άλλες μοίρες της σπονδυλικής στήλης (αυχενική, θωρακική και ιεροκοκκυγική) παρουσιάζονται κήλες στους μεσοσπονδύλιους δίσκους;

## ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΓΛΩΣΣΑΡΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ

(Περιλαμβάνονται όροι που δεν επεξηγούνται με επάρκεια στο κυρίως κείμενο)

**Αδένας:** Όργανο του σώματος που εκκρίνει (παράγει) χρήσιμες ουσίες. Οι **εξωκρινείς αδένες** εκκρίνουν ουσίες μέσα σε περιοχές ή κοιλότητες του σώματος. Οι **ενδοκρινείς αδένες** εκκρίνουν ειδικές ουσίες (τις ορμόνες) μέσα στο αίμα.

**Αθηρωμάτωση:** Χρόνια σοβαρή πάθηση των αρτηριών του σώματος, κατά την οποία ο αυλός της αρτηρίας στενεύει λόγω έναρξης σε αυτόν παθολογικών ουσιών. Η πάθηση προκαλείται από την υπερβολική κατανάλωση λιπαρών τροφών, από την έλλειψη σωματικής άσκησης και από το κάπνισμα.

**Αιμοδία:** Είναι το «μούδιασμα», δηλαδή δυσάρεστη αίσθηση «σαν να περνά ηλεκτρικό ρεύμα» ή «σαν να καρφώνουν βελόνες». Αποτελεί διαταραχή της αισθητικότητας.

**Ακτινοθεραπεία:** Ειδική θεραπευτική μέθοδος με την οποία σε μια περιοχή του σώματος χορηγείται συγκεκριμένη δόση ιονίζουσας ακτινοβολίας (ραδιενέργειας). Εφαρμόζεται κυρίως σε περιπτώσεις κακοήθων όγκων.

**Ανατομική περιοχή:** Ένα συγκεκριμένο μέρος του σώματος. Το σώμα διαιρείται σε μεγάλες ανατομικές περιοχές (κεφαλή, τράχηλο, κορμό και άκρα). Κάθε μια απ' αυτές διαιρείται σε μικρότερες (ο κορμός διαιρείται σε θώρακα και σε κοιλιά, κ.ο.κ.).

**Ανοσοποιητικό σύστημα:** Είναι το οργανικό σύστημα που εξυπηρετεί την άμυνα του σώματος ενάντια σε παθογόνους μικροοργανισμούς και άλλους βλαπτικούς παράγοντες. Τα όργανα του ανοσοποιητικού συστήματος βρίσκονται διάσπαρτα σε όλο το σώμα.

**Αντίσωμα:** Είναι ειδική βιολογική ουσία που παράγεται από το ανοσοποιητικό σύστημα για την καταστροφή κάποιου βλαπτικού παράγοντα (π.χ. ενός παθογόνου μικροοργανισμού). Τα αντισώματα έχουν μεγάλη εξειδίκευση, δηλαδή κάθε αντίσωμα παράγεται με στόχο την εξόντωση ενός και μόνο συγκεκριμένου βλαπτικού παράγοντα.

**Αποκατάσταση:** Ειδικό θεραπευτικό πρόγραμμα για την κοινωνική επανένταξη ασθενών με κινητικές δυσλειτουργίες και ψυχοδιανοητικές διαταραχές. Περιλαμβάνει πολλούς επιμέρους κλάδους (κινησιοθεραπεία, φυσικοθεραπεία, λογοθεραπεία, κ.τ.λ.).

**Αρτηρία:** Αιμοφόρο αγγείο που μεταφέρει αίμα από την καρδιά προς κάποια περιοχή του σώματος. Το αρτηριακό δέντρο ξεκινά απ' την καρδιά και διακλαδίζεται σε όλο το σώμα.

**Αστάθεια βάδισης:** Νευρολογική συνδρομή κατά την οποία ο ασθενής χάνει την ισορροπία του όταν βαδίζει, χωρίς να έχει αδυναμία στους μύες των κάτω άκρων. Συνήθως οφείλεται σε παθήσεις της παρεγκεφαλίδας ή του νωτιαίου μυελού.

**Ασφυξία:** Επείγουσα κατάσταση κατά την οποία παρεμποδίζεται η είσοδος αέρα στους πνεύμονες. Μπορεί να οφείλεται σε έλλειψη αέρα (π.χ. εγκλωβισμός σε κλειστό χώρο), σε εξωτερική απόφραξη των αεροφόρων οδών (π.χ. στραγγαλισμός), σε τραυματισμό των αεροφόρων οδών (π.χ. κακώσεις προσώπου ή τραχήλου), σε παρουσία ξένου σώματος στις αεροφόρες οδούς, κ.τ.λ. Χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση (ειδικές πρώτες βοήθειες), γιατί απειλείται η ζωή του ασθενούς.

**Αυτοάνοση αντίδραση:** Η παθολογική αντίδραση, κατά την οποία το σώμα «καταπολεμά» κατά λάθος δικούς του ιστούς.

**Δευτερογενής επιπλοκή:** Παθολογική κατάσταση που ακολουθεί την εισβολή της κυρίως πάθησης και οφείλεται σε αυτήν, χωρίς να σχετίζεται άμεσα μαζί της. Π. χ. μετά από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να παρουσιαστούν σοβαρές δευτερογενείς επιπλοκές, όπως πνευμονίες, φλεβοθρομβώσεις και κατακλείσεις.

**Διάρροια:** Είναι η παραγωγή απ' το έντερο μεγάλων ποσοτήτων υδαρών κοπράνων. Μπορεί να προκαλέσει αφυδάτωση και άλλες βιοχημικές διαταραχές. Μπορεί να οφείλεται σε διάφορα αίτια (π.χ. λοιμώξεις, φάρμακα, τοξικές ουσίες, διάφορες παθήσεις του εντέρου, κ.τ.λ.).

**Δυσκαταποσία:** Δυσκολία στην κατάποση υγρών ή/και στερεών τροφών. Μπορεί να οφείλεται σε τοπικά αίτια (παθήσεις του φάρυγγα και του οισοφάγου) ή σε νευρολογικά αίτια (παράλυση των κατώτερων εγκεφαλικών νεύρων).

**Ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκου:** Τρόπος χορήγησης φαρμακευτικών ουσιών και διαλυμάτων κατ' ευθείαν στο αίμα του ασθενούς, με τη χρήση ειδικής συσκευής (φλεβοκαθετήρα). Γίνεται μόνο στο νοσοκομείο.

**Ερέθισμα:** Μεταβολή στις συνθήκες του περιβάλλοντος που μπορεί να γίνει «αντιληπτή» απ' το σώμα. Υπάρχουν διάφορα είδη ερεθισμάτων (π.χ. φως, θερμότητα, ψύχος, ήχος, πίεση, οσμές, κ.τ.λ.).

**Ευρέως φάσματος αντιβιοτικό:** Αντιβιοτικό (αντιμικροβιακό) φάρμακο που μπορεί να καταπολεμήσει πολλά διαφορετικά είδη

μικροβίων. Συνήθως χορηγείται άμεσα σε περίπτωση σοβαρής λοίμωξης (π.χ. οξεία μικροβιακή μηνιγγίτιδα) πριν βγουν τα από-τελέσματα των ειδικών μικροβιολογικών εξετάσεων.

**Τλιγγος:** Αίσθηση «περιστροφής» των αντικειμένων ή του σώματος. Συνήθως συνοδεύεται από έμετο. Μπορεί να οφείλεται σε πάθηση των αυτιών, της παρεγκεφαλίδας ή του εγκεφαλικού στελέχους.

**Κατάκλιση:** Έλκος (πληγή) στο δέρμα που προκαλείται όταν μια περιοχή του δέρματος ακουμπά συνέχεια στο κρεβάτι. Αποτελεί σοβαρή δευτερογενή επιπλοκή σε ασθενείς με παράλυση.

**Κεντρομόλα (νευρική) οδός:** Νευρικό «κύκλωμα» μεταβίβασης ερεθισμάτων από το σώμα προς το Κ.Ν.Σ. Κεντρομόλες είναι οι αισθητικές νευρικές οδοί (αυτές που εξυπηρετούν αισθητικές λειτουργίες).

**Κινησιοθεραπεία:** Κλάδος της θεραπείας αποκατάστασης, που περιλαμβάνει την κινητοποίηση του σώματος με την επίβλεψη ειδικών επιστημόνων (φυσιάτρων και κινησιοθεραπευτών).

**Κληρονομική ασθένεια:** Ασθένεια που «μεταβιβάζεται» από τους γονείς στα παιδιά με συγκεκριμένο τρόπο. Κληρονομικές νευρολογικές παθήσεις είναι η αταξία του Freidrich, η χορεία του Huntington, οι φακωματώσεις κ.ά.

**Κληρονομική πάθηση:** Οι όροι *πάθηση*, *ασθένεια*, *νόσος* και *νόσημα* είναι ταυτόσημοι (βλέπε *πάθηση*).

**Κλινικές εκδηλώσεις:** Το σύνολο των συμπτωμάτων και σημείων με τα οποία εμφανίζεται κάποια πάθηση. **Σύμπτωμα:** βλέπε παρακάτω στο γλωσσάρι. **Σημείο:** εκδήλωση, την οποία δεν αντιλαμβάνεται ο ασθενής, όμως τη διαπιστώνει ο γιατρός κατά την εξέταση του ασθενούς.

**Κρανιακή κοιλότητα:** ο μεγάλος κενός χώρος που βρίσκεται μέσα στο κρανίο.

**Λήθαργος:** Είδος έκπτωσης του επιπέδου συνείδησης, κατά το οποίο ο ασθενής θέλει να κοιμάται, όμως όταν του ασκηθεί κάποιο ερέθισμα ανοίγει τα μάτια και επικοινωνεί.

**Λογοθεραπεία:** Κλάδος της θεραπείας αποκατάστασης που βοηθά στην ανάρρωση της ομιλίας. Εφαρμόζεται σε ασθενείς με αφασία ή άλλου είδους προβλήματα ομιλίας.

**Λοιμώδης νόσος:** Πάθηση, η οποία οφείλεται στην εισβολή κάποιου παθογόνου μικροοργανισμού στο σώμα.

**Λοίμωξη:** βλ. *λοιμώδης νόσος*.

**Μυκητίαση:** Λοιμώδης νόσος, η οποία οφείλεται στην εισβολή

κάποιου μύκητα (είδος παθογόνου μικροοργανισμού). Συχνότερα εντοπίζεται στο δέρμα.

**Μόλυνση:** Η στιγμή της εισβολής κάποιου παθογόνου μικροοργανισμού, που προηγείται χρονικά από την κλινική εκδήλωση της λοίμωξης. Στο AIDS, για παράδειγμα, η κλινική εκδήλωση μπορεί να γίνει μήνες ή χρόνια μετά την μόλυνση. Αντίθετα, στις συνηθισμένες ιώσεις (π.χ. κοινό κρυολόγημα, ιλαρά κ.τ.λ.) η κλινική εκδήλωση γίνεται συνήθως λίγες μέρες μετά την μόλυνση.

**Νευρολογική συνδρομή:** Κλινική εκδήλωση, η οποία αφορά το νευρικό σύστημα, π.χ. ημιπάρεση.

**Νόσος:** Οι όροι *ασθένεια*, *πάθηση*, *νόσος* και *νόσημα* είναι ταυτόσημοι (βλέπε *πάθηση*).

**Νόσημα:** Οι όροι *ασθένεια*, *πάθηση*, *νόσος* και *νόσημα* είναι ταυτόσημοι (βλέπε *πάθηση*).

**Οργανικό σύστημα:** Σύνολο οργάνων του σώματος, τα οποία εξυπηρετούν μια συγκεκριμένη λειτουργία. Τα κυριότερα οργανικά συστήματα είναι το ερειστικό σύστημα (σκελετός), το μυϊκό σύστημα (μύες), το πεπτικό σύστημα, το αναπνευστικό σύστημα, το κυκλοφορικό σύστημα (καρδιά και αιμοφόρα αγγεία), το νευρικό σύστημα, το καλυπτήριο σύστημα (δέρμα, νύχια, μαλλιά), το δικτυοενδοθηλιακό σύστημα, το ουροποιητικό σύστημα, το γεννητικό σύστημα κ.ά.

**Πάθηση** (ή αλλιώς *ασθένεια*, *νόσος* ή *νόσημα*): Δυσλειτουργία του σώματος που έχει συγκεκριμένη αιτία, συγκεκριμένες κλινικές εκδηλώσεις και επιδέχεται συγκεκριμένη θεραπεία.

**Παθογόνος μικροοργανισμός:** Μικροσκοπικός ζωντανός οργανισμός που όταν μπει στο σώμα μπορεί να προκαλέσει ασθένεια. Οι συχνότεροι παθογόνοι μικροοργανισμοί είναι ιοί, μικρόβια (βακτήρια), μύκητες, πρωτόζωα και παράσιτα.

**Προδιάθεση οικογενειακή:** Η ιδιότητα που έχουν μερικές ασθένειες να προσβάλλουν συχνά μέλη της ίδιας οικογένειας, χωρίς όμως να κληρονομούνται με συγκεκριμένο τρόπο π.χ. η πολλαπλή σκλήρυνση.

**Σύμπτωμα:** Εκδήλωση κάποιας νόσου που γίνεται αντιληπτή απ' τον ασθενή π.χ. πόνος.

**Συμπτωματική κατάσταση:** Σύνολο συμπτωμάτων και σημείων που δεν αποτελούν αυτοτελή πάθηση, αλλά μπορεί να αποτελούν εκδήλωση διάφορων παθήσεων π.χ. επιληψία.

**Συνοδές εκδηλώσεις:** Κλινικές εκδηλώσεις που συνοδεύουν κάποιό σύμπτωμα π.χ. έμετος: συνοδή εκδήλωση κεφαλαλγίας.

**Τριχωτό κεφαλής:** Οι μαλακοί ιστοί (δέρμα, υποδόριο κ.τ.λ.) που σκεπάζουν το κρανίο. Το τριχωτό της κεφαλής έχει πολλά αιμοφόρα αγγεία και ο τραυματισμός του μπορεί να προκαλέσει σοβαρή αιμορραγία.

**Φλεγμονή:** Η τοπική αντίδραση των ιστών του σώματος σε κάποιο βλαπτικό παράγοντα. Εκδηλώνεται συνήθως με οίδημα (πρήξιμο), πόνο και θερμότητα. Ο βλαπτικός παράγοντας μπορεί να είναι μικροβιακός (λοίμωξη), φυσικός (π.χ. έγκαυμα), χημικός κ.τ.λ.

**Φυγόκεντρη οδός:** Νευρικό «κύκλωμα», το οποίο μεταφέρει εντολές από το Κ.Ν.Σ. προς το σώμα. Οι κινητικές νευρικές οδοί που δίνουν εντολές στους μύες για να κινούνται είναι φυγόκεντρες νευρικές οδοί.

**Χημειοθεραπεία:** Ειδική θεραπευτική αγωγή κατά την οποία χορηγούνται, υπό στενή ιατρική παρακολούθηση, ειδικά κυτταροστατικά φάρμακα. Εφαρμόζεται συνήθως σε περιπτώσεις κακοήθων όγκων.





**ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ**

**ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ**



## 1.1. Ιστορία της Ψυχιατρικής

### • Η «γέννηση» της Ψυχιατρικής

Οι λειτουργίες της ανθρώπινης ψυχής αλλά και οι παθολογικές εκδηλώσεις των διάφορων ψυχικών διαταραχών απασχόλησαν από πολύ παλιά την ανθρωπότητα. Τα πρώτα δείγματα ενασχόλησης με τις ψυχικές λειτουργίες και τις ψυχικές διαταραχές βρίσκονται στα κείμενα της αρχαίας αιγυπτιακής, ινδικής και κινεζικής ιατρικής. Στην αρχαιότητα ο μεγάλος έλληνας ιατρός **Ιπποκράτης** ήταν ο πρώτος που, αντίθετα με τις θρησκευτικού τύπου αντιλήψεις της εποχής του, προσπάθησε να μελετήσει τα συμπτώματα κάποιων ψυχικών διαταραχών με επιστημονικά κριτήρια. Με αυτόν τον τρόπο κατέληξε στην περιγραφή νοσημάτων όπως η Επιληψία, η Μανία, η Παράνοια, η Μελαγχολία και η Υστερία, για τις οποίες υποστήριξε ότι δεν αποτελούν κάποια θεϊκή τιμωρία ή μεταφυσική παρέμβαση, αλλά ότι είναι ασθένειες σαν όλες τις άλλες. Πολλοί αξιόλογοι γιατροί, ασχολήθηκαν έκτοτε, με τα φαινόμενα των ψυχικών διαταραχών, όπως ο **Γαληνός** και ο **Σωρανός** στη ρωμαϊκή και ελληνιστική περίοδο, ο **Βερσάλιος** και ο **Παράκελσος** στην Αναγέννηση. Παρόλα αυτά, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα και της Αναγέννησης, η δεισιδαιμονία και οι θεολογικές ερμηνείες παρέμεναν κυρίαρχες και πολλοί ψυχικά άρρωστοι οδηγήθηκαν στην πούρα της Ιεράς Εξέτασης ως δαιμονισμένοι. Αξιοσημείωτη εξαίρεση αποτελεί η Αραβική ιατρική, που κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου, κατόρθωσε να δημιουργήσει μια παράδοση σεβασμού απέναντι στον ψυχικά ασθενή, ο οποίος θεωρείτο εκλεκτός του Αλλάχ και η γόσος του ευλογία. Παρόλα αυτά, η Ψυχιατρική κατόρθωσε να διαχωριστεί από το σώμα των υπόλοιπων ιατρικών ειδικοτήτων μόλις τον 19ο αιώνα. Η τομή αυτή του 19ου αιώνα στηρίχθηκε θεμελιακά στην εντόπιση των ψυχικών λειτουργιών στον εγκέφαλο, την αναγνώριση της διατήρησης υγιών ψυχικών λειτουργιών στους ψυχικά πάσχοντες, την πρώτη περιγραφή ψυχικών διαταραχών και κλινικών συνδρόμων, τη θεωρία της εντόπισης των ψυχικών λειτουργιών σε συγκεκριμένα κέντρα – τόπους του εγκεφαλι-

κού ιστού. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίστηκε από την παρουσία μεγάλων μορφών της Ψυχιατρικής, όπως ο μεγάλος Γάλλος μεταρρυθμιστής **Pinel** που κατήργησε τις αλυσίδες από τα φρενοκομεία, ο Γερμανός **Kraepelin** που περιέγραψε τη σχιζοφρένεια, διαχωρίζοντάς την από άλλες ψυχικές παθήσεις και ο Γάλλος **Charcot**, δάσκαλος του Φρόντ, που μελέτησε τη θεραπεία της υστερίας με τη μέθοδο της ύπνωσης.

### • Ο Σ. Φρόντ και η Ψυχανάλυση

Η διαμόρφωση της σύγχρονης Ψυχιατρικής σφραγίστηκε από τις εργασίες του Βιεννέζου Σ. Φρόντ. Η Φροϋδική τομή των αρχών του 20ου αιώνα είχε ως κύρια χαρακτηριστικά:

**Α.** Τη θέση ότι την παρούσα ψυχική κατάσταση, τα όνειρα, τις επιθυμίες κ.ο.κ. δεν τα διαμορφώνουν ούτε οι θεοί ούτε το μέλλον. Αυτά δεν είναι «οιωνοί» μελλοντικών καταστάσεων αλλά το παρελθόν των ίδιων των ανθρώπων που τα βιώνουν.

**Β.** Τη θέση ότι η ψυχή δεν είναι κάτι «αιθέριο», άσχετο με το σώμα, που ίσως κάποτε – κάποτε αλληλεπιδρά με αυτό, αλλά ότι η ψυχή είναι σωματική λειτουργία. Ο Φρόντ, άλλωστε, επηρεασμένος και από το κλίμα της εποχής του (εποχή έκρηξης των ανακαλύψεων των θετικών επιστημών), ήταν βαθιά πεπεισμένος ότι ο ίδιος περιέγραφε απλώς ψυχικά φαινόμενα και ότι σε σύντομο χρονικό διάστημα, θα ανακαλύπτονταν και οι βιολογικοί μηχανισμοί, που οδηγούν στην εκδήλωση αυτών των ψυχικών φαινομένων.

**Γ.** Τη θέση ότι στον ψυχικό μας κόσμο υπάρχουν και τμήματα άγνωστα σε εμάς (το Ασυνείδητο τμήμα της ψυχής μας). Φυσικά, όλα τα παραπάνω είχαν από την αρχαιότητα κιόλας επισημανθεί από διάφορους φιλοσόφους, γιατρούς, ερευνητές. Ο Φρόντ, όμως, συστηματοποίησε τη μέχρι τότε γνώση διαμορφώνοντας για πρώτη φορά μια συνεκτική θεωρία για τη λειτουργία του ανθρώπινου ψυχικού οργάνου με έμπρακτα αποτελέσματα στη θεραπεία των ψυχικών παθήσεων.

### • Τα ψυχοφάρμακα

Η ανακάλυψη από τη δεκαετία του '50 και μετά των ψυχοφαρμάκων άλλαξε ριζικά και τους όρους νοσηλείας αλλά και την πρόγνωση και ποιότητα ζωής των ψυχικά πασχόντων.

Στην συντριπτική τους, μάλιστα, πλειοψηφία τα φάρμακα αυτά ανακαλύφθηκαν τυχαία, στα πλαίσια της φαρμακολογικής έρευνας για άλλες παθήσεις. Έτσι π.χ. τα πρώτα νευροληπτικά επινοήθηκαν ως φάρμακα καταπολέμησης της αλλεργίας, ενώ τα πρώτα αντικαταθλιπτικά, ως αντιβιοτικά ενάντια στη φυματίωση. Στη συνέχεια, η παρατήρηση ότι οι ψυχικά ασθενείς που ελάμβαναν τα φάρμακα αυτά, επειδή είχαν αλλεργία ή φυματίωση, βελτιώνονταν σημαντικά και όσον αφορούσε στην ψυχική τους πάθηση, έστρεψε το ενδιαφέρον της έρευνας στα φάρμακα που δρουν θεραπευτικά στο νευρικό σύστημα. Η καθιέρωση και η διάδοση των ψυχοφαρμάκων αποτέλεσε μεγάλη ποιοτική τομή για τους ασθενείς. Από τότε και μετά, ακόμα και βαρύτερες περιπτώσεις ψυχικά αρρώστων, δε θεωρούνται «καταδικασμένες» όπως παλαιότερα.

### • Κοινωνική Ψυχιατρική

Η επικράτηση, τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες χώρες, των ρευμάτων της Κοινωνικής Ψυχιατρικής μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο έδωσε μια νέα ποιότητα στην εφαρμοσμένη ψυχιατρική προσέγγιση. Το βαθμιαίο κλείσιμο των ασυλικών φρενοκομείων, η σταδιακή επανένταξη των ψυχικά ασθενών στις κοινωνικές δραστηριότητες, η επαγγελματική τους εκπαίδευση, η εφαρμογή ανθρωπιστικών ιδεών στους όρους και τις συνθήκες νοσηλείας των ψυχικά πασχόντων και η αναγνώριση των δικαιωμάτων τους συνετέλεσαν στη διαμόρφωση μιας νέας εικόνας για την Ψυχιατρική. Η Ψυχιατρική πλέον δεν καλείται να «κρύψει» από την κοινότητα την ψυχική ασθένεια, αλλά παρεμβαίνει μέσα στην κοινότητα για να προλάβει, να θεραπεύσει, να αποκαταστήσει τις ψυχικές διαταραχές, να «κρατήσει εντός της κοινωνίας» τους ψυχικά αρρώστους.

## 1.2. Οι Διεθνείς Ταξινόμησεις

### • Η ταξινόμηση κατά D.S.M. και κατά I.C.D.

Σημαντικό, τέλος, βήμα για τη σύγχρονη Ψυχιατρική απετέλεσε η διατύπωση και η εξέλιξη των διεθνών συστημάτων ταξινόμησης για τις ψυχικές διαταραχές. Η ταξινόμηση στην Ψυχιατρική καλείται να διαδραματίσει πολύ σημαντικό ρόλο. Και αυτό γιατί πολλές φορές η κλινική εικόνα, τα συ-

μπτώματα των διάφορων παθήσεων είναι παρόμοια, ενώ οι διαταραχές διαφέρουν κατά πολύ μεταξύ τους στη βαρύτητα, την πρόγνωση κ.ο.κ. Η όλη εξέλιξη, λοιπόν, της Ψυχιατρικής αποτελεί μια προσπάθεια να διαχωρίσει από το γενικό σύνολο των «ψυχικών διαταραχών» (όπως θεωρούνταν π.χ. στο δυτικό μεσαίωνα) τις ομάδες εκείνες που έχουν κοινά χαρακτηριστικά τις ξεχωριστές διαταραχές. Να καθορίσει τα ιδιαίτερα τους γνωρίσματα, την πιθανή εξέλιξή τους και τελικά τις πιθανότητες θεραπείας τους. Σήμερα, έχουν διαμορφωθεί δύο παράλληλα εξελισσόμενα συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών: εκείνο της **Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας** (γνωστό και ως **International Classification of Diseases** ή **I.C.D.**) και εκείνο της **Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας** (γνωστό ως **Diagnostic and Statistical Manual** ή **D.S.M.**). Οι τελευταίες αναθεωρήσεις τους, η δεκατη ή **I.C.D.-10** και η τέταρτη ή **D.S.M.-IV**, που δημοσιεύθηκαν το 1992 και το 1994 αντίστοιχα και ισχύουν και σήμερα, έφεραν μεγάλες αλλαγές στην ψυχιατρική ορολογία. Η σημαντικότερη από αυτές ήταν η πλήρης εγκατάλειψη των όρων «ψύχωση» και «νεύρωση», που κυριάρχησαν στην ψυχιατρική ορολογία του εικοστού αιώνα. Οι όροι, ωστόσο, αυτοί παραμένουν σε χρήση στην κλινική πράξη και γι αυτό χρησιμοποιούνται και στο παρόν εγχειρίδιο με την απαραίτητη αντιστοίχησή τους στις νέες ορολογίες (βλέπε και εισαγωγή στο κεφάλαιο των νευρώσεων).

### 1.3. Άλλες Σημαντικές Επισημάνσεις

• Στην Ψυχιατρική ελλοχεύει συχνά ο κίνδυνος να συγχέουμε το σύμπτωμα με τη νόσο. Με αυτήν την έννοια, όποιος έχει το σύμπτωμα «κρίση πανικού», δεν είναι σίγουρο ότι πάσχει και από την πάθηση «διαταραχή πανικού», αφού αρκετές άλλες ψυχικές διαταραχές εμφανίζουν ανάμεσα στα άλλα συμπτώματα και κρίσεις πανικού. Ακόμα, όλοι οι ασθενείς που πάσχουν από «μονοπολική συναισθηματική διαταραχή» ή, απλούστερα, «κατάθλιψη» δεν εμφανίζουν αναγκαστικά το σύμπτωμα «κατάθλιψη» κ.ο.κ

• Στην Ψυχιατρική συχνά παρεμβάλλεται η υποκειμενικότητα του εξεταστή. Δεν υπάρχουν αντικειμενικά σημεία, αλλά μόνο υποκειμενικά συμπτώματα, όπως τα περιγράφει ο ασθενής και όπως τα αντιλαμβάνεται ο εξεταστής.

• Στην Ψυχιατρική πρέπει πάντα να θυμάται κανείς τη βασική παραδοχή της διατήρησης υγιών τμημάτων των ψυχικών λειτουργιών, με τα οποία και υποχρεούται να εργασθεί ο θεράπων. Με αυτή, λοιπόν, την έννοια δεν υπάρχουν γενικά «τρελοί» που «δεν καταλαβαίνουν», αλλά ασθενείς, που ακόμα και στις στιγμές της μεγαλύτερης έντασης της ψυχοπαθολογίας τους, παραμένουν άνθρωποι, έχουν δικαιώματα, μπορούν να σκέπτονται, να αισθάνονται, και διατηρούν κάποιο σημαντικό τμήμα υγείας στον ψυχισμό τους.

• Στην Ψυχιατρική οι διαταραχές παραμένουν άγνωστης αιτιολογίας. Όλες οι εφαρμοζόμενες ψυχιατρικές θεραπείες παραμένουν συμπτωματικές, δεν μπορούν, δηλαδή, να αντιμετωπίσουν το αίτιο που προκαλεί τη διαταραχή, αφού αυτό παραμένει ακόμα άγνωστο.

• Πολλά, τέλος, έχουν γραφτεί για τη σχέση των ψυχικών διαταραχών με την κληρονομικότητα και το περιβάλλον, για τους βιολογικούς μηχανισμούς της ψυχικής νόσου και για τη σημασία ή απαξία των ψυχολογικών ερμηνειών των διάφορων παθήσεων. Η πραγματικότητα παραμένει πως, στο βαθμό που οι γνώσεις μας είναι ακόμα αρκετά ελλιπείς δεν μπορεί κανείς στην ψυχιατρική να διατυπώνει αφοριστικές και μονομερείς θέσεις. Η πιο σύγχρονη άποψη δέχεται τη σημασία πολλών παραγόντων που οδηγούν στην εκδήλωση μιας ψυχικής διαταραχής. Τέτοιοι παράγοντες είναι η κληρονομική «προδιάθεση ή ευαλωτότητα» (η οποία, από μόνη της, δεν καταλήγει στην εκδήλωση νόσου), η επίδραση του περιβάλλοντος είτε στην παιδική ηλικία στη διαμόρφωση της προσωπικότητας είτε κατά τη διάρκεια της ενήλικου ζωής, με την μορφή των «προσωπικών κρίσεων». Η εκδήλωση, λοιπόν, μιας συγκεκριμένης νόσου σε ένα συγκεκριμένο άτομο θεωρείται ως η ταυτόχρονη επίδραση όλων αυτών των παραγόντων.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

- ◆ Η ενασχόληση με τη λειτουργία και τις παθολογικές εκδηλώσεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς απασχόλησε τον άνθρωπο από πολύ παλιά. Συχνά, μάλιστα, τις αντιλήψεις του γύρω από τα ζητήματα αυτά καθόριζαν θρησκευτικές, ιδεολογικές και κοινωνικές πεποιθήσεις.
- ◆ Η Ψυχιατρική, όμως, ως επιστήμη, διαχωρίζεται από το υπόλοιπο σώμα της ιατρικής μόλις στις αρχές του 19ου αιώνα.
- ◆ Σημαντικές τομές στη διαδρομή της μέχρι σήμερα απετέλεσαν η διατύπωση της Φρουδικής θεωρίας, η ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων και το ρεύμα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής.
- ◆ Μεγάλες αλλαγές, επίσης, έφερε και η εξέλιξη των συστημάτων ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών, ιδιαίτερα οι πιο πρόσφατες με τις οποίες καταργήθηκαν οι παλαιότερες ορολογίες «νεύρωση» και «ψύχωση».
- ◆ Παρόλη, όμως, τη σύγχρονη πρόοδο της επιστήμης, η Ψυχιατρική παραμένει ακόμα μια συμπτωματική ιατρική ειδικότητα, αφού δεν έχουν ακόμα ανακαλυφθεί τα αίτια των ψυχικών διαταραχών.
- ◆ Ωστόσο, σήμερα, γίνονται πολλές προσπάθειες για την αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων, βασισμένες σε ανθρωπιστικές αντιλήψεις και στην αναγνώριση των ασθενών ως ανθρώπων με δικαιώματα, δυνατότητες και προσωπικότητα.

## Ερωτήσεις

1. Γιατί στο Μεσαίωνα κάηκαν στην πυρά πολλοί ψυχικά ασθενείς;
2. Ονομάστε τις τρεις σημαντικότερες τομές στην Ψυχιατρική;
3. Γιατί είναι σημαντικό θέμα στην Ψυχιατρική η ταξινόμηση των ασθενειών;
4. Όλοι οι ψυχικά ασθενείς που έχουν άγχος, πάσχουν από την ίδια νόσο;
5. Ο ψυχικά ασθενής μπορεί να κάνει οικογένεια;



## ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΔΕΥΤΕΡΗ: ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Όπως είπαμε και παραπάνω, η Ψυχιατρική παραμένει ακόμα μια ιατρική ειδικότητα, στην οποία η διάγνωση οποιασδήποτε διαταραχής εξαρτάται άμεσα από την κλινική εξέταση και την ικανότητα του εξεταστή να διακρίνει τα **συμπτώματα** των διάφορων ψυχικών παθήσεων. Έτσι, η συμπτωματολογία διατηρεί στο ακέραιο τη σημασία της, καθώς δεν υπάρχουν εργαστηριακές εξετάσεις που να μπορούν να μας προσανατολίσουν για την ορθή διάγνωση. Μ' αυτήν την έννοια, η καλή γνώση της συμπτωματολογίας των ψυχικών διαταραχών αποτελεί το θεμέλιο λίθο για την επιστημονική προσέγγιση των ψυχικώς πασχόντων. Στα παρακάτω κεφάλαια θα αναφερθούμε συνοπτικά στα κυριότερα συμπτώματα που παρατηρούνται στις διαταραχές των ψυχικών λειτουργιών. Χρειάζεται να υπενθυμίσουμε ότι μερικά από αυτά δεν παρατηρούνται μόνο σε ψυχικές διαταραχές αλλά και σε παθολογικές ή νευρολογικές παθήσεις με εκδηλώσεις από την ψυχική σφαίρα.

### 2.1. Συμπτωματολογία I: Διαταραχές Μνήμης

- **Τι είναι η μνήμη ως λειτουργία : εγχάραξη, διατήρηση, ανάκληση.**

Η μνήμη είναι μια δυναμική ψυχική λειτουργία. Δεν είναι μια στατική κατάσταση «αποθήκευσης» πληροφοριών και εμπειριών του παρελθόντος ούτε πολύ περισσότερο μια απλή «τράπεζα πληροφοριών» του ψυχικού μας κόσμου. Η μνήμη είναι μια συνεχής διαδικασία, που αρχίζει από την ίδια τη στιγμή που «ζούμε» μια εμπειρία ή ένα γεγονός με την ασυνείδητη αποθήκευση, καταχώρηση και ταξινόμησή του, ανάλογα με το είδος του, τον καθορισμό των σχέσεών του με άλλα προηγούμενα γεγονότα. Συνεχίζεται με την αδιάλειπτη διατήρηση του και την παράλληλη (άλλοτε συνειδητή, άλλοτε ασυνείδητη) σύνδεσή του με άλλα νεότερα γεγονότα και, τέλος, φθάνει στην ανάκλησή του, όταν σε κάποια δεδομένη στιγμή, το απαιτούν οι ανάγκες μας. Έτσι, διακρίνουμε σχηματικά τρεις λειτουργικές φάσεις της μνήμης: την **εγχάραξη**, τη **διατήρηση** και την **ανάκληση**. Η λειτουργία της μνήμης συνδέε-

ται με τη λειτουργία της συγκέντρωσης και της προσοχής. Δε θυμόμαστε, με τον ίδιο τουλάχιστον τρόπο, όλες τις πληροφορίες που καθημερινά μας κατακλύζουν στο περιβάλλον μας. Ακόμα, σχετίζεται με την ανατομική και λειτουργική ακεραιότητα των αισθητηρίων οργάνων και των οδών μεταβίβασης των ερεθισμάτων στον εγκέφαλο. Φαίνεται, μάλιστα, ότι η μνημονική λειτουργία συνδέεται με **τη χρήση του λόγου**, καθώς οι αποθηκευμένες πληροφορίες καταχωρούνται με τη μορφή λέξεων (εκτός εάν αυτό για κάποια παθολογική αιτία δεν είναι δυνατό). Γι' αυτό και κανείς δεν μπορεί να ανακαλέσει πληροφορίες που αφορούν στη νηπιακή του ηλικία, πριν αρχίσει να μιλάει. Σύμφωνα με τη Φροϋδική θεωρία, η λειτουργία της μνήμης σχετίζεται με την απώθηση του μεγαλύτερου μέρους των εμπειριών, ιδιαίτερα εκείνων που προκαλούν άγχος στο άτομο. Η λειτουργία της μνήμης διαταράσσεται σε ποικίλες ψυχικές και οργανικές καταστάσεις. Διακρίνουμε, όσον αφορά τις διαταραχές της μνήμης, δύο κατηγορίες: εκείνες που αφορούν την ποσότητα του μνημονικού υλικού και εκείνες που αφορούν την ποιότητα του υλικού αυτού.

- **Διαταραχές μνήμης κατά το ποσόν : αμνησίες, προοδευτικές (οπισθοδρομικές και εμπροσθοδρομικές), εντοπισμένες / δυσμνησίες, υπερμνησίες,**

Σ' αυτή την κατηγορία υπάγονται οι **αμνησίες**. Είναι οι διαταραχές εκείνες κατά τις οποίες ο ασθενής αδυνατεί να ανακαλέσει παλαιότερα καταχωρημένα μνημονικά ίχνη, δηλαδή δε θυμάται. Οι αμνησίες διακρίνονται α) σε προοδευτικές, που βαθμιαία βλάπτεται ολοένα και περισσότερο η δυνατότητα του ασθενούς να θυμηθεί και β) σε εντοπισμένες, που αφορούν κάποια συγκεκριμένη χρονική περίοδο ή γεγονότα. Οι **προοδευτικές αμνησίες**, με τη σειρά τους, χωρίζονται σε εμπροσθοδρομικές και οπισθοδρομικές. Στις μεν πρώτες, ο ασθενής αδυνατεί να θυμηθεί γεγονότα που συμβαίνουν από τη χρονική στιγμή της πρώτης εκδήλωσης της αμνησίας και μετά. Έτσι, ο ασθενής, θυμάται χωρίς ελλείμματα τα παλαιότερα γεγονότα, ενώ δε θυμάται καλά ή καθόλου εκείνα που συνέβησαν από την εκδήλωση της αμνησίας και μετά. Απαντάται δε κύρια στο σύνδρομο Korsakoff, μια επιπλοκή του χρόνιου αλκοολισμού. Στην περίπτωση των οπισθοδρομικών αμνησιών, ο ασθενής παρουσιάζει δυσκολία να θυμηθεί γεγο-

νότα που συνέβησαν παλαιότερα από τη στιγμή της πρώτης εκδήλωσης της αμνησίας. Το είδος αυτό της αμνησίας παρουσιάζεται κυρίως σε καταστάσεις άνοιας. Σε κάθε, πάντως, περίπτωση οι παλαιότερες μνημονικές εγγραφές είναι λιγότερο ευάλωτες από ό,τι οι πιο πρόσφατες. Έτσι, οι ασθενείς αυτοί (π.χ. οι ηλικιωμένοι ανοϊκοί) μπορεί να θυμούνται αναλυτικές λεπτομέρειες για γεγονότα που συνέβησαν πριν από πολλά χρόνια, ενώ ταυτόχρονα να ξεχνούν βασικά γεγονότα της καθημερινής τους ζωής που είναι πιο πρόσφατα. Οι **εντοπισμένες αμνησίες** διακρίνονται στις ολικές ή κενотоπιακές και στις μερικές. Οι μεν πρώτες αφορούν όλα τα γεγονότα ενός συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος της ζωής του ασθενούς και συμβαίνουν μετά από συγχυτικές καταστάσεις σε οργανικά κυρίως ψυχοσύνδρομα. Οι μερικές αμνησίες αφορούν την αδυναμία ανάκλησης συγκεκριμένων πληροφοριών (δηλαδή εκείνων που σχετίζονται με ένα συγκεκριμένο θέμα) ενώ ταυτόχρονα διατηρείται ακέραια η δυνατότητα ανάκλησης άλλων πληροφοριών που συνέβησαν στον ίδιο τόπο και χρόνο, αλλά δε σχετίζονται με το θέμα αυτό. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η αμνησία αφορά «ψυχοπαιστικά» δυσάρεστα γεγονότα και θεωρούνται άμυνα του ψυχισμού απέναντι στα έντονα δυσάρεστα συναισθήματα που βίωσε ο ασθενής. Στην κατηγορία των διαταραχών της μνήμης, εκτός από τις αμνησίες, υπάγονται και οι **υπερμνησίες**, που είναι ο αντίποδας των αμνησιών. Στις καταστάσεις αυτές ο ασθενής βιώνει υποκειμενικά και αυτόματα παλαιότερα γεγονότα, τα οποία είχε αποθηκεύσει στη μνήμη του.

• **Διαταραχές μνήμης κατά το ποιόν : *déjà vu*, *déjà vécu*, παραληρητική ανάμνηση, μυθομανία και μυθοπλασία**

Σ' αυτήν την κατηγορία υπάγονται οι **παραμνησίες**, οι **παραληρηματικές αναμνήσεις** και οι **μυθοπλασίες**. Οι παραμνησίες αφορούν την υποκειμενική αίσθηση του ατόμου ότι έχει ξαναβρεθεί και έχει ξαναδεί κάποιο μέρος που πρώτη φορά επισκέπτεται (*déjà vu* / το ήδη ιδωμένο), ότι έχει ξαναζήσει μια σκηνή της ζωής του (*déjà vécu* / το ήδη βιωμένο) ή αντίθετα ότι ποτέ δεν έχει βιώσει καθημερινές του συνήθειες (*Jamais vécu* / το ουδέποτε βιωμένο). Απαντώνται στις σύνθετες επιληπτικές κρίσεις του κροταφικού λοβού. Οι παραληρηματικές αναμνήσεις συναντώνται σε βαριές ψυχωτικές καταστάσεις (π.χ. βαριές μορφές σχιζοφρένειας) και αφορούν

ανάκληση «εμπειριών» τελείως φανταστικών που ουδέποτε συνέβησαν. Φανταστικές αναμνήσεις αφορούν και οι μυθοπλασίες, όμως, στην περίπτωση αυτή οι φανταστικές «εμπειρίες» έρχονται να καλύψουν πραγματικά κενά μνήμης (οι μυθοπλασίες, δηλαδή, συνυπάρχουν πάντα με κάποιας έκτασης αμνησία). Η μυθοπλασία πρέπει να διακρίνεται από τη **μυθομανία**, στην οποία οι φανταστικές «αναμνήσεις» δεν αναπληρώνουν κανένα κενό και το άτομο διατηρεί την επίγνωση ότι οι «αναμνήσεις» αυτές (που συνήθως αφηγείται σε άλλους) είναι ψευδείς.

## 2.2. Συμπτωματολογία II: Διαταραχές Συνείδησης και Προσανατολισμού, Διαταραχές Συγκέντρωσης – Προσοχής

### • Διαταραχές συνείδησης : ελάττωση και βαθμίδες

Η **συνείδηση** είναι μια σύνθετη λειτουργία του ψυχισμού. Συχνά, στην καθομιλουμένη αλλά και στην κλινική πράξη συγχέεται με την **εγρήγορση**. Στην ιατρική, όσον αφορά στις άλλες ειδικότητες πλην Ψυχιατρικής, ενδιαφέρει το επίπεδο συνείδησης και η συγκεκριμένη κάθε στιγμή εκτίμησή του σε ασθενείς, που για παθολογικούς λόγους κινδυνεύουν να πέσουν σε κώμα κ.ο.κ. Διαταραχές του επιπέδου της συνείδησης παρατηρούνται σε παθολογικές καταστάσεις και σε νευρολογικές παθήσεις (αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, εγκεφαλικές αιμορραγίες, τραύματα ή λοιμώξεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, επιληπτικές κρίσεις, τοξικώσεις από υπερδοσολογία φαρμάκων ή λήψη ψυχοτρόπων ουσιών κ.ο.κ.

### • Διαταραχές προσανατολισμού σε χώρο, χρόνο, πρόσωπα

**Οι διαταραχές του προσανατολισμού** είναι ήπιας μορφής διαταραχές του επιπέδου της συνείδησης. Αυτές διακρίνονται σε διαταραχές προσανατολισμού σε χώρο, χρόνο και σε πρόσωπα. Στη διαταραχή προσανατολισμού στο **χώρο** ο ασθενής αδυνατεί να κατονομάσει το χώρο στον οποίο βρίσκεται (π.χ. λέει ότι είναι στο σπίτι του, ενώ βρίσκεται νοσηλευόμενος σε κάποια κλινική). Στη διαταραχή προσανατολισμού στο **χρόνο**, ο ασθενής δε θυμάται τι μέρα είναι, τι χρονολογία έχουμε, δεν μπορεί να υπολογίσει στοιχειώδεις

χρονικές αποστάσεις (π.χ. ενώ νοσηλεύεται επί μια εβδομάδα στο νοσοκομείο, λέει ότι βρίσκεται εκεί τρία χρόνια). Στη διαταραχή προσανατολισμού σε **πρόσωπα** δεν αναγνωρίζει πολύ οικεία του πρόσωπα (π.χ. βλέπει την κόρη του και δηλώνει πως δεν την έχει συναντήσει ξανά ποτέ στη ζωή του).

- **Διαταραχές συγκέντρωσης, προσοχής: διαταραχή προσήλωσης (απροσεξία), διατήρησης (ταχεία εξάντληση), διασπορά ή διάσπαση (περισπασιμότητα)**

Η **προσοχή** διακρίνεται σε **ενεργητική (εκούσια)** προσοχή ή **συγκέντρωση** και σε **παθητική (ακούσια)** προσοχή. Ωστόσο, στην κλινική πράξη συχνά συγχέονται, γιατί η ακούσια - παθητική προσοχή είναι δύσκολο να εκτιμηθεί. Στη διαταραχή της συγκέντρωσης διακρίνουμε διάφορα επίπεδα, όπως τη διαταραχή της προσήλωσης της προσοχής σε κάτι, δηλαδή την απροσεξία, τη διαταραχή της διατήρησης της προσοχής σε κάτι, δηλαδή τη γρήγορη όπως λέμε εξάντληση της προσοχής και τη μεγάλη και ταχεία μετατόπιση της προσοχής από το ένα θέμα στο άλλο ή αλλιώς τη μεγάλη διασπορά της (διάσπαση προσοχής).

Όταν συνυπάρχουν διαταραχές προσανατολισμού, διαταραχές της συγκέντρωσης και διαταραχές της ψυχοκινητικότητας (διέγερση, βλέπε παρακάτω), τότε η κατάσταση αυτή ονομάζεται **συγχυτικοδιεγερτική κατάσταση**. Μια κατάσταση επικίνδυνη και εξαιρετικά δυσάρεστη για τον ασθενή αλλά και για τους γύρω του. Συγχυτικοδιεγερτικές καταστάσεις συχνότερα απαντώνται σε οργανικές παθήσεις, που με κάποιο τρόπο επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του εγκεφάλου. Ιδιαίτερα όταν υπάρχουν διαταραχές προσανατολισμού στο χρόνο, αυτό είναι ισχυρή ένδειξη ότι η σύγχυση δεν οφείλεται σε ψυχική νόσο, αλλά σε σωματική πάθηση που επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα.

### 2.3. Συμπτωματολογία III: Διαταραχές Ψυχοκινητικότητας

Οι διαταραχές της ψυχοκινητικότητας είναι από τα λίγα συμπτώματα στην Ψυχιατρική, τα οποία ελέγχονται άμεσα από τον εξεταστή. Ο εξεταστής, δηλαδή, εκτιμά τη σοβαρότητα π.χ. της ψυχοκινητικής ανησυχίας άμεσα παρατηρώντας τον ασθενή, ενώ στη συντριπτική πλειοψηφία των ψυχιατρικών

συμπτωμάτων ρωτάμε τον ασθενή να μας πει ο ίδιος, εάν π.χ. νοιώθει άγχος, εάν είναι στενοχωρημένος ή όχι.

### • Ψυχοκινητική έξαρση, ανησυχία, διέγερση, ακαθισία

Η ποσοτική αύξηση της ψυχοκινητικότητας περιγράφεται βαθμιαία από τους όρους της ψυχοκινητικής **έξαρσης**, της ψυχοκινητικής **ανησυχίας** και τελικά της **διέγερσης**. Η αύξηση της ψυχοκινητικότητας είναι μια άκρως επικίνδυνη κατάσταση για τον ασθενή και τους γύρω του. Η ψυχοκινητική ανησυχία δεν πρέπει να συγχέεται στην κλινική ψυχιατρική πράξη με την **ακαθισία**, μια παρενέργεια πολλών ψυχοφαρμάκων. Στην περίπτωση της ακαθισίας, ο ασθενής μπορεί κυριολεκτικά να μην μπορεί να καθίσει σε ένα σημείο, να βηματίζει συνεχώς, και ακόμα να μην μπορεί να συγκεντρωθεί. Ο ίδιος όμως έχει την υποκειμενική αίσθηση ότι αυτό που του συμβαίνει είναι μια «σωματική» και όχι ψυχική διαταραχή ότι η «ανησυχία δεν είναι στην ψυχή του, αλλά στο σώμα του».

### • Ψυχοκινητική επιβράδυνση, αναστολή, εμβροντησία, κατατονία, κηρώδης ευκαμψία

Στον αντίποδα της ψυχοκινητικής ανησυχίας βρίσκονται οι διαταραχές εκείνες που χαρακτηρίζονται από μείωση της ψυχοκινητικότητας. Στην περίπτωση αυτή χρησιμοποιούνται όροι, όπως ψυχοκινητική **επιβράδυνση**, **αναστολή**, **κατατονία**, **εμβροντησία**. Στην περίπτωση της απλής επιβράδυνσης, ο ασθενής εμφανίζει νωθρότητα στις κινήσεις, απαντά στις ερωτήσεις που του γίνονται με δυσκολία και, αφού περάσει μεγάλο χρονικό διάστημα, είναι ανέκφραστος και δε χειρονομεί όταν μιλάει. Στην περίπτωση της ψυχοκινητικής αναστολής, ο ασθενής για να μπορέσει να πραγματοποιήσει στοιχειώδεις πράξεις, καταβάλλει πολύ μεγάλη προσπάθεια. Το ανώτερο στάδιο της αναστολής είναι η **εμβροντησία (stupor)**. Στην εμβροντησία ο ασθενής παραμένει ακίνητος, αμίλητος, δεν αντιδρά ούτε σε επώδυνα ερεθίσματα, ενώ κινεί μόνο τους αναπνευστικούς του μύες και ενίοτε τα μάτια του. Η εμβροντησία είναι μια βαρύτατη κλινική κατάσταση, που οφείλεται είτε σε τοξικά αίτια (λήψη μεγάλων δόσεων ψυχοτρόπων ουσιών κτλ.) είτε σε καταστάσεις που το άτομο

βιώνει οξύ τρόμο ή σε βαριές ψυχωσικές διαταραχές. Η **κατατονία** είναι μια διαταραχή της ψυχοκινητικότητας, στην οποία το άτομο κινείται εντελώς παθητικά σε σχέση με τους γύρω του, χωρίς το ίδιο να προβάλλει αντίσταση ή να τείνει να επαναφέρει το σώμα του σε μια φυσιολογική θέση. Έτσι, οι ασθενείς με κατατονία μπορούν να περάσουν μέρες π.χ. όρθιοι, στο ένα τους πόδι ή εάν ο εξεταστής τους τοποθετήσει το ένα άκρο σε θέση ανατάσεως, να το διατηρούν στη θέση αυτή επί μακρόν. Παραπλήσια έννοια αποτελεί και η **κηρώδης ευκαμψία**, στην οποία η ψυχοκινητική επιβράδυνση και η εκμηδένιση της βουλητικότητας οδηγούν στο να γίνονται τα μέλη των ασθενών εύκαμπτα και πλαστικά σαν το κερί. Η κατατονία και η κηρώδης ευκαμψία απαντώνται συνήθως σε βαρύτερες μορφές ψυχώσεων (κατατονική σχιζοφρένεια ή μελαγχολία). Η εξέλιξη των ψυχοφαρμάκων αλλά και η γενίκευση της έγκαιρης παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών έχουν κάνει πλέον σπάνιες τέτοιες κλινικές εικόνες, που παλαιότερα ήταν αρκετά συχνές.

#### • Προκλητή υποβολιμότητα, αμφιπραξία, καταναγκαστικές κινήσεις

Σχετικές με τις κλινικές εικόνες της ψυχοκινητικής επιβράδυνσης είναι η **ηχωαλία**, η **ηχωμιμία** και η **ηχωπραξία**. Σ' αυτές ο ασθενής μιμείται αυτόματα φράσεις και λέξεις, χειρονομίες και μιμικές εκφράσεις ή πράξεις αντίστοιχα του εξεταστή, τις οποίες συχνά επαναλαμβάνει επί μακρόν. Οι διαταραχές αυτές συνιστούν το φαινόμενο της **προκλητής υποβολιμότητας**, που παρατηρείται σε σχιζοφρενικές διαταραχές. Επιγραμματικά, ακόμα, θα αναφερθούμε στην **αμφιπραξία**, στην οποία ο ασθενής δεν μπορεί να αποφασίσει εάν τελικά θα προβεί σε κάποια ενέργεια ή όχι (π.χ. τείνει το χέρι του για χειραψία και πριν αυτή πραγματοποιηθεί, τα ξαναμαζεύει προς το μέρος του, αμέσως μετά το απλώνει ξανά κ.ο.κ.). Επίσης σημαντικές είναι οι **καταναγκαστικές κινήσεις** ή οι **τελετουργίες**, που παρατηρούνται στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, όπου το άτομο επαναλαμβάνει ρυθμικά, τελετουργικά και συνεχώς μια συγκεκριμένη πράξη ή αλληλουχία πράξεων (π.χ. περπατάει προσεκτικά ώστε να μην πατήσει στις γραμμές που ενώνουν τα πλακάκια του δαπέδου, κάνει στερεότυπες κινήσεις με τα χέρια του κ.ο.κ.).

### • Ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις,

Οι διαταραχές της αντίληψης είναι ίσως ένα από τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα των ψυχικών διαταραχών. Πρόκειται για τις γνωστές **ψευδαισθήσεις**, που, όμως, κάποιες φορές απαντώνται και σε βαριά σωματικά νοσήματα, των οποίων η εξέλιξη έχει επηρεάσει και τον εγκέφαλο. Κατ' αρχήν ψευδαισθήσεις είναι το βίωμα αισθημάτων (δηλαδή απότελεσμάτων της λειτουργίας των αισθητηρίων μας οργάνων, ακούσματα, οράματα, μυρωδιές, γεύσεις, απτικά ερεθίσματα), τα οποία όμως δεν υπάρχουν στην πραγματικότητα. Πρέπει να διακρίνονται από τις **παραισθήσεις**, στις οποίες τα αντικείμενα στα οποία αναφέρονται τα αισθήματα είναι πραγματικά, αλλά δεν έχουν τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά με τα οποία τα αντιλαμβανόμαστε. Έτσι, ο ασθενής ο οποίος ακούει σε ένα ήσυχο δωμάτιο τη φωνή του πεθαμένου πατέρα του να τον βρίζει, έχει ψευδαισθήσεις. Εκείνος πάλι, ο οποίος βλέπει μια σκιά στο δωμάτιό του και νομίζει ότι είναι κάποιος άνθρωπος, έχει μια παραίσθηση. Οι παραισθήσεις δεν έχουν παθολογική σημασία, όταν είναι στιγμιαίες και το άτομο γρήγορα αντιλαμβάνεται (ανάλογα και με την συναισθηματική του φόρτιση τη στιγμή εκείνη) ότι πρόκειται για λανθασμένη εκτίμηση. Στην παιδική, μάλιστα, ηλικία είναι συχνό και κοινό βίωμα όλων μας το «παιγνίδι» με τα σχήματα πραγμάτων (π.χ. το σχήμα ενός σύννεφου στον ουρανό, που τότε μοιάζει με ζώο, τότε με άνθρωπο). Αλλά και οι ψευδαισθήσεις δεν αξιολογούνται πάντα ως ένδειξη μιας κάποιας παθολογικής ψυχικής διαταραχής. Έτσι, για παράδειγμα, εάν σε κάποιον άνθρωπο η ψευδαίσθηση είναι μια και μόνη (ένας άνθρωπος, ο οποίος άκουσε για μια φορά στη ζωή του μια φωνή, που δεν υπήρχε στην πραγματικότητα, να τον φωνάζει), δε σημαίνει ότι ο άνθρωπος αυτός πάσχει από κάποια ψυχική νόσο. Ακόμα είμαστε πολύ επιφυλακτικοί στο να αξιολογήσουμε ως παθολογική μια ψευδαίσθηση, η οποία συμβαίνει το βράδυ όταν κάποιος ξαπλώνει και ενώ χαλαρώνει για να κοιμηθεί (υπναγωγική ψευδαίσθηση). Τέλος, η ύπαρξη ψευδαισθήσεων, όπως είπαμε και παραπάνω, δε σημαίνει οπωσδήποτε την ύπαρξη κάποιας ψυχικής διαταραχής, αλλά μπορεί να συνοδεύει ποικίλες σωματικές νόσους όπως όγκους



του εγκεφάλου, λοιμώξεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, εγκεφαλικά επεισόδια, νοσήματα που επηρεάζουν την καλή αιμάτωση και οξυγόνωση του εγκεφάλου (βαριές πνευμονοπάθειες και αναιμίες) και πολλά άλλα. Οι ψευδαισθήσεις διακρίνονται ανάλογα με το είδος του αισθήματος το οποίο αφορούν. Έτσι έχουμε τις **ακουστικές**, τις **οπτικές**, τις **οσφρητικές**, τις **γευστικές** και **απτικές** ψευδαισθήσεις, ενώ μια ιδιαίτερη κατηγορία αποτελούν οι **σωματικές ή κιναισθητικές** ψευδαισθήσεις, που αφορούν την αίσθηση του ίδιου του σώματος του αρρώστου. Στην κλινική πράξη συχνά οι ψευδαισθήσεις είναι μεικτές, συνδυάζουν δηλαδή εικόνες, ήχους, απτικά αισθήματα κτλ. Ένας ασθενής π.χ. μπορεί να βλέπει ένα συγγενή του που ζει στο εξωτερικό να τον συμβουλεύει, να τον αγκαλιάζει και να τον φιλάει ή πάλι να βλέπει έναν πεθαμένο φίλο του να τον απειλεί ότι θα τον σκοτώσει με ένα μαχαίρι και μάλιστα να τον τραυματίζει. Πρέπει πάντως να έχουμε υπόψη ότι ο ασθενής, που βιώνει ψευδαισθήσεις, έχει την υποκειμενική αίσθηση του πραγματικού βιώματος, δηλαδή, στο τελευταίο παράδειγμα ο ασθενής αισθάνεται τον πόνο του εξωπραγματικού τραυματισμού του σαν να τον είχε πράγματι τρυπήσει ένα πραγματικό μαχαίρι.

#### • **Ακουστικές ψευδαισθήσεις : στοιχειώδεις, κοινές, λεκτικές**

Όσον αφορά, τώρα, τις **ακουστικές** ψευδαισθήσεις, τις διακρίνουμε σε **στοιχειώδεις, κοινές και λεκτικές**. Οι στοιχειώδεις είναι ακαθόριστοι ήχοι, κρότοι, γενικά «φασαρία», την οποία ο ασθενής ακούει στα αυτιά του, ενώ στην πραγματικότητα βρίσκεται σε ένα ήσυχο περιβάλλον. Οι κοινές είναι πιο σχηματισμένοι ήχοι χωρίς όμως λεκτικό περιεχόμενο (π.χ. κουδούνι τηλεφώνου, σειρήνες, φωνές ζώων, ανθρώπινοι αναστεναγμοί, βογκητά κ.ο.κ.). Οι τελευταίες, οι λεκτικές ψευδαισθήσεις, είναι ανθρώπινες φωνές που μιλούν στον ασθενή και σχετίζονται περισσότερο από όλες τις ψευδαισθήσεις με τις ψυχικές παθήσεις. Οι φωνές αυτές μπορεί να είναι μία ή περισσότερες ή και να συνομιλούν μεταξύ τους, να ανήκουν σε γνώριμα στον ασθενή πρόσωπα ή να του είναι τελείως άγνωστες. Μπορεί, μάλιστα, ο άρρωστος να μην τις αποδίδει καν σε άνθρωπο αλλά σε θεϊκή οντότητα, σε εξωγή-

ινο ή μεταφυσικό πλάσμα. Μπορεί, ακόμα, να του δίνουν συμβουλές, να τον βρίζουν, να σχολιάζουν το φύλο του ή να τον παροτρύνουν σε κάποια ενέργεια, ακόμα και να αυτοκτονήσει. Ο ίδιος, τέλος, ο ασθενής μπορεί να δυσφορεί από την παρουσία τους, αλλά μπορεί και να ανακουφίζεται ή και να αισθάνεται βαθιά υπερήφανος για αυτές (π.χ. στην περίπτωση που ακούει φωνές, που αποδίδει στο θεό ή σε αγίους, να τον καθησυχάζουν, να τον συμβουλεύουν κ.ο.κ.).

### • **Οπτικές ψευδαισθήσεις : στοιχειώδεις (φωτώματα), σύνθετες**

Οι οπτικές ψευδαισθήσεις είναι οπτικό υλικό που ο ασθενής βιώνει ως πραγματικό, ενώ αυτό δεν υπάρχει. Διακρίνονται σε **στοιχειώδεις ή φωτώματα και σύνθετες**. Οι μεν πρώτες είναι φωτεινά σημεία, λάμπειες, γραμμές κ.ο.κ., που παρεμβάλλονται στο οπτικό του πεδίο, χωρίς όμως ο ασθενής να πάσχει από κάποια οφθαλμοπάθεια ή άλλη νόσο της οπτικής οδού. Οι δεύτερες, που αποτελούν και τις πιο συχνές οπτικές ψευδαισθήσεις, αποτελούν σχηματισμένες εικόνες που ο ασθενής βλέπει σαν να ήταν πραγματικές και καλύπτουν μέρος ή και το σύνολο του οπτικού του πεδίου. Οι **σύνθετες οπτικές ψευδαισθήσεις** μπορεί να είναι μορφές ή αντικείμενα που ο ασθενής βλέπει ενώ δεν υπάρχουν (σχηματισμένες οπτικές ψευδαισθήσεις). Μπορεί να είναι ολόκληρες σκηνές που διαδραματίζονται μπροστά στα μάτια του (σκηνικές ψευδαισθήσεις), ακόμα και να αποτελούνται από γράμματα ή λέξεις και προτάσεις, που τις βλέπει να περνούν από μπροστά του (λεκτικές οπτικές ψευδαισθήσεις). Οι οπτικές ψευδαισθήσεις δεν εμφανίζονται μόνο στις ψυχικές διαταραχές. Τουναντίον, η παρουσία αποκλειστικά και μόνο οπτικών ψευδαισθήσεων (χωρίς συνύπαρξη ακουστικών κτλ.) θα πρέπει να μας βάζει πάντα σε υποψίες ότι ο ασθενής πάσχει από κάποια σωματική νόσο (τις περισσότερες φορές αρκετά σοβαρή). Έτσι αμιγείς οπτικές ψευδαισθήσεις, παρατηρούνται συχνά στα ανοϊκά σύνδρομα, σε αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και σε όγκους του εγκεφάλου, στα οργανικά ψυχοσύνδρομα μετά από σοβαρές και παρατεταμένες επεμβάσεις, σε χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, σε εγκεφαλική ανοξία (ελλιπή οξυγόνωση), σε σύνδρομο στέρησης ιδιαίτερα από αλκοόλ και σε πολλές άλλες παθολογικές καταστάσεις που επιβαρύνουν τη λειτουργία του εγκεφάλου.

## • Σωματικές ή κιναισθητικές ψευδαισθήσεις

Οι **σωματικές** ψευδαισθήσεις αποτελούν διαταραχή της αίσθησης που διαθέτει ο άνθρωπος για το ίδιο του το σώμα. Οι ασθενείς αυτοί έχουν την αίσθηση ότι κάτι αλλάζει στο σώμα τους, ότι κάτι κινείται μέσα τους ή έχουν την αίσθηση καψιμάτων, άλγους, περιστροφών, δονήσεων, ανυπαρξίας σπλάχνων, ύπαρξης ξένων σωμάτων ή άλλων οργανισμών μέσα στο σώμα τους κ.ο.κ. Συχνά συνοδεύονται και από ψευδαισθήσεις άλλων κατηγοριών (π.χ. ο ασθενής κοιτάζει τον εαυτό του στον καθρέπτη και βλέπει και νοιώθει ταυτόχρονα τα αυτιά του να μεγαλώνουν) ή συνοδεύονται από σχετικό με το περιεχόμενό τους παραλήρημα (π.χ. άνδρας ασθενής νοιώθει τινάγματα στην κοιλιά του και είναι πεπεισμένος ότι είναι έγκυος).

## • Απτικές, οσφρητικές, γευστικές και μεικτές ψευδαισθήσεις

Οι **απτικές** και **γευστικές** ψευδαισθήσεις συνήθως συνυπάρχουν μαζί με ψευδαισθήσεις άλλων κατηγοριών ή συνοδεύονται από σχετικό παραλήρημα (βλέπε παρακάτω). Για παράδειγμα ένας άρρωστος μπορεί να βλέπει ένα μεγάλο ουρανόμηκες φως να τον τυλίγει και ταυτόχρονα αισθάνεται να τον καίει το φως αυτό ή, πάλι, μπορεί να αισθάνεται πως περπατάνε επάνω του διαρκώς έντομα, τα οποία πιστεύει πως βγαίνουν από μέσα του. Οι **οσφρητικές** ψευδαισθήσεις εκτός από τις ψυχικές διαταραχές συναντώνται και στις κρίσεις σύνθετης επιληψίας του κροταφικού λοβού. Σε αυτές τις περιπτώσεις, συχνά, είναι μυρωδιές βαριές και δυσάρεστες (π.χ. οσμές καιγόμενου ελαστικού) και «προαναγγέλλουν» μια επερχόμενη επιληπτική κρίση.

## 2.5. Συμπτωματολογία V: Διαταραχές Λόγου

### • Λόγος, Σκέψη, Ομιλία

Στην Ψυχιατρική, όπως είπαμε και παραπάνω, το μεγαλύτερο μέρος της διάγνωσης των παθολογικών συμπτωμάτων γίνεται μέσα από τη συνομιλία με τον ίδιο τον άρρωστο. Όπως είναι φανερό, σε όλη αυτή τη διαδικασία, ο εξεταστής δεν έχει να χρησιμοποιήσει άλλο διαγνώστικό εργαλείο παρά μόνο το **Λόγο**. Παλαιότερα, στην αξιολόγηση του λόγου του

ασθενούς υπήρχε η διάκριση ανάμεσα στην **ομιλία** και τη **σκέψη**: ο ασθενής μιλά για όσα σκέπτεται και οι δυο αυτές λειτουργίες (ομιλία και σκέψη) είναι σαφώς διακριτές. Στην κλινική, όμως, πράξη και μάλιστα, όσον αφορά στην αξιολόγηση πιθανών διαταραχών η διάκριση αυτή δεν έχει αξία, γιατί δεν υπάρχει κανείς άλλος τρόπος να ελέγξουμε το περιεχόμενο της σκέψης του ασθενούς παρά μόνο μέσα από την ομιλία του. Κι ακόμα, από τον τρόπο που μιλά μπορούμε να πάρουμε εξίσου σημαντικές πληροφορίες για το περιεχόμενο των σκέψεών του, πληροφορίες τις οποίες δε θέλει ή δεν μπορεί να μας τις διατυπώσει ευθέως. Έτσι, ομιλία και σκέψη είναι συνυφασμένες στην Ψυχιατρική. Γι αυτό πλέον και στις δυο περιπτώσεις μιλάμε για διαταραχές του λόγου (που συμπεριλαμβάνουν τις διαταραχές της ομιλίας και τις διαταραχές της σκέψης).

#### • Διαταραχές της ποιότητας / περιεχομένου του Λόγου :

Στις διαταραχές του **περιεχομένου του Λόγου** (σε αυτήν την περίπτωση αναφερόμαστε ουσιαστικά σε διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης) ανήκουν οι ιδεοληψίες και παραληρηματικές ιδέες.

Οι **ιδεοληψίες** (που παλιότερα ονομάζονταν και **έμμονες ιδέες** ή **εμμονές**) είναι στερεοτυπικά επαναλαμβανόμενες σκέψεις ή αλληλουχίες σκέψεων, από τις οποίες ο ασθενής αδυνατεί να ξεφύγει. Για παράδειγμα, ένας ασθενής σκέπτεται πολλές φορές την ημέρα την ίδια αλληλουχία σκέψεων: «Πρέπει να πάρω αυτοκίνητο. Έχω ένα εκατομμύριο, θα μου δώσουν οι δικοί μου άλλο ένα και θα βάλω γραμμάτια τα υπόλοιπα.». Μετά αρχίζει πάλι από την αρχή: «Πρέπει να πάρω αυτοκίνητο...» κ.ο.κ. Ο ασθενής αναφέρει ότι του είναι αδύνατο να «ξεκολλήσει» το μυαλό του από αυτή τη σκέψη που «του έρχεται» πολλές φορές την ημέρα ή ότι για να μπορεί να «ξεκολλήσει», πρέπει να την επαναλάβει ολόκληρη για ένα σταθερό αριθμό π.χ. επτά φορές. Οι σκέψεις αυτές (οι ιδεοληψίες) βιώνονται από τον ασθενή παρά τη θέλησή του, ωστόσο ο ίδιος τις αισθάνεται σαν δικές του σκέψεις και συχνότερα έχουν «λογικό» περιεχόμενο (σε αντιδιαστολή με τις παραληρηματικές ιδέες). Ο ασθενής αισθάνεται κατά διαστήματα μια ακατανίκητη ανάγκη να προβεί σε αυτές τις σκέψεις, η οποία συνοδεύεται από ένα ακαθόριστο αίσθημα επικείμενων κακών, σε περίπτωση που δεν τις πραγματοποιήσει

«όπως πρέπει». Αν, μάλιστα, κάποιο γεγονός τον αποσπάσει από τις μονότονα επαναλαμβανόμενες αυτές σκέψεις του, πλημμυρίζει με έντονο άγχος, που ανακουφίζεται με την επανάληψη των σκέψεων αυτών. Παρόλα αυτά, ο ασθενής αισθάνεται πάρα πολύ μεγάλη δυσφορία από τις σκέψεις αυτές, από τη συνεχή αίσθηση καταναγκασμού, ότι δηλαδή «πρέπει» να τις επαναλάβει και πάλι και από το ότι δεν μπορεί να ξεκολλήσει το μυαλό του από τα ίδια και τα ίδια θέματα. Οι ιδεοληψίες συναντώνται κατ' εξοχήν στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, μπορεί όμως να συναντηθούν και σε βαριές κατάθλιπτικές διαταραχές αλλά και στη σχιζοφρένεια. Όταν οι ιδεοληψίες απαντώνται σε σχιζοφρενικές διαταραχές, τότε συχνά έχουν αλλόκοτο περιεχόμενο και συνδέονται με άλλες παραληρηματικές ιδέες. Για παράδειγμα, ένας ασθενής που σκέπτεται ακατάπαυστα τη σκηνή του εαυτού του να τρώει τα παιδιά του και πιστεύει ότι ο ίδιος είναι μια αρχαία μυθολογική θεότητα, ο Κρόνος. Σε τέτοιες περιπτώσεις, μιλάμε για άτυπες ή ψυχωτικές ιδεοληψίες.

Οι παραληρηματικές ιδέες ή απλά το παραλήρημα είναι σκέψεις, ιδέες εξωπραγματικές, τις οποίες ο ασθενής πιστεύει ακράδαντα ως πραγματικές και αδυνατεί να πεισθεί από την εμπειρία του για την ψευδή τους υπόσταση. Το παραλήρημα είναι, ίσως, η κεντρικότερη έννοια της Ψυχιατρικής. Η τυπική, άλλωστε, αναπαράσταση του ψυχικώς αρρώστου στη συνείδηση του περισσότερου κόσμου είναι ένας άνθρωπος π.χ. που πιστεύει ότι είναι ο Μέγας Ναπολέοντας ή ότι είναι ο Ιησούς Χριστός. Το παραλήρημα είναι μια τυπική εκδήλωση ψυχικών νοσημάτων, όπως η σχιζοφρένεια ή οι συναισθηματικές ψυχώσεις. Απαντάται, όμως, πιο σπάνια και σε νευρολογικές παθήσεις ή νευρολογικές επιπλοκές παθολογικών νοσημάτων. Υπάρχει μια πλειάδα θεμάτων γύρω από τα οποία οι ασθενείς που πάσχουν από ψυχικές νόσους, οικοδομούν το παραλήρημά τους. Από τα διάφορα αυτά θέματα θα αναφερθούμε επιγραμματικά στα πιο συχνά. Έτσι, οι παραληρηματικές ιδέες μπορεί να διαχωριστούν σε:

**Ιδέες αναφοράς:** όταν ο ασθενής πιστεύει ότι τον αφορούν άμεσα και προσωπικά, διάφορα γεγονότα που καμία σχέση δεν έχουν με τον ίδιον. Π.χ. περπατά στο δρόμο και πιστεύει πως οι άγνωστοί του άνθρωποι τον σχολιάζουν, τον κακολογούν ή παρακολουθώντας μια εκπομπή στην τηλεόρα-

ση έχει την ακλόνητη πεποίθηση ότι η εκπομπή αυτή περιέγραφε τις δικές του πράξεις κ.ο.κ.

**Ιδέες επίδρασης:** όταν ο ασθενής πιστεύει ότι επιδρούν στη σκέψη του άλλοι άνθρωποι ή εξωπραγματικά όντα, ότι «τον τηλεκατευθύνουν» ή ότι ο ίδιος μπορεί να επηρεάσει με μεταφυσικά μέσα τη σκέψη και τις πράξεις άλλων ανθρώπων, την πορεία της ιστορίας κ.ο.κ.

**Ιδέες δίωξης:** όταν ο ασθενής πιστεύει ότι κάποιος άλλος άνθρωπος ή ομάδα ανθρώπων (γνωστών του ή αγνώστων), οργάνωση ή κάποια πραγματική ή φανταστική αρχή (π.χ. οι μυστικές υπηρεσίες, γνωστά πολιτικά πρόσωπα κ.ο.κ.) αλλά ακόμα και εντελώς εξωπραγματικά όντα (εξωγήινοι, δαίμονες κτλ.) θέλουν να τον βλάψουν, τον κυνηγούν, τον καταδιώκουν, του επιβουλεύονται την περιουσία, την οικογένεια, θέλουν να τον σκοτώσουν, να τον συκοφαντήσουν κ.ο.κ.

**Ιδέες υπερτιμήσεως του εγώ και μεγαλείου:** όταν ο ασθενής πιστεύει ότι είναι κάποιο πάρα πολύ σημαντικό πρόσωπο ή ότι έχει ένα υπερβολικά σημαντικό ρόλο ή αποστολή. Για παράδειγμα, πιστεύει ότι είναι ο ικανότερος καρδιοχειρουργός στον κόσμο, ενώ δεν είναι καν γιατρός, πιστεύει ότι κατάγεται κατευθείαν από τον Πλάτωνα ή πιστεύει ότι είναι άγιος και έχει σαν αποστολή τη σωτηρία του πλανήτη κ.ο.κ.

**Ιδέες ερωτικές και ζηλοτυπικές:** όταν ο ασθενής πιστεύει ότι τον έχει ερωτευθεί παράφορα κάποιο πρόσωπο άγνωστό του ή / και διάσημο (π.χ. φωτομοντέλα, ηθοποιοί του κινηματογράφου) ή όταν, αντίστοιχα, στο ζηλοτυπικό παραλήρημα πιστεύει ακλόνητα ότι ο/η σύντροφός του/της τον/την απατά και «ανακαλύπτει» διαρκώς ασήμαντα γεγονότα που αποδεικνύουν την απιστία.

**Ιδέες επικείμενων κακών:** όταν ο ασθενής πιστεύει ότι επίκεινται μεγάλα δραματικά γεγονότα που αφορούν τον ίδιο και τον περίγυρό του ή και ολόκληρη την ανθρωπότητα. Για παράδειγμα, ο ασθενής που πιστεύει ότι πρόκειται να πεθάνει άμεσα ο ίδιος ή άλλο μέλος της οικογένειάς του (χωρίς φυσικά να πάσχει από καμία ασθένεια) ή ότι πρόκειται να χρεοκοπήσει οικονομικά, ενώ τα οικονομικά του βαίνουν καλώς ή ότι πρόκειται να γίνει μεγάλος και καταστρεπτικός σεισμός, πλημμύρα, να καταστραφεί ο πλανήτης κ.ο.κ.

Ιδέες θρησκευτικές και ψευδοφιλοσοφικές: όταν ο ασθενής πιστεύει ότι έχει ιδιαίτερες μεταφυσικές ιδιότητες, ότι επικοινωνεί με το θεό ή αγίους, ότι γίνεται μάρτυρας θαυμάτων ή ότι έχουν καταλάβει το σώμα του πνεύματα (ιδέες δαιμονοκατοχής). Επίσης όταν ασχολείται ακατάπαυστα με θεωρίες για τη ζωή, «το νόημα της ύπαρξης» κ.ο.κ., θεωρίες που ο ίδιος νομίζει ότι είναι σπουδαίες και σημαντικές, αλλά στην πραγματικότητα δεν αποτελούν παρά κενολογίες (ψευδοφιλοσοφικό παραλήρημα).

Ιδέες αναξιοτήτας, ενοχής και αυτομομφής: όταν ο ασθενής πιστεύει ότι είναι εντελώς ανάξιος, ότι ο ίδιος ευθύνεται για μια πλειάδα πραγμάτων, από το θάνατο ενός προσφιλούς του προσώπου έως την οικολογική καταστροφή του πλανήτη. Μπορεί, μάλιστα, να είναι πεισμένος ότι η μόνη λύση (π.χ. για την αμαρτία του ή για την εξιλέωσή του για τα όσα προκαλεί) είναι η δική του τιμωρία ή η θανάτωσή του.

Μπορεί, ακόμα, στα πλαίσια των παραληρηματικών διαταραχών της σκέψης να ενταχθούν διάφορες ιδέες, όπως οι **διαταραχές της συνείδησης του εαυτού**, η **παραληρηματική παραγνώριση** και οι **ιδέες παθητικότητας**. Στις διαταραχές της συνείδησης του εαυτού εντάσσονται η **αποπροσωποποίηση** και τα **σύνδρομα πολλαπλών προσωπικοτήτων**. Στην πρώτη περίπτωση ο ασθενής χάνει την οικειότητα με το σώμα και την προσωπικότητά του και πιστεύει ότι δεν έχει τίποτα κοινό με την προηγούμενη ταυτότητά του. Στη δεύτερη περίπτωση εμφανίζει διαφορετικές προσωπικότητες που εναλλάσσονται μεταξύ τους και που συνήθως με την επικράτηση της μιας, ο ασθενής δεν έχει καμία συνείδηση για την προηγούμενη ύπαρξη της άλλης.

Η **παραληρηματική παραγνώριση προσώπων** περιλαμβάνει διάφορα σύνδρομα, κατά τα οποία ο ασθενής αντιλαμβάνεται διάφορα άτομα σαν άλλα από αυτά που πραγματικά είναι. Για παράδειγμα, πιστεύει ότι οικεία του πρόσωπα έχουν αντικατασταθεί από σωσίες τους ή μπορεί και να πιστεύει ότι όλοι οι άνθρωποι του μοιάζουν και είναι σωσίες του εαυτού του.

Τέλος, οι ιδέες παθητικότητας αποτελούν το υποκειμενικό (παραληρηματικό) βίωμα του ασθενούς, ότι δηλαδή δεν έχει δική του βούληση, αλλά έχουν καταλάβει τη σκέψη του και κατευθύνουν τις ενέργειές του άλλοι άνθρωποι ή μεταφυσικές οντότητες και ότι λειτουργεί «σαν ρομπότ». Οι ιδέες παθητικότητας συγγέονται και συνυπάρχουν συνήθως με τις ιδέες επίδρασης.

Σχετικές με τις παραληρηματικές ιδέες είναι και οι έννοιες της παραληρηματικής ετοιμότητας και παρερμηνείας. Σε αυτές τις περιπτώσεις το άτομο μπορεί να μην πιστεύει σε κάποια συγκροτημένη και σαφή παραληρηματική ιδέα, όμως, είναι «έτοιμο» να παρερμηνεύσει, να νοηματοδοτήσει, να διαστρεβλώσει τα όσα συμβαίνουν γύρω του δίνοντάς τους σημασίες που στην πραγματικότητα δεν έχουν. Έτσι, υποπεύεται τους γύρω του για τα όσα λένε ή παρεξηγεί συχνά το νόημα των ενεργειών των άλλων ή και άσχετα γεγονότα, όπως π.χ. την τοποθέτηση διαφημιστικών πινακίδων έξω από το σπίτι του ή την οδική παράκαμψη λόγω τεχνικών έργων, ως εάν αυτά να γίνονταν με τρόπο που να σχετίζεται με αυτόν, σαν να το έκανε κάποιος επίτηδες κ.ο.κ.

Όπως βλέπουμε, οι παραληρηματικές ιδέες έχουν πολύ μεγάλη ποικιλία. Σημαντικό πάντως είναι ο εξεταστής να προσπαθήσει να καταλάβει, όσο το δυνατόν καλλίτερα μπορεί, τον ασθενή για να μπορέσει να αξιολογήσει καλλίτερα το περιεχόμενο του παραληρήματος. Η αξιολόγηση αυτή περιλαμβάνει κατ' αρχήν τον έλεγχο των λεγομένων του ασθενούς για να εξακριβωθεί «του λόγου το αληθές». Ο εξεταστής ποτέ δεν πρέπει να βιάζεται να χαρακτηρίσει σαν παραληρηματικές τις σκέψεις που του εμπιστεύονται οι εξεταζόμενοι. Έτσι μπορεί π.χ. πράγματι ο ασθενής να στάθηκε υπεύθυνος για το θάνατο ενός συγγενικού του προσώπου ή και όντως να υπήρξε μέλος κάποιας σπείρας κακοποιών και να τον κυνηγούσε η αστυνομία. Επίσης, το περιεχόμενο των ιδεών του εξεταζομένου πρέπει να αξιολογείται ανάλογα και με τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά του. Έτσι είναι πιο πιθανό να είναι παθολογική η ακλόνητη πίστη ενός καθηγητή Πανεπιστημίου ότι έχει πέσει θύμα σατανιστών και ότι «του έχουν κάνει μάγια». Αντίθετα, όταν η πεποίθηση αυτή αναφέρεται από ένα υπέργηρο, που έζησε όλη του τη ζωή σε ένα απομονωμένο ορεινό χωριό είναι πολύ πιθανόν να μη σημαίνει τίποτα το



παθολογικό. Η, πάλι, είναι γνωστό ότι σε πολλές χώρες ειδικά της Άπω Ανατολής, ο μυστικισμός, ο αποκρυφισμός και η έντονη ενασχόληση με μεταφυσικά φαινόμενα αποτελούν μακρά κοινωνική παράδοση, ενώ στις κοινωνίες «δυτικού τύπου» φαίνονται αλλόκοτα και εξωπραγματικά. Τέλος, ιδιαίτερη κλινική σημασία στην αξιολόγηση του παραληρηματικού περιεχομένου έχει η συμφωνία του ή μη, σε σχέση με τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς. Έτσι, εάν ένας ασθενής αναφέρει ιδέες επικείμενων κακών, αναξιότητας και ενοχής, ενώ ο ίδιος είναι θλιμμένος, απελπισμένος, καταθλιπτικός, τότε η διάγνωση θα πρέπει να προσανατολιστεί σε μια συναισθηματική διαταραχή με ψυχωτικά στοιχεία. Εάν όμως την ίδια στιγμή που αναφέρει τα επικείμενα κακά ή τις «αμαρτίες» του και τα πολλαπλά «φταιξίματά» του, ο ασθενής παραμένει ευδιάθετος ή και χαρούμενος, τότε είναι πολύ πιθανή η διάγνωση μιας σχιζοφρενικής διαταραχής. Στην μεν πρώτη περίπτωση λέμε ότι το παραληρηματικό περιεχόμενο της σκέψης του ασθενούς είναι σύντONO με το εγώ, ενώ στην δεύτερη δεν είναι.

#### • Διαταραχές της ποσότητας του Λόγου

Οι διαταραχές της ποσότητας του Λόγου είναι εκείνες οι καταστάσεις στις οποίες η ποσότητα της ομιλίας και της σκέψης αυξάνονται ή μειώνονται για σημαντικό χρονικό διάστημα ακούσια και σε παθολογικό βαθμό.

Έτσι, έχουμε τον ένα πόλο των διαταραχών αυτών που χαρακτηρίζεται από μείωση της ποσότητας του Λόγου για ένα δεδομένο χρονικό διάστημα και περιλαμβάνει την **αναστολή της σκέψης**, τη **στένωση του περιεχομένου** της, την **πτωχία ιδεών** ή **αλογία** και το **βραδυψυχισμό**. Στην περίπτωση της **αναστολής της σκέψης** ο λογικός ειρμός δεν παραβλάπτεται, αλλά η πραγματοποίηση μιας αλληλουχίας σκέψεων απαιτεί μεγάλο κόπο, γίνεται αργά, ενώ αυξάνεται ο λανθάνων χρόνος των απαντήσεων του ασθενούς στις ερωτήσεις του εξεταστή. Στη **στένωση του περιεχομένου της σκέψης** ο ασθενής απασχολείται με πολύ λίγα θέματα διαρκώς. Σε περιπτώσεις που ο ασθενής απασχολείται αποκλειστικά και διαρκώς με ένα μόνο θέμα, συνήθως αυτό σχετίζεται και με κάποια από τις παραληρηματικές ιδέες του (π.χ. ο ασθενής που απασχολείται αποκλειστικά με τους εξωγήινους, που νομίζει ότι επι-

κοινωνούν μαζί του). Στην περίπτωση της **αλογίας** ο ασθενής ασχολείται επίσης με μικρό αριθμό θεμάτων, τα οποία όμως είναι ως επί το πλείστον πεζά, δε χρησιμοποιεί παρά μόνο στοιχειώδη εκφραστικά μέσα, δε διανθίζει το λόγο του με μεταφορές ή παρομοιώσεις ούτε χρωματίζει ιδιαίτερα τον τόνο της φωνής του και απαντά μονολεκτικά στις ερωτήσεις που του γίνονται. Στο **βραδυψυχισμό** ή **βραδυφρένεια** η σκέψη έχει υποστεί σημαντική αναστολή και ο ασθενής εμφανίζει γενικευμένη επιβράδυνση όλων των ψυχικών του λειτουργιών (προσανατολισμός, μνήμη, προσοχή, συναίσθημα).

Τέλος, οι **ανακοπές της σκέψης** συνιστούν τη διαταραχή εκείνη κατά την οποία ο ασθενής βιώνει αιφνίδια διακοπή της σκέψης του, η οποία επανερχόμενη μετά από κάποιο χρονικό διάστημα ξεκινά από διαφορετικό θέμα από εκείνο με το οποίο καταπιανόταν, πριν διακοπεί.

Ο αντίποδας των παραπάνω διαταραχών είναι εκείνες κατά τις οποίες αυξάνεται παθολογικά η ποσότητα της σκέψης και της ομιλίας. Τέτοιες είναι η **ιδεόρροια** και **λογόρροια**, η **ιδεοφυγή**, η **κατ' εφαπτομένη ομιλία**, ο **εκτροχιασμός της σκέψης** και τελικά η **ασυναρτησία**. Η **ιδεόρροια** (η οποία διαπιστώνεται μέσα από τη **λογόρροια**, δηλαδή την πολύ γρήγορη εκφορά του λόγου) είναι η πολύ μεγάλη αύξηση της ταχύτητας της σκέψης. Η **Ιδεοφυγή**, πάλι, είναι η γρήγορη εναλλαγή θεμάτων, στα οποία αναφέρεται ο ασθενής μιλώντας τότε για το ένα και τότε για το άλλο με μεγάλη ταχύτητα χωρίς να ολοκληρώνει κατ' ανάγκην τελικά κανένα. Η **Κατ' εφαπτομένη ομιλία** αποτελεί τη διαταραχή εκείνη, κατά την οποία ο ασθενής απαντά με άσχετες απαντήσεις σε συγκεκριμένες ερωτήσεις του εξεταστή. Ο **εκτροχιασμός της σκέψης** και η **ασυναρτησία** αποτελούν τη βαθμιαία και μερική ή τη γενικευμένη αντίστοιχα κατάργηση κάθε νοηματικής συνάφειας των λεγομένων, που συχνά συνοδεύονται από **νεολεξίες** (δηλαδή ανύπαρκτες λέξεις), **επιφωνήματα** ή **ανολοκλήρωτες λέξεις**. Οι παραπάνω διαταραχές παρατηρούνται στη **σχιζοφρένεια** αλλά και σε διαστήματα **μανίας** των **διπολικών συναισθηματικών διαταραχών**.

Τέλος, ο **ιδεομηρυκασμός** αποτελεί μια ξεχωριστή ποσοτική διαταραχή της σκέψης, κατά την οποία ο ασθενής απασχολείται αδιαλείπτως με περιορισμένο αριθμό σκέψεων, που αφορούν τα τρέχοντα περιστατικά της ζωής του. Είναι

δυσάρεστες και απαισιόδοξες σκέψεις, με τις οποίες εθελουσίως απασχολείται αποκλειστικά.

## 2.6. Συμπτωματολογία VI: Διαταραχές Συναισθήματος

Το ανθρώπινο συναίσθημα η «διάθεση» ή αλλιώς, η συγκινησιακή κατάσταση, αποτελεί συχνότατα αντικείμενο κλινικού ενδιαφέροντος στην Ψυχιατρική. Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθούμε σε ορισμένες διαταραχές του συναίσθηματος, που αποτελούν πιο συχνά συμπτώματα ψυχικών παθήσεων.

### • Ανησυχία, άγχος, φόβος, πανικός

Χαρακτηριστικό της **ανησυχίας** και του **άγχους** είναι η αυξημένη και υποκειμενικά δυσάρεστη συναισθηματική εγρήγορση (**υπερένταση**), που συνδέεται με την έλευση κάποιου επερχόμενου γεγονότος ή αφορά γενικά και ακαθόριστα το παρόν και το μέλλον του ατόμου. Ιδιαίτερα όσον αφορά το **άγχος**, αυτό αποτελεί μια συναισθηματική κατάσταση αυξημένης ανησυχίας και προσμονής που σχετίζεται με τα παρόντα και τα μέλλοντα. Το **άγχος**, παρά την αρνητική φόρτιση που έχει πάρει ο όρος στις μέρες μας στην καθημερινή ζωή, αποτελεί πολύτιμο αμυντικό μηχανισμό του ανθρώπινου ψυχισμού, ο οποίος τον βοηθά να ξεπερνά τις δυσκολίες της ζωής. Αυτό επιτυγχάνεται με την κινητοποίηση του μέγιστου δυνατού των βιολογικών και ψυχικών δεξιοτήτων του ατόμου (αυξημένη εγρήγορση, μείωση λανθάνοντος χρόνου αντανακλαστικών κ.ο.κ.), για να μπορέσει να αντεπεξέλθει σε μια δυσχερή για το ίδιο κατάσταση. Η κινητοποίηση αυτή επιτυγχάνεται με την έκκριση κατεχολαμινών (αδρεναλίνης, νοραδρεναλίνης) από τους ενδοκρινείς αδένες. Έτσι, το **άγχος** βοηθά στη (σωματική και ψυχική) επιβίωση του ατόμου. Σε τέτοιες περιπτώσεις, το **άγχος** καλείται **πραγματικό** ή **δεσμευμένο** γιατί συνδέεται με μια πραγματική δυσκολία της ζωής του ατόμου ή και **άγχος – σήμα**, γιατί κινητοποιεί εκείνους τους μηχανισμούς που είναι απαραίτητοι στο άτομο για την ευνοϊκότερη αντιμετώπιση της δυσχερούς καταστάσεως. Υπάρχουν, όμως, και φορές, που είτε το **άγχος** υπερβαίνει τα όρια της ευνοϊκής του λειτουργίας είτε εμφανίζεται, χωρίς να υπάρχει κανένα γεγονός της εξωτερικής πραγματικότητας το οποίο να αποτελεί απειλή για το άτομο. Στις τελευταίες αυτές περιπτώσεις μιλάμε για **ελεύθερο** ή **διάχυτο άγχος**. Το ελεύθερο **άγχος** απαντάται σχεδόν στο σύνολο των ψυχικών διαταραχών μικρότερης ή μεγαλύτερης βαρύτητας. Σημαντικό, πά-

ντως, είναι να υπενθυμίσουμε ότι ορισμένες σωματικές παθήσεις, ιδιαίτερα των ενδοκρινών αδένων, συνοδεύονται από την εμφάνιση διάχυτου άγχους.

Ο **φόβος**, πάλι, αποτελεί μια επίσης δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση αυξημένης εγρήγορσης, που συνδέεται με την προσμονή επικείμενων κακών. Όταν, μάλιστα, το άτομο μπορεί να καθορίσει με σαφήνεια το είδος των κακών που επίκεινται για το ίδιο και συνδέει το φόβο του με συγκεκριμένα ενδεχόμενα (υπαρκτά ή εξωπραγματικά), τότε μιλάμε για **φοβία**. Ο **πανικός** αποτελεί μια κατάσταση, κατά την οποία ο φόβος εμφανίζεται κατά επεισόδια και με χαρακτηριστικά μεγάλης έντασης και ποσότητας, συνοδεύεται δε από έντονη διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος με όλα τα συνακόλουθα συμπτώματα (αυξημένη εφίδρωση, ταχυπαλμία, αίσθημα θερμότητας, ταχύπνοια, αίσθημα πνιγμονής, αιμωδίες, κεφαλαλγία, ζάλη κ.ο.κ.).

#### • Ψευδοευφορία, ευερεθιστότητα, οργή, επιθετικότητα

Στις διαταραχές του συναισθήματος υπάγονται και συγκινησιακές καταστάσεις, κατά τις οποίες παρατηρείται άνοδος του συναισθηματικού επιπέδου του ασθενούς. Τέτοιες καταστάσεις είναι η ψευδοευφορία, η ευερεθιστότητα, η οργή και η επιθετικότητα. Στην περίπτωση της **ψευδοευφορίας** το άτομο βιώνει αισθήματα χαράς, ακόμα και με συμβάντα τελείως τυπικά και καθημερινά. Γελά με το παραμικρό και για κάτι που σε άλλη περίπτωση δε θα του φαινόταν αστείο. Ψευδοευφορικό συναίσθημα παρατηρείται στη μανία και σε μερικές μορφές σχιζοφρένειας. Με τον όρο **ευερεθιστότητα**, πάλι, εννοούμε τη συναισθηματική εκείνη κατάσταση, κατά την οποία, το άτομο είναι έτοιμο να αντιδράσει με θυμό, επιθετικότητα κ.ο.κ. σε μικρά από άποψη σημασίας εξωτερικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Ο **θυμός** και η **οργή** είναι αρνητικά συναισθήματα μεγάλης έντασης, τα οποία, όταν το άτομο τα βιώνει, καταφέρεται ενάντια σε κάποιους ή κάτι. Η **επιθετικότητα** αποτελεί κατά κάποιο τρόπο την εκδήλωση των προηγούμενων αρνητικών συναισθημάτων και έχει απόδεκτες άτομα ή αντικείμενα, απέναντι στα οποία ο ασθενής επιτίθεται. Η επιθετικότητα διακρίνεται σε λόγω επιθετικότητας, όταν ο επιτιθέμενος χρησιμοποιεί λόγια (βρισιές, απειλές

κ.τ.λ.), και έργω επιθετικότητα, όταν χρησιμοποιεί και φυσική βία. Η αντιμετώπιση του επιθετικού ασθενούς είναι πολύ σημαντικό και επείγον μέλημα κάθε ψυχιατρικής παρέμβασης, καθώς ο επιθετικός ασθενής γίνεται άμεσα επικίνδυνος και για τους γύρω του και για τον εαυτό του. Θα πρέπει, πάντως, να έχουμε κατά νου ότι, όσον αφορά τους ψυχιατρικούς ασθενείς, ως επί το πλείστον, η επιθετικότητά τους οφείλεται στο γεγονός ότι τη στιγμή εκείνη βιώνουν κάποια απειλή και φοβούνται κάτι υπαρκτό ή εξωπραγματικό. Έτσι, η προσέγγιση του επιθετικού ασθενούς έχει συνήθως, καλλίτερα αποτελέσματα, όταν (παράλληλα με τη φαρμακευτική καταπράυνση, τον αποπλισμό ή και την ακινητοποίηση) συνοδεύεται από τις σαφείς διαβεβαιώσεις προς τον ασθενή πως τα παραπάνω μέτρα είναι για το δικό του όφελος και αποσκοπούν στη δική του ασφάλεια και πως θα προστατευθεί έτσι από κάθε είδους κίνδυνο.

• **Θλίψη, κατάθλιψη, μελαγχολία, απαισιοδοξία, απογοήτευση, απελπισία, αυτοκτονικός ιδεασμός**

Στον αντίποδα των προηγούμενων διαταραχών, βρίσκονται οι διαταραχές εκείνες, που σχετίζονται με πτώση του συναισθηματικού επιπέδου. Η **θλίψη** αποτελεί μια (φυσιολογική) αρνητική και δυσάρεστη συγκινησιακή κατάσταση, που προκαλείται από κάποιο δυσάρεστο γεγονός. Αντίστοιχο συναίσθημα, όμως, μεγαλύτερης έντασης και διάρκειας, που μπορεί να προκαλείται και χωρίς να υπάρχει κάποιο δυσάρεστο γεγονός, είναι η **κατάθλιψη**. Σε αυτήν την περίπτωση, το άτομο είναι στενοχωρημένο, κλαίει εύκολα, ακόμα και αυτόματα και απασχολείται διαρκώς με αρνητικές σκέψεις για καταστάσεις του παρελθόντος ή του μέλλοντος. Σε αυτές τις περιπτώσεις μιλάμε για καταθλιπτικό συναίσθημα. Όταν η κατάθλιψη έχει κυριεύσει το σύνολο των σκέψεων του ατόμου και αφορά κάθε γεγονός της ζωής, το οποίο το άτομο το βιώνει ως δυσάρεστο, τότε μιλάμε για **μελαγχολία**. Συχνά τις πιο πάνω καταστάσεις συνοδεύουν **απαισιοδοξία** (η αίσθηση ότι όλα θα πάνε στραβά), **απογοήτευση** (η αίσθηση ότι όλα πήγαν στραβά) και, τελικά, **απελπισία** (ότι τίποτα δεν μπορεί να γίνει που να αλλάξει την αρνητική αυτή κατάσταση).

Υπέρτατο σημείο καταθλιπτικού συναισθήματος θεωρείται ο **αυτοκτονικός ιδεασμός**, η ιδέα δηλαδή ότι η ζωή δεν έχει αξία και η δηλωμένη πρόθεση του ατόμου να τερματίσει τη ζωή του αυτοκτονώντας.

### • Σωματικοί συναισθηματικοί δείκτες : ύπνος, όρεξη

Σε περιπτώσεις ποσοτικής διαταραχής του επιπέδου του συναισθήματος είτε προς τα επάνω (ευφορία) είτε προς τα κάτω (κατάθλιψη), είναι συχνό να επηρεάζονται και οι επονομαζόμενοι σωματικοί δείκτες του συναισθήματος, δηλαδή, ο ύπνος και η όρεξη για φαγητό. Έτσι, οι ασθενείς αυτοί συχνά παρουσιάζουν **αϋπνία** ή **υπερυπνία** (μείωση ή αύξηση αντίστοιχα της ποσότητας του ύπνου), καθώς και διαταραχές της ποιότητας του ύπνου (**διακοπτόμενος ύπνος**, **εφιάλτες κ.ο.κ.**). Ακόμα, παρουσιάζουν συχνά αύξηση ή μείωση της όρεξης για φαγητό. Οι συναισθηματικές διαταραχές ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα μπορεί να εμφανίζονται αμιγώς με διαταραχές των σωματικών δεικτών του συναισθήματος : ο ηλικιωμένος ασθενής μπορεί να παραπονείται μόνο επειδή δεν τρώει και δεν κοιμάται, ενώ να αρνείται ότι βιώνει στενοχώρια ή άγχος κ.ο.κ.

### • Αμφιθυμία, κυκλοθυμία, συναισθηματική ευμεταβλητότητα

Η **αμφιθυμία** είναι μια συναισθηματική διαταραχή κατά την οποία, συνυπάρχουν δύο αντίθετα συναισθήματα (π.χ. αγάπη – μίσος, χαρά – λύπη) απέναντι στο ίδιο πρόσωπο ή γεγονός. **Κυκλοθυμία** είναι η περιοδική εναλλαγή δύο αντίθετων συναισθημάτων απέναντι σε ένα πρόσωπο ή γεγονός, κατά την οποία, όμως, σε κάθε δεδομένη χρονική στιγμή επικρατεί ένα και μόνο συναίσθημα. Η αμφιθυμία απαντάται στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή αλλά και σε κάποιες μορφές σχιζοφρένειας (βλέπε και αμφιπραξία με την οποία συχνά συνυπάρχουν). Τέλος, **συναισθηματική ευμεταβλητότητα** είναι η γρήγορη και αναίτια αλλαγή του συναισθήματος που βιώνει ο ασθενής. Η συναισθηματική ευμεταβλητότητα απαντάται σε αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές προσωπικότητας.

- **Συναισθηματική περίσφιξη, απροσφορότητα, άμβλυνη, επιπέδωση**

Τέλος, επιγραμματικά θα αναφερθούμε σε ορισμένες άλλες διαταραχές του συναισθήματος, που απαντώνται κυρίως σε σχιζοφρενικές διαταραχές, όπως τη συναισθηματική **άμβλυνη** και τη συναισθηματική **επιπέδωση**. Στην μεν πρώτη ο ασθενής δεν απαντά συναισθηματικά με ιδιαίτερα μεγάλη ένταση στα γεγονότα της ζωής του (δε χαίρεται στα χαρμόσινα και δε λυπάται στα λυπητερά), ενώ στη δεύτερη, το συναίσθημά του είναι τελείως επίπεδο και παγωμένο και ο ασθενής δε συμμετέχει συναισθηματικά σε τίποτα από όσα συμβαίνουν γύρω του (**αθυμία**). Η μικρή μείωση του εύρους και της έντασης των συναισθηματικών απαντήσεων στα γεγονότα της ζωής αποτελεί τη συναισθηματική **περίσφιξη**, που εκτός από τη σχιζοφρένεια απαντάται και στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Τέλος, συναισθηματική **απροσφορότητα** είναι η διαταραχή εκείνη κατά την οποία ο ασθενής βιώνει συναισθήματα αντίθετα με το περιεχόμενο της σκέψης του (π.χ. μιλά για το θάνατο προσφιλούς του προσώπου και τη λύπη που ένοιωσε και ταυτόχρονα γελάει).

- ◆ Η Ψυχιατρική είναι μια ιατρική ειδικότητα που στηρίζεται στα συμπτώματα των ψυχικών παθήσεων.
- ◆ Η ψυχιατρική συμπτωματολογία όμως είναι συχνά δυσδιάκριτη, καθώς στα μάτια του μη ειδικού πολλά ψυχικά συμπτώματα φαίνονται ως ίδια.
- ◆ Συχνά, μάλιστα, είναι δύσκολο να χαραχθεί μια διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στο φυσιολογικό και το παθολογικό.
- ◆ Ως συμπτώματα ψυχιατρικής συμπτωματολογίας διακρίνουμε τις διαταραχές της μνήμης (με σημαντικότερες τις αμνησίες), τις διαταραχές της συνείδησης (θόλωση συνείδησης), του προσανατολισμού στο χώρο, στο χρόνο ή σε πρόσωπα, τις διαταραχές συγκέντρωσης – προσοχής.
- ◆ Ακόμα, τις διαταραχές της ψυχοκινητικότητας (ανησυχία, διέγερση ή επιβράδυνση, κατατονία), τις διαταραχές της αντίληψης (με σημαντικότερες τις ψευδαισθήσεις), του λόγου είτε όσον αφορά στην ποσότητα (π.χ. λογόρροια) είτε όσον αφορά στην ποιότητα (π.χ. παραλήρημα).
- ◆ Τέλος, διακρίνουμε τις διαταραχές του συναισθήματος, από το άγχος ως την κατάθλιψη και τη μελαγχολία.

### Ερωτήσεις

1. Είναι ίδιο σύμπτωμα η μυθοπλασία και η μυθομανία;
2. Ένας χειρουργημένος ασθενής, που νοσηλεύεται σε κάποιο γενικό νοσοκομείο, το βράδυ μετά την επέμβαση παρουσιάζει σύγχυση, διέγερση, διαταραχές προσανατολισμού στο χρόνο. Είναι σίγουρα ψυχικά ασθενής;
3. Είναι η ακαθισία ένδειξη ψυχικής νόσου;
4. Ποιου είδους ψευδαισθήσεις είναι πιο συχνές σε ψυχικές διαταραχές και ποιες σε σωματικές ασθένειες με ψυχικές εκδηλώσεις;
5. Είναι η θλίψη ένδειξη συναισθηματικής διαταραχής;



### 3.1 Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική διαταραχή, για την οποία βρίσκουμε μαρτυρίες από την αρχαιότητα. Είναι μια πάθηση που έχει απασχολήσει την ανθρωπότητα, όσο λίγες παθήσεις, καθώς το δέος που προκαλούσε στους ανθρώπους η «τρέλα», τους έκανε συχνά να την αποδίδουν σε θεϊκή παρέμβαση, σε δαιμονισμό και σε άλλες μεταφυσικές αιτίες.

#### • Επιδημιολογία

Η σχιζοφρένεια είναι ένα οικουμενικό νόσημα. Αυτό σημαίνει ότι απαντάται σε όλα τα γεωγραφικά μήκη και πλάτη και σε όλων των ειδών τις κοινωνίες. Σε πολλές περιπτώσεις, πάντως, αρκετοί ασθενείς ακόμα και σήμερα περιθωριοποιούνται κοινωνικά (ζητιάνοι, «ο τρελός του χωριού» κ.ο.κ.) ή και θεωρούνται ως εγκληματίες, σεξουαλικά διεστραμμένοι κ.ο.κ., χωρίς να εκλαμβάνονται ως πάσχοντες. Υπολογίζεται, πάντως, ότι η πιθανότητα κάθε ανθρώπου να νοσήσει σε κάποια περίοδο της ζωής του από σχιζοφρένεια, κυμαίνεται γύρω στο ένα τοις εκατό (1%). Η συχνότητα παραμένει ίδια ανάμεσα στα δύο φύλα. Οι άνδρες, όμως, εμφανίζουν συνήθως τα συμπτώματα της νόσου σε μικρότερη ηλικία από ό,τι οι γυναίκες. Έτσι, η σχιζοφρένεια στους άνδρες εμφανίζεται συνήθως έως το τριακοστό έτος της ηλικίας, ενώ στις γυναίκες μέχρι το τριακοστό πέμπτο. Αυτό, με τη σειρά του, σημαίνει ότι σε περιπτώσεις εμφάνισης συμπτωμάτων, που μοιάζουν με αυτά της σχιζοφρένειας, σε άτομο που δεν έχει ξανανοσήσει από τη νόσο σε μεγάλη ηλικία (π.χ. για πρώτη φορά στο πεντηκοστό έτος της ηλικίας), θα πρέπει να είμαστε πολύ επιφυλακτικοί για το κατά πόσον το άτομο αυτό πάσχει από σχιζοφρένεια ή υποκρύπτεται μια άλλη οργανική συνήθως διαταραχή π.χ. ένας όγκος του εγκεφάλου κ.ο.κ.

Πρέπει, ακόμα, να τονισθεί ότι παρά τις επίμονες έρευνες δεν υπάρχει σαφής και απόλυτη κληρονομικότητα στην εμφάνιση της νόσου ότι, δηλαδή, το παιδί του σχιζοφρενούς θα νοσήσει από σχιζοφρένεια. Φαίνεται πως υπάρχει μια **κληρονομική επιβάρυνση** (οικογενειακή προδιάθεση) σε οικογένειες με ιστορικό ατόμων που πάσχουν από τη νόσο: το παιδί ενός γονέα που πάσχει από

σχιζοφρένεια έχει πιθανότητες γύρω στο 12% να νοσήσει και το ίδιο, ενώ εκείνο, του οποίου και οι δύο γονείς πάσχουν από τη νόσο, έχει 40% αντίστοιχη πιθανότητα.

### • Κλινικά συμπτώματα

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας περιλαμβάνουν ολόκληρη σχεδόν την ψυχιατρική συμπτωματολογία. Έτσι, οι ασθενείς αυτοί μπορεί να εμφανίζουν *ψυχοκινητική ανησυχία ή και επιθετικότητα, διάχυτο άγχος, διαταραχή στην προσοχή και στη συγκέντρωση, παραλήρημα κάθε είδους, ψευδαισθήσεις, κυρίως ακουστικές, σωματικές ή μεικτές, ανακοπές σκέψης, ιδεόρροια και ιδεοφυγή μέχρι και στο σημείο της πλήρους ασυναρτησίας του λόγου τους, διαταραχή στον ύπνο και την όρεξη, αλλά και κατατονικά συμπτώματα, προκλητή υποβολιμότητα, συναισθηματική άμβλυση ή απροσφορότητα, απάθεια και αδιαφορία ακόμα και για τη στοιχειώδη προσωπική τους υγιεινή, έως και πλήρη ψυχοκινητική αναστολή.*

Θα πρέπει, πάντως, να τονισθεί ότι οι ασθενείς συχνά κατά την έναρξη των ψυχικών διαταραχών δεν εμφανίζουν ολοκληρωμένη την κλινική εικόνα της νόσου. Σε αυτές τις περιπτώσεις, λέμε ότι η νόσος εισβάλλει βραδέως και βαθμιαία και συχνά ο ασθενής αισθάνεται δυσφορία, καθώς αντιλαμβάνεται «κάτι να αλλάζει» στον ψυχικό του κόσμο, χωρίς όμως να μπορεί να καταλάβει τι είναι αυτό. Συχνά, το συναίσθημα αυτό οδηγεί τον ασθενή στην εμφάνιση μιας εισαγωγικής κατάθλιψης, δηλαδή εμφανίζει στα αρχικά στάδια μιας μη ολοκληρωμένης ακόμα σχιζοφρένειας συμπτώματα κατάθλιψης (που σχετίζεται με τη δυσφορία του για τις αλλαγές που βιώνει στον ψυχισμό του). Υπολογίζεται ότι το 30% περίπου των σχιζοφρενών, έχουν στο ιστορικό τους στην περίοδο έναρξης της νόσου μια ψυχιατρική νοσηλεία με διάγνωση «κατάθλιψης». Άλλες πάλι φορές, η νόσος εισβάλλει ταχύτατα, ακόμα και μέσα σε διάστημα ολίγων εικοσιτετραώρων και τότε μιλάμε για μια οξεία σχιζοφρενική διαταραχή. Η πορεία της νόσου, συνήθως, χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις, στην περίπτωση δε των εξάρσεων, μιλάμε για υποτροπή της νόσου.

### • Κριτήρια και τύποι σχιζοφρένειας

Παλαιότερα η περιγραφή και η ταξινόμηση των μορφών και τύπων της σχιζοφρένειας είχε πολύ μεγαλύτερη σημασία

από ότι σήμερα. Άλλωστε σήμερα με την ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων αλλά και με την ευαισθητοποίηση των κοινωνιών απέναντι στην ψυχική ασθένεια (που οδηγεί σε πρόωμη διάγνωση και αντιμετώπιση των πασχόντων), ορισμένοι τύποι (π.χ. ο κατατονικός τύπος) τείνουν να εξαλειφθούν. Τα βασικά κριτήρια σήμερα για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι η εμφάνιση διαταραχών της αντίληψης (ψευδαισθήσεων), διαταραχών του λόγου (ιδεόρροιας, ιδεοφυγής και παραληρήματος), έντονα αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς ή κατατονίας και συναισθηματικής άμβλυνσης ή αβουλίας και απάθειας. Η διάγνωση της νόσου απαιτεί την παραμονή των συμπτωμάτων για διάστημα μεγαλύτερο του ενός μηνός. Οι παλαιότερες, πάλι, περιγραφές των μορφών σχιζοφρένειας περιλαμβάνουν διάφορους τύπους σχιζοφρένειας, όπως ο παρανοειδής, ο κατατονικός, ο αποδιοργανωτικός και ο ηβηφρενικός τύπος.

**Παρανοειδής τύπος:** Σε αυτές τις περιπτώσεις, προεξάρχει η παρανοειδής ετοιμότητα, η παραληρηματική παρερμηνεία άσχετων γεγονότων, ενώ υπάρχουν έντονες παραληρηματικές ιδέες δίωξης, μεγαλείου, ερωτομανιακές, ζηλοτυπικές, αναφοράς κ.ο.κ.

**Κατατονικός τύπος:** Σε αυτές τις περιπτώσεις προεξάρχει η διαταραχή της ψυχοκινητικότητας, η κατατονία, ενώ παλαιότερα συχνά, ο ασθενής έφθανε σε καταστάσεις με κηρώδη ευκαμψία, προκλητή υποβολιμότητα και συναισθηματική επιπέδωση. Στις μέρες μας ο τύπος αυτός, συνήθως, λόγω της πρόωμης χορήγησης φαρμάκων δεν καταλήγει στις δραματικές πραγματικά κλινικές εικόνες του παρελθόντος (ασθενείς που έμεναν στην ίδια θέση επί εβδομάδες κ.τ.λ.).

**Αποδιοργανωτικός τύπος:** Σε αυτό τον τύπο η συμπεριφορά έχει εντελώς αποδιοργανωθεί, ο ασθενής μιλά διαρκώς και ακατάληπτα (ιδεόρροια, ιδεοφυγή), με πολλές νεολοξίες, μέχρι της πλήρους ασυναρτησίας. Αδιαφορεί για την προσωπική του υγιεινή, ενώ συνυπάρχουν παραληρηματικά στοιχεία και διαταραχές της αντίληψης (ψευδαισθήσεις).

**Ηβηφρενικός τύπος:** Σε αυτόν τον τύπο τα συμπτώματα εμφανίζονται νωρίς κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Χαρακτηρίζεται δε από ψευδοευφορικό συναίσθημα, άναίτια γέλια και, γενικά, συναίσθημα ρηχό και απρόσφορο, ιδεόρροια, ιδεοφυγή και παραληρηματικές ιδέες συνήθως ερωτομανιακού περιεχομένου. Οι ασθενείς αυτοί, προοδευτικά, εμφανί-

ζουν άρση των φυσιολογικών αναστολών τους, η συμπεριφορά τους παρουσιάζει συνεχή ενασχόληση με τη σεξουαλικότητά τους χωρίς να υπολογίζουν κανέναν κοινωνικό φραγμό και, τελικά, παραμελούν παντελώς την ατομική τους υγιεινή και την καθαριότητα των χώρων στους οποίους διαμένουν.

Κατά μια άλλη ταξινόμηση η σχιζοφρένεια διακρίνεται σε δυο κυρίως μορφές: εκείνη στην οποία προεξάρχουν τα θετικά ή παραγωγικά συμπτώματα (όταν σχηματικά η σκέψη του ασθενούς «παράγει» κάτι που δεν υφίσταται: παραλήρημα, ψευδαισθήσεις, ιδεόρροια και εκείνη στην οποία προεξάρχουν τα αρνητικά συμπτώματα (όταν κάτι «λείπει»: απραξία, αβουλησία, αλογία, αθυμία, ανηδονία).

### • Κλινικά παραδείγματα

**Παρανοειδής τύπος:** ο Γιώργος είναι 25 χρονών. Η εμφάνισή του είναι ατημέλητη, με μακριά μαλλιά και μακριά γενειάδα. Προσέρχεται στην ψυχιατρική συνέντευξη διαμαρτυρούμενος για το ότι κάθε χρόνο, ανήμερα του Αγίου Ελευθερίου, οι ελευθεροτέκτονες (μασόνοι) του στερούν την ελευθερία του και τον κλείνουν στο ψυχιατρείο με εισαγγελική εντολή. Κατηγορεί τους γιατρούς, τους νοσηλευτές, ακόμα και τους γονείς του ότι είναι πράκτορες των ελευθεροτεκτόνων. Πήγε και σε μοναστήρι, λέει, του Αγίου Όρους, αλλά και εκεί του φάνηκε πως η διαφθορά κυριαρχούσε: «έπιανε» υπονοούμενα στα λόγια των μοναχών, που «αποδείκνυαν» τη μασονική τους ιδιότητα, έβλεπε σημάδια, που του υποδήλωναν ότι ήταν ομοφυλόφιλοι, άκουγε το βράδυ μурμουρητά, τα οποία απέδιδε σε μυστικосύναξη των καλόγερων για να τον σκοτώσουν.

**Κατατονικός τύπος:** η Κατερίνα είναι 28 ετών. Έχουν περάσει ήδη τρία χρόνια από τότε που αρρώστησε. Όταν την πιάνουν αυτές οι κρίσεις σιγά – σιγά αρχίζουν να μειώνονται οι κινήσεις της, δεν μπορεί πια να βγει από το σπίτι, κινείται με δυσκολία κατόπιν παραινέσεων των δικών της. Η κίνησή της έχει κάτι μηχανικό, σαν να κινείται ένα ρομπότ. Μιλά ελάχιστα, έως καθόλου. Την πρώτη δε φορά που συνέβη μια τέτοια κρίση, είχε μείνει καθισμένη σε μια καρέκλα επί μια ολόκληρη εβδομάδα. «Όπου και να την έβαζες, πάλι καθότανε», είπαν οι δικοί της στους γιατρούς. Τώρα οι δικοί της έχουν μάθει, πως όταν το παιδί τους αρχίζει να αποτραβιέται «στον κόσμο του», το οδηγούν άμεσα στην κλινική για θεραπεία.

**Αποδιοργανωτικός τύπος:** ο Δημήτρης είναι τώρα 40 χρονών. Αρρώστησε για πρώτη φορά όταν φοιτούσε στη σχολή ναυτικών δοκίμων στα 20 του. Τότε, είχε γίνει κάποιο περιστατικό στη σχολή και θεωρήθηκε υπεύθυνος για κάποια απώλεια σε υλικό. Εκείνη, την πρώτη φορά, ένοιωθε πως τον κυνηγάνε, έβλεπε εξωγήινους να μπαίνουν στο σώμα του, να επηρεάζουν τις σκέψεις και τις πράξεις του, να τον κατευθύνουν με ακτίνες λέιζερ. Τώρα πια ο λόγος του έχει γίνει τελείως ασυνάρτητος. Κάθεται στο κρεβάτι, μονολογεί διαρκώς ακατάληπτα, και ανάμεσα στις ασυναρτησίες και τις άναρθρες κραυγές του, που και που λέει κάτι για το «καράβι», τους «εξωγήινους», ζητάει να του βγάλουν από μέσα του τα λέιζερ, λέει πως πρέπει να πάει στο Δημόκριτο...

**Ηβηφρενικός τύπος:** ο Τάκης είναι 22 χρονών, όμως το παρουσιαστικό και η συμπεριφορά του δείχνουν μάλλον αγόρι μικρότερης ηλικίας. Όταν είναι μόνος του, κοιτάζει διαρκώς γύρω του, χωρίς να συγκεντρώνεται πουθενά, χαζογελά διαρκώς, περιεργάζεται τα διάφορα αντικείμενα, σαν όλα αυτά να τα έβλεπε για πρώτη φορά στη ζωή του. Όταν βρίσκεται μπροστά σε κόσμο κάνει διαρκώς «αστεία», λέει διάφορες ανοησίες, με τις οποίες γελάει μόνο αυτός. Είναι «κολλώδης» και επαναληπτικός. Όταν, μάλιστα, στο περιβάλλον υπάρχει άτομο του γυναικείου φύλου το παρενοχλεί σεξουαλικά.

#### • Θεραπεία

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας γίνεται κυρίως με φάρμακα. Η έγκαιρη χορήγηση νευροληπτικών φαρμάκων στην πλειοψηφία των περιπτώσεων έχει αλλάξει κατά πολύ την εξέλιξη της νόσου. Η φαρμακευτική θεραπεία διακρίνεται σε αγωγή καταπολέμησης των υποτροπών της νόσου (οπότε και απαιτούνται μεγάλες δόσεις νευροληπτικών) και αγωγή συντήρησης ή προφυλακτική αγωγή. Η προφυλακτική αγωγή χορηγείται κατά την διάρκεια των μεσοδιαστημάτων της νόσου για να μην εμφανισθούν νέες υποτροπές (οπότε και απαιτούνται πολύ μικρότερες δόσεις νευροληπτικών). Πάντως, η σύγχρονη τάση είναι να δίνονται αρκετά μικρότερες δόσεις νευροληπτικών, από ό,τι παλαιότερα, ενώ θεωρείται ότι η ανταπόκριση του ασθενή στα νευροληπτικά είναι περισσότερο θέμα είδους φαρμάκου (εάν «τον πιάνει» το συγκεκριμένο φάρμακο) και λιγότερο θέμα δόσης («πόσο» φάρμακο παίρνει).

## • Πρόγνωση - Επιπλοκές

Η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος βαριά και εξελίσσεται προοδευτικά. Από το σύνολο των ασθενών με σχιζοφρένεια περίπου οι μισοί δεν θα μπορέσουν να ζήσουν με στοιχειωδώς ικανοποιητική κοινωνική λειτουργικότητα. Θα παρουσιάζουν συχνές υποτροπές της νόσου και θα υποβάλλονται σε αλληπάλληλες ψυχιατρικές νοσηλείες και πιθανόν να παρουσιάσουν κάποιες από τις επιπλοκές της νόσου. Από τους υπόλοιπους οι μισοί (25% του συνόλου, δηλαδή) θα μπορέσουν να έχουν κάποια κοινωνική λειτουργικότητα, θα υποφέρουν όμως από συμπτώματα μέχρι το γήρας, ενώ περιστασιακά θα παρουσιάζουν κάποια υποτροπή και θα χρειάζονται ψυχιατρική νοσηλεία. Το υπόλοιπο 25%, το οποίο χαρακτηρίζεται καλής πρόγνωσης, θα μπορέσει να έχει ικανοποιητική κοινωνικότητα, να αποφύγει τις συχνές υποτροπές, αν και θα χρειάζεται συνεχή ψυχιατρική παρακολούθηση και θεραπεία. Ως σημαντικότερα **θετικά προγνωστικά σημεία** για την πορεία της νόσου, θεωρούνται η έναρξη της νόσου σε μεγαλύτερη ηλικία και με αφορμή κάποιο ψυχοπιεστικό γεγονός της ζωής, η οξεία εισβολή των συμπτωμάτων, το θετικό υποστηρικτικό περιβάλλον και η παρουσία παραγωγικών συμπτωμάτων (ψευδαισθήσεις, παραλήρημα). Αντίθετα, σημαντικότεροι **αρνητικοί προγνωστικοί δείκτες** είναι η πρόωμη έναρξη, η βραδεία και προοδευτική εισβολή των συμπτωμάτων, η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, τα αρνητικά συμπτώματα (αλογία, αθυμία, απραξία), η προνοσηρά προσωπικότητα (με κοινωνική απόσυρση, απομόνωση πριν την έναρξη της νόσου), η ύπαρξη και άλλου ατόμου με σχιζοφρένεια στην οικογένειά τους.

Η σχιζοφρένεια εκτός του ότι εμποδίζει προοδευτικά το άτομο να λειτουργήσει κοινωνικά, μπορεί να το οδηγήσει και σε **πράξεις βίας** ή στην **αυτοκτονία**. Οι πράξεις βίας απέναντι σε άλλους ανθρώπους, μολονότι αποτέλεσαν αντικείμενο συχνών αναφορών και ενδιαφέροντος από την πολιτεία, την κοινή γνώμη κ.ο.κ., δεν έχει αποδειχθεί ότι συμβαίνουν συχνότερα σε σχιζοφρενείς σε σχέση με το γενικό σύνολο. Αντίθετα, οι μισοί περίπου ασθενείς, κάποια στιγμή της ζωής τους, θα κάνουν μια απόπειρα αυτοκτονίας, ενώ 10-15% από αυτούς θα πεθάνει από αυτοκτονία.

Επειδή η σχιζοφρένεια είναι μια βαριά νόσος, είναι σκόπιμο να γίνεται έγκαιρα η διάγνωσή της. Επίσης χρειάζε-

ται τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση και θεραπεία, εκπαίδευση των ίδιων των ασθενών και των οικογενειών τους (μεσα από ειδικές τεχνικές ψυχοεκπαίδευσης) για την έγκαιρη διάγνωση των υποτροπών (ώστε να λαμβάνεται η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή και να αποφεύγεται η εκδήλωσή τους), καθώς και για την υποστήριξη των ίδιων και των οικογενειών τους. Επίσης, έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην οικοδόμηση ενός προστατευμένου πλαισίου κοινωνικών δραστηριοτήτων (επαγγελματική απασχόληση, κοινωνικές εκδηλώσεις κτλ.), ώστε οι ασθενείς αυτοί να εντάσσονται στο κοινωνικό σύνολο και να διατηρούν το μέγιστο δυνατό των δραστηριοτήτων που μπορούν. Δικαίως λέγεται ότι 50% για την έκβαση της νόσου παίζει η φαρμακευτική αγωγή και άλλο 50% η ύπαρξη της κατάλληλης υποστήριξης για την παραμονή των ασθενών εντός των κοινωνικών δραστηριοτήτων.

### 3.2. Άλλες Ψυχωσικές Συνδρομές

#### • Παραληρηματική Διαταραχή

Η παραληρηματική διαταραχή είναι μια ψυχική νόσος στην οποία παρατηρούνται μόνο παραληρηματικές ιδέες και μάλιστα με περιεχόμενο όχι αλλόκοτο. Το άτομο είναι καχύποπτο, πιστεύει ότι κάποιος το επιβουλεύεται ή το καταδιώκει, ότι το απατούν. Απουσιάζουν όμως τα άλλα συμπτώματα της σχιζοφρένειας (ψευδαισθήσεις, ιδεόρροια, ιδεοφυγή, συναισθηματική αμβλύτητα κ.ο.κ.). Τα άτομα αυτά συνήθως αποδίδουν όλα τα δεινά τους, σε κάποιο συγκεκριμένο πρόσωπο, ομάδα ή αρχή, ενώ κατά τα άλλα ζουν, εργάζονται και επικοινωνούν με τους γύρω τους με ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικότητας. Η έναρξη της παραληρηματικής διαταραχής, παρατηρείται αρκετά αργότερα σε σχέση με τη σχιζοφρένεια (ακόμα και στην πέμπτη δεκαετία της ζωής). Οι ασθενείς αυτοί διατηρούν καλή ψυχική συγκρότηση και αρνούνται πως έχουν κάποιο ψυχικό πρόβλημα που χρήζει ψυχιατρικής αντιμετώπισης. Η παραληρηματική διαταραχή δεν έχει τη δυσμενή πρόγνωση της σχιζοφρένειας. Παρουσιάζει δε στις μισές περιπτώσεις πλήρη υποχώρηση με την πάροδο του χρόνου.

#### • Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή

Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή είναι μια νόσος στην οποία παρατηρούνται ίδια κλινικά συμπτώματα, όπως και στη

σχιζοφρένεια. Συνυπάρχει όμως και κάποιο μείζον καταθλιπτικό ή μανιακό (βλέπε παρακάτω) επεισόδιο σε περιόδους που είναι ενεργά τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Για να χαρακτηριστεί μια νοσηρή κατάσταση ως σχιζοσυναισθηματική διαταραχή πρέπει να υπάρχει σαφής περίοδος, που τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας να παραμένουν, ενώ δεν υπάρχει διαταραχή της διάθεσης. Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή έχει σαφώς καλλίτερη πορεία και πρόγνωση από ό,τι η σχιζοφρένεια, αλλά χειρότερη από ό,τι οι συναισθηματικές διαταραχές.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

- ◆ Η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος που απαντάται σε ολόκληρο τον πλανήτη, και σε όλες τις κοινωνίες. Είναι μια νόσος που αρχίζει συνήθως σε νεαρή ηλικία και προκαλεί σημαντική κοινωνική υπολειτουργικότητα στους ασθενείς. Χαρακτηρίζεται από μεγάλη ποικιλομορφία στην εκδήλωσή της.
- ◆ Παραλήρημα, έντονο διάχυτο άγχος, ψευδαισθήσεις, διέγερση ή αβουλία είναι συχνά τα συμπτώματά της.
- ◆ Η σχιζοφρένεια διακρινόταν παλαιότερα σε τύπους (ηβηφρενικός, κατατονικός, παρανοϊκός, αποδιοργανωτικός), και η διάκριση αυτή εξακολουθεί να υπάρχει στην κλινική πράξη.
- ◆ Η πρόγνωση της σχιζοφρένειας ποικίλει:
- ◆ από την κοινωνική επανένταξη ως τη συχνή ανάγκη για ψυχιατρική νοσηλεία. Μετά, όμως, την ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων η αντιμετώπισή της και ο έλεγχος των υποτροπών είναι εφικτός.
- ◆ Εκτός της σχιζοφρένειας εντάσσονται στις ψυχώσεις η παραληρηματική και η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.

## Ερωτήσεις

1. Τα παιδιά των σχιζοφρενών γίνονται υποχρεωτικά σχιζοφρενείς;
2. Όποιος ακούει φωνές που δεν υπάρχουν, είναι υποχρεωτικά σχιζοφρενής;
3. Με ποια άλλη ψυχική διαταραχή μοιάζει συχνά η σχιζοφρένεια στην αρχή της εμφάνισής της;
4. Οι σχιζοφρενείς πρέπει να κλείνονται για πάντα στα ψυχιατρεία: Σωστό ή Λάθος;
5. Γιατί σήμερα είναι σπάνια η κατατονία σε σχιζοφρενείς;



## ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΤΕΤΑΡΤΗ : ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ (ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ)

Οι συναισθηματικές διαταραχές ή αλλιώς διαταραχές της διάθεσης είναι από τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές. Άλλωστε, η έννοια της κατάθλιψης έχει πλέον εισβάλλει στο καθημερινό μας λεξιλόγιο, όπως και η έννοια της μανίας. Οι διαταραχές της διάθεσης εξελίσσονται με επεισόδια, ανάμεσα στα οποία υπάρχουν διαστήματα φυσιολογικής συναισθηματικής κατάστασης. Τα επεισόδια αυτά μπορεί να αφορούν σε ανέγερση του επιπέδου της συναισθηματικής κατάστασης ή σε κατέβασμά του. Σε χρόνια, συνήθως, περιστατικά ή σε κάποιες ειδικές μορφές διαταραχής τα χωρίς διαταραχές μεσοδιαστήματα έχουν μικρυνθεί πάρα πολύ ή απουσιάζουν εντελώς. Στα παρακάτω κεφάλαια, θα αναφερθούμε σε δύο είδη διαταραχών της διάθεσης: στη μονοπολική συναισθηματική διαταραχή ή «κατάθλιψη», όπως έχει επικρατήσει να λέγεται, και στη διπολική συναισθηματική διαταραχή ή «μανιοκατάθλιψη», αντίστοιχα. Για να γίνει όμως πιο κατανοητή η κλινική εικόνα των νοσημάτων αυτών, κρίνεται σκόπιμο να περιγράψουμε καταρχήν τους όρους μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, μανιακό επεισόδιο, υπομανιακό επεισόδιο.

- Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, μανιακό επεισόδιο, υπομανιακό επεισόδιο

Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο ονομάζεται η κατάσταση εκείνη που χαρακτηρίζεται από καταθλιπτικό συναίσθημα, διαρκεί τουλάχιστον επί 2 συνεχόμενες εβδομάδες και περιλαμβάνει τουλάχιστον κάποια από τα παρακάτω συμπτώματα: έλλειψη ευχαρίστησης από ο,τιδήποτε, απελπισία, απαισιοδοξία, απογοήτευση, σκέψεις αυτοκτονίας, αϋπνία, μείωση της όρεξης για φαγητό, αίσθημα συνεχούς κοπώσεως, αισθήματα αναξιοσύνης και ενοχής κ.ο.κ.

Μανιακό επεισόδιο ονομάζεται η κατάσταση ανόδου του συναισθηματικού επιπέδου, που διαρκεί τουλάχιστον 1 εβδομάδα και συνοδεύεται από κάποια από τα παρακάτω συμπτώματα: αίσθημα μεγαλείου, ιδεόρροια, ιδεοφυγή, διάσπαση της

προσοχής, μειωμένη ανάγκη για ύπνο, διέγερση ή και επιθετικότητα.

Υπομανιακό επεισόδιο ονομάζεται, τέλος, η κατάσταση εκείνη της συναισθηματικής ανόδου, η οποία μοιάζει με τη μανία, τα συμπτώματα, όμως, είναι πιο μικρής εντάσεως, το άτομο είναι μεν κοινωνικά λειτουργικό αλλά ευερέθιστο. Συνεχώς ασχολείται με κάτι, ενώ είναι ευδιάθετο χωρίς να υπάρχουν οπωσδήποτε ευχάριστα γεγονότα.

#### • Συναισθηματική διαταραχή με ή χωρίς ψυχωτικά συμπτώματα

Με την έννοια «**ψυχωτικά συμπτώματα**» εννοούμε συμπτώματα που κατεξοχήν εμφανίζονται σε ψυχώσεις, όπως διαταραχές της αντίληψης (ψευδαισθήσεις) ή της σκέψης (παραληρηματικές ιδέες). Οι διαταραχές της διάθεσης μπορεί να συνοδεύονται και από ψυχωτικά συμπτώματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις μιλάμε για «**διαταραχές της διάθεσης με ψυχωτικά συμπτώματα**». Όπως, όμως, εξηγήσαμε και στο κεφάλαιο για τις σύγχρονες διεθνείς ταξινομήσεις οι όροι «ψύχωση» και «νεύρωση» τείνουν να καταργηθούν στην Ψυχιατρική ορολογία. Ειδικότερα για τις συναισθηματικές διαταραχές αυτή η τάση έκανε να καταργηθούν οι παλαιότερα χρησιμοποιούμενοι όροι «νευρωσική κατάθλιψη», «ψυχωσική μελαγχολία», «μανιοκαταθλιπτική ψύχωση». Η αλήθεια, πάντως, είναι ότι η ύπαρξη ή όχι ψυχωτικών συμπτωμάτων (παραλήρημα, ψευδαισθήσεις) καθορίζει και σήμερα εν πολλοίς τη θεραπεία και την πρόγνωση της νόσου.

#### 4.1. Συναισθηματικές Διαταραχές I. Μονοπολική Διαταραχή – «Κατάθλιψη»

##### • Κριτήρια - ορισμός

Μονοπολική διαταραχή, ή αλλιώς Μείζων Καταθλιπτική διαταραχή («κατάθλιψη») ονομάζεται η διαταραχή εκείνη κατά την οποία ο ασθενής αναφέρει **τουλάχιστον δύο διακριτά μεταξύ τους μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια**, με μεσοδιάστημα ανάμεσά τους τουλάχιστον 2 μηνών χωρίς συμπτώματα.

## • Επιδημιολογία

Είναι, πραγματικά, δύσκολο να υπολογισθεί η ακριβής έκταση της νόσου, καθώς ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ανθρώπων που πάσχουν δε φθάνουν ποτέ στο γιατρό ή δεν πιστεύουν ότι έχουν ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας και πιστεύουν ότι η κακή τους διάθεση οφείλεται στις περιστάσεις της ζωής, στο χαρακτήρα τους κ.ο.κ. Οι στατιστικές της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας αναφέρουν ότι πάνω από 350 εκατομμύρια άνθρωποι σε ολόκληρο τον κόσμο υποφέρουν από αυτήν την ψυχική διαταραχή. Φαίνεται, μάλιστα, ότι το ποσοστό των ανθρώπων που νοσούν από κατάθλιψη αυξάνουν χρόνο με το χρόνο, ιδιαίτερα στις λεγόμενες «δυτικού τύπου» κοινωνίες. Οι στατιστικές μελέτες αναφέρουν ότι **κάθε άνθρωπος έχει 10 με 15% πιθανότητα να νοσήσει κατά τη διάρκεια της ζωής του**. Παρόλα αυτά το 75% των ασθενών που θα πάθουν κατάθλιψη, δε θα πάει ποτέ του σε ειδικό γιατρό και δε θα μπορέσει να έχει την κατάλληλη θεραπεία. Οι γυναίκες φαίνεται πως εμφανίζουν σε σχέση με τους άνδρες διπλάσια ποσοστά νοσηρότητας. Γενικά, πάντως, θα λέγαμε ότι η κατάθλιψη είναι η ψυχική διαταραχή που περισσότερο από κάθε άλλη επηρεάζεται ως προς την εκδήλωσή της από τις κοινωνικές συνθήκες, τα γεγονότα της ζωής, την ύπαρξη ή όχι οικογενειακού πλαισίου κ.ο.κ. Η κληρονομικότητα στην κατάθλιψη φαίνεται και πάλι να παίζει ένα ρόλο: οι συγγενείς πρώτου βαθμού των ασθενών έχουν 1,5 – 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν και οι ίδιοι τη νόσο.

## • Κλινικά συμπτώματα

Στη συμπτωματολογία της μονοπολικής συναισθηματικής διαταραχής το σύμπτωμα που κυριαρχεί είναι το καταθλιπτικό συναίσθημα. Ο ασθενής βιώνει έντονη στενοχώρια είτε με αφορμή πραγματικά γεγονότα της καθημερινότητας (για τα οποία στενοχωριέται δυσανάλογα με τη βαρύτητά τους) είτε «έτσι», χωρίς ειδική αφορμή. Κάθεται στο σπίτι του και αποσύρεται από τις δουλειές του, συχνά κλαίει όταν είναι μόνος του, νοιώθει το σώμα και την ψυχή του «βαριά», πιστεύει ότι είναι «ανάξιος, ένα τίποτα». Δεν έχει κουράγιο για τίποτε και συχνά κατακλύζεται από άγχος. Ξυπνάει το πρωί αργά και κουρασμένος, ενώ σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να ξυπνά από τα χαράματα (πρώιμη αφύπνιση). Δεν έχει

καθόλου όρεξη για φαγητό ή, σε άλλες περιπτώσεις, μπορεί να τρώει ακατάπαυστα. Δε νοιώθει σεξουαλική επιθυμία και τα παλαιότερα ενδιαφέροντά του δεν τον ευχαριστούν πια. Ο καταθλιπτικός ασθενής νοιώθει βαθιά ενοχή για όσα του συμβαίνουν, αλλά και για εκείνα που συμβαίνουν γύρω του. Στις σοβαρότερες περιπτώσεις (μελαγχολία) όλα φαίνονται «μαύρα». Ο ασθενής είναι απαισιόδοξος, απελπισμένος και νοιώθει αβοήθητος. Τίποτε δεν είναι ικανό να ξεκολλήσει τον ασθενή από τις δυσάρεστες σκέψεις του, δεν τον χαροποιεί τίποτε, ενώ κυριαρχείται από απαισιόδοξες σκέψεις για τη ζωή, της οποίας τον τερματισμό βλέπει σαν μοναδική λύση στο αδιέξοδό του.

### • Θεραπεία

Η κατάθλιψη στις μέρες μας στις περισσότερες περιπτώσεις μπορεί να θεραπευτεί. Δυστυχώς, όμως, ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών δε φθάνει ποτέ στον ειδικό γιατρό και δε λαμβάνει ποτέ του την κατάλληλη θεραπεία. Η θεραπεία περιλαμβάνει αντικαταθλιπτικά και αγχολυτικά φάρμακα. Εάν συνυπάρχουν και ψυχωτικά συμπτώματα, μπορεί να χρησιμοποιηθούν και νευροληπτικά φάρμακα για κάποιο χρονικό διάστημα. Στη θεραπεία της κατάθλιψης κάποια μορφή ψυχοθεραπείας μπορεί να αποδώσει είτε από μόνη της είτε σε συνδυασμό με φάρμακα. Ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας έχει ως αποτέλεσμα την πλήρη ίαση σε ποσοστά που ξεπερνούν το 85% των περιπτώσεων. Σε σπάνιες μόνο περιπτώσεις, ιδιαίτερα ηλικιωμένων ασθενών ή πολύ ανθεκτικών μορφών ενδείκνυται η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ηλεκτροσόκ).

### • Πρόγνωση - Επιπλοκές

Η πρόγνωση της νόσου είναι καλή, αρκεί ο ασθενής και το περιβάλλον του να αντιληφθούν έγκαιρα τα συμπτώματα και να απευθυνθούν σε ειδικό γιατρό. Οι επιπτώσεις από την παραμέληση της σωστής και έγκαιρης θεραπείας της κατάθλιψης μπορεί να είναι πολύ σοβαρές, επώδυνες και επικίνδυνες. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι αυτοκτονίες (ένα μεγάλο μέρος όσων κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας πάσχουν από κατάθλιψη) ή ο σοβαρός τραυματισμός εξαιτίας κάποιας αποτυ-

χημένης απόπειρας αυτοκτονίας και η μετάπτωσή της σε **χρόνια** κατάσταση. Τέλος, η **δυσθυμία** αποτελεί την παγίωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης σε μια χρόνια κατάσταση κακής διάθεσης, μειωμένης ενεργητικότητας, άγχους, αϋπνίας και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Όλα αυτά μαζί οδηγούν το άτομο σε μείωση της κοινωνικής του δραστηριότητας και λειτουργικότητας.

#### 4.2. Συναισθηματικές Διαταραχές II. Διπολική Διαταραχή – «Μανιοκατάθλιψη»

##### • Κριτήρια - ορισμοί

Διακρίνουμε δύο ειδών διπολικές συναισθηματικές διαταραχές:

- **τη διπολική διαταραχή τύπου I**, στην οποία ο ασθενής αναφέρει **ένα τουλάχιστον σαφές μανιακό επεισόδιο** και

- **τη διπολική διαταραχή τύπου II**, στην οποία ο ασθενής αναφέρει **ένα τουλάχιστον μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, ένα τουλάχιστον υπομανιακό επεισόδιο αλλά ουδέποτε την παρουσία σαφούς μανιακού επεισοδίου.**

##### • Επιδημιολογία

Οι διπολικές διαταραχές της διάθεσης έχουν σαφώς μικρότερη συχνότητα από ό,τι οι μονοπολικές συναισθηματικές διαταραχές. Η πιο χαρακτηριστική, μάλιστα, η διπολική διαταραχή τύπου I (που προϋποθέτει ύπαρξη ενός τουλάχιστον επεισοδίου μανίας) φαίνεται να έχει συχνότητα περίπου όμοια με εκείνη της σχιζοφρένειας. Έτσι, κάθε άνθρωπος δια-τρέχει περίπου **1%** κίνδυνο να νοσήσει από διπολική διαταραχή τύπου I κατά τη διάρκεια της ζωής του. Η συχνότητά της είναι ίδια περίπου σε άνδρες και γυναίκες.

##### • Κλινικά συμπτώματα

Στις περιόδους των μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων, η συμπτωματολογία παρουσιάζει ομοιότητα με εκείνη που παρατηρείται στη μονοπολική συναισθηματική διαταραχή (βλέπε παραπάνω). Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων της υπομανίας ο ασθενής είναι σε διαρκή υπερδιέγερση. Συναι-

σθηματικά νοιώθει χωρίς λόγο ευχάριστα, απασχολείται συνεχώς με κάποια δραστηριότητα (π.χ. εργάζεται πολλαπλάσιες ώρες από ό,τι συνήθως), ξοδεύει με μεγάλη απλοχεριά χρήματα, χωρίς να έχει αντίστοιχη οικονομική δυνατότητα, είναι ευερέθιστος και εύκολα θυμώνει και διαπληκτίζεται. Ο ύπνος του έχει περιοριστεί σε λίγες ώρες, αλλά αυτό δεν τον ενοχλεί, γιατί νοιώθει ξεκούραστος, δυνατός, γεμάτος ακατάσχετη ενεργητικότητα. Στα επεισόδια δε της μανίας η ανάγκη για ύπνο ελαχιστοποιείται. Η αυξημένη ανάγκη του ασθενούς για διαρκή δραστηριότητα μετατρέπεται σε ψυχοκινητική ανησυχία και διέγερση. Η προσοχή του αρρώστου διασπάται και δεν μπορεί να συγκεντρωθεί. Ο ασθενής θέλει να μιλά διαρκώς. Νοιώθει πως είναι πολύ σημαντικός και σπουδαίος, πως είναι ο πιο όμορφος, ο πιο έξυπνος κ.ο.κ., ενώ συχνά βιώνει ψευδαισθήσεις και παραληρηματικές ιδέες συνήθως αντίστοιχου περιεχομένου. Είναι εξαιρετικά ευερέθιστος. Η διαρκής ευφορία, που νοιώθει, συχνά μετατρέπεται σε δυσφορία από την ένταση της ψυχοκινητικής υπερδιέγερσης (δυσφορική μανία). Δε λογαριάζει τίποτε και κανέναν και μπορεί να προβεί σε πράξεις βίας ή σε πράξεις που να θέτουν σε κίνδυνο την ίδια του τη ζωή.

### • Θεραπεία

Η θεραπεία των διπολικών διαταραχών περιλαμβάνει **αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά και νευροληπτικά φάρμακα**, εάν συνυπάρχουν και ψυχωτικά συμπτώματα ή κρίσεις μανίας. Απαραίτητα είναι σε αυτές τις περιπτώσεις τα σταθεροποιητικά του συναισθήματος ή αλλιώς **θυμοσταθεροποιητικά φάρμακα** (άλατα λιθίου, καρβαμαζεπίνη κ.τ.λ.). Η φαρμακευτική αγωγή σε αυτές τις διαταραχές διαρκεί στην πλειοψηφία των περιπτώσεων για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Ιδιαίτερα όσον αφορά στα θυμοσταθεροποιητικά (τα οποία και αποτελούν ουσιαστικά προφύλαξη απ' την πιθανότητα εμφάνισης νέων επεισοδίων), απαιτείται τακτική παρακολούθηση των επιπέδων των φαρμάκων στο αίμα των ασθενών. Πρέπει, πάντως, να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην προφύλαξη από την εμφάνιση των επεισοδίων των υποτροπών, στην πρόληψη διάγνωσή τους, όταν αυτά εμφανίζονται, και στην έγκαιρη και αποτελεσματική παρέμβαση για τη θεραπεία τους. Η αντιμετώπιση των ασθενών με μανιακά επεισόδια αποτελεί επείγουσα προτεραιότητα για την προστασία και των ίδιων αλλά και του περιβάλλοντός τους.

Η πρόγνωση των διπολικών συναισθηματικών διαταραχών είναι σχετικά ικανοποιητική, στο βαθμό που οι ασθενείς παραμένουν υπό τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση και λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή προφυλακτικά για την πρόληψη των υποτροπών. Οι επιπλοκές, που μπορεί να προκύψουν, είναι η **αυτοκτονία**, η εκδήλωση **βίαιης συμπεριφοράς** απέναντι σε άλλους (ιδιαίτερα για την διπολική διαταραχή τύπου I, κατά την διάρκεια των περιόδων μανίας) και η μετάπτωση σε **χρονιότητα**, οπότε και τα ελεύθερα συμπτωμάτων μεσοδιαστήματα μικραίνουν και οι φάσεις της νόσου, σχεδόν, αλληλοδιαδέχονται η μια την άλλη.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

- ◆ Οι συναισθηματικές διαταραχές ή διαταραχές της διάθεσης είναι ψυχικές παθήσεις που προσβάλλουν πρωτίστως το συναίσθημα των ασθενών.
- ◆ Δευτερευόντως μπορεί, όμως, να εμφανισθούν και με άλλα συμπτώματα, όπως διαταραχές της μνήμης, της συγκέντρωσης, ακόμα και με ψευδαισθήσεις ή παραληρηματικές ιδέες.
- ◆ Οι διαταραχές της διάθεσης εμφανίζονται με επεισόδια, τα οποία μπορεί να είναι είτε καταθλιπτικά είτε υπομανιακά είτε μανιακά.
- ◆ Ανάλογα με το είδος των επεισοδίων, οι συναισθηματικές διαταραχές διακρίνονται σε **μονοπολικές διαταραχές** (όπου υπάρχουν μόνο καταθλιπτικά επεισόδια), σε **διπολικές διαταραχές τύπου I** (όπου συνυπάρχουν καταθλιπτικά και μανιακά επεισόδια) και **διπολικές διαταραχές τύπου II** (όπου συνυπάρχουν καταθλιπτικά και υπομανιακά επεισόδια, αλλά απουσιάζουν αμιγή μανιακά επεισόδια).
- ◆ Η εξέλιξη των θεραπευτικών μέσων στις μέρες μας έχει οδηγήσει στη δυνατότητα να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά στην πλειονότητά τους οι συναισθηματικές διαταραχές.

### *Ερωτήσεις*

1. Σε τι επηρεάζει η εμφάνιση «ψυχωτικών» συμπτωμάτων στα πλαίσια μιας συναισθηματικής διαταραχής;
2. Κάποιος μας λέει ότι είναι πολύ στενοχωρημένος, ότι κλαίει συνέχεια και δεν μπορεί να κοιμηθεί το βράδυ, γιατί η μητέρα του πέθανε πριν από μια εβδομάδα. Μπορούμε να πούμε με σιγουριά ότι ο άνθρωπος αυτός πάσχει από κατάθλιψη;
3. Είναι η κατάθλιψη ιάσιμη νόσος;
4. Γιατί πρέπει να θεραπεύονται έγκαιρα οι ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές;



Η έννοια της «νεύρωσης» είναι μια πολυσυζητημένη έννοια. Η παλαιότερη γενικευμένη χρήση του όρου αυτού για το χαρακτηρισμό παθολογικών καταστάσεων τείνει βαθμιαία, να εγκαταλειφθεί. Η καθημερινή του, όμως, χρήση για τη διάκριση των ψυχικών διαταραχών παραμένει μια κλινικά χρήσιμη διάκριση. Ο χαρακτηρισμός ενός ασθενούς ως «νευρωσικού» ή «ψυχωτικού» γίνεται με βάση το «**τεστ της πραγματικότητας**» (**reality testing**). Το κατά πόσο, δηλαδή, ο ασθενής αντίστοιχα έχει ή όχι κατά τη διάρκεια των επεισοδίων έξαρσης της ψυχικής του νόσου επαφή με την πραγματικότητα.

Οι παλαιότερα ονομαζόμενες «νευρώσεις» αντιστοιχούν στην πλειονότητα αλλά όχι στην ολότητα τους στις σήμερα αποκαλούμενες **αγχώδεις διαταραχές**. Στο παρόν σύγγραμμα, πάντως, θα αναφερθούμε στις σημαντικότερες από τις παλαιότερα ονομαζόμενες «νευρώσεις». Η περιγραφή τους όμως θα γίνει με βάση τη σύγχρονη ταξινόμηση των ψυχικών νοσημάτων. Η αναφορά στις παλαιότερες ορολογίες και ταξινομήσεις κρίθηκε απαραίτητη, επειδή αυτές παραμένουν σε ευρεία χρήση και στην ψυχοθεραπευτική βιβλιογραφία αλλά και στην κλινική πράξη. Τέλος, θα θέλαμε να τονίσουμε ότι οι ψυχικές διαταραχές των κατηγοριών που ακολουθούν δεν πρέπει ποτέ να υποτιμούνται ή να θεωρούνται ως μικρής βαρύτητας σε σχέση με τις «ψυχώσεις». Μια βαριά π.χ. ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ή μια έντονη και διαρκής φοβία είναι δυνατόν να οδηγήσει τον ασθενή σε πολύ δυσάρεστα βιώματα και σοβαρή κοινωνική και λειτουργική έκπτωση, πολύ περισσότερο από μια αντιμετωπιζόμενη σχιζοφρένεια. Οι διαταραχές αυτής της κατηγορίας είναι οι συχνότερες ψυχικές διαταραχές στο γενικό πληθυσμό και συχνά δε θεωρούνται παθολογικές καταστάσεις είτε με ευθύνη των ίδιων των ασθενών (επειδή οι ίδιοι δε θεωρούν ότι πάσχουν ή έχουν ενοχές για αυτά που αισθάνονται) είτε με ευθύνη του περιβάλλοντός τους ή των οικογενειακών τους γιατρών (επειδή θεωρούν τα συμπτώματα των διαταραχών αυτών ως «παραξενιές», «νευροφυτικά», ακόμα και υπόκριση).

### • Η «κλασσική» Υστερία

Η υστερία υπήρξε ένα από τα πιο συζητημένα θέματα της ψυχιατρικής νοσολογίας. Ο Φρόντ, άλλωστε, μελετώντας την υστερία διαμόρφωσε την ψυχαναλυτική θεωρία. Πριν από αυτόν ο μεγάλος νευρολόγος του 19ου αιώνα ο Charcot, δάσκαλος του Φρόντ, είχε αφιερώσει μεγάλο μέρος των μελετών του πάνω στην υστερία. Αν, μάλιστα, θελήσουμε να ανατρέξουμε ακόμα παλαιότερα, θα ανακαλύψουμε ότι η υστερία απασχόλησε τους γιατρούς στην αρχαία Ελλάδα και ότι σώζονται περιγραφές θεραπειών υστερικών ασθενών στους ναούς του Ασκληπιού, του θεού – προστάτη των ιατρών. Σύμφωνα, τώρα, με τον τελευταίο ορισμό της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας το 1968 (πριν δηλαδή την αλλαγή της ταξινόμησης και την εγκατάλειψη του όρου αυτού), «η υστερία είναι η νεύρωση εκείνη, η οποία χαρακτηρίζεται από μια ακούσια ψυχογενή απώλεια ή διαταραχή της λειτουργικότητας του ασθενούς, που αρχίζει και τελειώνει ξαφνικά κάτω από συναισθηματικά φορτισμένες συνθήκες, που υπενθυμίζουν συμβολικά υποβόσκουσες ψυχικές συγκρούσεις του».

Με βάση τις σημερινές ταξινομήσεις, η υστερία περιλαμβάνει πολλές από τις αγχώδεις διαταραχές και τις βαριές δραματικές (ιστριονικές) διαταραχές προσωπικότητας. Παρακάτω θα αναφερθούμε επιγραμματικά στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (η οποία κατά ένα μεγάλο μέρος αντιστοιχούσε σε αυτό που ονομαζόταν παλαιότερα «αγχώδης νεύρωση»), τη διαταραχή σωματομετατροπής και τις διασχιστικές καταστάσεις. Θα αναφερθούμε χωριστά στις κρίσεις πανικού και στη διαταραχή πανικού, λόγω της ιδιαίτερης κλινικής τους σημασίας και της συχνότητάς τους, ενώ για τη δραματική διαταραχή προσωπικότητας θα γίνει αναφορά στο αντίστοιχο κεφάλαιο.

### • Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή είναι μια διαταραχή κατά την οποία ο ασθενής βιώνει για μεγάλα χρονικά διαστήματα έντονο άγχος, δυσκολία στη συγκέντρωση, ένταση, ανη-

συχία εσωτερικά, ευερεθιστότητα, εύκολη κόπωση, μυϊκή τάση, διαταραχή ύπνου. Τα συμπτώματα αυτά προκαλούν έντονη δυσφορία στον ασθενή, δεν μπορεί να τα ελέγξει, ενώ δεν οφείλονται σε κάποια άλλη ψυχική διαταραχή της αγχώδους σειράς (π.χ. σε κάποια φοβία, σε ιδεοψυχαναγκασμό) και δε συνοδεύονται από καταθλιπτικά συναισθήματα. Τα άτομα αυτά ανησυχούν διαρκώς π.χ. για τη δουλειά τους, για τα οικεία τους πρόσωπα, για τις προσωπικές τους σχέσεις. Κυριολεκτικά «δεν μπορούν να ησυχάσουν» και συνήθως κοινοποιούν στον περίγυρό τους τις διαρκείς ανησυχίες τους.

### • Διαταραχή (Σωματο)μετατροπής

Η διαταραχή αυτή, τυπικά, περιλαμβάνει την «ακούσια διαταραχή της σωματικής λειτουργικότητας του ασθενούς» (σωματικά συμπτώματα), χωρίς να υπάρχει οργανική αιτία για αυτό, ενώ υπάρχει κάποια ψυχολογική συναισθηματική φόρτιση, η οποία έχει προηγηθεί πριν από την εμφάνιση των σωματικών προβλημάτων. Η πάθηση αυτή εμφανίζεται, συνήθως, με τη μορφή αιφνίδιων και δραματικών επεισοδίων μετά από ψυχοτραυματικά γεγονότα ή μετά από ασήμαντα γεγονότα, τα οποία όμως συμβολικά παραπέμπουν σε εσωτερικές ψυχικές συγκρούσεις των ασθενών. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν τότε απώλεια συνείδησης, τύφλωση, κώφωση, αφωνία, παράλυση ολική ή κάποιου άκρου, σπασμούς ή άλλα σωματικά συμπτώματα, για τα οποία δεν ανευρίσκεται καμία οργανική αιτία που να μπορεί να τα προκαλεί. Η διαταραχή σωματομετατροπής ή διαταραχή μετατροπής μπορεί πραγματικά να παρουσιάσει όλα τα συμπτώματα που έχουν όλα τα παθολογικά σωματικά νοσήματα. Η θεραπεία της γίνεται με την ταχεία χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων (π.χ. βενζοδιαζεπίνες), και έχει θεαματικά αποτελέσματα. Τα άτομα αυτά κατά την διάρκεια των κρίσεων σωματομετατροπής προσέρχονται, συνηθέστερα, σε εξωτερικά ιατρεία επειγόντων περιστατικών γενικών νοσοκομείων, καθώς οι οικείοι τους πιστεύουν ότι νοσούν οξέως από κάποια σωματική νόσο (π.χ. έμφραγμα). Πρέπει, πάντως, να τονισθεί ότι τα άτομα που πάσχουν από την διαταραχή αυτή, παρότι δε νοσούν από κάποιο σωματικό νόσημα, δεν υποκρίνονται κατά τη διάρκεια των επεισοδίων αυτών και γι αυτό δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται υποτιμητικά ή απορριπτικά.

Οι διασχιστικές διαταραχές είναι καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από κάποια μεμονωμένη συνήθως διάσπαση («διάσχιση») στις λειτουργίες της συνείδησης, της μνήμης, της ταυτότητας ή της αντίληψης του περιβάλλοντος του ατόμου. Η «διάσχιση» αυτή σχετίζεται, συνήθως, με ψυχοπαισιτικά γεγονότα της ζωής ή ασυνείδητες εσωτερικές ψυχικές συγκρούσεις. Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιων καταστάσεων αποτελεί η **διασχιστική αμνησία** (παλαιότερα ονομαζόμενη και ψυχογενής αμνησία). Σε αυτήν την περίπτωση μετά από κάποιο ψυχοτραυματικό γεγονός το άτομο «χάνει» την μνήμη του, μόνο όμως όσον αφορά το γεγονός αυτό (π.χ. μετά από ένα τηλεφώνημα, από το οποίο ο ασθενής έμαθε το θάνατο προσφιλούς του προσώπου, αδυνατεί να θυμηθεί ότι έλαβε το τηλεφώνημα αυτό). Άλλοτε, πάλι, μετά από κάποιο σοβαρό τροχαίο ατύχημα σε εθνική οδό, «χάνει» τη μνήμη του για λίγες ώρες και, όταν συνέρχεται, αδυνατεί να ανακαλέσει το γεγονός ότι ξεκίνησε για κάποιο ταξίδι. Σε άλλες περιπτώσεις, το άτομο αυτό, ξαφνικά, αλλάζει τις καθημερινές του συνήθειες και φεύγει για ταξίδι μακριά από τα συνηθισμένα δρομολόγιά του (σπίτι, εργασία κ.τ.λ.), ενώ έχει κυριαρχηθεί από σύγχυση σχετικά με την ταυτότητά του. Έτσι, αδυνατεί να ανακαλέσει το παρελθόν του ή πιστεύει πως είναι κάποιος άλλος. Εφόσον ο ασθενής επανέλθει στην «κανονική» του ταυτότητα αδυνατεί να θυμηθεί ο,τιδήποτε σχετικά με το διάστημα του επεισοδίου της νόσου. Σε τέτοιες περιπτώσεις, μιλάμε για **διασχιστική φυγή** (παλαιότερα ονομαζόμενη και ψυχογενής φυγή). Αντίστοιχες είναι και άλλες διασχιστικές καταστάσεις, όπως η **διασχιστική διαταραχή προσωπικότητας** (πρώην διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας).

## 5.2. Κρίσεις Πανικού – Διαταραχή Πανικού

### • Κρίσεις ή προσβολές πανικού

Οι κρίσεις πανικού είναι οξεία επεισόδια κατά τα οποία ο ασθενής διακατέχεται από έντονο ακαθόριστο άγχος, φόβο, δυσφορία. Η δυσάρεστη αυτή κατάσταση επιδεινώνεται ταχύτατα και συνοδεύεται από υποκειμενικό αίσθημα κινδύνου,

καταστροφής ή και επικείμενου θανάτου του ασθενούς, καθώς και από σωματικά συμπτώματα. Τα σωματικά συμπτώματα (ταχυπαλμία και αίσθημα καρδιακών παλμών, έντονη δύσπνοια και αίσθημα πνιγμονής, εφίδρωση, τρεμούλα, ναυτία ή ζάλη, ρίγη ή αίσθημα θερμότητας σε όλο το σώμα, αιμωδίες έως και λιποθυμία) προέρχονται από την υπερδιέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Οι κρίσεις πανικού διαρκούν, συνήθως, περί τα δέκα λεπτά της ώρας (το πολύ, μέχρι μισή ώρα), με διαρκώς εντεινόμενη συμπτωματολογία. Στο τέλος οδηγούν το άτομο σε λιποθυμία ή σε έξοδο από το χώρο που βρίσκεται (π.χ. σπίτι λεωφορείο), ενώ κυριαρχείται από ένα ακατανίκητο αίσθημα ανάγκης διαφυγής. Κατά τη διάρκεια της κλιμάκωσης των συμπτωμάτων ο ασθενής γίνεται ολοένα και πιο ανήσυχος, έχει έντονο το υποκειμενικό βίωμα ότι «τρελαίνεται», ότι «χάνει τον έλεγχο» των πράξεών του ή ότι πρόκειται να πεθάνει τα αμέσως επόμενα δευτερόλεπτα. Υπολογίζεται, μάλιστα, ότι περίπου το 5% του γενικού πληθυσμού θα παρουσιάσει μια τουλάχιστον προσβολή πανικού κατά τη διάρκεια της ζωής του. Η θεραπεία των κρίσεων πανικού είναι η άμεση χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων (π.χ. βενζοδιαζεπινών) με θεαματικά αποτελέσματα. Καλό είναι, μάλιστα, σε αυτές τις περιπτώσεις το άτομο να διαβεβαιώνεται ότι, παρά το υποκειμενικό του βίωμα (ότι πρόκειται να πεθάνει κ.ο.κ.), δε διατρέχει κανένα σωματικό κίνδυνο.

#### • Διαταραχή πανικού

Οι κρίσεις πανικού συνοδεύουν συχνά τις φοβικές διαταραχές (ιδιαίτερα την αγοραφοβία), οπότε και προκαλούνται από την παρουσία του φοβογόνου παράγοντα (π.χ. την παρουσία πλήθους στην αγοραφοβία, την εμφάνιση ενός συγκεκριμένου ζώου στη ζωοφοβία). Στις περιπτώσεις δε που εκλύονται αυτόματα, χωρίς σαφές αίτιο και χωρίς το άτομο, το οποίο προσβάλλεται, να πάσχει από κάποια φοβική διαταραχή, τότε μιλάμε για διαταραχή πανικού. Άρα, η **διαταραχή πανικού** είναι η ψυχική εκείνη πάθηση, κατά την οποία ο ασθενής προσβάλλεται από επανειλημμένες προσβολές πανικού χωρίς σαφές αίτιο και χωρίς να υπάρχουν συμπτώματα κάποιας φοβικής διαταραχής. Η διαταραχή πανικού συνήθως συνοδεύεται από έντονο άγχος στα χωρίς συμπτώματα μεσοδιαστήματα, από την επίμονη ενασχόληση του ασθενή με τη

σωματική υγεία του (τείνει να πιστέψει ότι πάσχει από την καρδιά του, ότι έχει υπέρταση κ.ο.κ.), και από την ανησυχία του μήπως έχει νέες προσβολές. Θεωρείται, μάλιστα, ότι στις περισσότερες περιπτώσεις, η υπερβολική ανησυχία μήπως και ξαναεκδηλωθεί μια νέα προσβολή, «φορτώνει» κάθε απλή δυσκολία της ζωής με τόσο άγχος, ώστε τελικά να εκδηλώνεται πράγματι μια νέα κρίση πανικού.

### 5.3. Φοβίες

#### • Γενικά

Οι φοβικές διαταραχές ή πιο απλά οι φοβίες είναι οι συχνότερες ψυχικές διαταραχές στο γενικό πληθυσμό. Υπολογίζεται ότι περίπου το **10%** των ανθρώπων σε κάποια στιγμή της ζωής τους θα εμφανίσουν κάποια φοβία. Αποτελούν δε τις διαταραχές εκείνες, κατά τις οποίες το άτομο βιώνει έναν παράλογο και επίμονο φόβο για κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο, χώρο, δραστηριότητα ή κατάσταση, τα οποία αποφεύγει με κάθε τρόπο. Η κλινική σημασία των φοβικών διαταραχών ποικίλει ανάλογα με τη βαρύτητα της διαταραχής. Έτσι, οι ήπιες περιπτώσεις δε θα προσέλθουν ποτέ στον ειδικό και θα αντιμετωπιστούν από τους ίδιους τους αρρώστους κυρίως με την ανάπτυξη μιας συμπεριφοράς αποφυγής των φοβογόνων ερεθισμάτων (π.χ. θα αποφεύγουν το ταξίδι με αεροπλάνο, τους ανελκυστήρες ή άλλα «κλειστά» μέρη). Στις περιπτώσεις εκείνες όμως που η έκθεση στα φοβογόνα ερεθίσματα εκλύει και κρίσεις πανικού, μπορεί να προκληθούν σημαντικές δυσλειτουργίες στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή των πασχόντων. Συχνά, από το ιστορικό των ασθενών αυτών, ανευρίσκεται κάποιο σημαντικό ψυχοτραυματικό γεγονός της ζωής τους, που, είτε άμεσα και συνειδητά είτε συμβολικά και ασυνείδητα, συνδέεται με το φοβογόνο ερέθισμα. Η θεραπεία των φοβικών διαταραχών μπορεί να είναι είτε φαρμακευτική (και περιλαμβάνει αγχολυτικά και μερικά από τα νεότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα) και ψυχοθεραπευτική. Οι φοβικές διαταραχές διακρίνονται ανάλογα με το ερέθισμα το οποίο τις προκαλεί. Σε γενικές, πάντως, γραμμές διακρίνουμε την **αγοραφοβία**, τις **ειδικές ή απλές φοβίες** και την **κοινωνική φοβία**.

Η συχνότερη όλων των φοβικών διαταραχών είναι η αγοραφοβία. Ο έντονος δηλαδή και επίμονος φόβος του ατόμου μήπως και βρεθεί σε ανοικτό και δημόσιο χώρο, με παρουσία πλήθους, μακριά από την πηγή της ασφάλειάς του (συνήθως το σπίτι του). Έτσι, το άτομο αισθάνεται φόβο, όταν βρεθεί σε μαγαζιά ή μαζί με πλήθος κόσμου. Δυσκολεύεται να ταξιδέψει με μέσα μαζικής μεταφοράς (λεωφορεία, αεροπλάνα κτλ.), ιδιαίτερα όταν είναι μόνο του. Ενδιάμεσα από τα επεισόδια των κρίσεων ο ασθενής ασχολείται τακτικά με το φόβο μήπως και αναγκαστεί να εκτεθεί σε παρόμοιες καταστάσεις (άγχος αναμονής). Αυτός ο φόβος από μόνος μπορεί να είναι αρκετός για να εκδηλωθεί κάποια κρίση πανικού. Υπολογίζεται ότι περίπου το 50% έως και 65% των ασθενών με προσβολές πανικού εμφανίζει και αγοραφοβία. Η πρόγνωση της αγοραφοβίας ποικίλει αισθητά: 30 – 40% των ασθενών θα μπορέσουν να απαλλαγούν από τα συμπτώματά τους, 50% θα υποφέρουν με βαθμιαία μείωση της έντασής τους, ενώ και παρά την θεραπεία 10 – 20% των ασθενών θα εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν έντονα συμπτώματα, που θα τους προκαλούν αξιοσημείωτα προβλήματα στην καθημερινή τους ζωή.

#### • **Ειδικές φοβίες : κλειστοφοβία, υψοφοβία, ζωοφοβία κ.ο.κ.**

Ειδική ή απλή φοβία ονομάζεται εκείνη η φοβική διαταραχή, η οποία προκαλείται από κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση. Οι διαταραχές αυτές είναι οι συχνότερες ανάμεσα στις φοβίες. Συχνά, όμως, η ένταση των συμπτωμάτων είναι τέτοια, που επιτρέπει στα άτομα αυτά να αναπτύσσουν ικανοποιητικές αποφευκτικές συμπεριφορές, χωρίς να παραβλάπτεται ουσιαστικά η κοινωνική τους λειτουργικότητα. Στις φοβίες, λοιπόν, αυτές το φοβογόνο ερέθισμα αποφεύγεται, οποτεδήποτε κάτι τέτοιο είναι δυνατόν. Όταν αυτό δεν είναι δυνατόν και υπάρχει το συγκεκριμένο ερέθισμα εκδηλώνεται έντονο άγχος ή και κρίσεις πανικού. Διακρίνονται διάφοροι τύποι ειδικών φοβιών ανάλογα με το φοβογόνο ερέθισμα. Οι σημαντικότεροι από αυτούς είναι ο τύπος ζώων (ζωοφοβία), ο τύπος φυσικού περιβάλλοντος (ύψη, καταιγίδες, νερό κτλ.), ο τύπος καταστάσεων (αεροπλάνο, ασανσέρ, κλειστοί χώροι κτλ.), ο τύπος αίματος –

**τραυματισμού** κ.ο.κ. Στις περιπτώσεις αυτές το άτομο έχει επίγνωση ότι οι φόβοι του είναι υπερβολικοί, αλλά αδυνατεί να τους κατανικήσει.

### • Κοινωνική φοβία ή Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους

Στην περίπτωση της κοινωνικής φοβίας, το φοβογόνο ερέθισμα είναι η έκθεση σε κάποια κοινωνική δραστηριότητα ή κατάσταση, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε έλεγχο, κριτική, σχόλια ή απόρριψη από άλλους ανθρώπους. Οι ασθενείς αυτοί βιώνουν έντονο άγχος κάθε φορά που πρόκειται να «βγουν έξω από τα νερά τους», π.χ. να εκτεθούν σε ένα νέο εργασιακό περιβάλλον, σε μια νέα παρέα. Είναι υπερευαίσθητοι στην κριτική ή σε απορριπτικά σχόλια και ντροπαλοί. Δυσκολεύονται να διεκδικήσουν ο,τιδήποτε, ενώ συχνά, όταν βρίσκονται μπροστά σε κόσμο, ιδρώνουν, κοκκινίζουν, χαμηλώνουν τα μάτια, νοιώθουν ναυτία ή δυσφορία κτλ. Η κοινωνική φοβία χαρακτηρίζεται από την τάση των ασθενών να αποφεύγουν επίμονα την έκθεση σε φοβογόνες κοινωνικές καταστάσεις. Συνοδεύεται δε από έντονο άγχος στην προσμονή τέτοιων προγραμματισμένων γεγονότων (π.χ. δημόσιων εκδηλώσεων, αλλαγών εργασιακού περιβάλλοντος). Ενίοτε συνοδεύονται από κρίσεις πανικού και οδηγούν σε σημαντική μείωση των δραστηριοτήτων των ατόμων που πάσχουν.

#### 5.4. Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή – Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (Ψ.Κ.Δ.)

### • Γενικά - επιδημιολογία

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ή αλλιώς ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή) είναι μια αγχώδης διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από την παρουσία είτε νοητικών ιδεοληψιών είτε σωματικών καταναγκασμών είτε και των δύο. Η συχνότητα της διαταραχής αυτής είναι γύρω στο 2,5 - 3 % του γενικού πληθυσμού και συνήθως αρχίζει κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή της εφηβείας.



## • Καταναγκασμοί, ιδεοληψίες ή ψυχαναγκασμοί, κριτήρια και ορισμός

Με τον όρο **καταναγκασμός** εννοείται μια σειρά από **επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές** (π.χ. πλύσιμο χεριών, βάδιση στο πλακόστρωτο με προσοχή για να μην πατήσει τις γραμμές κ.ο.κ.) ή **νοητικές πράξεις** (μέτρηση, επανάληψη λέξεων σιωπηλά), τις οποίες το άτομο, που πάσχει, αισθάνεται **υποχρεωμένο** να κάνει. Οι καταναγκασμοί βιώνονται από το άτομο ως προφυλακτικοί απέναντι σε κάποιο μελλοντικό γεγονός ή κατάσταση που το άτομο φοβάται, χωρίς να μπορεί να εξηγήσει το πώς ή το γιατί οι πράξεις του συνδέονται με τα επερχόμενα γεγονότα. Οι **ιδεοληψίες ή ψυχαναγκασμοί**, πάλι, είναι επίμονες και **επαναλαμβανόμενες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες**, τις οποίες το άτομο βιώνει **ακουσίως**, οι οποίες για κάποιο λόγο «πρέπει» να επαναληφθούν, παρόλο που γεμίζουν το άτομο με άγχος και προσπαθεί να τις καταστείλει μάταια. Το άτομο (σε αντίθεση με τις παραληρηματικές ιδέες επίδρασης), αναγνωρίζει πως οι σκέψεις αυτές είναι «δικές του», ενώ προσπαθεί μάταια να τις εξουδετερώσει, σκεπτόμενο κάτι άλλο, απασχολούμενο με κάποια πρακτική δουλειά κ.ο.κ. Οι ψυχαναγκασμοί, όμως, δε σχετίζονται με τα τρέχοντα προβλήματα του αρρώστου, αλλά έχουν συνήθως σταθερό περιεχόμενο κατά τη διάρκεια μεγάλων περιόδων της ζωής του ατόμου (είναι διαρκώς οι ίδιοι). Η διάγνωση της Ψ.Κ.Δ. δε γίνεται απλά και μόνο με την ανεύρεση ιδεοληψιών ή καταναγκασμών σε κάποιο άτομο. Οι περισσότεροι, άλλωστε, άνθρωποι μπορούν να θυμηθούν κάποια εμπειρία εμμονής ή καταναγκασμού από τη ζωή τους. Τα συμπτώματα αυτά για να θεωρηθούν παθολογικά θα πρέπει να υπάρχουν για μεγάλο χρονικό διάστημα, να απασχολούν το άτομο για σημαντικό μέρος της ημέρας (τουλάχιστον 1 ώρα κάθε ημέρα) και να προκαλούν ουσιαστική δυσλειτουργία στην καθημερινή ζωή, παρεμποδίζοντας τις καθημερινές του δραστηριότητες.

## • Συνοδά συμπτώματα

Η Ψ.Κ.Δ. συνοδεύεται, συχνά, από **αμφιθυμία, αμφιβουλησία** ή και **αμφιπραξία**. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν μια μεγάλη δυσκολία να πάρουν αποφάσεις επειδή γεμίζουν από άγχος για το μέλλον, για το εάν θα λάβουν τη σω-

στή ή όχι απόφαση. Επίσης, παρουσιάζουν **συναισθηματική περίσφιγξη**, μείωση, δηλαδή, της έντασης και του εύρους των εκφραζόμενων συναισθημάτων τους. Οι ασθενείς αυτής της διαταραχής δυσκολεύονται να εκφραστούν με έντονο χρωματισμό της φωνής, με «μεγάλα λόγια», ενώ ταυτόχρονα οι ίδιοι νοιώθουν διαρκώς αγχωμένοι, βασανισμένοι από τους χρόνιους ιδεοψυχαναγκασμούς και νοιώθουν πως κανένας άλλος δεν έχει «τραβήξει» αυτά που περνάνε αυτοί. Τέλος, χαρακτηριστικό της Ψ.Κ.Δ. είναι η «**μαγική σκέψη**», η ακαθόριστη και ανεξήγητη αίσθηση των πασχόντων ότι μπορούν να ελέγξουν τα μέλλοντα, τις καταστάσεις γύρω τους μέσα από τις δικές τους ενέργειες. Άλλωστε, οι ψυχαναγκασμοί και οι καταναγκασμοί συνήθως έχουν το νόημα αυτού ακριβώς του ελέγχου. Ωστόσο, τα άτομα αυτά έχουν συναίσθηση του γεγονότος ότι η πεποίθησή τους αυτή είναι παράδοξη (σε αντίθεση με τους παραληρηματικούς). Επιπρόσθετα η ένασχόλησή τους αυτή με τον «μαγικό» έλεγχο του μέλλοντος γίνεται με δυσφορία και έντονο άγχος.

#### • Παλαιότερες κατατάξεις: **ιδεακός τύπος – καταναγκαστικός τύπος**

Οι παλιότεροι κλινικοί και ιδίως αυτοί της ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης θεωρούσαν την «ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση» ως την «τελευταία» νεύρωση πριν τις ψυχώσεις. Διέκριναν, μάλιστα, δύο τύπους της νεύρωσης αυτής, τον **ιδεακό** (όπου προεξάρχουν οι ιδεοληψίες) και τον **κινητικό** (όπου προεξάρχουν οι καταναγκασμοί). Είχε μάλιστα διατυπωθεί η άποψη ότι ιδιαίτερα ο ιδεακός τύπος μπορεί να εξελιχθεί σε σχιζοφρένεια. Κάτι τέτοιο δεν υποστηρίχθηκε μετέπειτα από τις στατιστικές. Ωστόσο, μερικές φορές η διάκριση ανάμεσα σε βαριές Ψ.Κ.Δ. και ψυχώσεις είναι δύσκολη.

#### • Πρόγνωση – Επιπλοκές - θεραπεία

Η πρόγνωση της διαταραχής αυτής ποικίλλει σημαντικά: περίπου 1/3 των ασθενών υποφέρουν για μεγάλο χρονικό διάστημα της ζωής τους από σοβαρά συμπτώματα, με αποτέλεσμα τον περιορισμό των κοινωνικών τους δραστηριοτήτων. Σε ένα 25%, περίπου, τα συμπτώματα υποχωρούν από μόνα τους, ενώ στους υπόλοιπους η συμπτωματολογία υποχωρεί

σημαντικά χωρίς όμως να εξαφανίζεται. Οι πιθανές επιπλοκές της νόσου περιλαμβάνουν την εκδήλωση **μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου** (που συμβαίνει στο 1/3 των ασθενών), τη **χρόνια χρήση αλκοόλ** (το οποίο, στην αρχή τουλάχιστον, χρησιμοποιείται από τους ασθενείς για να ανακουφισθούν από τα συμπτώματα) και τις πιθανές επιπλοκές αυτών. Η θεραπεία σήμερα είναι φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική. Η φαρμακευτική θεραπεία περιλαμβάνει, κύρια, το τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό Χλωριμιπραμίνη και πολλά από τα νεότερα αντικαταθλιπτικά.

#### 5.5. Άλλες Αγχώδεις Ψυχικές Διαταραχές

##### • Μεικτή Αγχώδης και Καταθλιπτική Διαταραχή

Η διαταραχή αυτή αποτελεί μια ανάμεικτη κλινική εικόνα ανάμεσα στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και την κατάθλιψη ή τη χρόνια δυσθυμία. Συνυπάρχουν, δηλαδή, και καταθλιπτικά και αγχώδη στοιχεία. Μερικοί ερευνητές πιστεύουν, ακόμα, ότι στην πραγματικότητα υπάρχει μια μεγάλη κατηγορία ασθενών, που υποφέρουν από συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Η μεικτή αγχώδης και καταθλιπτική διαταραχή θεωρείται, μάλιστα, ως η πιο αντιπροσωπευτική και ραγδαία αυξανόμενη ψυχική διαταραχή των κοινωνιών «δυτικού τύπου».

##### • Αγχώδης διαταραχή μετά από τραυματικό γεγονός (Post Traumatic Stress Disorder - P.T.S.D.)

Η αγχώδης διαταραχή μετά από τραυματικό γεγονός είναι μια διαταραχή, η οποία συμβαίνει μετά από κάποιο σοβαρό συμβάν (π.χ. ατύχημα, παρουσία του ατόμου σε σκηνές βίας και εγκλήματα, πολεμικές σκηνές). Χαρακτηρίζεται από επανάληψη βιωμάτων, από σκηνές του τραυματικού γεγονότος που κατακλύζουν ακουσίως τη σκέψη του ασθενούς. Έτσι, τα άτομα αυτά «ξαναζούν» τις πολύ έντονες και δυσάρεστες αυτές σκηνές νοιώθοντας τα ίδια συναισθήματα, που ένοιωσαν την αρχική φορά. Οι επαναλήψεις αυτές μπορεί να συμβαίνουν αυτόματα, λίγο πριν ή κατά την διάρκεια του ύπνου, αλλά και με αφορμή κάποιου κατά τα άλλα ασήμαντου γεγονότος, που υπενθυμίζει τα αρχικά γεγονότα (π.χ. με την αφορμή της σπίθας ενός σπίρτου, επανέρχεται όλο το βίωμα

μιας μεγάλης πυρκαγιάς που είχε ζήσει το άτομο). Οι κατά-στάσεις αυτές καταβάλλουν πολύ τους ασθενείς, οι οποίοι βρίσκονται μονίμως σε υπερένταση, δεν μπορούν να κοιμηθούν, ενώ αναλίσκονται διαρκώς σε αγωνιώδεις προσπάθειες να αποφύγουν την επανάληψη αυτών των βιωμάτων.

### • Υποχονδρίαση

Οι ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από αυτή την πολύ ενοχλητική και δυσίατη νόσο, διαρκώς πιστεύουν ότι πάσχουν από κάποια σωματική νόσο. Είναι έτοιμοι να παρερμηνεύσουν κάθε σωματικό ενόχλημα (κάθε πόνος ερμηνεύεται σαν ένδειξη καρκίνου κ.ο.κ.). Ασχολούνται καθημερινά με την παρακολούθηση των σωματικών τους λειτουργιών, υποβάλλονται τακτικά σε ιατρικές εξετάσεις και τρέφουν την ακλόνητη πεποίθηση ότι «κάτι έχουν, αλλά οι γιατροί δεν μπορούν να το βρουν». Η πεποίθησή τους αυτή δεν είναι παραληρηματική ή αλλόκοτη, αλλά παρερμηνεία που στηρίζεται σε πραγματικά γεγονότα μικρής παθολογικής σημασίας, τα οποία, όμως, εκλαμβάνονται ως ενδείξεις σοβαρής νόσου. Η υποχονδρίαση έχει πολύ δυσμενή πρόγνωση, καθώς ακόμα και μετά από μακρόχρονες ψυχοθεραπείες τα αποτελέσματα είναι πολύ φτωχά.

## 5.6. Άλλες Ψυχικές Διαταραχές

### • Ψυχογενής Ανορεξία

Η ψυχογενής ανορεξία ταξινομείται στις ψυχικές παθήσεις εκείνες, που αφορούν σε διαταραχές πρόσληψης τροφής. Η διαταραχή αυτή αποτελεί, όμως, στην ουσία, **διαταραχή της εικόνας του σωματικού εγώ** περισσότερο και λιγότερο διαταραχή στην πρόσληψη τροφής. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή πιστεύουν ότι το «φυσιολογικό» τους σωματικό βάρος είναι κατά πολύ μικρότερο από ό,τι πραγματικά αυτό είναι (π.χ. πιστεύουν ότι τα 35 κιλά είναι «πάχος» κ.ο.κ.). Έτσι, αναλίσκονται σε επίπονες και εξαντλητικές δίαιτες, ασχολούνται συνεχώς με τη σχολαστική εξέταση της σωματικής τους εμφάνισης (π.χ. πάλι στα 35 κιλά, κοιτάζονται στον καθρέπτη και εξοργίζονται που

«έχουν ψωμάκια»). Σε μερικές περιπτώσεις μετά το φαγητό προκαλούν από μόνοι τους εμετό από το φόβο μήπως και πάρουν βάρος. Η ψυχογενής ανορεξία είναι μια σχεδόν αποκλειστικά γυναικεία ασθένεια. Αρχίζει στην πρώιμη εφηβεία. Οι κοπέλες αυτές φθάνουν σε σημεία αποστέωσης, η περίοδός τους αναστέλλεται λόγω της απίσχνανσης, δεν αναπτύσσουν στήθος ή άλλα σωματικά χαρακτηριστικά του φύλου τους, ενώ, συχνά, οδηγούνται σε παθολογικές κλινικές λόγω ηλεκτρολυτικών διαταραχών, αναιμίας κ.ο.κ. Οι ασθενείς αυτοί δεν παραδέχονται σχεδόν ποτέ την παρουσία κάποιου προβλήματος (σωματικού ή ψυχικού) ακόμα και σε στάδια μεγάλης σωματικής εξασθένησής τους. Συνήθως προσέρχονται στο γιατρό είτε μετά από επίμονη απαίτηση των οικείων τους είτε μετά από κάποια σωματική επιπλοκή (π.χ. λιποθυμία) είτε με εισαγγελική εντολή για αναγκαστική νοσηλεία. Η πρόγνωση της νόσου είναι πολύ δραματική: μόνο το 1/3 περίπου των ασθενών, μετά το πέρας της τρίτης δεκαετίας της ζωής σταθεροποιούνται σε βάρος και τα συμπτώματα βαθμιαία υποχωρούν. Στο 1/3 των ασθενών επέρχεται θάνατος από τις επιπλοκές της απίσχνανσής τους και το 1/3 ζει με σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητάς του, λόγω των επαναλαμβανόμενων νοσηλείων, της διαρκούς αδυναμίας και των σωματικών επιπλοκών.

### • Αϋπνίες – Πρωτοπαθής Αϋπνία

Οι αϋπνίες είναι διαταραχές της έναρξης (αϋπνία επελεύσεως), της διάρκειας (πρώιμη αφύπνιση ή διακοπτόμενος ύπνος) ή της ποιότητας του ύπνου (ύπνος που δεν ξεκουράζει). Η αϋπνία ως σύμπτωμα μπορεί να συνοδεύει το σύνολο σχεδόν των ψυχικών διαταραχών. Η αντιμετώπισή της μπορεί να γίνει συμπτωματικά με κάποιο υπναγωγό φάρμακο, αλλά ουσιαστικά εξαρτάται από την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου που την προκαλεί. Σε αυτό το σημείο, όμως, θα αναφερθούμε στην πρωτοπαθή αϋπνία, μια αμιγή διαταραχή του ύπνου. Η **πρωτοπαθής αϋπνία** είναι μια διαταραχή της επελεύσεως, της διάρκειας, της διατήρησης ή της ποιότητας του ύπνου, η οποία διαρκεί για τουλάχιστον ένα μήνα, ενώ δεν υπάρχουν συμπτώματα άλλης ψυχικής διαταραχής. Η πρωτοπαθής αϋπνία στις περισσότερες περιπτώσεις οφείλεται σε ένα φαύλο κύκλο της σκέψης του ασθενούς: ο ασθενής κάποια στιγμή εξαιτίας κάποιου ψυχοπιεστικού γεγονότος,

δοκίμασε μια σειρά από νύκτες, κατά τη διάρκεια των οποίων δεν μπόρεσε να κοιμηθεί. Μετέπειτα, ενώ το αρχικό γεγονός παρήλθε ή έπαψε πια να τον απασχολεί, ο ασθενής κάθε βράδυ, ενθουσιάζοντας τις νύκτες της αϋπνίας, γεμίζει με άγχος για το αν και κατά πόσον θα μπορέσει να κοιμηθεί. Το άγχος αυτό, στις περισσότερες των περιπτώσεων, είναι αρκετό, για να προκαλέσει και πάλι από μόνο του αϋπνία. Η θεραπεία της αϋπνίας δεν είναι τα υπναγωγά φάρμακα. Η θεραπεία της αϋπνίας πρέπει να γίνεται από ειδικό γιατρό και αν χρειασθεί για ένα διάστημα χορήγηση υπναγωγών, αυτό θα γίνει στα πλαίσια ενός προγράμματος, του οποίου στόχος θα είναι να πεισθεί και πάλι ο ασθενής ότι μπορεί να κοιμηθεί και να σπάσει έτσι ο φαύλος κύκλος αϋπνία – άγχος για τον ύπνο – αϋπνία.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

♦ Η κατηγορία των διαταραχών εκείνων που παλαιότερα ονομάζονταν «νευρώσεις» περιλαμβάνει τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές. Ανάμεσά τους ξεχωρίζουν η «κλασσική» υστερία, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η μεικτή αγχώδης και καταθλιπτική διαταραχή, η διαταραχή πανικού, οι διάφορες φοβίες (όπως π.χ. η αγοραφοβία, οι ειδικές φοβίες, η κοινωνική φοβία κ.ο.κ.), η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και άλλες.

♦ Εκτός από τα ειδικά τους συμπτώματα κοινό τους χαρακτηριστικό είναι το άγχος, το οποίο κατακλύζει τους ασθενείς, οι οποίοι δεν μπορούν να το αντιμετωπίσουν με φυσιολογικό τρόπο.

♦ Οι παραπάνω παθήσεις αντιμετωπίζονται είτε φαρμακευτικά είτε ψυχοθεραπευτικά με αρκετά ικανοποιητικά αποτελέσματα.

♦ Μαζί με αυτές, εξετάζονται για μεθοδολογικούς λόγους άλλες σημαντικές ψυχικές διαταραχές, όπως η Ψυχογενής Ανορεξία και οι Αϋπνίες.

### *Ερωτήσεις*

1. Είναι η Υστερία ίδια με την υπόκριση;
2. Με ποια φοβική διαταραχή συνοδεύονται συχνά οι προσβολές πανικού;
3. Οι ασθενείς που πάσχουν από Ψ.Κ.Δ. είναι συναισθηματικά διαχυτικοί. Σωστό ή Λάθος;
4. Είναι οι υποχονδριακοί ασθενείς παρανοϊκοί;
5. Ποιο είναι το κύριο χαρακτηριστικό της Ψυχογενούς Ανορεξίας;





## **ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΕΚΤΗ: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Οι διαταραχές της προσωπικότητας είναι ένα μεγάλο κεφάλαιο της σημερινής Ψυχιατρικής. Οι διαταραχές αυτές είναι αρκετά συχνές στο γενικό πληθυσμό (έως και **10% ή και περισσότερο** σύμφωνα με κάποιες μελέτες) και αφορούν σε διαταραχή της δομής της προσωπικότητας των ασθενών. Με τον όρο προσωπικότητα εννοούμε το σύνολο των συναισθημάτων και συμπεριφορών, με βάση τα οποία ο καθένας αντιμετωπίζει τη ζωή, τον εαυτό του και τους άλλους και τα οποία εμφανίζονται με μια σταθερότητα χωρίς να αποτελούν μεμονωμένες αντιδράσεις της στιγμής. Με αυτήν την έννοια, η προσωπικότητα «χαρακτηρίζει» τον καθένα μας, αποτελεί ουσιαστικά την ουσία της ιδιαιτερότητάς του ως ανθρώπου και τον διαφοροποιεί από όλους τους άλλους. Η διαμόρφωση της προσωπικότητας του καθενός αρχίζει από τη νηπιακή και παιδική ηλικία. Μορφοποιείται βαθμιαία και διαμέσου της εφηβικής ηλικίας διαμορφώνει τα βασικά της χαρακτηριστικά στην ενήλικη ζωή. Φυσικά με την εμπειρία ο κάθε άνθρωπος αλλάζει και στοιχεία του χαρακτήρα του, ακόμα και κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής. Όμως, οι αλλαγές με την πάροδο του χρόνου γίνονται πιο μικρές και πραγματοποιούνται με μεγαλύτερη βραδύτητα. Παρόλα αυτά υπάρχουν και οι ραγδαίες αλλαγές προσωπικότητας που αποτελούν σχετικά σπάνιο ψυχικό φαινόμενο και σχετίζονται κύρια με σοβαρά γεγονότα της ζωής.

Στην περίπτωση, πάντως, των διαταραχών προσωπικότητας ή αλλιώς των χαρακτηριολογικών διαταραχών η διαμορφωμένη προσωπικότητα των πασχόντων ατόμων δύσκολα προσαρμόζεται στο περιβάλλον, δημιουργεί προβλήματα στους ίδιους ή στους άλλους γύρω τους και είναι εξαιρετικά άκαμπτη στις διάφορες καταστάσεις που πιέζουν ψυχικά τα άτομα αυτά. Οι ασθενείς, που παρουσιάζουν διαταραχές προσωπικότητας, χαρακτηρίζονται από διαταραγμένη αντίληψη για τον ίδιο τον εαυτό τους ή για τους άλλους ανθρώπους, από συναισθηματική ευμεταβλητότη-

τα ή διαταραγμένη απαντητικότητα στα διάφορα γεγονότα της ζωής (ιδιαίτερα μεγάλη ή μικρή σε ένταση ή απρόσφορη σε σχέση με τα γεγονότα) και από αξιοσημείωτη δυσκολία στον καθημερινό έλεγχο των παρορμήσεών τους. Οι ασθενείς αυτοί, συνήθως, αντιμετωπίζουν σημαντικά κοινωνικά προβλήματα, τα οποία όμως αποδίδουν στους άλλους, ενώ πολύ δύσκολα πείθονται για τη δική τους ευθύνη. Αισθάνονται, συνήθως, έντονη υποκειμενική δυσφορία από τις δυσκολίες τους, όμως δεν είναι ούτε ψυχωτικοί, ούτε η συμπτωματολογία τους παραπέμπει σε διαταραχές της διάθεσης. Είναι συχνά περιθωριακοί ή μοναχικοί, εμπλέκονται συχνότερα από το γενικό πληθυσμό με το νόμο. Από το περιβάλλον τους χαρακτηρίζονται ως «περίεργοι», «εκκεντρικοί», «ιδιόρρυθμοι», «διαρκώς αγχωμένοι» ή «απροσάρμοστοι». Τα συμπτώματα των διαταραχών της προσωπικότητας κάνουν για πρώτη φορά την εμφάνισή τους στην εφηβεία ή πολύ νωρίς στην ενήλικη ζωή.

Κατά τη διαδρομή των ετών και ανάλογα και με την ένταση των ψυχοπιεστικών γεγονότων της ζωής του καθενός, οι ασθενείς αυτοί μπορεί να παρουσιάσουν περιόδους με αμιγή καταθλιπτικά ή σχιζοφρενικά συμπτώματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις μιλάμε για **καταθλιπτική ή ψυχωτική εκτροπή** της διαταραχής. Οι περίοδοι, όμως, αυτές δεν εμφανίζουν μεγάλη διάρκεια και σταθερότητα, ενώ τα διαταραγμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας παραμένουν ενεργά και προεξάρχουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής των ασθενών αυτών. Παρόλα τα προβλήματα της συμπεριφοράς τους μπορούν να βρουν κατάλληλα περιβάλλοντα, μέσα στα οποία να είναι κοινωνικά λειτουργικοί ακόμα και επιτυχημένοι. Εκτός από τις καταθλιπτικές και ψυχωτικές εκτροπές, οι επιπλοκές των διαταραχών της προσωπικότητας περιλαμβάνουν τις **πράξεις βίας και τη συχνή εμπλοκή με το νόμο, την κατάχρηση αλκοόλ και τοξικών ουσιών και τέλος τις αυτοκτονίες**. Οι διαταραχές προσωπικότητας αποτελούν σημαντικότερη αιτία αποπειρών αυτοκτονίας και ευθύνονται για τις «θεαματικότερες» από αυτές (π.χ. οι άνθρωποι που στέκονται στην άκρη ενός ουρανοξύστη για πολλή ώρα και πηδούν στο κενό κ.ο.κ. ).

Οι διαταραχές της προσωπικότητας σύμφωνα με τις νεότερες διεθνείς ταξινομήσεις διακρίνονται σε τρία **κλάσματα (clusters)**, τρεις δηλαδή υποκατηγορίες. Η καθεμία από αυτές

περιλαμβάνει τρεις ή τέσσερις τύπους διαταραχής προσωπικότητας. Η πολύ μεγάλη, όμως, ποικιλομορφία των διαταραχών του ανθρώπινου χαρακτήρα μας αναγκάζει, συχνά, να εντάσσουμε αρκετούς ασθενείς στη λεγόμενη Μεικτή Διαταραχή Προσωπικότητας, στην οποία συνυπάρχουν στοιχεία από δύο ή περισσότερες διαταραχές, στις οποίες θα αναφερθούμε επιγραμματικά στα παρακάτω κεφάλαια.

Οι διαταραχές προσωπικότητας θεραπεύονται κατεξοχήν με ειδικές ψυχοθεραπείες. Φαρμακευτική αγωγή μπορεί να προταθεί στους αρρώστους αυτούς, αλλά αφορά κυρίως τις κατάθλιπτικές ή ψυχωτικές εκτροπές, οπότε και χορηγείται η αντίστοιχη αγωγή. Επίσης, η χορήγηση επί μονίμου βάσεως κάποιου θυμοσταθεροποιητικού φαρμάκου μπορεί να αποδώσει κάποια αποτελέσματα. Η κύρια, όμως, θεραπεία παραμένει η ψυχοθεραπευτική θεραπεία. Για να αποδώσει, πάλι, η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση είναι σκόπιμο να αρχίζει σε νεαρή ηλικία.

Τέλος, θα πρέπει να τονίσουμε ότι, κατά την αξιολόγηση των συμπτωμάτων, στο βαθμό που αυτά αφορούν στάσεις, συμπεριφορές και, γενικά, στοιχεία του χαρακτήρα, θα πρέπει να είμαστε πάντα αρκετά επιφυλακτικοί, ως προς το να χαρακτηρίσουμε κάποιον ως πάσχοντα από κάποια διαταραχή προσωπικότητας. Η αξιολόγηση αυτών των στοιχείων του χαρακτήρα απαιτεί εμπειρία, γνώσεις και δεξιότητες, που η παράθεσή τους ξεπερνά τα όρια και τους σκοπούς του παρόντος συγγράμματος. Θα περιοριστούμε στο να υπενθυμίσουμε τη μεγάλη σημασία του μορφωτικού επιπέδου και του γενικότερου πολιτιστικού πλαισίου, στο οποίο ζει ο εξεταζόμενος, αλλά και την αναντίρρητη αλήθεια, ότι πολλές από τις στάσεις και συμπεριφορές, τις οποίες παραθέτουμε αμέσως παρακάτω ως χαρακτηριστικές συγκεκριμένων διαταραχών, λίγο – πολύ, κάποια στιγμή της ζωής μας τις έχουμε υιοθετήσει όλοι. Ο παθολογικός χαρακτήρας, λοιπόν, της όποιας συμπεριφοράς έγκειται κυρίως, στη μονιμότητα της παρουσίας του σε κάθε στιγμή της ζωής του ατόμου, αλλά και στη δυσχέρειά του να χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε άλλη στάση ή συμπεριφορά, ακόμα και όταν οι περιστάσεις το επιβάλλουν.

### • Γενικά : οι ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας I φαίνονται παράξενοι ή εκκεντρικοί

Οι ασθενείς αυτοί φαίνονται παράξενοι ή εκκεντρικοί στους γύρω τους. Είναι συνήθως μοναχικοί άνθρωποι, διατηρούν, όμως, με μικρή ή μεγάλη δυσκολία κάποια κοινωνική λειτουργικότητα. Αποφεύγουν, ως επί το πλείστον, την επαφή με άλλους ανθρώπους, ενώ συχνότερα από άλλες διαταραχές παρουσιάζουν ψυχωτικές εκτροπές.

**Παρανοειδής διαταραχή προσωπικότητας:** Οι ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από αυτό το είδος διαταραχής προσωπικότητας, είναι ιδιαίτερα καχύποπτοι. Υποψιάζονται διαρκώς τους άλλους γύρω τους, χωρίς επαρκή λόγο. Εμπιστεύονται σπανιότατα άλλους, κρατούν επίμονα κακία με ασήμαντες αφορμές, εκλαμβάνουν διαρκώς άσχετα γεγονότα ως προσωπικές επιθέσεις εναντίον τους. Οι ασθενείς αυτοί βρίσκονται σε καθεστώς διαρκούς εγρήγορσης και επαγρύπνησης απέναντι σε υποτιθέμενες απειλές ή διαβολές εναντίον τους, ενώ τα μέτρα που παίρνουν για να προφυλαχθούν ουσιαστικά δεν τους ανακουφίζουν, αφού ποτέ δεν τους είναι αρκετά για να αισθανθούν ασφαλείς.

**Σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας:** Οι ασθενείς αυτοί είναι εξαιρετικά μοναχικοί χαρακτήρες, παρουσιάζουν έντονη αποστασιοποίηση από τις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις, δείχνουν ελάχιστο ή καθόλου ενδιαφέρον για ο,τιδήποτε. Συναισθηματικά δείχνουν να δονούνται ελάχιστα ή και καθόλου, σε οποδήποτε μεγάλης έντασης ευχάριστα ή δυσάρεστα γεγονότα της ζωής τους. Είναι άτομα που δείχνουν απόμακρα, δεν κοιτάζουν τους άλλους στα μάτια, ενώ φαίνεται να αδιαφορούν για τον έπαινο ή την κριτική, δεν έχουν ενδιαφέροντα ή χόμπι, ούτε φίλους ή σεξουαλική ζωή.

**Σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας:** Τα άτομα αυτά εμφανίζουν μια μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων, στα όρια των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Είναι άτομα αγχώδη, που βιώνουν την κατάστασή τους με δυσφορία. Παρουσιάζουν ιδέες συσχέτισης πραγματικών γεγονότων (που δεν φθάνουν, όμως, σε

σημείο παραληρήματος), παράδοξες πεποιθήσεις παραψυχολογικού ή υπερβατικού περιεχομένου, όπως η μαγική ικανότητα να επηρεάζουν άλλα άτομα, η τηλεπάθεια, η «έκτη αίσθηση», η «βιοενέργεια» κ.ο.κ., χωρίς όμως να είναι απόλυτα πεισμένοι για αυτές τις αντιλήψεις τους. Ακόμα, μπορεί να παρουσιάζουν συχνές παραισθήσεις, καχυποψία, αίσθημα κοινωνικής μειονεξίας (εξαιτίας του ιδιόρρυθμου τρόπου που βιώνουν την πραγματικότητα γύρω τους), συμπεριφορά ή εμφάνιση που να φαίνεται παράξενη ή εκκεντρική.

## 6.2. Διαταραχές Προσωπικότητας II. Cluster B

- **Γενικά : οι ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας II έχουν συχνά προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και έχουν έντονα συναισθήματα που τα κάνουν φανερά στους γύρω τους**

Οι διαταραχές προσωπικότητας αυτής της υποκατηγορίας είναι οι πιο χαρακτηριστικές διαταραχές προσωπικότητας, ιδιαίτερα η οριακή και η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Η παλαιότερη ονομασία αυτών των διαταραχών («ψυχανωμαλίες») έχει εγκαταλειφθεί από τη διεθνή ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών, ενώ η ευκολία με την οποία εντασσόταν κάποιος π.χ. στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας έχει αντικατασταθεί από σαφείς και συγκεκριμένες νοσολογικές οντότητες. Οι άνθρωποι που πάσχουν από τις διαταραχές προσωπικότητας αυτού του είδους, έχουν συχνά προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και έχουν έντονα συναισθήματα που τα κάνουν φανερά στους γύρω τους. Πολύ συχνότερα από το γενικό πληθυσμό παρανομούν είτε για τη συμμετοχή τους σε πράξεις βίας είτε για κατάχρηση αλκοόλ ή τοξικών ουσιών. Οι ασθενείς αυτοί βιώνουν πολύ έντονο άγχος για τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και, συχνά, εμφανίζουν καταθλιπτικές εκτροπές. Οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι, επίσης, συχνότερες σε αυτές τις μορφές διαταραχής προσωπικότητας.

**Μεθοριακή (Οριακή) διαταραχή προσωπικότητας:** Οι ασθενείς αυτοί, όπως αποκαλύπτει και η ονομασία της διαταραχής, βρίσκονται, ουσιαστικά, στο όριο «ψύχωσης» και «νεύρω-

σης». Εναλλάσσουν το σύνολο σχεδόν των συμπτωμάτων της ψυχιατρικής, ενώ τίποτε δεν είναι σταθερό στο χαρακτήρα τους εκτός από αυτήν την αστάθεια. Είναι άτομα με πολύ συχνές συναισθηματικές μεταπτώσεις, ιδιαίτερα όσον αφορά στα συναισθήματα που τρέφουν απέναντι στον εαυτό τους και τους άλλους, όπου και ταχύτατα βιώνουν πότε εξύψωση και εξιδανίκευση, πότε απόρριψη και υποτίμηση. Κάνουν διαρκείς και αγωνιώδεις προσπάθειες για να αποφύγουν πραγματική ή φανταστική εγκατάλειψη (την οποία τελικά και προκαλούν με την ίδια τη συμπεριφορά τους). Παρουσιάζουν έντονη παρορμητικότητα, συχνή επιθετικότητα, έντονο και αδικαιολόγητο θυμό, που, όμως, εναλλάσσεται με κατάθλιψη, ευερεθιστότητα και συναισθηματική αστάθεια. Στα παραπάνω πλαίσια συχνότερες είναι και οι απόπειρες αυτοκτονίας ή οι αυτοακρωτηριασμοί. Οι ίδιοι βιώνουν την κατάστασή τους με μεγάλη δυσφορία, εκφράζουν έντονο και διαρκές αίσθημα «κενού» και «κρίσης ταυτότητας», ενώ παροδικά μπορεί να προσκολληθούν σε παραθρησκευτικές ή μεταφυσικές ερμηνείες της ζωής, από τις οποίες, όμως, γρήγορα απογοητεύονται βρίσκοντας κατόπιν κάποιες άλλες κ.ο.κ. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν μεγάλες δυσκολίες στις σχέσεις τους με άλλους ανθρώπους. Κάνουν συχνά χρήση τοξικών ουσιών, ενώ εμφανίζουν πολύ μικρή ανοχή στη ματαίωση των επιθυμιών τους.

Αντικοινωνική (Ψυχοπαθητική) διαταραχή προσωπικότητας: Στα άτομα με αυτό το είδος της διαταραχής, συνήθως, υπάρχει ιστορικό προβληματικής διαγωγής από την παιδική ή εφηβική ηλικία: επιθετικότητα απέναντι σε άλλα παιδιά, παράτολμες πράξεις που έθεταν σε κίνδυνο τη ζωή τους, αναίτιες πράξεις βίας απέναντι σε ζώα ή αντικείμενα, αδυναμία στοιχειώδους συμμόρφωσης με το κανονιστικό σχολικό πλαίσιο. Μετά την ενηλικίωσή τους τα άτομα αυτά παρουσιάζουν συχνά επεισόδια επιθετικότητας και πράξεις βίας. Συνήθως κάνουν χρήση αλκοόλ ή τοξικών ουσιών. Είναι ευερέθιστα, ασυνεπή, απρόβλεπτα. Καταφεύγουν σε επανειλημμένα ψέματα ή πλαστοπροσωπίες για να εξαπατήσουν τους γύρω τους. Περιφρονούν κάθε είδους δικαίωμα των άλλων ανθρώπων, όπως και κάθε είδους κανόνα ή θεσμό. Εμφανίζουν έντονη παρορμητικότητα στην καθημερινή συμπεριφορά τους. Στα παραπάνω πλαίσια,

προβαίνουν σε πολύ απερίσκεπτες ενέργειες που βάζουν σε κίνδυνο τη ζωή τους ή τη σωματική τους ακεραιότητα και έχουν συχνότατες εμπλοκές με το νόμο. Το χαρακτηριστικότερο, όμως, είναι ότι, παρόλη τη σοβαρή κοινωνική δυσλειτουργία, την οποία επιφέρει η συμπεριφορά τους, τα άτομα αυτά, δε βιώνουν καμία τύψη ή ενοχή για τις πράξεις τους, ενώ δεν μπορούν, ουσιαστικά, να κάνουν κανένα σχεδιασμό για τη ζωή τους.

**Δραματική (Ιστριονική) διαταραχή προσωπικότητας:** Η διαταραχή αυτή προσομοιάζει, ίσως, περισσότερο από κάθε άλλη στον παλαιότερα χρησιμοποιούμενο όρο «υστερία». Οι ασθενείς εμφανίζουν συχνά προκλητική ή σαγηνευτική συμπεριφορά. Η ένδυσή τους είναι επίσης προκλητική. Χρησιμοποιούν την εξωτερική τους εμφάνιση για να προσελκύσουν την προσοχή ή το ενδιαφέρον. Εκφράζονται συχνά με έντονα φορτισμένο, δραματικό συναισθηματικά τρόπο, ενώ θεωρούν, πολλές φορές, τις σχέσεις τους με άλλους ανθρώπους πιο στενές από ό,τι στην πραγματικότητα είναι. Τα συναισθήματά τους, όμως, μεταβάλλονται εύκολα και είναι επιφανειακά. Στην πραγματικότητα αδιαφορούν για τους άλλους (ακόμα και για όσους διατείνονται ότι τους αγαπούν κτλ.). Γρήγορα μεταβάλλουν το επίκεντρο του ενδιαφέροντός τους από πρόσωπο σε πρόσωπο και επηρεάζονται πολύ εύκολα. Οι ασθενείς που πάσχουν από αυτό το είδος διαταραχής, στην πραγματικότητα πασχίζουν με θεατρικό τρόπο να βρίσκονται στο επίκεντρο της προσοχής και του ενδιαφέροντος των άλλων, ενώ βιώνουν πολύ έντονα συναισθήματα απελπισίας σε καταστάσεις απόρριψης, αδιαφορίας των άλλων ή μοναξιάς.

**Ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας:** Τα άτομα που παρουσιάζουν αυτού του είδους τη διαταραχή, τρέφουν υπέρμετρα αισθήματα αγάπης και θαυμασμού απέναντι στον εαυτό τους. Πιστεύουν ότι διαθέτουν πολύ σπουδαίες ικανότητες, αναμένουν από τους άλλους γύρω τους να τους φέρονται με ιδιαίτερα ευνοϊκή μεταχείριση, ενώ αδιαφορούν για τους άλλους θεωρώντας τους κατώτερους τους. Τα άτομα αυτά, συχνά, αναλύσκονται σε φαντασιώσεις απεριόριστης επιτυχίας σε όλους τους τομείς της ζωής, φθονούν τους άλλους και επιδεικνύουν αλαζονική συμπεριφορά ή στάση, ενώ σε συγκυρίες αποτυχίας ή απόρριψης αντιδρούν με έντονο θυμό και επιθετικότητα.

#### • Γενικά : οι ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας III φαίνονται έντονα αγχωμένοι

Οι ασθενείς που πάσχουν από διαταραχές αυτής της υποκατηγορίας είναι, ίσως, οι πιο λειτουργικοί κοινωνικά, σε σχέση με τις άλλες διαταραχές προσωπικότητας. Φαίνονται έντονα αγχωμένοι, υποφέρουν διαρκώς στη ζωή τους, δυσκολεύονται σε κάθε κρίσιμη φάση ή περίοδο ψυχικής φόρτισης, που απαιτεί έντονη προσπάθεια, κρίσιμες αποφάσεις ή τους εκθέτει σε ανταγωνιστικό περιβάλλον. Οι συχνότερες επιπλοκές των διαταραχών αυτής της κατηγορίας είναι οι **καταθλιπτικές εκτροπές**, που συμβαίνουν σε κρίσιμες περιόδους της ζωής τους. Ιδιαίτερα μάλιστα εκείνοι, που παρουσιάζουν αποφευκτική ή εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας, τείνουν να ζουν «στη σκιά» άλλων ανθρώπων με δυναμικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας, στους οποίους τείνουν να εναποθέτουν όλες τις κρίσιμες αποφάσεις και την επίλυση των σοβαρών προβλημάτων της ζωής τους.

**Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας:** Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν μια διαρκή ενασχόληση με λεπτομέρειες και κανόνες, με την τάξη και την καθαριότητα και με τον απόλυτο έλεγχο των πάντων γύρω τους. Είναι άτομα εξαιρετικά άκαμπτα και ισχυρογνώμονα, παρουσιάζουν έντονη προσκόλληση σε τύπους, «στο γράμμα του νόμου», σε ηθικές, θρησκευτικές ή κοινωνικές αξίες. Είναι τελειομανή, αφοσιωμένα στην εργασία και στην παραγωγικότητα, δεν ανέχονται την αταξία και το νεωτερισμό. Οι ασθενείς αυτοί, συχνά, γίνονται δύστροποι και μοναχικοί, επειδή κανείς δεν τους φαίνεται ικανός να συμμορφωθεί με το δικό τους αυστηρό πλαίσιο κανόνων και προδιαγραφών. Είναι, συνήθως, τσιγκούνηδες, ενώ δυσκολεύονται να πετάξουν άχρηστα αντικείμενα, ακόμα και όταν αυτά δεν έχουν καμία συναισθηματική αξία για αυτούς. Η συναισθηματική τους έκφραση είναι λιτή, φτωχή έως ανύπαρκτη και τείνουν να εγκαταλείπουν κάθε κοινωνικότητα με το πρόσχημα της εργασίας, των υποχρεώσεων, ενώ γεμίζουν με άγχος και θυμό σε καταστάσεις που χάνουν τον έλεγχο ή σε περιβάλλοντα (π.χ. ερ-



γασιακά) που υπάρχει εξ αντικειμένου αταξία και απρόβλεπτες καταστάσεις.

**Αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας:** Η αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας, συχνά, προαναγγέλλεται από μια παρατεταμένη και υπερβολική σεμνότητα και ντροπαλότητα στην παιδική ηλικία, που συνοδεύεται από φόβο απέναντι σε ξένους ανθρώπους και άγνωστες καταστάσεις. Μετά την ενηλικίωση χαρακτηρίζεται από υπερβολικό φόβο μήπως οι άλλοι απορρίψουν τον ασθενή, μήπως αποτύχει ή ντροπιαστεί από κάτι, βάλει τα κλάματα δημόσια ή γελοιοποιηθεί. Γενικά, χαρακτηρίζονται από μια γενικευμένη συστολή για κάθε δραστηριότητα που έχει πραγματικά ή θεωρητικά ριψοκίνδυνο ή απαιτητικό χαρακτήρα. Τα άτομα αυτά έχουν παθολογικά χαμηλή αυτοεκτίμηση, δεν πιστεύουν στις ικανότητές τους, αποφεύγουν συστηματικά να εμπλέκονται σε δραστηριότητες με μεγάλο φόρτο και ανταγωνισμό ή, ακόμα, και με συχνή επαφή με άλλους ανθρώπους. Οι ασθενείς αυτοί αισθάνονται πολύ έντονα την απόρριψη, ενώ, συχνά, αναπτύσσουν άλλες αγχώδεις διαταραχές, φοβίες, κρίσεις πανικού κ.ο.κ.

**Εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας:** Στις περιπτώσεις αυτές το άτομο εκφράζει μια διαρκή ανάγκη για φροντίδα από τους άλλους ακόμα και για να επιτελέσει στοιχειώδεις, καθημερινές του λειτουργίες. Οι άνθρωποι αυτοί αδυνατούν να πάρουν οποιαδήποτε ευθύνη ή απόφαση, ή να κάνουν οποιοδήποτε σχέδιο για τη ζωή τους. Έχουν μάλιστα την τάση να εναποθέτουν σε άλλους τα διλήμματα ή τον έλεγχο των περισσότερων τομέων της ζωής τους. Είναι, συνήθως, απαισιόδοξοι, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, φοβούνται διαρκώς πως θα μείνουν μόνοι τους και πως οι άλλοι θα τους εγκαταλείψουν. Θέλουν πάντα να βρίσκονται σε κάποια σχέση με κάποιο άτομο (ή κάποια άλλα άτομα), που να τους εξασφαλίζει τη δυνατότητα μετάθεσης ευθυνών και αποφάσεων. Τα άτομα αυτά, δυσκολεύονται (λόγω του φόβου της εγκατάλειψης) να εκφράσουν ανοικτά τη διαφωνία τους, ακόμα και απέναντι σε πράγματα που τους κάνουν να δυσφορούν. Κάνουν υπέρμετρες προσπάθειες ή για να προσελκύσουν άλλα άτομα (που θα τα φροντίζουν) ή για να μη «χάσουν» ανθρώπους με τους οποίους έχουν παγιώσει τέτοιες σχέσεις εξάρτησης.

Παρουσιάζουν συχνά καταθλιπτικές εκτροπές ή και απόπειρες αυτοκτονίας σε περιόδους απώλειας ή εγκατάλειψης από προσφιλή τους πρόσωπα.

#### 6.4. Διαταραχές Σεξουαλικότητας

Οι διαταραχές της σεξουαλικότητας είναι ένα αρκετά δύσβατο πεδίο για κάθε αμερόληπτο ερευνητή. Και τούτο συμβαίνει επειδή, αφ' ενός τουλάχιστον μέχρι πολύ πρόσφατα η επιστημονική έρευνα σκιαζόταν από διαφόρων ειδών ηθικές, θρησκευτικές κ.ά. προκαταλήψεις, αφ' ετέρου, επειδή η σεξουαλική ποικιλομορφία της ανθρώπινης φύσης κάνει, πολλές φορές, εξαιρετικά δυσχερή τη διάκριση φυσιολογικού και παθολογικού. Θα πρέπει εδώ να τονίσουμε ότι η επιλογή του σεξουαλικού προσανατολισμού, σε καμία περίπτωση, δεν αποτελεί κάποιου είδους ψυχική διαταραχή. Οι σύγχρονες ταξινομήσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας τονίζουν με έμφαση την ελευθερία της επιλογής σεξουαλικού προσανατολισμού είτε ετεροφυλικού είτε ομοφυλοφιλικού είτε αμφιφυλικού για κάθε άνθρωπο. Οι κατάστας αυτές θα πρέπει να διακριθούν από διαταραχές της ταυτότητας του φύλου, οι οποίες είναι σαφώς παθολογικές και χαρακτηρίζονται από μια ακλόνητη πεποίθηση των ατόμων αυτών ότι το σώμα τους «δεν τους ανήκει», ότι είναι «φυλακισμένοι» σε ένα σώμα με διαφορετικά χαρακτηριστικά φύλου από τα δικά τους. Θα πρέπει, τέλος, να τονίσουμε ότι παλαιότεροι όροι, όπως «ανικανότητα» ή «ψυχρότητα» δε χρησιμοποιούνται πια όχι μόνο, επειδή είναι επιτιμητικοί και ρατσιστικοί, αλλά και γιατί απέχουν πολύ από την πραγματικότητα.

Οι διαταραχές της σεξουαλικής λειτουργίας μπορεί να οφείλονται σε διαφόρων ειδών αίτια. Μια μεγάλη κατηγορία είναι τα **οργανικά** αίτια, που αφορούν, κυρίως, σε ενδοκρινικές παθήσεις, όγκους της υπόφυσης, χρόνιες ηπατικές, νεφρικές ή καρδιοαναπνευστικές παθήσεις, μεταβολικά νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, αγγειοπάθειες ή νευρολογικές παθήσεις, τραυματισμούς ή λοιμώξεις του νωτιαίου μυελού και λήψη τοξικών ουσιών, χρόνια κατάχρηση αλκοόλ και χρήση φαρμακευτικών παραγόντων. Η τελευταία αιτία τείνει να γίνει πολύ συχνή στις μέρες μας, καθώς με τη βαθμιαία γήρανση του πληθυσμού και τον πολλαπλασιασμό των νοσημάτων φθοράς (καρδιοπάθειες,

νεοπλασίες κτλ.), ολοένα και μεγαλύτερο ποσοστό ανθρώπων παίρνει μόνιμα ή περιστασιακά κάποιο φάρμακο. Να τονίσουμε ότι ένα σημαντικό μέρος των ψυχιατρικών φαρμάκων προκαλούν, επίσης, διαταραχές της σεξουαλικής λειτουργίας. Μια άλλη κατηγορία αιτιών σεξουαλικής δυσλειτουργίας είναι οι διάφορες **ψυχικές διαταραχές**, οι οποίες συνήθως στα πλαίσια της μεταβολής της διάθεσης (π.χ. στην κατάθλιψη), επηρεάζουν και τη σεξουαλική επιθυμία. Τέλος, υπάρχουν τα ψυχικά αίτια που αμιγώς σχετίζονται με την σεξουαλική λειτουργία, τα οποία και αντιμετωπίζονται μέσα από ειδικές ψυχοθεραπευτικές τεχνικές.

• **Παραφιλίες : επιδειξιμανία, φετιχισμός, παιδοφιλία, ηδονοβλεψία, σαδομαζοχισμός**

Παραφιλίες ή σεξουαλικές παρεκκλίσεις είναι οι διαταραχές του αντικειμένου του στόχου της σεξουαλικότητας. Στις περιπτώσεις αυτές ο σεξουαλικός στόχος αφορά αντικείμενα, παιδιά ή γενικά μη συναινούντα άτομα ή καταστάσεις πρόκλησης σωματικού πόνου ή ταπείνωσης. Ανάμεσα σε αυτές τις διαταραχές επιγραμματικά θα αναφέρουμε την **επιδειξιμανία**, οπότε το άτομο διεγείρεται με την έκθεση (ή τη φαντασίωση της έκθεσης) των γεννητικών του οργάνων και μόνο, το **φετιχισμό**, τη διέγερση δηλαδή με σεξουαλικό αντικείμενο άψυχα αντικείμενα, την **παιδοφιλία**, οπότε και η σεξουαλική διέγερση επέρχεται με παιδιά προεφηβικής συνήθως ηλικίας, την **ηδονοβλεψία**, οπότε η διέγερση επέρχεται με τη θέαση και μόνο γυμνών ή ερωτικών σκηνών και το **σαδομαζοχισμό**, τη διέγερση δηλαδή αποκλειστικά από καταστάσεις (ή από τη φαντασίωσή τους) κατά τις οποίες το άτομο προκαλεί ή υφίσταται σωματικό πόνο ή ταπείνωση (στο σαδισμό ή το μαζοχισμό αντίστοιχα). Θα πρέπει, πάντως, να τονίσουμε ότι στην καθημερινότητα υπάρχουν και σε φυσιολογικές σεξουαλικές σχέσεις φυσιολογικών ανθρώπων στοιχεία παραφιλικής συμπεριφοράς π.χ. στοιχεία φετιχισμού. Τα στοιχεία που καθιστούν τις παραφιλίες παθολογικές ψυχικές διεργασίες είναι η σταθερή και διαρκής ενασχόληση με την παραφιλική συμπεριφορά, που οδηγεί το άτομο σε σημαντική ενόχληση ή κοινωνική έκπτωση και το γεγονός ότι στα άτομα αυτά η

### • Διαταραχές ταυτότητας του φύλου - Τρανσεξουαλισμός

Κάθε άνθρωπος εκτός από τα πρωτογενή γεννητικά χαρακτηριστικά (τα γεννητικά του όργανα) και τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου (το στήθος στις γυναίκες, την υπερτρίχωση του προσώπου στους άνδρες, τη χαρακτηριστική σωματική κατανομή ανάλογα με το φύλο), έχει και μια «συνείδηση» της ταυτότητας του φύλου του. Οι διαταραχές της ταυτότητας του φύλου αποτελούν διαταραχές στην «αυτοσυνείδηση» που έχουν τα άτομα αυτά για το φύλο, στο οποίο ανήκουν. Είναι, λοιπόν, άτομα «φυλακισμένα» σε σώματα άλλου φύλου, από εκείνα στα οποία νοιάθουν ότι ανήκουν. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν τη σχεδόν παραληρηματική πεποίθηση ότι ανήκουν στο άλλο φύλο από αυτό στο οποίο σωματικά ανήκουν. Συμπεριφέρονται και ενδύονται ανάλογα. Φαντασιώνονται επίμονα με πρότυπα, ρούχα ή ρόλους του αντίθετου φύλου, ενώ δυσφορούν έντονα, όταν έρχονται αντιμέτωπα με τη «σωματική» τους φυλετική υπόσταση. Οι διαταραχές αυτές, που καλούνται και τρανσεξουαλισμός, είναι εξαιρετικά σπάνιες στο γενικό πληθυσμό (1 στους 30.000 για τους άνδρες, και 1 στις 100.000 για τις γυναίκες) και συνήθως η έκβαση της διαταραχής κατευθύνει τα άτομα αυτά σε χειρουργική αλλαγή φύλου. Οι χειρουργικές επεμβάσεις αλλαγής φύλου, εκτός από αυτές τις περιπτώσεις, του αληθούς **τρανσεξουαλισμού**, συνήθως δεν ανακουφίζουν άλλα άτομα π.χ. με ομοφυλοφιλικό σεξουαλικό προσανατολισμό, τα οποία συνηθίζουν να προβαίνουν σε παρόμοιες επεμβάσεις. Οι ασθενείς, τέλος, που παρουσιάζουν διαταραχή ταυτότητας του φύλου, πρέπει να διαχωριστούν από εκείνους, που παρουσιάζουν τον **τρανσβεστικό φετιχισμό (τρανσβεστί)**, οι οποίοι πάσχουν ουσιαστικά από παραφιλία (φετιχισμό) και διεγείρονται σεξουαλικά από τα αλλόφυλα ενδύματα. Στην περίπτωση του τρανσεξουαλισμού, η ένδυση με ρούχα του άλλου φύλου δε συνοδεύεται από σεξουαλική διέγερση, αφού θεωρείται από τους ίδιους ως μια φυσική πράξη ένδυσης, σύμφωνη με την «αυτοσυνείδηση», που οι ίδιοι έχουν για το φύλο, στο οποίο ανήκουν.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

♦ Οι διαταραχές της προσωπικότητας είναι διαταραχές της δομής του χαρακτήρα των ασθενών αυτών. Διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι διαταραχές εκείνες που αφορούν σε ανθρώπους, οι οποίοι φαίνονται παράξενοι ή εκκεντρικοί και περιλαμβάνουν τη Σχιζότυπη, τη Σχιζοειδή και την Παρανοειδή διαταραχή προσωπικότητας.
- Η δεύτερη κατηγορία, που περιλαμβάνει τη Μεθοριακή, την Αντικοινωνική ή Ψυχοπαθητική, τη Ναρκισσιστική και τη Δραματική ή Ιστριονική διαταραχή, αφορά ανθρώπους που έχουν συχνά προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και έντονα συναισθήματα που τα κάνουν φανερά στους γύρω τους.
- Η τρίτη κατηγορία, που περιλαμβάνει την Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική, την Εξαρτητική και την Απόφευκτική διαταραχή, αφορά ανθρώπους που φαίνονται έντονα αγχωμένοι.

♦ Οι διαταραχές προσωπικότητας, συχνά, οδηγούν σε καταθλιπτικές ή και ψυχωτικές εκτροπές και αντιμετωπίζονται με ψυχοθεραπείες.

♦ Οι διαταραχές της σεξουαλικότητας είναι καταστάσεις στις οποίες η φυσιολογική ακολουθία της σεξουαλικής επαφής διαταράσσεται. Επίσης σε αυτές υπάγονται οι διαταραχές του σεξουαλικού αντικειμένου ή παραφυλίες (φетиχισμός, σαδομαζοχισμός κ.ο.κ.) και οι διαταραχές της ταυτότητας του φύλου (τρανσεξουαλισμός).

♦ Οι διαταραχές της σεξουαλικότητας δεν πρέπει στις μέρες μας να αντιμετωπίζονται με προκαταλήψεις αλλά ως παθήσεις σαν όλες τις άλλες, που επιδέχονται συγκεκριμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

### *Ερωτήσεις*

1. Ποιες είναι οι συχνότερες επιπλοκές των διαταραχών προσωπικότητας;
2. Οι ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας συχνά κάνουν τις πιο «θεαματικές» απόπειρες αυτοκτονίας : Σωστό ή Λάθος;
3. Ποια είναι η θεραπεία με τα καλλίτερα αποτελέσματα στις διαταραχές προσωπικότητας;
4. Είναι η ομοφυλοφιλία μια ψυχική ασθένεια;
5. Ο Τρανσεξουαλισμός και ο Τρανσβεστισμός είναι ίδιες διαταραχές;

## **ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΕΒΔΟΜΗ: ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΟΡΓΑΝΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Στην ενότητα αυτή της νοσολογίας θα περιλάβουμε ορισμένες ψυχικές διαταραχές οι οποίες κατά βάση δε σχετίζονται μεταξύ τους. Το μοναδικό ίσως κοινό τους σημείο είναι η σχέση που εμφανίζουν με διάφορους βιολογικούς παράγοντες. Έτσι θα περιλάβουμε σε αυτήν την ενότητα τη **διανοητική καθυστέρηση**, μια διαταραχή η οποία τις περισσότερες φορές οφείλεται σε οργανικές παθήσεις, τις **ψυχικές διαταραχές, που οφείλονται σε κάποια σωματική νόσο ή παθολογική κατάσταση** (παλιότερα αναφερόμενες ως οργανικά ψυχοσύνδρομα), τα **ψυχοσωματικά νοσήματα** και τις **εξαρτήσεις από αλκοόλ ή άλλες ψυχοτρόπες ουσίες**. Η τελευταία αυτή κατηγορία απομακρύνεται, περισσότερο από όλες τις υπόλοιπες διαταραχές αυτής της ενότητας, καθώς θεωρείται ότι η προσωπικότητα των εξαρτημένων ατόμων παίζει πρωτεύοντα ρόλο στις διαταραχές αυτές. Παρόλα αυτά περιελήφθη σε αυτήν την ενότητα για λόγους διδακτικούς, αλλά και επειδή από τη στιγμή που θα εγκατασταθεί η εξάρτηση πολλά συμπτώματα οφείλονται και στη βιολογική δράση των ουσιών.

### **7.1. Διανοητική Καθυστέρηση**

#### **• Τεστ Νοημοσύνης, Διανοητικό Πηλίκο, Διανοητική καθυστέρηση**

Η αποτίμηση της «εξυπνάδας» απασχολούσε τον άνθρωπο από παλαιά. Η «αντικειμενική», όμως, και επιστημονική αποτίμηση της γενικής νοητικής κατάστασης αποτέλεσε αντικείμενο ενασχόλησης επιστημονικών κλάδων, όπως η Ψυχολογία και η Παιδαγωγική. Στα πλαίσια αυτά, δημιουργήθηκαν μια σειρά από δοκιμασίες για την αποτίμηση της νοητικής ικανότητας του ατόμου. Οι δοκιμασίες αυτές περιλαμβάνουν **λεκτικές δοκιμασίες** (που ελέγχουν το λεξιλόγιο, την παρατήρηση ομοιοτήτων,

αριθμητικές πράξεις, ικανότητα για απομνημόνευση κτλ.), και **εκτελεστικές δοκιμασίες** (που ελέγχουν την ικανότητα για συμπλήρωση εικόνων, την παρατηρητικότητα, την ικανότητα για τακτοποίηση και συναρμολόγηση αντικειμένων, κύβων κτλ.). Οι δοκιμασίες αυτές, αξιολογούμενες με ένα δεδομένο τρόπο, οδηγούν στη διαμόρφωση μιας αριθμητικής κλίμακας, στην οποία βαθμολογείται η γενική νοητική ικανότητα του ατόμου. Παράλληλα, προκύπτουν από τις ίδιες ή άλλες πιο εξειδικευμένες δοκιμασίες, βαθμολογικές κλίμακες που αξιολογούν επί μέρους νοητικές λειτουργίες, όπως η συγκέντρωση, η απομνημόνευση κ.ο.κ. Τα διάφορα αυτά «πακέτα» δοκιμασιών αναφέρονται συχνά ως **Τεστ Νοημοσύνης** ή Κλίμακες Δοκιμασιών Νοημοσύνης. Η πιο γνωστή και πιο συχνά χρησιμοποιούμενη από αυτές είναι η **Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (W.P.P.S.I.)**. Οι κλίμακες αυτές δέχθηκαν οξύτατη κριτική με το επιχείρημα ότι εκείνος που τις κατασκευάζει, καθορίζει και λίγο – πολύ το ποιος είναι ικανός να πετύχει μεγάλη βαθμολογία στην εκτέλεσή της. Επίσης, τα τεστ αυτά κατηγορήθηκαν για το γεγονός ότι συνοδεύτηκαν από μια αδικαιολόγητη ευφορία και πεποίθηση ότι είναι δυνατό να αποτυπωθεί με πλήρη «αντικειμενικότητα» η ανθρώπινη ευφυΐα. Κάτι τέτοιο, βέβαια, απέχει πολύ από την πραγματικότητα. Είναι, άλλωστε, γνωστό ότι πραγματικά φωτεινά πνεύματα της επιστήμης και του πολιτισμού υποβαλλόμενα σε αντίστοιχα τεστ δεν είχαν πολύ διαφορετικά αποτελέσματα από το μέσο όρο. Θα λέγαμε, λοιπόν, ότι πρέπει σήμερα να αντιμετωπίζουμε τα τεστ αυτά, ως λειτουργικά εργαλεία για την ανάδειξη των διαταραχών (και σε αυτόν τον τομέα, είναι αναμφίβολα μεγάλη η συμβολή τους) και όχι ως μέσο απόδειξης αυξημένης ευφυΐας ή προκαταβολικής αποτίμησης του μέλλοντος ενός παιδιού. Στην κλασσική, πάντως, κλίμακα Wechsler η βαθμολογική αξιολόγηση της γενικής νοητικής κατάστασης είναι διαταγμένη κατά τέτοιο τρόπο, ώστε ο μέσος όρος των παιδιών, στα οποία εφαρμόζεται, να είναι **100 «βαθμοί»**. Η βαθμολογία αυτή ονομάζεται **Διανοητικό πηλίκο (Δ.Π.) – Intelligence Quotient (I.Q.)** ή **Δείκτης Νοημοσύνης**. Τα δύο τρίτα των παιδιών που θα υποβληθούν σε αυτήν την εξέταση, θα παρουσιάσουν Διανοητικό Πηλίκο ανάμεσα στο 85 και το 115. Η διανοητική καθυστέρηση είναι εκείνη η διαταραχή, κατά την οποία, στην αξιολόγηση του δείκτη νοημοσύνης το παιδί παρουσιάζει βαθμολογία **κάτω του 70**. Παρουσιάζεται πριν το δέκατο όγδοο έτος της ηλικίας και οδηγεί σε σημαντική δυσλειτουργία



του παιδιού σχετικά με την αυτοφροντίδα και την αυτοεξυπηρέτησή του, την επικοινωνία με τους άλλους, τη διαβίωση στο σπίτι, τις σχολικές ικανότητες κτλ.

- **Μορφές διανοητικής καθυστέρησης : ήπια, μέτρια, σοβαρή, βαθιά**

Διακρίνουμε τέσσερις βαθμίδες (μορφές) διανοητικής καθυστέρησης. Την Ήπια διανοητική καθυστέρηση, όταν το διανοητικό ηλικίο κυμαίνεται ανάμεσα **στο 50-55 και το 70**. Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται ως σχολικά εκπαιδευσιμα, αποτελούν το 85% των ατόμων με διανοητική καθυστέρηση και μπορούν με κατάλληλη εκπαίδευση και επαγγελματική προστασία να αυτοσυντηρηθούν ως ενήλικες. Τη Μέτρια διανοητική καθυστέρηση, όταν το διανοητικό ηλικίο κυμαίνεται ανάμεσα **στο 35-40 και το 50-55**. Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται ως κοινωνικοεπαγγελματικά εκπαιδευσιμα και μπορούν με κατάλληλη βοήθεια να μάθουν να επικοινωνούν και να μπορούν να αποκτήσουν κάποιες επαγγελματικές δεξιότητες, κάτω πάντα από επίβλεψη και σε προστατευμένο περιβάλλον. Τη Σοβαρή διανοητική καθυστέρηση, όταν το διανοητικό ηλικίο κυμαίνεται ανάμεσα **στο 20-25 και το 35-40**. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν σοβαρή υστέρηση στην ψυχοκινητική ανάπτυξη, ενώ υστερούν σημαντικά στην ομιλία, στην επικοινωνία με το περιβάλλον κ.ο.κ. Μπορούν όμως να αυτοεξυπηρετούνται στοιχειωδώς κάτω από συστηματική επίβλεψη. Τη βαθιά διανοητική καθυστέρηση, όταν το διανοητικό ηλικίο κυμαίνεται **κάτω από 20-25**, οπότε και τα άτομα αυτά χρήζουν διαρκούς φροντίδας, ακόμα και για τις απλές καθημερινές τους λειτουργίες.

- **Αίτια διανοητικής καθυστέρησης**

Τα αίτια της διανοητικής καθυστέρησης είναι πολλά και ποικίλα. Ανάμεσα σε αυτά, θα θέλαμε να επισημάνουμε τα **κληρονομικά αίτια** (διαταραχές του μεταβολισμού, χρωμοσωμικές

ανωμαλίες κ.ο.κ.), τις πρώιμες διαταραχές της ανάπτυξης του εμβρύου (π.χ. σύνδρομο Down που οφείλεται σε τρισωμία του χρωμοσώματος 21, σοβαρός αλκοολισμός της μητέρας, λοιμώξεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης), τους τραυματισμούς ή τα άλλα συμβάματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού (π.χ. ανοξία του εμβρύου), τις δηλητηριάσεις του εμβρύου (π.χ. από έκθεση της μητέρας σε μόλυβδο) και τους περιβαλλοντικούς ή ψυχικούς παράγοντες (π.χ. πλήρης λεκτική αποστέρηση του βρέφους ή πρώιμη αυτιστική διαταραχή).

### • Πρόγνωση, Θεραπεία και πρόληψη

Η πρόγνωση της διανοητικής καθυστέρησης εξαρτάται από την αιτία, η οποία την προκάλεσε (π.χ. κάποιες μεταβολικές διαταραχές οδηγούν σε πρόωρο θάνατο του παιδιού), από τη βαρύτητα της διανοητικής καθυστέρησης και από την πρώιμη διάγνωση και θεραπεία. Η θεραπευτική προσέγγιση της διανοητικής καθυστέρησης περιλαμβάνει κυρίως την κατάλληλη εκπαίδευση του ατόμου μέσα από προγράμματα ειδικής διδασκαλίας, ώστε να μπορέσει να αναπτύξει το μέγιστο δυνατό των δεξιοτήτων που μπορεί. Η άγνοια, η αδιαφορία ή και η ενοχή των γονέων και γενικότερα του περιβάλλοντος του παιδιού οδηγούν, πολλές φορές, στην παραμέληση των παιδιών αυτών, ενώ άλλες φορές αυτά γίνονται θύματα συστηματικής σωματικής ή και σεξουαλικής κακοποίησης. Η έκθεσή τους, πάλι, σε ένα ανταγωνιστικό σχολικό περιβάλλον, χωρίς ειδική υποστήριξη και λόγω αντικειμενικής αδυναμίας τους να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις του σχολείου, οδηγεί, πολλές φορές, στην ανάπτυξη πολύ μικρότερων δεξιοτήτων από εκείνες τις οποίες τα άτομα αυτά μπορούν, τελικά, να αναπτύξουν. Σε παλαιότερες, μάλιστα, εποχές ο εγκλεισμός αρκετών από αυτά τα παιδιά σε ψυχιατρικά καταστήματα ασυλικού τύπου, λόγω κακής διάγνωσης (επειδή διαγνώσθηκε λανθασμένα κάποια ψυχική διαταραχή) ή, κυρίως, λόγω ελλιπούς ενδιαφέροντος από τους γονείς και ανυπαρξία άλλου πλαισίου, οδηγούσε σε δραματική επιδείνωση της ήδη σοβαρής κατάστασης αυτών των παιδιών. Στις μέρες μας, πάλι, έχουν αναπτυχθεί μια σειρά από τεχνικές έγκαιρου προγεννητικού

ελέγχου, που ανιχνεύουν διάφορες κληρονομικές παθήσεις, που οδηγούν στην εκδήλωση της διαταραχής αυτής.

## 7.2. Οργανικά Ψυχοσύνδρομα – Ψυχικές διαταραχές οφειλόμενες σε παθολογική («Γενική Ιατρική») κατάσταση

### • Γενικά

Οι καταστάσεις αυτές, που παλιότερα ονομάζονταν **οργανικά ψυχοσύνδρομα**, αποτελούν διαταραχές με συμπτώματα από την ψυχική σφαίρα, οι οποίες, όμως, δεν οφείλονται σε ψυχικές παθήσεις αλλά σε σωματικές νόσους. Οι διαταραχές αυτού του είδους είναι πολύ συχνές στον πληθυσμό των νοσηλευομένων στα γενικά νοσοκομεία. Μερικές, μάλιστα, μελέτες τις ανεβάζουν σε ποσοστό μεγαλύτερο του 10% του γενικού (παθολογικού) πληθυσμού των γενικών νοσοκομείων. Για λόγους μεθοδολογικούς θα εξετασθεί κατ' αρχήν η άνοια ως νόσος σχετιζόμενη με μεγάλο εύρος οργανικών ψυχοσυνδρόμων, και στη συνέχεια θα εξεταστούν οι κυριότερες κλινικές εμφανίσεις των διαταραχών αυτών. Τέλος, θα αναφερθούμε σε μια κατηγορία διαταραχών, που αφορούν ψυχικές εκδηλώσεις σωματικών νοσημάτων. Η κατηγορία αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην καθημερινή κλινική πράξη. Η παλιότερη, μάλιστα, συνήθεια (ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού) να θεωρούν ως ψυχικά ασθενείς όλους όσους εμφανίζουν συμπτωματολογία από την ψυχική σφαίρα πρέπει να εγκαταλειφθεί. Και τούτο επειδή η θεραπεία και η πρόγνωση των ψυχικών εκδηλώσεων, που οφείλονται σε κάποια οργανική - σωματική νόσο, εξαρτάται από τη θεραπεία και την πρόγνωση αυτής της νόσου και όχι από την κλινική (ψυχική) συμπτωματολογία και τις παραπλήσιες ψυχικές παθήσεις. Σήμερα, ολοένα και μεγαλύτερο ποσοστό των θεωρούμενων ως ψυχικώς πασχόντων αποδεικνύεται ότι πάσχουν από κάποιο σωματικό νόσημα, του οποίου η θεραπεία (που θα εξάλειφε και τα ψυχικά συμπτώματα) καθυστέρησε ανεπίτρεπτα.

Οι ανοϊκές διαταραχές αποτελούν συχνές οργανικές παθήσεις, που προσβάλλουν σημαντικό τμήμα του γενικού πληθυσμού, ιδιαίτερα των ηλικιωμένων. Είναι παθήσεις χρόνιες με προοδευτική και ύπουλη έναρξη και επιδεινούμενη πορεία. Οι παθήσεις αυτές είναι πιο συχνές στις μεγάλες ηλικίες, όμως, μπορεί να εμφανισθούν και σε μικρότερες ηλικίες (οι παλαιότερα ονομαζόμενες προγεροντικές άνοιες). Η συχνότητά τους, πάντως, αυξάνει με την ηλικία: ενώ ο πληθυσμός πάνω από 65 χρονών εμφανίζει άνοια σοβαρής μορφής σε ποσοστό 5%, ο πληθυσμός πάνω από 85 χρονών εμφανίζει σοβαρή επίσης άνοια σε ποσοστό 20%. Τα ανοϊκά σύνδρομα σήμερα αποτελούν πεδίο εντατικής μελέτης από τη μεριά των ερευνητών. Καθώς ο μέσος όρος ζωής αυξάνει, αυξάνονται και οι ηλικιωμένοι και επομένως και οι πάσχοντες από άνοια. Υπολογίζεται ότι στις Η.Π.Α. πάνω από 2 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από σοβαρή ανοϊκή συνδρομή.

Η άνοια είναι μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από σταδιακή και διαρκώς επιδεινούμενη έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών. Οι ασθενείς αυτοί πάσχουν από δυσλειτουργία είτε α) της μνήμης είτε β) του λόγου (αφασία – αδυναμία εκπομπής ή αντίληψης του λόγου) είτε γ) της ικανότητάς τους να διεκπεραιώνουν κινητικές λειτουργίες (ενώ δεν έχουν κάποιο πρόβλημα μυοσκελετικό κτλ.) είτε δ) του προσανατολισμού και της αναγνώρισης των αντικειμένων (ενώ τα αισθητήρια όργανα λειτουργούν φυσιολογικά) είτε ε) της δυνατότητάς τους να σχεδιάζουν και να οργανώνουν ενέργειες και να τις εκτελούν. Οι ανοϊκές διαταραχές οδηγούν βαθμιαία τους ασθενείς σε πλήρη αδυναμία να αυτοεξυπηρετηθούν. Η πιο συχνή μορφή ανοϊκού συνδρόμου είναι η **άνοια τύπου Alzheimer**, μια μορφή άνοιας με πολύ ύπουλη έναρξη, στην οποία δεν ανευρίσκεται καμία συγκεκριμένη οργανική αιτιολογία, ενώ παρατηρείται μια διάχυτη ομοιομορφη ατροφία του εγκεφαλικού ιστού. Δεύτερη σε σειρά συχνότητας είναι η **αγγειακή άνοια** (παλαιότερα ονομαζόμενη και **πολυεμφρακτική άνοια**), μια διαταραχή με ταχεία έναρξη και εξέλιξη, η οποία συνυπάρχει με νόσους της καρδιάς ή των αγγείων, σχετίζεται με την αρτηριακή υπέρταση και χαρακτηρίζε-

ται από «κατά τόπους» ελλείμματα του εγκεφαλικού ιστού. Μια σειρά, τέλος, εγκεφαλικών ή άλλων οργανικών παθήσεων μπορεί να προκαλέσουν ανοϊκά σύνδρομα. Τα συχνότερα από αυτά είναι η νόσος του Parkinson, νευρολογικά νοσήματα, το A.I.D.S., ενδοκρινολογικά νοσήματα, τραυματισμοί ή όγκοι του εγκεφάλου και πολλά άλλα.

### • Συγγχτικοδιεγερτικές καταστάσεις – «Παραλήρημα» (Delirium)

Αυτού του είδους το (καταχρηστικά ονομαζόμενο) «παραλήρημα», σε αντίθεση με την άνοια, είναι μια **οξεία** διαταραχή του επιπέδου της συνείδησης (θόλωση συνείδησης) αλλά και της συγκέντρωσης και προσοχής, η οποία συνοδεύεται από διαταραχή και των γνωστικών λειτουργιών (μνήμη, προσανατολισμός) ή από διαταραχή της αντίληψης (ψευδαισθήσεις). Λέμε ότι κάποιος ασθενής παρουσιάζει Delirium μόνο όταν δεν πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή ή ανοϊκή συνδρομή και τα συμπτώματά του εμφανίζονται με βάση κάποια άλλη σωματική νόσο ή διαταραχή, την οποία παρουσιάζει. Το Delirium είναι μια επείγουσα ψυχιατρική κατάσταση. Απαιτεί άμεση χορήγηση νευροληπτικών φαρμάκων για την καταστολή των ασθενών και τη βαθμιαία αποκατάσταση του επιπέδου της συνείδησής τους. Οι ασθενείς αυτοί συνήθως μετά την αποδρομή του Delirium δεν μπορούν να θυμηθούν τίποτε από την περίοδο που διήρκεσε η διαταραχή της συνείδησης. Το Delirium είναι πολύ συχνή πάθηση στο γενικό νοσοκομείο. Υπολογίζεται ότι περίπου 10% των εισαγωγών ενός γενικού νοσοκομείου εμφανίζει Delirium τη στιγμή της εισαγωγής, ενώ ένα άλλο 15% θα εμφανίσει κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Το Delirium είναι συχνότερο σε χειρουργημένους ασθενείς, σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, ηλικιωμένους ασθενείς και ασθενείς εξαρτημένους από αλκοόλ ή τοξικές ουσίες. Κατά τη διάρκεια του Delirium, ο ασθενής είναι, συνήθως, ανήσυχος, διεγερτικός και επιθετικός, ενώ μπορεί να κινδυνέψει και η ζωή του, καθώς μπορεί να πέσει από ύψος ή να αυτοτραυματιστεί, χωρίς να έχει συναίσθηση των πράξεών του. Από τις διαταραχές του προσανατολισμού, οι πιο χαρακτηριστικές των οργανικών αυτών ψυχοσυνδρόμων είναι η διαταραχή του προσανατολισμού στο χρόνο, ενώ από τις ψευδαι-

σθήσεις οι οπτικές. Έτσι, εάν κάποιος ασθενής που νοσηλεύεται για κάποιο σωματικό νόσημα είναι «συγχυτικοδιεγερτικός» και παρουσιάζει διαταραχές προσανατολισμού στο χρόνο και οπτικές ψευδαισθήσεις, θα πρέπει να μπαίνει πάντα η υπόνοια ενός Delirium. Οι συχνότερες αιτίες του Delirium είναι οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, οι αναιμίες, οι διαταραχές της αναπνοής, ο πυρετός, μεταβολικές διαταραχές, όπως η υπο – ή η υπερ – γλυκαιμία, οι λοιμώξεις ιδιαίτερα του κεντρικού νευρικού συστήματος, η πρόσφατη χορήγηση αναισθησίας στους χειρουργημένους ασθενείς κ.ά.

#### • Αγχώδεις διαταραχές οφειλόμενες σε οργανική πάθηση («γενική ιατρική κατάσταση»)

Οι διαταραχές αυτές, συνήθως, εμφανίζονται με μια κλινική μορφή παρόμοια με εκείνη της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής ή των κρίσεων πανικού. Στις περιπτώσεις, όμως, αυτές η αιτιολογία του άγχους ή των προσβολών πανικού δεν είναι κάποια ψυχική διεργασία αλλά μια σωματική, οργανική διαταραχή. Τέτοιες κλινικές εικόνες συναντώνται σε ενδοκρινοπάθειες (υπερθυρεοειδισμός αλλά και υποθυρεοειδισμός, φαιοχρωμοκύττωμα, παθήσεις των επινεφριδίων), σε καρδιοπνευμονικές νόσους (καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμίες, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια), καθώς και σε νευρολογικές παθήσεις ή μεταβολικές διαταραχές.

#### • Ψυχιατρικές εκδηλώσεις σωματικών νοσημάτων

Όπως έγινε φανερό από τις δύο προηγούμενες κατηγορίες διαταραχών, είναι δυνατό αμιγώς ψυχικά συμπτώματα να οφείλονται πρωτοπαθώς σε κάποια σωματική υποκείμενη νόσο. Εκτός από αυτές τις διαταραχές υπάρχουν και άλλα σωματικά νοσήματα, τα οποία σχετίζονται με την ανάπτυξη ψυχικών συμπτωμάτων ή και εκδηλώνονται με κλινικές εικόνες παρόμοιες με εκείνες των ψυχικών νοσημάτων. Στις περισσότερες, μάλιστα, από αυτές τις περιπτώσεις η κλινική εικόνα των ψυχικών εκδηλώσεων είναι το **άγχος** και το **καταθλιπτικό συναίσθημα**.

Ιδιαίτερα συχνή σε πάρα πολλά από τα χρόνια σωματικά νοσήματα είναι η κατάθλιψη. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε τη συχνότατη εμφάνιση κατάθλιψης στη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, τη διατακτική μυοκαρδιοπάθεια, ενώ στον καρκίνο του παγκρέατος η κατάθλιψη μπορεί να είναι και το μοναδικό σύμπτωμα της νόσου για ένα ή και δύο χρόνια μέχρι να εκδηλωθεί η κύρια συμπτωματολογία. Ψυχικές εκδηλώσεις εμφανίζουν επίσης νοσήματα όπως η σκλήρυνση "κατά πλάκας" (είτε καταθλιπτικές είτε παραληρηματικές), όγκοι ή αγγειακές δυσπλασίες του εγκεφάλου, ρευματικά νοσήματα (Συστηματικός Ερπητωατώδης Λύκος, αγγειίτιδες), ενδοκρινοπάθειες, καρκίνοι, η λήψη κορτικοστεροειδών και πολλά άλλα. Η θεραπεία των ψυχιατρικών αυτών εκδηλώσεων μπορεί να συμπεριλάβει και ψυχιατρικά φάρμακα για την αντιμετώπιση των επιμέρους συμπτωμάτων (π.χ. αγχολυτικά για το άγχος, αντικαταθλιπτικά σε εικόνες κατάθλιψης), όμως η πορεία και η πρόγνωση των συμπτωμάτων ουσιαστικά εξαρτάται από την πορεία της κύριας νόσου που τα προκαλεί.

### 7.3. Ψυχοσωματικά Νοσήματα

- Τα «κλασσικά» θεωρούμενα ψυχοσωματικά νοσήματα και οι παλαιότερες θεωρίες του Alexander

Η συζήτηση για την ψυχοσωματική ιατρική άρχισε ουσιαστικά μετά το χωρισμό των ιατρικών ειδικοτήτων κατά τη διάρκεια του 18ου και 19ου αιώνα. Από την πλευρά της Ψυχιατρικής, πάλι, η πρώτη συστηματική προσέγγιση των ψυχοσωματικών θεμάτων ανήκει στο Βιεννέζο Σ. Φρόντ, ο οποίος και «δανείστηκε» την ορολογία αυτή από τους γερμανούς παθολόγους. Ο Φρόντ ήταν ο πρώτος, όμως, που ανέδειξε τη σημασία των σχέσεων γιατρού και ασθενούς. Γερμανός, επίσης, ήταν και ο μεγάλος ψυχαναλυτής Franz Alexander, ο οποίος μετανάστευσε στις Η.Π.Α. και ίδρυσε την περίφημη «Σχολή του Σικάγο». Σύμφωνα με τη θεωρία της σχολής αυτής, οι ψυχοσωματικές παθήσεις αφορούν μόνο τα όργανα εκείνα, τα οποία νευρώνονται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Ο Alexander μελέτησε επί σειρά ετών ασθενείς που έπασχαν από τις επονομαζόμενες «7 αδελφές ασθένειες» : δωδεκαδακτυλικό έλκος, ελκώδης κολίτιδα, ρευμα-

τοειδής αρθρίτιδα, βρογχικό άσθμα, ιδιοπαθής υπέρταση, νευρο-δερματίτιδα, θυρεοτοξίκωση. Σύμφωνα με τον Alexander, η παθολογοανατομική αλλοίωση των οργάνων αυτών (που οδηγεί στην εκδήλωση της σωματικής νόσου) σχετίζεται με κάποια συναισθηματική φόρτιση των ασθενών, η οποία, για κάποιο λόγο, δεν μπορεί να διοχετευθεί σε ψυχικές αντιδράσεις. Με αυτό το σκεπτικό, ο Alexander εφάρμοσε σε ασθενείς, που έπασχαν από ψυχοσωματικά νοσήματα, τη θεραπεία **συναισθηματικής διόρθωσης**, όπως την ονόμαζε, με σκοπό την ψυχική έκφραση των εντάσεων των ασθενών και την συνακόλουθη βελτίωση της σωματικής τους νόσου. Άλλοι, πάλι, μελετητές διατύπωσαν μια ολόκληρη θεωρητική κατασκευή για ορισμένες ψυχοσωματικές νόσους (το πεπτικό έλκος, την ελκώδη κολίτιδα, το βρογχικό άσθμα, την νευροδερματίτιδα, την ημικρανία, κ.ο.κ.), ερμηνεύοντας την εκδήλωση των συγκεκριμένων σωματικών διαταραχών, μέσα από τον **ιδιαιτέρο ψυχικό συμβολισμό που έχει κάθε όργανο** και τη σχέση που καθένα από αυτά έχει με την ανάπτυξη του παιδιού και τις σχέσεις με τους γονείς (π.χ. το έντερο, ως αντικείμενο ενασχόλησης της οικογένειας την περίοδο της εκμάθησης ελέγχου των σφιγκτήρων κ.ο.κ.).

#### • Οι σύγχρονες απόψεις για τα ψυχοσωματικά νοσήματα

Οι σύγχρονες διαγνωστικές ταξινομήσεις των ψυχικών διαταραχών περιλαμβάνουν ολόκληρα κεφάλαια για τις ψυχοσωματικές παθήσεις ή αλλιώς για τους ψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη σωματική ιατρική κατάσταση. Σε αυτήν την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται και καταστάσεις όπως οι αλλαγές που συμβαίνουν στην προσωπικότητα ασθενών χρόνιας ή ανίατων σωματικών νοσημάτων ή επιβαρυντικές «(δυσπροσαρμοστικές)» προς την υγεία συμπεριφορές που υιοθετούν ασθενείς σοβαρών σωματικών διαταραχών (π.χ. ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και τείνουν να μην προσέρχονται στις προγραμματισμένες συνεδρίες αιμοκάθαρσης, μολονότι γνωρίζουν ότι αυτό μπορεί να αποβεί μοιραίο για τους ίδιους κ.ο.κ.). Άλλες, πάντως, ψυχαναλυτικού προσανατολισμού προσεγγίσεις, από τις οποίες η κυριότερη είναι η «**Σχολή του Παρισιού**», εξακολουθούν να εστιάζουν το ενδια-



φέρον τους στην «ψυχογενετική» δράση διάφορων άλυτων εσωτερικών συγκρούσεων αρνούμενες, όμως, τον «ειδικό» ρόλο του οργάνου που πάσχει. Οι αντιλήψεις αυτές υποστηρίζουν ότι οι ψυχοσωματικοί άρρωστοι είναι άτομα με δυσκολίες στη συναισθηματική έκφραση και ότι η συγκεκριμένη μορφή, που οι συγκρούσεις αυτές θα πάρουν (η συγκεκριμένη δηλαδή σωματική νόσος που εκδηλώνεται), σχετίζεται με τη βιολογική ευαλωτότητα του οργάνου και τη γενετική προδιάθεση των ατόμων αυτών.

• Το ευρύτερο φάσμα των ψυχοσωματικών παραγόντων και η ψυχική προσέγγιση του σωματικού ασθενούς

Σήμερα, η χρήση του όρου «ψυχοσωματικός» έχει λάβει περισσότερο την έννοια της ολιστικής προσέγγισης του σωματικού αρρώστου. Πιστεύεται, δηλαδή, ότι η εκδήλωση μιας σωματικής διαταραχής δεν οφείλεται αποκλειστικά και μόνο σε έναν αιτιολογικό παράγοντα. Έτσι, για την εκδήλωση ακόμα και μιας λοιμώδους νόσου προϋποτίθεται η απουσία αντισωμάτων του ασθενούς, ενώ πολλές φορές καθοριστικό ρόλο παίζει και η γενικότερη ανοσολογική κατάστασή του, η οποία επηρεάζεται από υγιεινοδιαιτητικούς, κοινωνικοοικονομικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Στα νοσήματα του σύγχρονου πολιτισμού (χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα, καρκίνοι, νοσήματα ανοσοποιητικού κτλ.), η προϋπόθεση πολλαπλών αιτιών για την εκδήλωση της νόσου είναι ακόμα πιο ξεκάθαρη. Κάθε σωματική, λοιπόν, διαταραχή προϋποθέτει μια πολλαπλή και αλληλοδιαπλεκόμενη απόρρυθμιση της ισορροπίας βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων. Με αυτήν την έννοια είναι απαραίτητη και στη θεραπευτική προσέγγιση η ολιστική αντιμετώπιση του συνόλου των παραμέτρων που απορυθμίζονται, κατά την πορεία μιας νόσου. Σύμφωνα, μάλιστα, με τη θεωρία του Lipowski, οι ψυχικοί παράγοντες, ακόμα και όταν δεν παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση σωματικών νοσημάτων, μπορεί να παίζουν «συντελεστικό» ρόλο, να αυξάνουν ή να μειώνουν την πιθανότητα νόσησης, να επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την πορεία και να καθορίζουν την εμφάνιση, την ένταση και τη συχνότητα των υποτροπών μιας σωματικής νόσου. Στη χώρα μας, δυστυχώς, η κατανόηση των ψυχοσωματικών φαινομένων, τόσο από τους επαγ-

γελματίες υγείας, όσο και από το γενικό πληθυσμό, είναι μάλλον κατώτερη του απαιτούμενου. Η επιτιμητική χρήση του χαρακτηρισμού «ψυχοσωματικά» για τα συμπτώματα κάποιου αρρώστου από μερίδα των επαγγελματιών υγείας φανερώνει, εκτός από βαθιά περιφρόνηση απέναντι στον ασθενή που υποφέρει, και παντελή έλλειψη στοιχειώδους ενημέρωσης για τη σημασία και την έκταση των ψυχοσωματικών παραμέτρων.

#### 7.4. Διαταραχές σχετιζόμενες με τη Χρήση Ουσιών

##### • Γενικά

Από πολύ παλιά, στις ανθρώπινες κοινωνίες ήταν γνωστή η χρήση ουσιών, οι οποίες επηρέαζαν την ψυχική κατάσταση, τη διάθεση, τη συμπεριφορά, το επίπεδο της συνείδησης κ.ο.κ. Οι υπαρκτές μαρτυρίες μας πληροφορούν ότι όλοι σχεδόν οι αρχαίοι λαοί είχαν στη διάθεσή τους φυτικά παράγωγα, τα οποία είχαν δράση στον ψυχισμό ως επί το πλείστον ευφορική. Οι αρχαίοι έλληνες, οι κινέζοι, οι ασσυριοβαβυλώνιοι, οι ινδοί, οι πολιτισμοί του Μεξικού και γενικά της βορείου και νοτίου Αμερικής, οι άραβες, οι αφρικανικές φυλές αποτελούν χαρακτηριστικές περιπτώσεις λαών, για τους οποίους είναι γνωστή η χρήση ευφοριογόνων ή άλλων ψυχοτρόπων ουσιών. Η πιο γνωστή και σχεδόν παγκόσμια κατανομή τέτοια ουσία είναι, προφανώς, η αιθυλική αλκοόλη, το οινόπνευμα. Σε όλες αυτές, όμως, τις κοινωνικές δομές η χρήση των όποιων ουσιών συνοδευόταν από κάποιου είδους κανόνες για τη χρήση τους, το ποιοι και πότε είχαν το δικαίωμα να προβαίνουν στη χρήση, για τις δόσεις και τις συνοδευτικές τελετουργίες. Σε πολλούς, μάλιστα, από τους παραπάνω πολιτισμούς, υπάρχουν ενδείξεις για ανθρώπους που προέβαιναν σε κατάχρηση των ουσιών αυτών και αυτή τους η στάση, ως επί το πλείστον, αντιμετωπιζόταν καταδικαστικά από την κοινότητα. Στην πραγματικότητα, η ιστορία των ουσιών πήρε διαφορετική τροπή από τότε που ο Sertuerner κατόρθωσε να απομονώσει τη μορφίνη, το 1806. Από τότε και μετά, η ανθρωπότητα ήρθε σε επαφή με τις χημικές (τεχνητά κατασκευασμένες) ουσίες οι οποίες, εκτός από τις επωφελείς και θεραπευτικές τους ιδιότητες, έμελλαν να τροποποιήσουν αισθητά και το τοπίο

σχετικά με την κατανάλωση ουσιών στο γενικό πληθυσμό. Έκτοτε, ακολούθησαν πολλές άλλες χημικές ουσίες, όπως η ηρωίνη, η οποία κατασκευάστηκε και προωθήθηκε ως φάρμακο απεξάρτησης των ήδη εξαρτημένων από τη μορφίνη (!). Σήμερα, υπάρχει, τουλάχιστον, τριψήφιος αριθμός διαφορετικών ουσιών, ο οποίος καθημερινά αυξάνεται. Παράλληλα, κοινωνικοί παράγοντες αλλά και ποικίλα οικονομικά και πολιτικά συμφέροντα (ας θυμηθούμε τον «πόλεμο του οπίου», το 19ο αιώνα, ανάμεσα στη Μ. Βρετανία και την Κίνα), εξάπλωσαν ραγδαία τη χρήση των ουσιών, δημιουργώντας ένα από τα μεγαλύτερα σύγχρονα κοινωνικά προβλήματα. Έτσι, πολλές φορές, γίνεται στην καθημερινή ή ειδησιογραφική συζήτηση χρήση όρων, όπως «κατάχρηση», «εξάρτηση» κ.ο.κ., ενώ, τις περισσότερες φορές, το ακριβές περιεχόμενο των εννοιών αυτών μας είναι ασαφές. Αμέσως παρακάτω και πριν την εξέταση συγκεκριμένων ουσιών και των αποτελεσμάτων τους, θα προσπαθήσουμε να αναφερθούμε σε κάποιους απαραίτητους ορισμούς ορισμένων εννοιών. Τέλος, θα πρέπει να τονίσουμε ότι παλαιότερες ορολογίες, όπως «τοξικομανία» και «τοξικομανής», τείνουν να καταργηθούν από την επίσημη ιατρική ορολογία.

- **Περί ψυχοτρόπων ή ψυχοδραστικών ουσιών, επιβλαβούς χρήσης ή κατάχρησης, ανοχής, στερητικού συνδρόμου, τοξίκωσης, εξάρτησης,**

Ψυχοτρόπες ή ψυχοδραστικές ουσίες λέγονται όλες εκείνες οι ουσίες, οι οποίες προκαλούν κάποιο αποτέλεσμα στο κεντρικό νευρικό σύστημα, τελικά, στον ψυχισμό. Με αυτήν την έννοια, την οποία αποδέχεται σήμερα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ψυχοτρόπες ουσίες αποτελούν και καθημερινής χρήσης ουσίες, όπως η καφεΐνη, η νικοτίνη, φυσικά το αλκοόλ, ακόμα και τα γλυκά και η ζάχαρη! (είναι γνωστό ότι η ευχαρίστηση που δημιουργεί η κατανάλωση γλυκισμάτων οφείλεται, εν μέρει, τουλάχιστον, και στη γρήγορη παροχή μεγάλων ποσοτήτων γλυκόζης στον εγκέφαλο!). Η παλαιότερη έννοια «τοξικές ουσίες» (που χρησιμοποιείται ακόμα ευρύτατα), η οποία συμπεριλάμβανε τις ουσίες εκείνες οι οποίες είχαν άμεσα ή μακροπρόθεσμα βλαπτικά αποτελέσματα στον οργανισμό, μάλλον «θολώνει τα

νερά», καθώς κατά κάποιο τρόπο και η ζάχαρη ή ο καφές μπορεί να επιφέρουν κάποια σοβαρή σωματική βλάβη από τη μακροπρόθεσμη χρήση τους.

Επιβλαβής χρήση ουσιών ή, πιο απλά, Κατάχρηση ουσιών ονομάζεται η κατανάλωση κάποιας ουσίας, με τρόπο ώστε να προκαλείται και βλάβη στην υγεία, αλλά και δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά, η οποία θεωρείται ανεπιθύμητη σε οποιαδήποτε πολιτισμική ομάδα. Με την έννοια δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά εννοείται η αδυναμία του χρήστη να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις του «μείζονος ρόλου» του (π.χ. σχολείο, εργασία κ.ο.κ.), τα έντονα διαπροσωπικά προβλήματα που προκαλούνται ή οξύνονται από τη χρήση της ουσίας, τις εμπλοκές με το νόμο που σχετίζονται με την ουσία ή τα αποτελέσματά της στη συμπεριφορά του, καθώς και τη διακινδύνευση της σωματικής του ακεραιότητας (π.χ. οδήγηση υπό την επήρεια της ουσίας).

Ανοχή απέναντι σε κάποια ουσία ονομάζεται το φαινόμενο που παρατηρείται κατά την εξέλιξη της χρήσης της ουσίας αυτής, ώστε να μην επιτυγχάνεται το προσδοκώμενο (ψυχοτρόπο, ευφορικό) αποτέλεσμα με την ίδια δοσολογία της ουσίας, ενώ ο χρήστης βιώνει την ανάγκη για ολοένα και μεγαλύτερες δόσεις της ουσίας για να πετύχει το ίδιο ψυχοτρόπο αποτέλεσμα.

Στερητικό σύνδρομο ή σύνδρομο απόσυρσης ονομάζεται το σύνολο των χαρακτηριστικών για κάθε ουσία συμπτωμάτων, τα οποία παρουσιάζονται σε κάθε περίπτωση διακοπής ή μείωσης της δόσης της λαμβανόμενης ουσίας. Χαρακτηριστικό του συνδρόμου στέρησης αποτελεί η ταχεία υποχώρησή του μετά την επανάληψη της χρήσης της ουσίας ή κάποιας άλλης συγγενούς χημικά με αυτήν. Το σύνδρομο στέρησης ανάλογα με την ουσία μπορεί να συνοδεύεται από ποικίλα σωματικά (εφιδρώσεις, μυϊκούς σπασμούς, κράμπες, υπερπυρεξία, επιληπτικές κρίσεις, άλγη, ίλιγγο, κόμα κ.ο.κ.) και ψυχικά συμπτώματα ή και από Delirium.

Τοξίκωση, εξ αιτίας μιας ουσίας, αποτελεί το φαινόμενο της αντιστρέψιμης διαταραχής των γνωστικών λειτουργιών (σκέψη, προσανατολισμός) του επιπέδου συνείδησης, της αντί-

ληψης και της συμπεριφοράς ενός ατόμου εξ αιτίας της χρήσης κάποιας ουσίας (συνήθως σε μεγάλες ποσότητες).

Για να χαρακτηριστεί μια κατάσταση ως εξάρτηση πρέπει να συνυπάρχουν: **α)** συστηματική επιβλαβής χρήση μιας ουσίας, **β)** εμφάνιση συνδρόμου στέρησης στην περίπτωση της διακοπής της ή της μείωσης της δοσολογίας της, **γ)** παρουσία φαινομένων ανοχής και **δ)** έντονα δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά, με χαρακτηριστικό την πρωτοκαθεδρία της χρήσης της ουσίας στη ζωή του χρήστη. Ο εξαρτημένος χρήστης βιώνει έντονη την επιθυμία για κατανάλωση της ουσίας και παραμελεί σημαντικά ή και εγκαταλείπει τις στοιχειώδεις υποχρεώσεις του. Δυσκολεύεται σημαντικά να ελέγξει τη συμπεριφορά του ως προς την ποσότητα την οποία καταναλώνει (και συχνά καταναλώνει ολόένα και περισσότερο) και αδυνατεί να διακόψει ή να ελαττώσει τη χρήση, παρά το γεγονός ότι γνωρίζει ότι αυτή επιδεινώνει κάποια σωματική ή ψυχική του διαταραχή.

#### • Νομικό καθεστώς και διαπολιτισμικές διαφοροποιήσεις

Η αξιολόγηση των φαινομένων της εξάρτησης θα πρέπει πάντα να λαμβάνει υπόψη διάφορους πολιτισμικούς παράγοντες. Έτσι, σε πληθυσμούς «αναπτυσσόμενων» κυρίως κοινωνιών ανευρίσκεται ακόμα «παραδοσιακή» – τελετουργική, συστηματική χρήση διάφορων ψυχοτρόπων ουσιών. Στις περισσότερες δυτικές κοινωνίες, αντίθετα, η χρήση των πιο γνωστών ψυχοτρόπων ουσιών (π.χ. χασίς, ηρωίνη, κοκαΐνη, παραισθησιογόνα κτλ.) αποτελεί αδίκημα και συνεπάγεται νομικές κυρώσεις. Σε κάποιες πάντως από αυτές ήδη από τη δεκαετία του '70 έχει αποποινικοποιηθεί η χρήση ουσιών από εξαρτημένα άτομα, ενώ διώκεται αποκλειστικά η εμπορία των ουσιών αυτών. Σε άλλες, πάλι, έχει εισαχθεί η διάκριση ανάμεσα σε ουσίες οι οποίες νομίμως καταναλώνονται και πωλούνται υπό κρατική επίβλεψη και παράνομες ουσίες. Σε κάποιες, επίσης, από τις παραδοσιακές κοινωνίες «αναπτυσσόμενων» χωρών η κατανάλωση του αλκοόλ είναι μη αποδεκτή κοινωνική συμπεριφορά. Αντίθετα στις δυτικές κοινωνίες η μόνη περίοδος απαγόρευσης της πώλησης και διακίνησης του αλκοόλ (τη δεκαετία του '30 στις Η.Π.Α., η περιβόητη περίοδος της «ποτοαπαγόρευσης»), συνοδεύτηκε από

σημαντική ένταση της εγκληματικής δραστηριότητας και της παράνομης διακίνησης των αλκοολούχων ποτών.

#### • Αιτίες – μηχανισμοί – επιπλοκές - αντιμετώπιση

Τα αίτια της μεγάλης εξάπλωσης της εξάρτησης από ουσίες δεν είναι απολύτως ξεκαθαρισμένα. Πολλά ερμηνευτικά σχήματα έχουν προταθεί, όμως, οι μελετητές σίγουρα συμφωνούν ότι η εξάρτηση οφείλεται κυρίως σε ψυχικούς μηχανισμούς (ψυχική εξάρτηση) και πολύ λιγότερο σε βιολογικές επιδράσεις π.χ. των συμπτωμάτων του στερητικού συνδρόμου (βιολογική εξάρτηση). Φαίνεται, μάλιστα, ότι σημαντικό ρόλο για την είσοδο στην εξάρτηση είναι οι κοινωνικές δομές αλλά και η προηγούμενη προσωπικότητα των χρηστών. Κι αυτό, γιατί παρατηρήθηκε ότι η περιστασιακή επαφή με ουσίες δεν οδηγούσε όλα τα άτομα στο ίδιο αποτέλεσμα. Τα άτομα, μάλιστα, τα οποία στην πορεία αποκτούν εξάρτηση από ουσίες, φαίνεται να έχουν πολύ μικρή ανοχή στη ματαίωση. Δυσκολεύονται δηλαδή να «περιμένουν», να κάνουν συστηματικές και κοπιώδεις προσπάθειες προκειμένου να αποκτήσουν εκείνα που επιζητούν. Έτσι, η ουσία μπορεί να τους προσφέρει μια ικανοποίηση και μια ευφορία, για τις οποίες δε θα αγωνισθούν και δε θα χρειαστεί να δαπανήσουν ψυχική προσπάθεια. Βαθμιαία, η ουσία υποκαθιστά όλα τα ζητούμενα στη ζωή τους ως ευχερέστερη όλων (αφού όλα στη ζωή απαιτούν κάποιου βαθμού ψυχική προσπάθεια) και ο χρήστης βρίσκεται σιγά – σιγά παγιδευμένος σε μια αποκλειστική σχέση με την ουσία που γίνεται το πρωτεύον έως και μοναδικό μέλημά του. Τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της εξάρτησης είναι λίγο – πολύ γνωστά : κοινωνική έκπτωση, συστηματικές ή άλλες σωματικές επιπλοκές (αποστήματα, καρδιακή ανακοπή, πνευμονική νόσος κ.ο.κ.) ή και θάνατος. Ωστόσο θα πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι οι περισσότεροι θάνατοι σήμερα από ουσίες δεν οφείλονται τόσο στις αμιγείς φαρμακολογικές ιδιότητες των ουσιών αυτών, όσο στην ύπαρξη συχνών προσμίξεων, στην κατανάλωση δοσολογίας πολύ μεγαλύτερης από ό,τι συνήθως ο χρήστης ελάμβανε κ.ο.κ. Οι μεταδοτικές, μάλιστα, ασθένειες (Ηπατίτιδες, Α.Ι.Δ.Σ.) θα μπορούσαν να περιορισθούν σημαντικά ανάμεσα στους χρήστες με τη χορήγηση αποστειρωμένων συριγγών μιας

χρήσεως. Θεραπεία εκλογής για την εξάρτηση από ουσίες είναι η ένταξη των εξαρτημένων σε **ειδικά προγράμματα απεξάρτησης**. Τα περισσότερα από αυτά αποτελούν ομαδικές θεραπευτικές τεχνικές, στις οποίες οι εξαρτημένοι οργανώνουν εκ νέου τη ζωή τους σε κοινότητες, εκπαιδευόμενοι κατ' αυτόν τον τρόπο ξανά στην αναζήτηση των πραγματικών ζητούμενων της ζωής τους. Η θεραπεία της εξάρτησης από ουσίες είναι μια δυσχερής και επίπονη προσπάθεια, που αποσκοπεί στην αντιμετώπιση των ψυχικών μηχανισμών που οδηγούν στη χρήση (ψυχική εξάρτηση) και όχι στις βιολογικές επιπτώσεις της ουσίας. Γι αυτό και η ένταξη σε πρόγραμμα απεξάρτησης είναι μια αυστηρά προσωπική υπόθεση των εξαρτημένων ατόμων και γίνεται μόνο κατόπιν δικής τους επιθυμίας. Αμέσως παρακάτω θα αναφερθούμε επιγραμματικά στις κυριότερες ψυχοδραστικές ουσίες, τις επιπλοκές τους και τα χαρακτηριστικά των στερητικών συνδρόμων που προκαλούν.

#### • **Όπιο, Χασίς, Ηρωίνη, Κοκαΐνη, Παραισθησιγόνα**

Το **όπιο** είναι φυτικό παράγωγο της μήκωνος της υπνοφόρου, μιας παπαρούνας αυτοφυούς στο μεγαλύτερο τμήμα της ηπειρωτικής Ασίας. Η κατανάλωση οπίου είχε μεγάλη διάδοση στην Κίνα και τις χώρες της Ινδοκίνας. Παρόμοιας χημικής δομής και δράσης με το όπιο θεωρούνται τα πιο γνωστά ναρκωτικά, όπως το χασίς, η μορφίνη, η ηρωίνη αλλά και μερικά φαρμακευτικά σκευάσματα κατασταλτικών του κεντρικού νευρικού συστήματος. Το στερητικό σύνδρομο που προκαλεί χαρακτηρίζεται από έντονη υποκειμενική ανησυχία και δυσφορία, ναυτία ή εμετούς, υπερπυρεξία, μυϊκούς πόνους και σπασμούς, δακρύρροια, έντονη εφίδρωση, μυδρίαση και διάρροια. Παρά όμως τη θορυβώδη κλινική του εικόνα, το σύνδρομο στέρησης από οπιοειδή (ανεξάρτητα από τη βαρύτητά τους, δηλαδή ακόμα και στις περιπτώσεις της ηρωίνης και της μορφίνης), είναι απολύτως ακίνδυνο για τη ζωή των ασθενών αυτών : τα εξαρτημένα άτομα μπορούν να παραμείνουν χωρίς οργανικό κίνδυνο για τη ζωή τους, μακριά από τη χρήση της ουσίας, ανεξαρτήτως δόσης ή διάρκειας της χρήσης. Το **χασίς** είναι φυτικό ψυχοτρόπο, προέρχεται από την ινδική κάνναβη και το δραστικό συστατικό του

φυτού είναι η τετρα – υδρο – κανναβιτόλη. Η χρήση του έχει μεγάλη γεωγραφική κατανομή. Οι ευφοριογόνες του ιδιότητες το έκαναν ιδιαίτερα δημοφιλές στις κοινωνίες της Μεσογείου, της αραβικής χερσονήσου και της Μεσοποταμίας στους ιστορικούς χρόνους. Το βιολογικό σύνδρομο στέρησης, που προκαλεί, είναι κλινικά ασήμαντο και ακολουθεί τα άλλα σύνδρομα στέρησης των οπιοειδών. Η **ηρωίνη** είναι ένα συνθετικό οπιοειδές ενδοφλέβιο ή εισπνεόμενο ναρκωτικό. Σήμερα έχει ουσιαστικά εκτοπίσει την παρόμοιά της χημικά **μορφίνη** και αποτελεί μια από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου στις νεαρές ηλικίες στις αναπτυγμένες χώρες του κόσμου. Συχνά, για διάφορους λόγους αναμειγνύεται με πλήθος προσμίξεων από αδρανείς ουσίες, όπως κιμωλία, αλεύρι κ.ο.κ. μέχρι και στρυχνίνη. Η ηρωίνη παρά την έντονη υποκειμενική δυσφορία που προκαλεί στο στερητικό της σύνδρομο, ακολουθεί τους χαρακτήρες των οπιοειδών, δεν προκαλεί δηλαδή σωματικές βλάβες στην περίοδο της στέρησης. Η χρήση της εκτός από θάνατο μπορεί να οδηγήσει σε διάφορες επιπλοκές είτε από την ενδοφλέβια οδό χορήγησής της (αποστήματα, οξύ πνευμονικό οίδημα, μετάδοση λοιμωδών νοσημάτων κτλ.) είτε από τη φαρμακολογική της δράση, τις προσμίξεις, την πρόκληση ατυχημάτων κ.ο.κ. Η **κοκαΐνη** είναι ένα φυτικό ψυχοδραστικό παράγωγο των φύλλων της κόκας, ενός αυτοφυούς φυτού της Αμερικής, το οποίο έχαιρε ευρύτατης χρήσης στους ινδιάνικους πληθυσμούς. Η κοκαΐνη έχει έντονα ευφορική δράση, προκαλεί σημαντική επίταση διάφορων γνωστικών λειτουργιών (ευερεθιστότητα, ψυχοκινητική επιτάχυνση, ανησυχία, αύξηση της ταχύτητας του ιδεακού περιεχομένου κ.ο.κ.), ενώ επιτείνει την παρορμητικού τύπου συμπεριφορά και δημιουργεί στο χρήστη αίσθημα «μεγαλείου», που μπορεί να τον οδηγήσει σε ατυχήματα, πράξεις βίας κτλ. Η κοκαΐνη επίσης δεν προκαλεί σωματικά επικίνδυνο στερητικό σύνδρομο. Επικίνδυνη σωματικά είναι, όμως, η οξεία τοξίκωση από κοκαΐνη, καθώς η υπερδιέγερση που προκαλεί, συνοδεύεται από υπερδραστηριοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος με πιθανή επιπλοκή την καρδιακή ανακοπή, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια κ.ο.κ. Οι παραισθησιογόνες ψυχοτρόπες ουσίες είναι, ίσως, η πολυπληθέστερη κατηγορία ψυχοδραστικών ουσιών με διάφορους είτε φυτικούς (μανιτάρια, κάκτους, κ.ο.κ.) είτε τεχνητούς εκπροσώπους. Το παλαιότερο συχνότερο παραισθησιογόνο, το γνωστό **L.S.D.**, έχει στις μέρες μας παραχωρήσει την πρωτοκαθεδρία σε πολλές και νεότερες συνθετικές



ουσίες. Τα συμπτώματα της τοξίκωσης ποικίλουν ανάλογα με την ουσία, όμως οι ψυχικές επιπτώσεις σε αυτές τις περιπτώσεις προεξάρχουν, καθώς τα παραισθησιογόνα δημιουργούν πολύ μεγάλης έντασης ψυχικά βιώματα, που μπορεί να παραβλάψουν μόνιμα και μη αντιστρεπτά τον ψυχισμό των χρηστών.

#### • Κατάχρηση ψυχοδραστικών φαρμάκων

Τέλος, μεγάλο κεφάλαιο της εξάρτησης ουσιών στις μέρες μας αποτελεί η εξάρτηση από φάρμακα με δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Τα φάρμακα αυτά και κυρίως οι βενζοδιαζεπίνες τα κοινότερα **αγχολυτικά**, μαζί με την ταχύτατη εξάπλωση της χρήσης τους δημιούργησαν εκατομμύρια εξαρτημένους σε ολόκληρο τον κόσμο. Το πιο γνωστό από αυτά, η Διαζεπάμη, υπήρξε επί σειρά ετών το φάρμακο με τις μεγαλύτερες πωλήσεις σε ολόκληρο τον κόσμο, ενώ στην πρώτη δεκάδα πάντα υπήρχαν τουλάχιστον δύο φάρμακα αυτής της κατηγορίας. Η τόσο μεγάλη διάδοση των φαρμάκων αυτών δεν μπορούσε παρά να ήταν αποτέλεσμα της λανθασμένης και απερίσκεπτης χρήσης τους από το ιατρικό σώμα, αλλά και από το κοινό το ίδιο, που θεώρησε ότι η φαρμακευτική αντιμετώπιση των πιέσεων από τα καθημερινά του προβλήματα μπορούσε να ήταν χωρίς συνέπειες. Η εξάρτηση από βενζοδιαζεπίνες μερικές φορές επιπλέκεται με νευρολογικές διαταραχές, ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού, ενώ στην περίπτωση του στερητικού συνδρόμου μπορεί να παρατηρηθεί έντονη ανησυχία, επίμονη αϋπνία, επιληπτικές κρίσεις, ακόμα και Delirium.

### • Οξεία μέθη, Χρόνιος αλκοολισμός, επιδημιολογικά χαρακτηριστικά

Αλκοολισμός ονομάζεται η εξάρτηση από αλκοολούχα ποτά. Οξεία μέθη αντίστοιχα είναι η τοξίκωση από ποτά που περιέχουν αλκοόλ. Ο αλκοολισμός είναι η συχνότερη αιτία εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες (με την ευρεία έννοια) στην εποχή μας. Το 1995 περίπου 200.000 θάνατοι στις Η.Π.Α. οφείλονταν στις επιπτώσεις της επιβλαβούς χρήσης του αλκοόλ. Η εξάρτηση από αλκοόλ παρατηρείται συχνότερα στους άνδρες από τις γυναίκες, μολονότι με την πάροδο του χρόνου η διαφορά τείνει να εξισωθεί. Ο αλκοολισμός, μάλιστα, είναι συχνότερος στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Πάντως, οι διαφορές κατά καιρούς οριοθετήσεις του αλκοολισμού ανάλογα με την ποσότητα του λαμβανόμενου αλκοόλ θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με επιφυλακτικότητα, καθώς συχνά υπεισέρχονται διάφοροι πολιτισμικοί παράγοντες. Πολύ περισσότερο στην κλινική πράξη έχει σημασία η αναγνώριση ορισμένων χαρακτηριστικών του προφίλ του εξαρτημένου από αλκοόλ.

### • Συμπτώματα

Ο αλκοολικός συνήθως δεν παραδέχεται το πρόβλημά του, ακόμα και όταν αυτό έχει φθάσει να επηρεάζει σημαντικά την κοινωνική, επαγγελματική και οικογενειακή του λειτουργικότητα. Συνήθως προσέρχεται στο γιατρό είτε ύστερα από επίμονες παρακινήσεις των οικείων του είτε κατά τη διάρκεια οξείας μεθης, εκδηλώσεων στερητικού συνδρόμου ή κάποιας παθολογικής επιπλοκής της διαταραχής του. Κατά την κλινική εξέταση θα πρέπει πάντα να αξιολογούνται πληροφορίες για το κατά πόσον η χρήση αλκοόλ είναι τακτική και συστηματική, για το αν η κατανάλωση αλκοόλ αρχίζει από τις πρωινές ώρες της ημέρας, καθώς και για το κατά πόσο η κατανάλωση πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια κοινωνικών εξόδων με παρέες ή αν πραγματοποιείται ακόμα και στο σπίτι του ασθενούς, όταν αυτός είναι μόνος του (γεγονός πάντα αξιολογήσιμο). Επίσης, θα πρέπει να αναζητούνται πιθανές επαγγελματικές ή οικογενειακές και διαπροσωπικές αποτυχίες κατά τη διάρκεια των ετών της εξάρτησης από

αλκοόλ. Το συνηθέστερο, πάντως, είναι ο αλκοολικός να αποδίδει τη χρήση αλκοόλ στις αποτυχίες του και όχι τις αποτυχίες στη χρήση αλκοόλ.

- **Σύνδρομο στέρησης από αλκοόλ, Τρομώδες Παραλήρημα (Delirium Tremens - D.T.)**

Το στερητικό σύνδρομο από αλκοόλ είναι μια σοβαρή και επείγουσα κατάσταση, η οποία μπορεί να επιφέρει ακόμα και το θάνατο του ασθενούς. Δεν είναι τυχαίο, άλλωστε, ότι οι σοβαρές περιπτώσεις στέρησης από αλκοόλ ονομάστηκαν **Delirium Tremens** ή στην ελληνική απόδοση του όρου **Τρομώδες Παραλήρημα**. Κι αυτό όχι γιατί κατά τη διάρκεια αυτού του συνδρόμου ο άρρωστος τρέμει, αλλά επειδή η κατάστασή του αυτή προκαλεί τον τρόμο στους γύρω του!. Στις ήπιες περιπτώσεις το στερητικό σύνδρομο από αλκοόλ χαρακτηρίζεται από ανησυχία, τρόμο των άκρων, αστάθεια στη βάδιση, έντονη εφίδρωση, ευερεθιστότητα, αϋπνία και εφιάλτες, κεφαλαλγία, διάρροια και έντονη καταβολή. Στις περιπτώσεις σοβαρού στερητικού συνδρόμου από αλκοόλ η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από έντονη ψυχοκινητική ανησυχία μέχρι διέγερση, σύγχυση, αποπροσανατολισμό, επιληπτικές κρίσεις, έντονες και τρομακτικές ψευδαισθήσεις (κύρια οπτικές), έντονη εφίδρωση, ασυναρτησία, μεγάλη ταχυκαρδία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές και τελικά καρδιακές αρρυθμίες και θάνατο. Η θνητότητα του τρομώδους παραληρήματος φθάνει το **15%** των περιπτώσεων!. Το τρομώδες παραλήρημα μπορεί να συμβεί από **2 έως 12 ημέρες** μετά τη διακοπή της λήψης αλκοόλ είτε από την αισθητή μείωση της ποσότητας αλκοόλ την οποία το άτομο ελάμβανε (ενώ εξακολουθεί να λαμβάνει μικρότερη ποσότητα). Συνήθως, το τρομώδες παραλήρημα επέρχεται κατά την εισαγωγή του αρρώστου σε παθολογικό τμήμα για κάποια άλλη σωματική νόσο ή επιπλοκή του αλκοολισμού.

- **Απώτερες επιπλοκές, εγκεφαλοπάθεια του Wernicke, σύνδρομο Korsakoff,**

Οι απώτερες επιπλοκές του αλκοολισμού είναι πολλές και φαίνεται ότι η εκδήλωσή τους εξαρτάται και από ιδιοσυστασια-

κούς παράγοντες του οργανισμού των ασθενών. Ενδεικτικά μόνο θα αναφέρουμε την κίρρωση του ήπατος, το πεπτικό έλκος, την παγκρεατίτιδα, την υπέρταση, την αυξημένη συχνότητα καρκίνων του γαστρεντερικού, τη ρήξη κιστών οισοφάγου. Από τις νευρολογικές επιπλοκές του αλκοολισμού ξεχωρίζει η **εγκεφαλοπάθεια του Wernicke**, μια οξεία επιπλοκή, η οποία μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στο θάνατο. Εκδηλώνεται με θόλωση της συνείδησης, αταξικό βάδισμα και οφθαλμοπληγία. Επίσης, το **σύνδρομο Korsakoff**, μια χρόνια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από διαταραχή της πρόσφατης μνήμης, η οποία ενίοτε αναπληρώνεται από παλαιότερο μνημονικό υλικό, που ο άρρωστος βιώνει σαν πολύ πρόσφατο.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

- ◆ Πολύ συχνά, μια σειρά από ψυχικά συμπτώματα οφείλονται σε βιολογικούς παράγοντες. Σε αυτήν την κατηγορία υπάγονται οι περισσότερες περιπτώσεις διανοητικής καθυστέρησης.
- ◆ Η διανοητική καθυστέρηση μπορεί να εκτιμηθεί με βάση διάφορα ψυχολογικά τεστ, τα οποία μετρούν το Διανοητικό Πηλίκιο ή I. Q., και κατατάσσεται σε ήπια, μέτρια, βαριά και βαθιά.
- ◆ Πολλές σωματικές ασθένειες, όμως, μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα από την ψυχική σφαίρα, όπως άγχος, παραλήρημα (Delirium) ή κατάθλιψη.
- ◆ Ακόμα και όταν δεν υπάρχουν εμφανείς ψυχικές διαταραχές, η εκδήλωση, η εξέλιξη και η θεραπεία αρκετών σωματικών νοσημάτων εμπλέκει ψυχικούς παράγοντες.
- ◆ Χαρακτηριστικότερα από αυτήν την άποψη είναι τα ψυχοσωματικά νοσήματα, όπως το βρογχικό άσθμα, η ελκώδης κολίτιδα, ρευματικά και δερματικά νοσήματα κ.ο.κ.
- ◆ Τέλος ψυχικές εκδηλώσεις εμφανίζονται και σε περιπτώσεις εξαρτήσεων από ουσίες, όπως το αλκοόλ, τα ναρκωτικά ή ψυχοφάρμακα. Στις περιπτώσεις αυτές, όμως, πέρα από τις βιολογικές επιδράσεις της κατάχρησης της ουσίας, μεγάλη σημασία έχει ο χαρακτήρας των ανθρώπων εκείνων που τελικά εξαρτώνται από κάποια από αυτές.

### *Ερωτήσεις*

- 1.** Όλοι οι διανοητικά καθυστερημένοι δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Σωστό ή Λάθος;
- 2.** Το Άγχος, η Κατάθλιψη, οι Ψευδαισθήσεις και το Παραλήρημα είναι χαρακτηριστικά συμπτώματα αποκλειστικά των ψυχικών διαταραχών. Σωστό ή Λάθος;
- 3.** Ποια από τα παρακάτω σωματικά νοσήματα θεωρούνται ως «ψυχοσωματικά»: Βρογχικό Άσθμα, Ιλαρά, Ρευματοειδής Αρθρίτιδα, Νεφρολιθίαση, Έλκος.
- 4.** Η εξάρτηση από ουσίες οφείλεται κυρίως στη βιολογική επίδραση των ουσιών. Σωστό ή Λάθος;
- 5.** Η εξάρτηση από ποια ουσία είναι πιο διαδεδομένη σε όλο τον κόσμο;
- 6.** Το Τρομώδες Παραλήρημα μπορεί να οδηγήσει και σε θάνατο;



**8.1. Βιολογικά Θεραπευτικά Μέτρα****• Φάρμακα**

Η ψυχιατρική φαρμακολογία έχει σε σχέση με άλλες ιατρικές ειδικότητες μια σχετικά πολύ μικρή ιστορία. Παρότι π.χ. στις Ινδίες από αιώνες το φυτό *Rauwolfia serpentina* ονομαζόταν «χόρτο κατά της τρέλας» και χρησιμοποιούνταν για την κατάπνυση των ψυχικά ασθενών, η πρώτη χορήγησή του από γιατρό έγινε μόλις το 1931!. Η απομόνωση της δραστικής του ουσίας, της ρεζερπίνης, έγινε κατορθωτή μόνο μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο!. Αντίστοιχη είναι και η ιστορία των υπόλοιπων ψυχοφαρμάκων, τα περισσότερα από τα οποία ανακαλύφθηκαν μετά τον πόλεμο τυχαία. Επιγραμματικά και μόνο θα αναφερθούμε, παρακάτω, στις σημαντικότερες κατηγορίες από αυτά. Θα πρέπει να τονίσουμε και πάλι ότι τα φάρμακα στην ψυχιατρική είναι συμπτωματικά. Δίνονται δηλαδή για να ελεγχθούν τα συμπτώματα των διαταραχών και όχι αιτιολογικά, αφού οι αιτίες των περισσότερων ψυχικών διαταραχών ακόμα μας είναι άγνωστες. Τα Νευροληπτικά είναι φάρμακα που κατ'εξοχήν χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Τα νευροληπτικά, των οποίων τα κοινότερα είναι η Αλοπεριδόλη και η Χλωροπρομαζίνη, έχουν σημαντικές παρενέργειες. Οι παρενέργειές τους είναι είτε νευρολογικές (εξωπυραμιδικά – «παρκινσονικά» συμπτώματα : τρόμος άκρων, ακαθισία, μυϊκοί σπασμοί, «μάγκωμα», κρίσεις οφθαλμοπληγίας μέχρι και μόνιμη δυσκολία στην κίνηση – όψιμη δυσκινησία - σε περιπτώσεις χρόνιας χρήσης) και άλλες παρενέργειες (υπνηλία, ξηροστομία, σιελόρροια, ηπατική και καρδιακή επιβάρυνση σε χρόνια χρήση). Για την πρόληψη των νευρολογικών παρενεργειών, τα νευροληπτικά συνηθίζεται να συγχορηγούνται μαζί με κάποιο αντιπαρκινσονικό φάρμακο. Τα Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά είναι φάρμακα που αντιμετωπίζουν τις διαταραχές της διάθεσης. Τα φάρμακα αυτά δρουν βραδέως στον ψυχισμό του

αρρώστου, ενώ το κλινικό αποτέλεσμα της βελτίωσης εμφανίζεται συνήθως μετά από 4 – 6 εβδομάδες συνεχούς χορήγησης. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα έχουν σοβαρές καρδιαγγειακές παρενέργειες, γι αυτό και αντενδείκνυνται σε ηλικιωμένους. Στα Νεότερα Αντικαταθλιπτικά ανήκει μια μεγάλη ποικιλία φαρμάκων με χαρακτηριστικά την πολύ ταχύτερη δράση στη διάθεση των ασθενών (2 με 3 εβδομάδες), την ασφάλεια στη χορήγηση (απουσία αξιόλογων παρενεργειών), το διαφορετικό μηχανισμό δράσης από τα παλιότερα αλλά και τη μάλλον ηπιότερη δραστηκότητα των φαρμάκων αυτών. Τα φάρμακα αυτά έγιναν αντικείμενο ευρύτατης χρήσης ιδιαίτερα στις Η.Π.Α. ενώ, εκτός από τις συναισθηματικές διαταραχές φαίνεται να έχουν καλά αποτελέσματα σε φοβίες, διαταραχή πανικού, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και άλλες ψυχικές παθήσεις. Το μεγάλο μάλιστα πλεονέκτημα των φαρμάκων αυτών είναι η δυνατότητα ασφαλούς χορήγησης σε ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (ηλικιωμένοι, νεφροπαθείς, χρονίως πάσχοντες κτλ.). Οι Βενζοδιαζεπίνες (Αγχολυτικά) είναι τα φάρμακα με τις μεγαλύτερες πωλήσεις σε ολόκληρο τον κόσμο. Χορηγούνται στις αγχώδεις διαταραχές, τις προσβολές πανικού και στις κρίσεις σωματομετατροπής, σε όλες σχεδόν τις ψυχικές διαταραχές, όπου παρουσιάζεται άγχος, σε σύνδρομο στέρησης από αλκοόλ ή άλλες ουσίες κ.ο.κ. Συνήθως επιφέρουν εκτός από αγχόλυση και υπνηλία, γι αυτό και χρησιμοποιήθηκαν ευρέως ως υπναγωγά, γεγονός που δημιούργησε χιλιάδες εξαρτημένα από αυτά άτομα (βλέπε αντίστοιχο κεφάλαιο). Τα Θυμοσταθεροποιητικά είναι φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη σταθεροποίηση των μεγάλων και γρήγορων μεταβολών του συναισθήματος στις διπολικές διαταραχές και σε διαταραχές προσωπικότητας. Το πρώτο θυμοσταθεροποιητικό, που ανακαλύφθηκε μεταπολεμικά και βρίσκεται ακόμα σε ευρεία χρήση, είναι το Λίθιο. Σήμερα λόγω των πιθανών παρενεργειών των αλάτων Λιθίου (νεφρικές βλάβες, καρδιοτοξικότητα κ.ο.κ.) έχουν εισαχθεί στη θεραπευτική διάφορα άλλα φάρμακα, όπως η καρβαμαζεπίνη και το βαλπροϊκό νάτριο με επίσης ικανοποιητικά αποτελέσματα. Τέλος, μια πλειάδα ακόμα άλλων φαρμάκων έκαναν την εμφάνισή τους κατά την διάρκεια της τελευταίας δεκαπενταετίας. Τα φάρμακα αυτά αφορούν είτε σε νεότερα νευροληπτικά με πολύ μικρότερες και σπανιότερες παρενέργειες, σε ειδικά υπναγωγά, σε αγχολυτικά άλλων κατηγοριών με μικρότερες πιθανότητες ανάπτυξης εξάρτησης, σε φάρ-



### • Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Η **ηλεκτροσπασμοθεραπεία** ή πιο απλά το **ηλεκτροσόκ** είναι ένα αρκετά παλιό αλλά και παρεξηγημένο θεραπευτικό μέτρο στην ψυχιατρική. Οι συχνές κινηματογραφικές αναφορές έπαιξαν σε αυτό το σημείο μεγαλύτερο ρόλο από τις πραγματικές του ιδιότητες. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία τροποποιημένη πλέον τεχνικά πραγματοποιείται υπό αναισθησία και έτσι ο υποβαλλόμενος στην εν λόγω θεραπεία ούτε «υποφέρει» ούτε «τραντάζεται» ούτε τίποτε παρόμοιο από τα όσα ερέθισαν τη σκηνοθετική φαντασία επιτυχημένων κινηματογραφιστών. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία αποτελεί έσχατο θεραπευτικό μέσο, απέναντι σε δυσάτητες με τα συνήθη (φαρμακευτικά) μέσα ψυχώσεις, συναισθηματικές διαταραχές, καθώς και άλλες ψυχικές παθήσεις που συνοδεύονται από επιθετικότητα, διαταραχές των ενορμήσεων κ.ο.κ. Οι αναφερόμενες παρενέργειες αφορούν σε ήπιες σχετικά διαταραχές μνήμης μετά από επανειλημμένες συνεδρίες ηλεκτροσπασμοθεραπείας, οι οποίες με τις σημερινές τεχνικές χορήγησης μικρών ποσοτήτων ηλεκτρικού φορτίου είναι μάλλον σπάνιες.

### • Ψυχιατρική νοσηλεία

Η **ψυχιατρική νοσηλεία** δεν είναι, όπως παλαιότερα, μια αναγκαστική κατάληξη του ψυχικώς πάσχοντος. Με τα σημερινά βιολογικά και ψυχοθεραπευτικά μέσα είναι δυνατή η διατήρηση των περισσότερων ψυχικώς πασχόντων εκτός νοσοκομείων. Στην πραγματικότητα η σύγχρονη τάση είναι μάλλον να αποθαρρύνονται οι επανειλημμένες ψυχιατρικές νοσηλείες και να επιδιώκεται το βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα, ενώ ο ασθενής παραμένει στο φυσικό και οικογενειακό του περιβάλλον. Η ψυχιατρική νοσηλεία αποτελεί έσχατο θεραπευτικό μέτρο, όταν ο ψυχικά πάσχων είτε απαιτεί ιδιαίτερη βιολογική θεραπεία, η οποία δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί στο σπίτι (π.χ. ενέσιμη φαρμακευτική αγωγή, ηλεκτροσπασμοθεραπεία κ.ο.κ.), είτε όταν κιν-

δυνέει να γίνει επικίνδυνος για τη ζωή των άλλων ή του ίδιου του εαυτού του, είτε σε ειδικές περιπτώσεις, όπως όταν η διάγνωση είναι αβέβαια, όταν εμφανίζονται συνοδά οργανικά προβλήματα ή μείζονες παρενέργειες της χορηγούμενης αγωγής κτλ. Η απλή και μόνο ύπαρξη κάποιας υποτροπής σήμερα δε θεωρείται απόλυτο κριτήριο εισαγωγής σε ψυχιατρική κλινική. Κατά τη διάρκεια πάντως της νοσηλείας του ασθενούς σημαντικό ρόλο παίζει η απομάκρυνσή του από το οικείο του περιβάλλον και τα οικεία του πρόσωπα, τα οποία συντηρούν ή οξύνουν την ψυχική του πάθηση. Αξιοποιώντας αυτήν την εμπειρία, ιδιαίτερα μετά την δεκαετία του '70, αναπτύχθηκαν δομές ψυχικής υγείας, οι οποίες συνδύαζαν την απομάκρυνση του ασθενούς από το νοσογόνο περιβάλλον του με την τάση για αποφυγή άσκοπων νοσηλείων (όπως ξενώνες, κλινικές ημέρας κ.ο.κ.).

## 8.2. Στοιχεία Ψυχολογίας - Ψυχοθεραπείες

### • Ψυχολογία και Ψυχοθεραπείες

Η Ψυχολογία, ως επιστήμη προϋπήρξε της Ψυχιατρικής. Ήταν για την ακρίβεια η μήτρα μέσα από την οποία γεννήθηκε η Ψυχιατρική. Φυσικά, ο λόγος γίνεται για την Ψυχολογία με μια ευρύτερη έννοια, πολύ διαφορετική από τη σημερινή της μορφή. Οι άνθρωποι, από πολύ παλαιά, απασχολήθηκαν με την ψυχή, τις λειτουργίες της και προσπάθησαν να περιγράψουν κανόνες και νόμους που τη διέπουν. Οι προσπάθειες αυτές, όμως, λίγο – πολύ εμπλέκονταν με φιλοσοφικές αντιλήψεις, ιδεολογικά ρεύματα και το περιρρέον κλίμα του εκάστοτε κοινωνικού σχηματισμού. Σήμερα, υπάρχει μια πλειάδα θεωριών για τον ανθρώπινο ψυχισμό. Οι περισσότερες μάλιστα από αυτές απολήγουν σε μια ή περισσότερες **ψυχοθεραπευτικές μεθόδους**. Υπάρχουν πάνω από 300 ψυχοθεραπευτικές μεθοδολογίες αναγνωρισμένες από έγκυρους διεθνείς Οργανισμούς. Ωστόσο, οι σημαντικότερες σχολές μπορούν να περιορισθούν σε τέσσερις ή πέντε, χωρίς αυτό να σημαίνει κανενός είδους υποτίμηση για τις υπόλοιπες. Με αυτήν την έννοια παρακάτω θα αναφερθούμε επιγραμματικά (και για διδακτικούς λόγους κάπως σχηματικά) στις βασικές θε-

ωρητικές παραδοχές και τα χαρακτηριστικά των κυριότερων ψυχολογικών και ψυχοθεραπευτικών ρευμάτων.

### • Η Ψυχοδυναμική ή Ψυχαναλυτική Σχολή

Η σχολή αυτή, η πιο παλαιά και γνωστότερη όλων, είναι η σχολή εκείνη της οποίας οι αντιλήψεις διαμορφώθηκαν, αρχικά, από τις θεωρητικές προτάσεις του **Σ. Φρόυντ**, στις αρχές του 20ου αιώνα. Οι βασικές αντιλήψεις του Φρόυντ (εκτός από όσα αναφέρθηκαν στην εισαγωγή) περιλαμβάνουν τις Τοπογραφικές και τη Δυναμική και Οικονομική Υπόθεση, καθώς και τη θεωρία των σταδίων ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης. Σύμφωνα με την πρώτη τοπογραφική υπόθεση το ανθρώπινο ψυχικό όργανο αποτελείται από ένα **Συνειδητό** και ένα **Ασυνείδητο** κομμάτι. Το ασυνείδητο, το οποίο αποτελείται από απωθημένες εμπειρίες, βιώματα κ.ο.κ. είναι ασυγκρίτως μεγαλύτερο σε έκταση από το συνειδητό και έρχεται στην επιφάνεια με τα όνειρα, τις παρορμήσεις της γλώσσας, καθώς και κατά τη διάρκεια της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας. Σύμφωνα με τη δεύτερη τοπογραφική υπόθεση, το ψυχικό όργανο μπορεί να διακριθεί στο **Αυτό (id)**, που περιλαμβάνει τα ορμέφυτα του ανθρώπου, το **Υπερεγώ (superego)**, το οποίο περιλαμβάνει τις εσωτερικευμένες απαγορεύσεις, την ηθική, το «τι πρέπει και τι δεν πρέπει» του ατόμου, και το **Εγώ (ego)**, το οποίο αποτελεί την «ταυτότητα» κάθε ανθρώπου. Το Εγώ κάθε στιγμή προσπαθεί να συνδυάσει τις ενορμήσεις του Αυτό, με τις ηθικές απαγορεύσεις του Υπερεγώ αλλά και με την εξωτερική πραγματικότητα, να σταθμίζει τις πιέσεις που δέχεται από όλες τις πλευρές και τελικά να εκδηλώνει κάποια συμπεριφορά για να πετύχει το βέλτιστο αποτέλεσμα για το άτομο. Σύμφωνα πάλι με τις Οικονομικές και Δυναμικές Υποθέσεις κάθε άτομο διαθέτει δύο ειδών **ενορμήσεις**, τις **λιβιδινικές** (η γνωστή **libido**) ή **«ενορμήσεις της ζωής»** και τις **επιθετικές** ή **«ενορμήσεις του θανάτου»**. Οι ενορμήσεις αυτές έρχονται, συχνά, σε σύγκρουση με την εξωτερική πραγματικότητα ή τις εσωτερικευμένες απαγορεύσεις και τότε δημιουργείται μια **«ψυχοσύγκρουση»**. Κάθε σκέψη, συμπεριφορά και γενικά κάθε ψυχική πράξη, σύγκρουση κ.ο.κ. σύμφωνα με τον Φρόυντ, απαιτεί κάποιο ποσό ψυχικής ενέργειας, η οποία δεν είναι απεριόριστη.

Η ενέργεια αυτή προέρχεται από κάποια επένδυση μιας ενόρμησης σε κάποιο αντικείμενο, ακόμα και φαινομενικά άσχετο με αυτήν. Έτσι, σχηματικά κάποιος επενδύει στο σχολικό διάβασμα τις λιβιδινικές ενορμήσεις του για τους γονείς του, επειδή γνωρίζει ότι αυτό θα τους ευχαριστήσει και θα τον κάνει αρεστό σε αυτούς. Η επένδυση αυτή δεν είναι συνήθως μια συνειδητή διαδικασία. Σε περιπτώσεις, πάντως, που υπάρχουν χρόνιες, λανθάνουσες και άλυτες ψυχοσυγκρούσεις, τις οποίες το άτομο αδυνατεί να επιλύσει, η ψυχική ενέργεια που δαπανάται είναι τεράστια και οδηγεί στην εκδήλωση μιας ψυχικής διαταραχής. Όσον αφορά, τώρα, στα ψυχοσεξουαλικά στάδια ανάπτυξης, αυτά περιλαμβάνουν το **στοματικό στάδιο**, που διαρκεί μέχρι την ηλικία του 1,5 έτους, κατά τη διάρκεια του οποίου το παιδί λαμβάνει ευχαρίστηση από την στοματική περιοχή και την κατανάλωση τροφής. Ακολουθεί το **πρωκτικό στάδιο** που αρχίζει από 1,5 και φθάνει έως τα 2,5, οπότε στο παιδί κυρίαρχο ψυχικό γεγονός είναι η κατάκτηση του ελέγχου των σφιγκτήρων του γαστρεντερικού και ουροποιητικού του συστήματος. Στη συνέχεια το **φαλλικό** από τα 2,5 έως τα 6, οπότε και «ανακαλύπτει» την κυρίως γεννητική του περιοχή και, τέλος, η **λανθάνουσα περίοδος** από τα 6 έως την εφηβεία, οπότε και αρχίζει η διαμόρφωση της ενήλικου συμπεριφοράς του ατόμου. Κατά τη διαδρομή αυτών των σταδίων όταν το άτομο για κάποιους λόγους βιώσει μια έντονη ψυχοσύγκρουση, εγκαθίσταται μια **καθήλωση** στο στάδιο αυτό (στο οποίο βιώθηκε η σύγκρουση). Αυτό σημαίνει ότι σε κάθε μεγάλη ψυχολογική πίεση κατά την διάρκεια της ενήλικου ζωής, το άτομο αυτό έχει την τάση να επανέρχεται στο στάδιο, στο οποίο έχει καθηλωθεί και να χρησιμοποιεί τρόπους συμπεριφοράς, που χρησιμοποιούσε τότε ή σε προηγούμενα στάδια. Η **ψυχαναλυτική, τώρα, ψυχοθεραπεία** έχει ως σκοπό την ανάδειξη των ασυνείδητων και άλυτων ψυχοσυγκρούσεων του ατόμου μέσα από την ερμηνεία των ονείρων, των παραδρομών της γλώσσας και του ελεύθερου συνειρμού. Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία είναι μια μακρόχρονη θεραπεία και προϋποθέτει ένα επίπεδο πολιτισμικής και ψυχολογικής ανάπτυξης του θεραπευόμενου. Εφαρμόζεται κυρίως σε νευρωτικές διαταραχές και διαταραχές προσωπικότητας.

## • Η Συμπεριφορική Σχολή

Οι βασικές παραδοχές της σχολής αυτής περιλαμβάνουν την υπόθεση ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά καθορίζεται από περιβαλλοντικά ερεθίσματα, που προκαλούν «απαντήσεις» από τα άτομα, τα οποία τα βιώνουν. Η σχολή αυτή περιλαμβάνει διάφορες προσεγγίσεις στο εσωτερικό της με επί μέρους διαφορές μεταξύ τους. Η διαμόρφωση, όμως, των γενικών αρχών της θεωρίας του **συμπεριφορισμού** και γενικά της λεγόμενης **μαθησιακής θεωρίας** για τον ανθρώπινο ψυχισμό, εξελίχθηκε παράλληλα μέσα από τη συμβολή του Ρώσου **Pavloff** και του Άγγλου **Skinner**. Βασισμένοι κυρίως σε παρατηρήσεις και πειράματα με ζώα, οι συμπεριφοριστές (ή μεχεβιοριστές, από την αγγλική λέξη behaviour = συμπεριφορά) υποστήριζαν ότι οι απαντήσεις των ανθρώπων στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα υπόκεινται σε μαθησιακές διαδικασίες. Ο άνθρωπος, λοιπόν, όπως και τα ζώα «μαθαίνει» από το περιβάλλον του να αναπτύσσει κάποιες συμπεριφορές ως απάντηση σε συγκεκριμένα ερεθίσματα ή συνθήκες του περιβάλλοντός του. Αυτή η διαδικασία της μάθησης, που αρχίζει από πολύ μικρή ηλικία, διέπεται από συγκεκριμένους κανόνες π.χ. ο άνθρωπος τείνει να επαναλαμβάνει τις συμπεριφορές που καταλήγουν σε ευχαρίστηση και να αποφεύγει εκείνες που τον οδηγούν σε σωματικό ή ψυχικό πόνο, δυσαρέσκεια, λύπη κτλ. Οι διάφορες συμπεριφορικές θεραπευτικές τεχνικές κατατείνουν στο να «μάθει» εκ νέου ο ασθενής να απαντά με τρόπο «φυσιολογικό» και επωφελή για αυτόν στα διάφορα ερεθίσματα του περιβάλλοντός του.

## • Άλλες προσεγγίσεις

Από τη διατύπωση των πρώτων ψυχολογικών αντιλήψεων μέχρι σήμερα, έχουν διατυπωθεί πολλές άλλες προσεγγίσεις. Ανάμεσα σε αυτές, μια από τις σημαντικότερες είναι και εκείνη της γνωσιακής σχολής, που σήμερα είναι από τις πιο διαδεδομένες. Η **Γνωσιακή σχολή** υποστηρίζει ότι εκείνο που διαμορφώνει την ανθρώπινη συμπεριφορά δεν είναι αυτή καθαυτή η εξωτερική πραγματικότητα, αλλά οι στάσεις και οι αντιλήψεις που ο κάθε συγκεκριμένος άνθρωπος διαμορφώνει για αυτήν. Οι θερα-

πεντικές τεχνικές της προσπαθούν να αλλάξουν τον τρόπο, με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την πραγματικότητα που τους περιβάλλει, ώστε να τροποποιηθούν εκείνες οι παγιωμένες αντιλήψεις τους για τη ζωή που τους οδηγούν σε αδιέξοδα και, τελικά, στην ασθένεια. Επίσης, σημαντική επιρροή έχουν αποκτήσει και οι ιδέες της **Συστημικής σχολής**, οι οποίες συνίστανται στη θεώρηση των ανθρώπων όχι ως μεμονωμένων ατομικότητων αλλά ως μέρη ενός συστήματος ανθρώπων. Ως σημαντικότερο τέτοιο σύστημα θεωρείται η οικογένεια των ανθρώπων, μέσα στην οποία ο καθένας αντιδρά με τον άλλον δημιουργώντας και αναπαράγοντας συγκεκριμένους ρόλους για τον καθένα. Οι συστημικές θεραπευτικές τεχνικές, που είναι στην πλειοψηφία τους ομαδικές ή οικογενειακές τεχνικές, αποσκοπούν στην απόκατάσταση της άποψης που έχουν οι ασθενείς ή οι «κοντινοί» τους άνθρωποι για το ρόλο που διαδραματίζουν μέσα στα πλαίσια του δεδομένου συστήματος. Οι συστημικές τεχνικές βρίσκουν σήμερα ιδιαίτερη εφαρμογή σε προγράμματα απεξάρτησης, όπου οι συμμετέχοντες αναπλάθουν μαζί τις αντιλήψεις τους για το ρόλο τους στην κοινωνία, μέσα από τη συμμετοχή τους στη θεραπευτική κοινότητα.

Όλες οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Στις μέρες μας στους κόλπους της ψυχιατρικής κοινότητας, τείνουν να εξαλειφθούν τα φαινόμενα φανατισμού και δογματισμού που υπήρχαν παλαιότερα και επικρατεί η αντίληψη ότι ο κάθε συγκεκριμένος ασθενής, ανάλογα με το είδος της πάθησής του αλλά και το χαρακτήρα του και τα πολιτιστικά του χαρακτηριστικά, μπορεί να ωφεληθεί θεραπευτικά από το είδος εκείνο της ψυχοθεραπείας που του ταιριάζει καλύτερα.

### 8.3. Ψυχο – Ιατροδικαστικά Θέματα

#### • Εισαγγελική εντολή, αναγκαστική νοσηλεία, ανοικτά και κλειστά ψυχιατρικά τμήματα

Σε ολόκληρο τον πολιτισμένο κόσμο τα ψυχιατρικά τμήματα διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τα **ανοικτά** και τα **κλειστά** τμήματα. Στα μεν πρώτα, τα ανοικτά ψυχιατρικά τμήματα, νοσηλεύονται ψυχικά ασθενείς με τη θέλησή τους, οποια-

δήποτε στιγμή το επιθυμήσουν, ακόμα δηλαδή και ενάντια στις ιατρικές οδηγίες τερματίζουν τη νοσηλεία τους και εξέρχονται με δική τους ευθύνη, ενώ περιοριστικά μέτρα μπορεί να υπάρχουν στους χώρους του τμήματος (π.χ. κάγκελα στα παράθυρα κ.ο.κ.), αλλά οι εξωτερικές πόρτες του τμήματος οφείλουν να παραμένουν ανοικτές. Στα κλειστά ψυχιατρικά τμήματα η νοσηλεία μπορεί να γίνει και αναγκαστικά, παρά τη θέληση του ασθενούς. Ο ασθενής δε δύναται να εξέλθει του τμήματος με τη θέλησή του, παρά μόνο με τη σύμφωνη γνώμη των θεραπόντων και κάτω από αυστηρές προϋποθέσεις, τις οποίες ορίζουν οι εκάστοτε νόμοι. Στα κλειστά τμήματα, ανεξάρτητα από την ύπαρξη περιοριστικών μέτρων, οι εξωτερικές θύρες των τμημάτων αυτών παραμένουν κλειδωμένες, έτσι ώστε οι νοσηλευόμενοι ασθενείς να μην μπορούν να εξέλθουν κρυφά.

Έγινε, ίσως, αντιληπτό ότι η ψυχιατρική νοσηλεία κι αυτή με τη σειρά της διακρίνεται σε εκούσια και ακούσια νοσηλεία. **Εκούσια** ψυχιατρική νοσηλεία είναι η νοσηλεία, η οποία πραγματοποιείται με τη θέληση του ασθενούς, ενώ **ακούσια ή αναγκαστική** νοσηλεία είναι εκείνη που πραγματοποιείται παρά ή χωρίς τη θέλησή του. Η αναγκαστική ψυχιατρική νοσηλεία (αλλά και οποιαδήποτε νοσηλεία, ιατρική ή νοσηλευτική πράξη που γίνεται ακουσίως και αφορά είτε σωματική είτε ψυχική νόσο) διέπεται ανάλογα με τη χώρα από πολύ συγκεκριμένο και αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο. Οι σύγχρονοι μελετητές των βιοηθικών ζητημάτων, μάλιστα, πιστεύουν ότι η θεραπευτική ή διαγνωστική παρέμβαση σε έναν άνθρωπο οφείλει να γίνεται πάντα ύστερα από **πληροφορημένη συναίνεσή του**. Με τον όρο δε πληροφορημένη συναίνεση εννοείται η συγκατάθεση του αρρώστου για κάποια παρέμβαση, αφού έχει πρώτα ενημερωθεί πλήρως και χωρίς να του έχει αποκρυφτεί τίποτα σχετικά με τη φύση της νόσου του, το είδος της παρέμβασης, που πρόκειται να υποστεί, τις πιθανές επιπλοκές της, την πρόγνωση, εάν αρνηθεί την παρέμβαση αυτή κ.ο.κ. Αλλιώς η οποιαδήποτε παρέμβαση θεωρείται ότι παραβιάζει θεμελιακά ατομικά δικαιώματα του ανθρώπου, όπως η ελευθερία των επιλογών, η διάθεση του σώματός του, η ελευθερία κινήσεως κτλ. Η ευθύνη για την αναίρεση των θεμελιωδών δικαιωμάτων του ανθρώπου, προκειμένου να διαφυλαχθούν κάποια άλλα μεγαλύτερα ανήκει πρωτίστως, στην πολιτεία, ως εκφραστή του οργανωμένου κοινωνικού συνόλου. Ο ρόλος των επιστημόνων είναι πάντα συμβουλευτικός προς τις

αρχές, ακόμα και όταν είναι καθοριστικός, και ποτέ δεν είναι αποφασιστικός. Έτσι, οι επιστήμονες γνωματεύουν, αλλά η εισαγγελική αρχή είναι αυτή που αποφασίζει τελικά για τη διαδικασία της αναγκαστικής νοσηλείας.

Στη χώρα μας, σύμφωνα με τις υπάρχουσες νομοθετικές διατάξεις, η εισαγγελική αρχή μετά από αίτηση συγγενούς πρώτου βαθμού ή και αυτεπαγγέλτως μπορεί να διατάξει κατ' αρχήν εξέταση του αρρώστου σε ψυχιατρικό εξωτερικό ιατρείο. Η εντολή αυτή, η οποία σε περίπτωση μη συμμόρφωσης του υπό εξέταση ατόμου εκτελείται από τα αστυνομικά όργανα υποχρεωτικά, είναι γραπτή. Η αίτηση από άλλο άτομο π.χ. το διευθυντή νοσοκομείου, όπου νοσηλεύεται ή από σύζυγο ή άλλο συγγενή εξ αίματος μέχρι και δευτέρου βαθμού γίνεται δεκτή μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις. Και τούτο για να περιοριστεί η πιθανή από δόλο συκοφάντηση ανθρώπων χωρίς ψυχοπαθολογία, η οποία σε άλλη περίπτωση θα μπορούσε να τους οδηγήσει άθελά τους για αναγκαστική εξέταση. Η αυτεπάγγελτη κίνηση της διαδικασίας αυτής είναι μια έσχατη ασφαλιστική δικλείδα του νόμου, χρησιμοποιείται στην πράξη σπανιότατα και αφορά περιπτώσεις ψυχικά διαταραγμένων, οι οποίοι απειλούν τη δημόσια ασφάλεια. Τότε και μόνο τότε ο νομοθέτης δίνει τη δυνατότητα, και πάλι για λόγους προστασίας μεγαλύτερου αγαθού (της προστασίας της ζωής και ασφάλειας του κοινωνικού συνόλου), στην εισαγγελική αρχή να κινήσει τη διαδικασία αυτή. Η εισαγγελική εντολή για ψυχιατρική εξέταση έχει ισχύ μόνο για το εικοσιτετράωρο για το οποίο εκδίδεται. Μετά την εξέταση, εάν το πόρισμα δύο τουλάχιστον ψυχιάτρων είναι ανάλογο (σε απομονωμένες περιοχές, που δεν υπάρχουν ψυχίατροι, ο νόμος δίνει τη δυνατότητα συνήθως ο δεύτερος να αντικαθίσταται από παθολόγο ή άλλο γιατρό), τότε το άτομο με νέα γραπτή εισαγγελική διαταγή οδηγείται σε ειδικό ψυχιατρικό θεραπευτήριο που διαθέτει κατάλληλη κλίνη για αναγκαστική νοσηλεία, δηλαδή σε κλειστό ψυχιατρικό τμήμα. Κατά την εισαγωγή του εκεί ο ασθενής εξετάζεται από το διευθυντή της κλινικής, η οποία πρόκειται να τον νοσηλεύσει και, εάν αυτός συμφωνεί με το πόρισμα των δύο προηγούμενων, τότε αρχίζει η αναγκαστική νοσηλεία. Η αναγκαστική νοσηλεία κατά το νόμο δεν μπορεί να πε-



ρατωθεί σε διάστημα μικρότερο των δέκα ημερών. Μετά την παρέλευση του δεκαημέρου, ο διευθυντής της κλινικής αποστέλλει γραπτή αναφορά για την πρόοδο της νόσου του ασθενή στην εισαγγελική αρχή που διέταξε την αναγκαστική νοσηλεία. Η αναγκαστική νοσηλεία τερματίζεται αυτόματα μετά την παρέλευση 40 ημερών, ενώ παράταση της νοσηλείας γίνεται, εάν αυτό είναι απαραίτητο είτε με τη συναίνεση του αρρώστου (εάν έχει αποκτήσει αναισθησία για την καταστάσή του) είτε με νέα εισαγγελική εντολή. Όπως βλέπουμε, η διαδικασία δεν είναι καθόλου απλή και σε κάθε βήμα της προβλέπει μια σειρά από εμπόδια για την περάτωσή της. Τα εμπόδια αυτά δεν αποτελούν «γραφειοκρατική αγκύλωση», αλλά σκόπιμη παρεμπόδιση της όλης διαδικασίας από το νομοθέτη, ώστε να νοσηλεύονται τελικά μόνο και μόνο όσοι, πραγματικά, το έχουν απόλυτη ανάγκη. Στην πράξη, βέβαια, όταν υπάρχει έκδηλη ανάγκη ή ο ασθενής έχει χρόνια ψυχιατρικό νόσημα με γνωστό ιστορικό κ.ο.κ. η διαδικασία απλουστεύεται τουλάχιστον μετά την έκδοση της εισαγγελικής εντολής για ψυχιατρική εξέταση. Όμως, αυτό δε σημαίνει πως ακόμα και την επόμενη ημέρα της εισαγωγής δε θα γίνουν οι κατάλληλες γραπτές γνωματεύσεις κτλ., ώστε να είναι σαφές ποιος γνωματεύει και ποιος αποφασίζει για την παροδική αυτή στέρηση της ελευθερίας ενός ανθρώπου. Περίπου παρόμοια είναι η διαδικασία που προβλέπει ο νόμος και για την αναγκαστική νοσηλεία σε παθολογικά τμήματα π.χ. εκπτώτικων ψυχικά ασθενών που αρνούνται να θεραπευθούν για κάποιο παθολογικό νόσημα, ανοϊκών κτλ. Σε αυτές τις περιπτώσεις, όμως, η εισαγγελική αρχή είναι πάντα εξαιρετικά φειδωλή και συγκρατημένη, καθώς πίσω από μια απαίτηση, ακόμα και συγγενών πρώτου βαθμού, μπορεί να υπάρχουν οικονομικές βλέψεις ή άλλα υστερόβουλα κίνητρα. Παράλληλα η πολιτεία αναγνωρίζει το δικαίωμα του μη πάσχοντος από ψυχικό νόσημα να αρνείται κάποια σωματική θεραπεία, ακόμα και όταν αυτό μπορεί να αποβεί μοιραίο για τον ίδιο (π.χ. για λόγους θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων). Και, φυσικά, δεν αποτελεί επιχείρημα ότι οι ασθενείς που αρνούνται τη θεραπεία τους «κάνουν λάθος». Το δικαίωμα του ασθενούς, όμως, σε αυτό το «λάθος», πρέπει να γίνεται σεβαστό με απόλυτη προτεραιότητα (εκτός εάν συντρέχουν λόγοι ψυχικής υγείας, που εμποδίζουν το άτομο από τη δυνατότητα της ορθής κρίσης). Με αυτήν την έννοια θα πρέπει

όλοι οι επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίζουν το αυτονόητο δικαίωμα των ασθενών τους να δέχονται ή να αρνούνται τις προτεινόμενες θεραπείες, χωρίς να δυσφορούν γι αυτές τις αρνήσεις ή να τις θεωρούν προσβλητικές ή ακόμα και ψυχική διαταραχή.

### • Καταλογισμός, μειωμένη δικαιοπρακτική ικανότητα και Ψυχο – ιατροδικαστική πραγματογνωμοσύνη

Η αλήθεια είναι ότι η ψυχιατρική βρίσκεται συχνότερα από κάθε άλλη ιατρική ειδικότητα σε κάποιου είδους σχέση με τις αρχές και το νόμο. Η συνηθέστερη αιτία είναι τα ερωτήματα των αρχών για τη διανοητική κατάσταση κάποιων ανθρώπων, οι οποίοι υπέπεσαν σε κάποια αδικήματα ή διέπραξαν εγκληματικές πράξεις. Συγκεκριμένα, για να θεωρηθεί από το νόμο μια πράξη εγκληματική, προϋποθέτει, εκτός από αυτό καθαυτό το έγκλημα και μια ορισμένη βούληση του ατόμου στη συμμετοχή του σε αυτό, καθώς και μια κακόβουλη πρόθεση. Στις περιπτώσεις των εγκληματικών ενεργειών οι οποίες διεξήχθησαν υπό καθεστώς ψυχικής διαταραχής, οι παραπάνω προϋποθέσεις δε συντρέχουν και ο καταλογισμός των εγκληματικών πράξεων μπορεί να είναι μειωμένος ή και να μην μπορεί να πραγματοποιηθεί. Σε γενικές γραμμές, σε ολόκληρο τον πολιτισμένο κόσμο ισχύει ότι για να αναγνωρισθεί το «ακαταλόγιστο», δεν αρκεί κάποιος να πάσχει από βεβαιωμένη ψυχική διαταραχή, αλλά θα πρέπει να αποδεικνύεται ότι η ψυχική διαταραχή συνέβαινε κατά την ώρα διατέλεσης της εγκληματικής πράξης, ότι την ώρα εκείνη ο πάσχων, δεν αναγνώριζε τι έκανε, ή αναγνώριζε μεν τι έκανε, αλλά δεν κατανοούσε το περιεχόμενο των πράξεών του (αν ήταν καλές ή κακές σε βάρος κάποιου κ.ο.κ.). Σε αυτές τις περιπτώσεις, η δικαστική εξουσία μπορεί να ζητήσει **ψυχο – ιατροδικαστική πραγματογνωμοσύνη** γραπτή και ένορκη, δηλαδή κατάθεση ειδικών ψυχιάτρων για την κατάσταση της ψυχικής υγείας του κατηγορουμένου. Αντίστοιχη πραγματογνωμοσύνη μπορεί να ζητηθεί και όσον αφορά μάρτυρες μιας δίκης, των οποίων η μαρτυρία θεωρείται από κάποιον από τους διάδικους ως αναξιόπιστη λόγω ψυχικών διαταραχών. Επίσης, τέτοια γνώμатеυση χρειάζεται και για την αναγνώριση μειωμένης δικαιοπρακτικής ικανότητας (οικονομικές δοσοληψίες, αλλαγή οικογε-

νειακής κατάστασης κ.ο.κ.), σε κάποιον ψυχικά άρρωστο π.χ. έναν ηλικιωμένο με προχωρημένη άνοια. Ο νόμος και εδώ προβλέπει σαφείς και αυστηρές διατάξεις, που περιορίζουν την πιθανότητα κακόπιστης εφαρμογής των διατάξεων αυτών εις βάρος του ψυχικά αρρώστου. Επίσης, προβλέπονται αυστηρότατες ποινές για όσους συμβάλλουν στην αναίτια αφαίρεση από κάποιον των δικαιπρακτικών του ιδιοτήτων. Η έννοια των διατάξεων του νόμου, άλλωστε, δεν είναι ότι ο ψυχικά ασθενής δεν έχει δικαιώματα, αλλά τουναντίον ότι μπορεί να τα στερείται μόνο παροδικά για συγκεκριμένους λόγους και με τη μέγιστη δυνατή εξασφάλιση της αξιοπιστίας της διαδικασίας πιστοποίησης της αδυναμίας του να διαχειριστεί τα δικαιώματα αυτά. Τέλος, ψυχο – ιατροδικαστική πραγματογνωμοσύνη μπορεί να ζητηθεί από τις δικαστικές ή ανακριτικές αρχές σε πολλές άλλες περιπτώσεις, όπως σε αδικήματα σχετικά με ουσίες (κατά πόσον τα άτομα αυτά είναι εξαρτημένα), σε κακοποίηση παιδιών (για την εκτίμηση της σοβαρότητας της κατάστασης και το κατά πόσο μπορεί το παιδί να συνεχίσει να διαμένει στο αυτό περιβάλλον), σε ατυχήματα ή άλλες καταστάσεις που συνοδεύονται από έντονο άγχος (για την εκτίμηση της σοβαρότητας της ψυχικής επιβάρυνσης, που προέκυψε από τις καταστάσεις αυτές σε κάποιον).

#### 8.4. Πράξεις βίας και Αυτοκτονία

##### • Εγκληματικότητα και ψυχικές διαταραχές

Πολλά έχουν κατά καιρούς γραφτεί για την πιθανή σχέση εγκληματικότητας και ψυχικών διαταραχών, για τη «γονιδιακή» εγκληματικότητα, ενώ, συχνά, ακούγονται και γράφονται στον τύπο σχόλια για «ψυχοπαθείς δολοφόνους» κ.ο.κ. Η αλήθεια, είναι, πάντως, ότι οι «μείζονες» (σχιζοφρένεια, κατάθλιψη κ.ο.κ.) ψυχικές διαταραχές δεν έχει μέχρι σήμερα αποδειχθεί να σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με μεγαλύτερη από το γενικό πληθυσμό εγκληματικότητα. Ακόμα μάλιστα και στις περιπτώσεις εκείνες των ψυχικών διαταραχών, οι οποίες συνδέονται με προβλήματα με το νόμο, τα προβλήματα αυτά είναι περισσότερο η χρήση αλκοόλ ή ουσιών και τα αποτελέσματά τους και λιγότερο πράξεις βίας ή άλλα εγκλήματα. Οι ασθενείς, οι

οποίοι φαίνεται όντως, να εμπλέκονται συχνότερα από το γενικό πληθυσμό σε πράξεις βίας, είναι εκείνοι που παρουσιάζουν αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Παρόλα αυτά, θα πρέπει να τονιστεί ότι οι κατά καιρούς φερόμενοι ως «ψυχοπαθείς» εγκληματίες, οι οποίοι έχουν απασχολήσει επί μακρόν την κοινή γνώμη και οι οποίοι προέβησαν σε ιδιαίζόντως ειδεχθή εγκλήματα (π.χ. τεμαχισμούς των μελών της οικογένειάς τους κ.ο.κ.), ύστερα από μακρόχρονη ψυχιατρική παρακολούθηση δεν αποδείχθηκε να παρουσιάζουν ουδεμία ψυχοπαθολογία.

### • Αυτοκτονία

Η αυτοκτονία είναι ένα σύνθετο ιατροκοινωνικό φαινόμενο, που απασχόλησε τις κοινωνίες με διαφορετικούς τρόπους κατά καιρούς. Είναι μια από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου (η ένατη στις Η.Π.Α., το 1995) στις ανεπτυγμένες χώρες. Υπολογίζεται ότι στις Η.Π.Α. κάθε χρόνο 30.000 άνθρωποι χάνουν τη ζωή τους αυτοκτονώντας. Επίσης, ότι υπάρχουν άλλοι δεκαπλάσιοι σε αριθμό, οι οποίοι αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν, χωρίς επιτυχία. Η συχνότητα της αυτοκτονίας παρουσιάζει μεγάλη διακύμανση από χώρα σε χώρα. Από τις ανεπτυγμένες χώρες υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών παρουσιάζονται στη Σκανδιναβία, στην Ελβετία, την Αυστρία, την Ουγγαρία και γενικά τις κεντρο – ανατολικές ευρωπαϊκές χώρες. Οι αυτοκτονίες είναι επίσης συχνές και σχετίζονται με πολιτισμικά και τελετουργικά χαρακτηριστικά σε χώρες της Ν.Α. Ασίας, την Κεϋλάνη κ.ο.κ. Οι άνδρες αυτοκτονούν 3 φορές συχνότερα από τις γυναίκες, ενώ οι γυναίκες αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν 4 φορές συχνότερα. Οι αυτοκτονίες, τέλος, είναι συχνότερες είτε στις νεαρές ηλικίες (15 – 25) είτε στις γεροντικές (μετά τα 75). Οι αυτοκτονίες, αντίθετα με τα όσα λέγονται, **δε συνοδεύονται πάντα από κάποια ψυχική διαταραχή**. Υπάρχουν για παράδειγμα κοινωνικές δομές και οργανώσεις ή ρόλοι σε διάφορους κοινωνικούς σχηματισμούς, οι οποίοι έως και επιβάλλουν την αυτοκτονία ως μόνη ηθικά αποδεκτή ή μόνη τιμητική διέξοδο για το άτομο (π.χ. το χαρακίρι, τα φαινόμενα καμικάζι, οι αυτο - εμπρησμοί διαμαρτυρίας κ.ο.κ.). Οι ψυχικές διαταραχές από την άλλη οι οποίες μπορεί να συνδέονται με αυτοκτονική συμπεριφορά ποι-

κίλουν. Η κατάθλιψη είναι μια μόνο από τις πολλές πιθανές αιτίες της αυτοκτονίας και όχι η αποκλειστική. Αυτοκτονιά παρουσιάζουν, επίσης, ως επιπλοκή η σχιζοφρένεια και οι άλλες ψυχώσεις, οι διαταραχές προσωπικότητας (οι πιο «θεαματικές» δημόσιες αυτοκτονίες οφείλονται συνήθως σε διαταραχές προσωπικότητας), η διαταραχή της προσαρμογής σε τραυματικά γεγονότα ή ψυχοπιεστικές καταστάσεις και πολλές άλλες. Από νομικής, τώρα, σκοπιάς ο περιορισμός και η ψυχιατρική νοσηλεία των αυτοκτονικών αρρώστων θεωρείται επιτρεπτός, μόνο όταν κάποια ψυχική διαταραχή έχει επηρεάσει τη δυνατότητά τους να κρίνουν και να παίρνουν αποφάσεις. Ο νομοθέτης, δηλαδή, κρίνει ότι σε αυτές τις περιπτώσεις το άτομο δεν μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστο, όσον αφορά τις αποφάσεις του, επειδή η κρίση του επηρεάζεται από κάποια ψυχική νόσο, και ως εκ τούτου, επιτρέπει την παραβίαση ενός νόμιμου αγαθού (της ελευθερίας του ίδιου του αρρώστου), προκειμένου να διαφυλαχθεί ένα σημαντικότερο, η ίδια η διατήρησή του στη ζωή.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

- ♦ Η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών έχει σημειώσει μεγάλες προόδους κατά τη διάρκεια του εικοστού αιώνα.
- ♦ Περιλαμβάνει τα ψυχοφάρμακα, τις ψυχοθεραπείες, την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, την ψυχιατρική νοσηλεία, την επανένταξη των ψυχικά ασθενών.
- ♦ Όσον αφορά στα ψυχοφάρμακα, οι σημαντικότερες κατηγορίες τους είναι τα νευροληπτικά, τα αντικαταθλιπτικά, τα αγχολυτικά και τα θυμοσταθεροποιητικά φάρμακα.
- ♦ Οι διάφορες ψυχοθεραπείες, που πλέον ξεπερνούν τα 300 διαφορετικά είδη, διακρίνονται ανάλογα με τις βασικές ψυχολογικές αντιλήψεις κάθε σχολής.
- ♦ Οι σημαντικότερες ψυχολογικές και ψυχοθεραπευτικές σχολές είναι η Ψυχαναλυτική ή Ψυχοδυναμική Σχολή, η Συμπεριφορική Σχολή, η Γνωσιακή και η Συστημική Σχολή.
- ♦ Οι ψυχιατρικές νοσηλείες, τέλος, διακρίνονται σε εκούσιες και ακούσιες, οι οποίες πραγματοποιούνται σε ανοικτά ή κλειστά ψυχιατρικά τμήματα αντίστοιχα.

### *Ερωτήσεις*

1. Γιατί συνήθως μαζί με τα νευροληπτικά συγχορηγούνται και αντιπαρκινσονικά;
2. Ποιες είναι οι κυριότερες κατηγορίες ψυχοφαρμάκων;
3. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία γίνεται υπό αναισθησία: Σωστό ή Λάθος;
4. Σε κάθε υποτροπή ψυχικής νόσου ο ασθενής πρέπει να νοσηλεύεται: Σωστό ή Λάθος;
5. Σύμφωνα με την Φροϋδική θεωρία, η ψυχική ενέργεια είναι ανεξάντλητη: Σωστό ή Λάθος;
6. Ο καρκινοπαθής που αρνείται να νοσηλευτεί στα τελικά στάδια της νόσου του, είναι οπωσδήποτε ψυχικά άρρωστος: Σωστό ή Λάθος;
7. Όλοι όσοι αυτοκτονούν δεν είναι οπωσδήποτε ψυχικά άρρωστοι: Σωστό ή Λάθος;

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## A. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ♦ Ελληνική

- Βλάχος, Ι.** *Κεντρικό Νευρικό Σύστημα*, εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα 1985.
- I.C.D.-10** *Ταξινόμηση ψυχικών διαταραχών και διαταραχών συμπεριφοράς*, εκδ. Π.Ο.Υ.- βήτα ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα 1993.
- Μάνος, Ν.** *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, εκδ. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997.
- Μπαλογιάννης, Σ. (συντ.)** *Διαταραχές μνήμης – προσοχής*, πρακτικά συμποσίου Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, Αθήνα 1995.
- Ουλής, Π.** *Στοιχεία ψυχιατρικής σημειολογίας*, εκδ. Ζεβελεκάκη, Αθήνα, 1996.
- Παπαγεωργίου και συν.  
Σκαρπαλέζου, Σ.- Μαλιάρα, Σ.** *Νευρολογία τ. Α-Β*, εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα 1992.  
*Μαθήματα Νευρολογίας*, εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα 1974.
- Σολδάτος, Κ. (συντ.)** *Διαταραχές του ύπνου*, πρακτικά συμποσίου Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, Αθήνα 1993.
- Σολδάτος, Κ. (συντ.)** *Διαταραχή πανικού*, πρακτικά συμποσίου Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, Αθήνα 1997.
- Στεφανής και συν.** *Θέματα Ψυχιατρικής*, εκδ. Συμμετρία, Αθήνα, 1990.
- Στεφανής, Κ.** *Μαθήματα Ψυχιατρικής*, εκδ. Συμμετρία, Αθήνα 1990.
- Τριανταφύλλου, Ν.  
Χαρτοκόλλης, Π.** *Επιληψία*, εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1995.  
*Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα 1989.
- Χριστοδούλου, Γ. (συντ.)** *Κατάθλιψη*, πρακτικά συμποσίου Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, Αθήνα 1996.

### ♦ Ξένη

- Altschul, A.-Simpson, R.** *Ψυχιατρική νοσηλευτική*, εκδ. Ψυχιατρ. Νοσοκ. Θεσ/νίκης, Θεσσαλονίκη 1988.
- A.M.A., D.S.M. – IV** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> ed.*, A.M.A. Washington 1994.
- Bazire S.** *Psychotropic drug directory 1997*, Quay books, Somerset 1997.
- Devinsky, O.** *Behavioral Neurology*, Edward Arnold, London 1992.
- Gabbard, G.** *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*, American Psychiatric Press, Washington 1994.
- Gray, H.** *Anatomy*, Galley Press, New York 1988.

|   |   |
|---|---|
| <b>Halaris, A. (ed.)</b>                      | <i>Sexual dysfunction, Bailliere's clinical psychiatry, Vol.3/1, London 1997.</i>   |
| <b>Hyman, S.- Tesar, G. (eds.)</b>            | <i>Manual of psychiatric emergencies, 3d ed., Little, Brown and co., Boston 1994.</i>   |
| <b>Kaplan, H.- Sadock, B.</b>                 | <i>Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Φαρμακοθεραπείας, εκδ. Βαγιονάκη, Αθήνα 1996.</i>   |
| <b>Kaplan, H.-Sadock, B.(eds.)</b>            | <i>Synopsis of Psychiatry, 8th ed., Williams and Wilkins, Baltimore 1998.</i>   |
| <b>Laplanche, J.- Pontalis, J.-B.</b>         | <i>Λεξιλόγιο της ψυχανάλυσης, εκδ. Κέδρος, Αθήνα 1986.</i>  |
| <b>Lindsay, K. – Bone, I. – Callander, R.</b> | <i>Neurology and Neurosurgery Illustrated, Churchill Livingstone, Edinburgh – London – Melbourne and N. York, 1991.</i>           |
| <b>Nutt, J.- Hammerstad, J. - Gancher, S.</b> | <i>Parkinson's disease, Edward Arnold, London 1991.</i>   |
| <b>Snell, R.</b>                              | <i>Clinical Neuroanatomy for Medical Students, 3<sup>rd</sup> Edition, Little, Brown and Co, Boston – Toronto – London, 1992.</i> |
| <b>Spillane, J.- Spillane, J.</b>             | <i>An atlas of clinical neurology, Oxford University Press, Oxford 1982.</i>  |
| <b>Tyrer, P.- Stein, G.</b>                   | <i>Personality disorder reviewed, Gaskell, London 1993.</i>   |
| <b>Walton J.</b>                              | <i>Νευρολογία 5η εκδ., εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1984.</i>   |
| <b>Yatsu, F.- Grotta, J.- Pettigrew, L.</b>   | <i>Stroke, Edward Arnold, London, 1991.</i>   |



## Β. ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

### ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ

#### ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ: ΠΡΩΤΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ

1. Με το νευρικό σύστημα ο οργανισμός αισθάνεται το περιβάλλον του και αντιδρά κατάλληλα σε αυτό.
2. Ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός.
3. Νευρικά κύτταρα (νευρώνες) και νευρογλοιακά κύτταρα.
4. Γιατί όλες οι νευρικές οδοί (δηλαδή οι διασυνδέσεις μεταξύ εγκεφάλου – νωτιαίου μυελού – περιφερικών νεύρων) χιάζονται (δηλαδή περνούν απέναντι σε κάποιο σημείο της διαδρομής τους).
5. Διαταραχή στην ισορροπία και στο συντονισμό των κινήσεων του σώματος.
6. Α. Λάθος (Τα νευρικά κύτταρα δεν αναπαράγονται).  
Β. Σωστό.  
Γ. Λάθος (Ανήκει στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα).  
Δ. Λάθος (Συνδέονται στη βάση του κρανίου).  
Ε. Λάθος (Άλλα είναι αισθητικά, άλλα κινητικά και άλλα μεικτά).  
Στ. Σωστό.

#### • ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΠΡΩΤΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ

1. Η ταυτόχρονη λειτουργία και των δύο ματιών είναι απαραίτητη για την στερεοσκοπική όραση (την αίσθηση του “βάθους”, των αποστάσεων και των τριών διαστάσεων του χώρου). Άνθρωποι με τυφλό το ένα μάτι δεν μπορούν να εκτιμήσουν καλά τις αποστάσεις μεταξύ των αντικειμένων, γι’ αυτό και απαγορεύεται να οδηγούν. Η ταυτόχρονη λειτουργία και των δύο αυτιών είναι απαραίτητη για την στερεοφωνική ακοή, δηλαδή την εκτίμηση της κατεύθυνσης από την οποία προέρχονται οι ήχοι.
2. Το μέγεθος του εγκεφάλου δεν έχει καμία σχέση με την ευφυΐα και τις άλλες πνευματικές ικανότητες. Υπερβολικά μεγάλοι εγκέφαλοι συνήθως ανήκουν σε πνευματικά καθυστερημένα άτομα.

## ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ

1. Ένας ασθενής βρίσκεται σε κώμα όταν δεν ανοίγει τα μάτια του, δεν έχει κατανοητή ομιλία και δεν εκτελεί απλές εντολές με τις κινήσεις του. Στον κωματώδη ασθενή ιδιαίτερη σημασία έχουν ο έλεγχος (και πιθανά η υποστήριξη) της αναπνοής καθώς και η γρήγορη διάγνωση της πάθησης (αν δεν είναι ήδη γνωστή).
2. Στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο.
3. Η πλήρης κατάργηση της κινητικότητας των κάτω άκρων (ποδιών).
4. Η αξονική τομογραφία (CT), η μαγνητική τομογραφία (MR) και η ψηφιακή αγγειογραφία (DSA).
5. Σε ασθενείς με επιληπτικές κρίσεις.
6. Γιατί στους ενήλικες ο νωτιαίος μυελός τελειώνει προς τα κάτω στο ύψος του 2ου οσφυϊκού σπονδύλου, ενώ ο μηνιγγικός σάκος με το εγκεφαλονωτιαίο υγρό συνεχίζεται μέχρι το ιερό οστό. Έτσι, αν η παρακέντηση γίνει στην οσφυϊκή μοίρα, δεν υπάρχει κίνδυνος τραυματισμού του νωτιαίου μυελού.

### • ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ

1. Διαταραχές όρασης χωρίς οφθαλμολογική πάθηση μπορεί να υποκρύπτουν κάποια νευρολογική νόσο. Η φίλη σας πρέπει οπωσδήποτε να επισκεφθεί νευρολόγο ή νευροχειρουργό, όπως κατά πάσα πιθανότητα την έχει ήδη συμβουλευσει ο οφθαλμίατρός της.
2. Αν κάποια από τις δύο αυτές εξετάσεις κρίνεται απολύτως απαραίτητη θα πρέπει να γίνεται, γιατί σε κάθε περίπτωση προέχει η υγεία της γυναίκας. Πάντως, η ασθενής και η οικογένειά της θα πρέπει να ενημερώνονται για τα εξής:
  - η αξονική τομογραφία έχει ακτίνες X, γι' αυτό δυνητικά είναι επικίνδυνη για την ανάπτυξη του εμβρύου ειδικά στο πρώτο τρίμηνο της κύησης.
  - η μαγνητική τομογραφία δεν έχει ακτινοβολίες, όμως δεν είναι αποδεδειγμένα ασφαλής για το έμβρυο, γι' αυτό δεν πρέπει να γίνεται χωρίς σοβαρό λόγο.

## **ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

1. Τα τροχαία ατυχήματα.
2. Είναι η διάχυτη εγκεφαλική κάκωση που χαρακτηρίζεται από απώλεια αισθήσεων για κάποιο χρονικό διάστημα μετά τον τραυματισμό, με συνέπεια ο τραυματίας να παρουσιάζει κάποιο κενό μνήμης είτε όσον αφορά τον ίδιο τον τραυματισμό είτε τα γεγονότα πριν ή μετά από αυτόν.
3. Βεβαίως.
4. Όταν ο τραυματίας βρίσκεται σε κώμα, δηλαδή έχει κλειστά τα μάτια, δε μιλάει κατανοητά και δεν εκτελεί απλές εντολές με τις κινήσεις του.
5. Έχουν, κατά σειρά, στόχο: α. Τη διατήρηση ανοιχτών των αεροφόρων οδών β. Την υποστήριξη της αναπνοής γ. Την υποστήριξη της κυκλοφορίας του αίματος.
6. Η αξονική τομογραφία (CT) εγκεφάλου.
7. Επιβάλλεται αυστηρά η πλήρης ακινητοποίηση της σπονδυλικής στήλης κατά τη μεταφορά του ασθενούς, με ειδικούς νάρθηκες και φορεία.

## **• ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

1. Στο δίκυκλο κινδυνεύει περισσότερο αυτός που κάθεται πίσω και στο ΙΧ αυτοκίνητο ο συνοδηγός.
2. Ρινόρροια είναι η εκροή εγκεφαλονωτιαίου υγρού μέσα από τη μύτη (ρινική κοιλότητα). Ρινορραγία είναι η εκροή αίματος και καταρροή ή εκροή βλέννας (μύξας) μέσα από τη μύτη.

## **ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΤΕΤΑΡΤΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

1. Συνήθως οφείλεται σε **αγγειακή πάθηση**.
2. Είναι κατά σειρά η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι καρδιοπάθειες, η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών, η παχυσαρκία, το κάπνισμα, καθώς και κληρονομικοί παράγοντες.
3. Χωρίζονται σε **ισχαιμικά** εγκεφαλικά επεισόδια και σε **αιμορραγικά** εγκεφαλικά επεισόδια.
4. **Ισχαιμικό έμφρακτο** είναι η περιοχή του εγκεφάλου που έχει υποστεί βλάβη μετά από ένα ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο.

**Αυτόματο ενδεγκεφαλικό αιμάτωμα** είναι η μάζα αίματος που έχει χυθεί μέσα στον εγκέφαλο μετά από ένα αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο.

**5.** Αυτό που περιγράφει ο ασθενής πιθανότατα είναι **παροδική ισχαιμική προσβολή** που οφείλεται σε στένωση κάποιας μεγάλης αρτηρίας του εγκεφάλου και αποτελεί πρόδρομο σύμπτωμα επερχόμενου σοβαρού ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου. Ο ασθενής πρέπει άμεσα να επισκεφθεί γιατρό και να υποβληθεί σε πλήρη παρακλινικό έλεγχο ο οποίος πρέπει να περιλαμβάνει υπερηχογράφημα αγγείων τραχήλου.

**6.** Προσβάλλουν όλες ανεξαιρέτα τις ηλικίες, δεν συνοδεύονται απαραίτητα από προδιαθεσικούς παράγοντες ούτε από γενικευμένη αγγειακή νόσο, η θεραπεία τους είναι συνήθως χειρουργική και είναι καταστάσεις από τη μια πολύ σοβαρές και από την άλλη δυνητικά ιάσιμες (θεραπεύσιμες).

**7.** Η φίλη σας πιθανά έχει υποστεί **υπαραχνοειδή αιμορραγία** λόγω ρήξης εγκεφαλικού ανευρύσματος. Πρέπει επείγως να μεταφερθεί σε μεγάλο νοσοκομείο, στο οποίο να υπάρχει νευροχειρουργικό τμήμα.

**8.** Α-5, β-1, γ-6, δ-2, ε-3, στ-4.

**9.** Α: **Λάθος.** Προσβάλλει όλες τις ηλικίες.

Β: **Σωστό.**

Γ: **Σωστό.**

Δ: **Λάθος.** Πολλές φορές οι ασθενείς με ενδεγκεφαλικό αιμάτωμα στο εγκεφαλικό στέλεχος ή/και την παρεγκεφαλίδα χρειάζεται να υποβληθούν σε επείγουσα χειρουργική αφαίρεση του αιματώματος, γιατί η πίεση που ασκεί το αιμάτωμα βάζει σε κίνδυνο τη ζωή τους.

#### **• ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΤΕΤΑΡΤΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

Η αρτηριακή υπέρταση βλάπτει τα εγκεφαλικά αγγεία αν παραμένει αρρύθμιστη (ή όχι σωστά ρυθμισμένη) για πολλά χρόνια, πράγμα που φαίνεται ότι συμβαίνει στην συγκεκριμένη περίπτωση. Κατά συνέπεια, αυτό που έχει σημασία για όλους τους ασθενείς είναι να ρυθμίζεται σωστά η πίεσή τους σε μόνιμη καθημερινή βάση, ώστε να προλαμβάνονται οι άσχημες συνέπειες, και όχι να "ρίχνουμε" την πίεση με δραστικά μέτρα αν τύχει σε μία μέτρηση να βρεθεί αυξημένη. Ακόμα, ένας ασθενής που έχει υποστεί ισχαιμικό εγκεφαλικό

επεισόδιο και βρίσκεται στην οξεία φάση, έχει ανάγκη από την όσο το δυνατόν καλύτερη αιμάτωση (άρδευση με αίμα) του πάσχοντος εγκεφάλου, πράγμα που μπορεί να εμποδιστεί, αν η πίεσή του πέσει πολύ χαμηλά (π.χ. λόγω κακού υπολογισμού της δόσης των ενδοφλέβιων αντιυπερτασικών φαρμάκων). Άρα δίκιο έχει ο δεύτερος γιατρός.

### **ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΠΕΜΠΤΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

1. Μηνιγγίτιδα είναι η φλεγμονή των μηνίγγων, εγκεφαλίτιδα είναι η φλεγμονή του εγκεφάλου.
2. Ο αιμόφιλος της ινφλουένζας (στα παιδιά), ο πνευμονιόκοκκος και ο μηνιγγιτιδόκοκκος (στα παιδιά και στους ενήλικες). Σπανιότερα ο στρεπτόκοκκος, ο σταφυλόκοκκος και η λιστέρια.
3. Πυρετός, κεφαλαλγία και αυχενική δυσκαμψία.
4. Με την οσφουονωτιαία παρακέντηση και την εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY) από τη μια γίνεται η διάγνωση και από την άλλη επιλέγεται η κατάλληλη αντιμικροβιακή φαρμακευτική αγωγή (αντιβίωση).
5. Με οσφουονωτιαία παρακέντηση και εξέταση του ENY.
6. Είναι άριστη.
7. Μεταδίδεται είτε με την σεξουαλική επαφή ("επίκτητη" σύφιλη) είτε από τη μητέρα στο νεογνό ("συγγενής" σύφιλη).
8. Η συχνότερη νευρολογική της εκδήλωση είναι η οξεία συφιλιδική μηνιγγίτιδα.
9. Ο ιός της παρωτίτιδας, ο ιός του απλού έρπητα τύπου I και ο ιός ανεμευλογιάς - έρπητα ζωστήρα.
10. Είναι η σπογγώδης εγκεφαλοπάθεια των βοοειδών που οφείλεται σε έναν "προϊό".
11. Ο ιός ανεμευλογιάς - έρπητα ζωστήρα.
12. Με τη σεξουαλική επαφή, με την κοινή χρήση βελόνων / συριγγών από τοξικομανείς, από τη μητέρα (ασθενή ή φορέα) στο νεογνό και παλιότερα από μετάγγιση αίματος.
13. Η χρήση ελαστικού προφυλακτικού σε όλες τις σεξουαλικές επαφές.

### **• ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΠΕΜΠΤΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

- Με καμία. Το AIDS εδώ και πολλά χρόνια αφορά τόσο τους ετεροφυλόφιλους όσο και τους ομοφυλόφιλους. Η Άννα

μπορεί να είναι σίγουρη για τον εαυτό της, όμως με κανέναν τρόπο δεν μπορεί να είναι απόλυτα σίγουρη για το σύντροφό της. Εξ' άλλου, τα μέτρα αντισύλληψης δεν πρέπει να συγχέονται με τα μέτρα προφύλαξης για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Η χρήση ελαστικού προφυλακτικού είναι η καλύτερη λύση και για τα δύο προβλήματα. Οι προτάσεις της Φωτεινής είναι από τη μια απάνθρωπες και από την άλλη αναποτελεσματικές, αφού δεν αποτρέπουν π.χ. την συνεχιζόμενη "εισαγωγή" της νόσου από το εξωτερικό (εκτός και αν επιπρόσθετα απαγορευτούν όλα τα ταξίδια ξένων στην Ελλάδα και Ελλήνων στο εξωτερικό !!). Η σκληρή αλήθεια είναι ότι μέχρι σήμερα "μαγική" λύση στο πρόβλημα δεν έχει βρεθεί, και το μόνο που έχει αποτέλεσμα είναι η σωστή επιστημονική ενημέρωση του πληθυσμού -και ειδικά της νεολαίας- για αποτελεσματική πρόληψη.

### **ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΕΚΤΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

1. Όγκος είναι μια μάζα από παθολογικά κύτταρα που πολλαπλασιάζονται υπερβολικά γρήγορα σε βάρος των φυσιολογικών ιστών.

Καλοήθεις λέγονται οι όγκοι που απωθούν τους γύρω ιστούς χωρίς να τους διηθούν και που δεν δίνουν μεταστάσεις.

Κακοήθεις λέγονται οι όγκοι που διηθούν τους γύρω ιστούς και που δίνουν μεταστάσεις.

2. Το μηνιγγίωμα, το ακουστικό νευρίνωμα και το αδένωμα της υπόφυσης.

3. Το κακόηθες αστροκύτωμα.

4. Το παιδικό αστροκύτωμα συνήθως αναπτύσσεται στην παρεγκεφαλίδα και είναι καλόηθες. Το αστροκύτωμα των ενηλίκων συνήθως αναπτύσσεται στα εγκεφαλικά ημισφαίρια και είναι κακόηθες.

5. Η αξονική και η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου.

6. Να κάνει οπωσδήποτε τις εξετάσεις γιατί πιθανά πάσχει από ακουστικό νευρίνωμα.

7. Το πιο πιθανό είναι ότι η φίλη σας είναι έγκυος. Αν αυτό δε συμβαίνει, τότε υπάρχει περίπτωση να πάσχει από αδένωμα υπόφυσης που υπερεκκρίνει προλακτίνη.

8. Είναι πρωτοπαθής κακοήθης ενδοκρανιακός όγκος της παιδικής ηλικίας που αναπτύσσεται στην παρεγκεφαλίδα και εκδηλώνεται με αστάθεια βάδισης.
9. Το μηνιγγίωμα και το νευρίνωμα.
10. Οι μεταστατικοί όγκοι της σπονδυλικής στήλης.
11. Παραπάρεση ή παραπληγία (μερική ή πλήρης μυϊκή αδυναμία στα πόδια), διαταραχή της αισθητικότητας στα πόδια και στο κάτω μέρος του κορμού και διαταραχές στην ούρηση. Επίσης, τοπικό άλγος (πόνος).

#### **• ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΕΚΤΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

1. Ένας όγκος αποτελείται από κύτταρα που αναπαράγονται (πολλαπλασιάζονται) υπερβολικά γρήγορα. Τα νευρικά κύτταρα (νευρώνες) δεν αναπαράγονται (δες προηγούμενη θεματική ενότητα) γι' αυτό και πολύ σπάνια προκαλούν την ανάπτυξη όγκων.
2. Όχι. Οι πρωτοπαθείς κακοήθεις όγκοι του νευρικού συστήματος σχεδόν ποτέ δε δίνουν μεταστάσεις έξω από το νευρικό σύστημα.

#### **ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΕΒΔΟΜΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

1. Αιφνίδια, έντονη, ασυνήθιστη αυχενοϊνιακή κεφαλαλγία που συνοδεύεται από εμέτους και πιθανά από πτώση επιπέδου συνείδησης και ημιπάρεση.
2. Α. Λάθος. Είναι πάρα πολύ συχνή.  
Β. Σωστό.  
Γ. Λάθος. Μπορεί να οφείλεται σε σοβαρή πάθηση (π.χ. ενδοκρανιακό όγκο).
3. Στα νεογνά μεταβολικές διαταραχές, συγγενή νοσήματα, λοιμώξεις, τραυματισμοί κατά τον τοκετό και εγκεφαλικές αιμορραγίες. Στα βρέφη και στα παιδιά συγγενή νοσήματα, λοιμώξεις, αγγειακές δυσπλασίες και τραυματισμοί. Στους ενήλικες τραυματισμοί, όγκοι, αγγειακές δυσπλασίες, λοιμώξεις και απότομη διακοπή αλκοόλ από αλκοολικούς.
4. Στο 70% των περιπτώσεων οι κρίσεις σταματούν στην εφηβεία. Στο 30% των περιπτώσεων οι κρίσεις στην εφηβεία αλλάζουν χαρακτήρα και παίρνουν τη μορφή τονικοκλωνικών σπασμών.

5. Είναι συμπτωματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από διαταραχή στην κυκλοφορία του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY).
6. Αρχικά με μεγάλη αύξηση των διαστάσεων του κρανίου, με διάταση των επιφανειακών φλεβών της κεφαλής και με μόνιμη στροφή του βλέμματος προς τα κάτω. Αργότερα με πτώση του επιπέδου συνείδησης και εμέτους. Τελικά με καθυστέρηση στη σωματική και διανοητική ανάπτυξη.
7. Τρόμος, δυσκαμψία και βραδυκινησία.
8. Είναι χαρακτηριστική εκδήλωση της νόσου του Parkinson που οφείλεται στη βραδυκινησία των μιμικών μυών του προσώπου, λόγω της οποίας το πρόσωπο γίνεται ανέκφραστο.
9. Κακή. Αποτελεσματική θεραπεία δεν υπάρχει και ο θάνατος επέρχεται 10 - 12 χρόνια μετά την πρώτη εκδήλωση.
10. Α. Λάθος. Συνήθως έχουν φυσιολογική ευφυΐα.  
 Β. Σωστό.  
 Γ. Σωστό.

#### **• ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΕΒΔΟΜΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

▪ Καταρχήν θα της πείτε να ηρεμήσει. Η υπέρταση πολύ σπάνια δημιουργεί προβλήματα αν βρεθεί ψηλή σε μια μετρηση, όμως δημιουργεί σοβαρά προβλήματα αν μένει αρρυθμιστή για χρόνια. Επίσης, πολύ σπάνια η ψηλή πίεση προκαλεί κεφαλαλγία. Συνήθως συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο: η κεφαλαλγία (όπως και κάθε πόνος) οποιασδήποτε αιτιολογίας προκαλεί παροδική αύξηση της πίεσης. Η συγγενής σας πρέπει να επισκεφθεί επειγόντως γιατρό μόνο αν η κεφαλαλγία δημιουργεί υποψίες για κάποια σοβαρή πάθηση (ξεκίνησε τελείως ξαφνικά, συνοδεύεται από υψηλό πυρετό, εμέτους, αδυναμία στη μια πλευρά του σώματος κλπ).

#### **ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΟΓΔΟΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

1. Είναι βιολογική ουσία από την οποία σχηματίζονται τα έλυτρα (περιβλήματα) των νευρικών ινών μέσα στο ΚΝΣ.



2. Περιλαμβάνει μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού, οπτικά προκλητά δυναμικά και οσφουνοτιαία παρακέντηση- εξέταση του ΕΝΥ για ειδικά αντισώματα.
3. Σε νέους ενήλικες (20-40 ετών).
4. Είναι οι χαρακτηριστικές βλάβες που προκαλεί η πολλαπλή σκλήρυνση στον εγκέφαλο και στο νωτιαίο μυελό. Είναι διάσπαρτες, έχουν μέγεθος από ένα ως μερικά εκατοστά και χρώμα γκρίζο. Χαρακτηρίζονται από τοπική καταστροφή της μυελίνης.
5. Διαταραχές αισθητικότητας και διαταραχές ούρησης.
6. Είναι η νευροϊνωμάτωση τύπου I και II, η οξώδης σκλήρυνση και η εγκεφαλοτριδυμική αγγειομάτωση.

### **• ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΟΓΔΩΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

- Γιατί στις κοινωνίες αυτές είναι πιο συχνοί οι γάμοι μεταξύ συγγενών (π.χ. εξαδέλφων).

### **ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΕΝΑΤΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

1. Είναι τα "καλώδια" με τα οποία ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός συνδέονται με το υπόλοιπο σώμα.
2. Μετά από σήκωμα μεγάλου βάρους, πτώση ή απότομη κίνηση.
3. Είναι έντονο άλγος στην οσφύ (μέση) και στο ένα από τα δύο κάτω άκρα (πόδια) που μπορεί να οφείλεται σε οξεία κήλη οσφυϊκού μεσοσπονδύλιου δίσκου.
4. Άριστα στο 90-95% των περιπτώσεων.
5. Με νυκτερινό άλγος και αιμωδία στην παλάμη, που αναγκάζει τον ασθενή να κρεμάσει το χέρι του έξω από το κρεβάτι για να ανακουφίζεται.
6. Είναι η οξεία μεταλοιμώδης πολυνευρίτιδα (Guillain-Barré), η διαβητική νευροπάθεια και η καρκινωμάτωση πολυνευροπάθεια.
7. Πιθανά ο ασθενής πάσχει από καρκινωμάτωση πολυνευροπάθεια λόγω καρκίνου πνεύμονα.
8. Όχι. Είναι πολύ σπάνια.

### **• ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΕΝΑΤΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

▪ Στην ιεροκοκκυγική μοίρα της σπονδυλικής στήλης συνήθως δεν υπάρχουν μεσοσπονδύλιοι δίσκοι. Στη θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου είναι πολύ σπάνια, εκδηλώνεται με παραπάρεση λόγω πίεσης του νωτιαίου μυελού και απαιτεί επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση. Στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης η οξεία κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου είναι συχνή. Συνήθως προκαλείται από σήκωμα βάρους, απότομη κίνηση ή τραυματισμό. Εκδηλώνεται είτε μόνο με ριζοπάθεια (άλγος στον αυχένα και στο ένα χέρι, αιμωδία και πιθανά μυϊκή αδυναμία στο χέρι που πονάει) είτε με ριζοπάθεια και μυελοπάθεια (αρχόμενη τετραπάρεση). Με τις σύγχρονες τεχνικές η χειρουργική θεραπεία έχει άριστα αποτελέσματα.

### **ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΠΡΩΤΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

1. Επειδή για λόγους θρησκευτικής δεισιδαιμονίας και άγνοιας θεωρήθηκαν «δαιμονισμένοι».
2. Η θεωρία της Ψυχανάλυσης του Σ. Φρόυντ, η ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων και το ρεύμα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής.
3. Γιατί, επειδή είναι ακόμα άγνωστα τα αίτια των ψυχικών νοσημάτων, η Ψυχιατρική βασίζεται στην κλινική περιγραφή των συμπτωμάτων και το διαχωρισμό της μιας από την άλλη νόσο.
4. Όχι.
5. Βέβαια, αν η πορεία της νόσου του το επιτρέπει.

### **ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

1. Όχι.
2. Όχι.
3. Όχι.
4. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις στις ψυχικές διαταραχές και οι οπτικές στις οργανικές παθήσεις.
5. Όχι.

### **ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

1. Όχι.
2. Όχι.
3. Με την κατάθλιψη.
4. Λάθος.
5. Λόγω της ανακάλυψης και ευρείας εφαρμογής των ψυχοφαρμάκων που προλαμβάνουν την εκδήλωση κατατονικών συμπτωμάτων.

## **ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΤΕΤΑΡΤΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

1. Στη βαρύτητα, την θεραπεία και την πρόγνωση.
2. Όχι.
3. Ναι, στις περισσότερες περιπτώσεις.
4. Για να μην εκδηλωθούν επιπλοκές, όπως η αυτοκτονία, πράξεις βίας, και να μην μεταπέσει σε χρόνια κατάσταση και δυσθυμία.

## **ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΠΕΜΠΤΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

1. Όχι.
2. Με την Αγοραφοβία.
3. Λάθος.
4. Όχι.
5. Η διαταραχή της αντίληψής τους για το «φυσιολογικό» σωματικό βάρος.

## **ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΕΚΤΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

1. Οι Ψυχωτικές και Καταθλιπτικές εκτροπές, η αυτοκτονία και οι πράξεις βίας, η κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, οι συχνές εμπλοκές με το νόμο.
2. Σωστό.
3. Οι διάφορες Ψυχοθεραπείες.
4. Όχι.
5. Όχι.

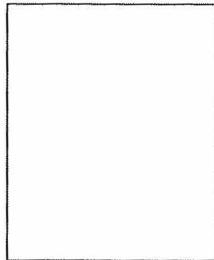
## **ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΕΒΔΟΜΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

1. Λάθος.
2. Λάθος.
3. Βρογχικό Άσθμα, Ρευματοειδής Αρθρίτιδα, Έλκος.
4. Λάθος.
5. Η εξάρτηση από αλκοόλ.
6. Ναι.

### **ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΟΓΔΟΗΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

1. Για να προληφθούν οι νευρολογικές παρενέργειες των νευροληπτικών.
2. Τα νευροληπτικά, τα τρικυκλικά και τα νεότερα αντικαταθλιπτικά, τα αγχολυτικά και τα θυμοσταθεροποιητικά.
3. Σωστό.
4. Λάθος.
5. Λάθος.
6. Σωστό.

Με απόφαση της Ελληνικής Κυβέρνησης τα διδακτικά βιβλία του Δημοτικού, του Γυμνασίου και του Λυκείου τυπώνονται από τον Οργανισμό Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων και διανέμονται δωρεάν στα Δημόσια Σχολεία. Τα βιβλία μπορεί να διατίθενται προς πώληση, όταν φέρουν βιβλιοσημο προς απόδειξη της γνησιότητάς τους. Κάθε αντίτυπο που διατίθεται προς πώληση και δε φέρει βιβλιοσημο θεωρείται κλεψίτυπο και ο παραβάτης διώκεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 7 του Νόμου 1129 της 15/21 Μαρτίου 1946 (ΦΕΚ 1946, 108, Α').



*Απαγορεύεται η αναπαραγωγή οποιουδήποτε τμήματος αυτού του βιβλίου, που καλύπτεται από δικαιώματα (copyright), ή η χρήση του σε οποιαδήποτε μορφή, χωρίς τη γραπτή άδεια του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου.*

