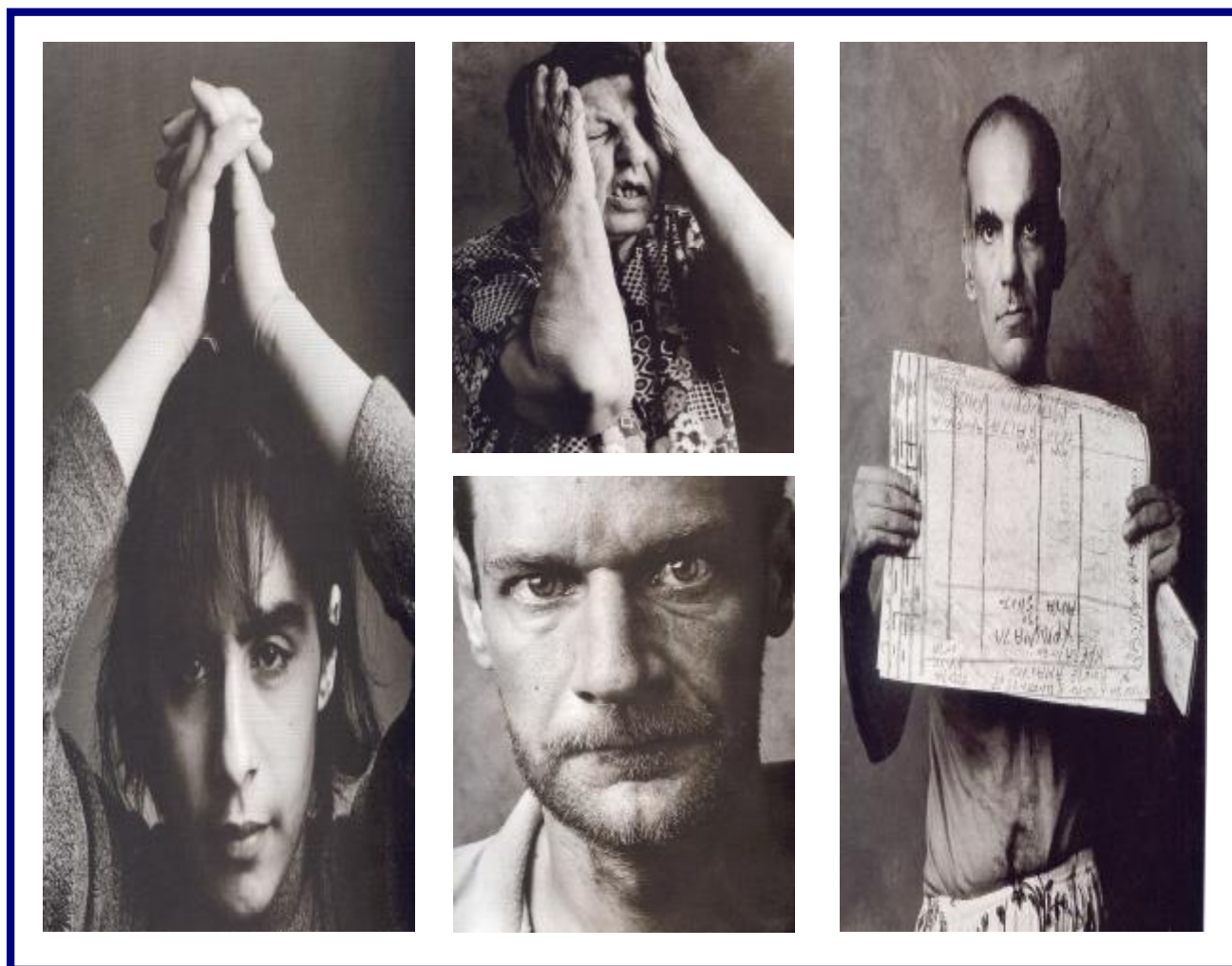




ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

### ***‘ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΒΙΑ: ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ’***



**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:**  
**Dr. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**  
**ΑΝΔΡΙΚΟΥ ΚΑΡΜΕΝ**  
**ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ ΜΑΡΙΑ**

**ΠΑΤΡΑ 2005**

## Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας βοήθησαν και μας συμπαράσταθηκαν στο χρονικό διάστημα που χρειάστηκε για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας. Την καθηγήτρια Παπαδημητρίου Μαρία εισηγήτρια της εργασίας μας, για τις πολύτιμες συμβουλές της και την παρότρυνση της στην ολοκλήρωση της έρευνας. Την ψυχίατρο Μπακαλίδου Κωνσταντίνα για την βοήθειά της στην περίοδο των βιβλιογραφικών μας αναζητήσεων. Την καθηγήτρια της ψυχιατρικής κλινικής του ΠΓΝΠ, Μπεράτη Σταυρούλα, καθώς και την ψυχίατρο Σαρέλλα Τόνια, για την άδεια εισόδου και την βοήθεια που μας προσέφεραν στην ψυχολογική εξέταση των νοσηλευόμενων ψυχασθενών. Την ψυχίατρο Σωτηριάδου Κωνσταντίνα, την νοσηλεύτρια Καραμπέρι Νικολίτσα, και γενικότερα το προσωπικό του Κέντρου Ψυχικής Υγείας 'Αγ. Ανδρέας' για τις εποικοδομητικές τους κριτικές παρατηρήσεις και την χορήγηση άδειας για άμεση άντληση πληροφοριών από τους ίδιους τους νοσηλευόμενους. Το προσωπικό της βιβλιοθήκης του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών, της Ιατρικής σχολής Πατρών, της Δημοτικής βιβλιοθήκης Πατρών, του Παντείου Πανεπιστημίου Αθηνών, καθώς και της Δημοτικής βιβλιοθήκης Πύργου. Επίσης θα θέλαμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας στον πληθυσμό που αποτέλεσε το δείγμα μας κατά την διάρκεια της έρευνάς μας και στους γονείς για την υποστήριξη και την συμπαράσταση που μας έδειξαν όλο αυτό το διάστημα που χρειάστηκε για την ολοκλήρωση της εργασίας μας.

Η μελέτη μας όμως αυτή θα ήταν αδύνατο να πραγματοποιηθεί χωρίς την συμμετοχή των ίδιων των ψυχικά ασθενών, οι οποίοι παρά τη δυσμενή κατάστασή τους, συνεργάστηκαν μαζί μας και υποβλήθηκαν σε όλες τις ψυχολογικές εξετάσεις που απαιτούσε η έρευνα. Σε όλους αυτούς, η αναφορά των οποίων θα γίνει με απόλυτη ανωνυμία, χρωστάμε ένα μεγάλο ευχαριστώ...

*Αφιερώνουμε την εργασία μας στις  
οικογένειες των ασθενών που πάσχουν από  
σχιζοφρένεια.*

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

σελίδα 1

Πρόλογος.	7
Εισαγωγή.	8

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

1.1. Ιστορική αναδρομή.	10
1.2. Ορισμός.	13
1.3. Κλινικά χαρακτηριστικά.	
1.3.1. Προνοσηρά συμπτώματα	14
1.3.2. Νοσηρά συμπτώματα	15
1.3.2.1. Θετικά συμπτώματα	15
Είναι σωστό να αντικρούουμε τα παραληρήματα και τις ψευδαισθήσεις;	24
1.3.2.2. Αρνητικά συμπτώματα	30
1.3.3. Σωματικά ευρήματα	35
1.4. Διαγνωστικά κριτήρια.	
1.4.1. Τα κριτήρια κατά DSM-IV	37
1.4.2. Το οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο	38
1.5. Κλινικοί τύποι.	
1.5.1. Παρανοειδής	40
1.5.2. Κατατονικός	41
1.5.3. Αποδιοργανωμένος (ηβηφρενικός)	44
1.5.4. Υπολλειματικός	45
1.5.5. Αδιαφοροποίητος	45
1.5.6. Απλή σχιζοφρένεια	46
1.5.7. Λανθάνουσα σχιζοφρένεια	46
1.6. Διαφορική διάγνωση.	
1.6.1. Σε παθολογικές/ νευρολογικές καταστάσεις	47
1.6.2. Σε ψυχιατρικές	48

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>Ο</sup>**

2.1. Επιδημιολογία.	
2.1.1. Δημογραφικοί παράγοντες	50
2.1.2. Παράγοντες επικινδυνότητας	52
<i>Το αλκοόλ μπορεί να αποτρέψει τη σχιζοφρένεια;</i>	54
2.2. Πορεία και πρόγνωση.	
2.2.1. Κλινική εικόνα και πορεία	55
2.2.2. Υποτροπές της σχιζοφρένειας	58
2.2.3. Πρόγνωση	61
2.3. Αιτιολογία.	
2.3.1. Γενετικές επιδράσεις	64
2.3.2. Νευρολογικές-Βιοχημικές	71
<i>Ίσως η σχιζοφρένεια να μην είναι μόνο ψυχική νόσος</i>	78
2.3.3. Επιδράσεις περιβάλλοντος	79

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>Ο</sup>**

3.1. Θεραπεία.	
3.1.1. Βιολογικές	81
3.1.2. Ψυχοκοινωνικές	90
3.1.3. Διαπολιτισμικές	95
<i>When the music's over .My journey into schizophrenia</i>	96
<i>Υγεία – ένα ποτό κατά της σχιζοφρένειας</i>	97
3.1.4. Πρόληψη	98
3.2. Νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις.	
3.2.1. Θέση νοσηλεύτη	99
3.2.2. Νοσηλευτική διεργασία	99

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>Ο</sup>**

4.1 Βία, Επιθετικότητα, Έγκλημα.	
4.1.1. Τι είναι;	103
4.1.2. Παράγοντες που συντελούν στην εκδήλωση τους	103
4.1.3. Συσχέτιση τους με ψυχιατρικές διαταραχές	104
4.1.4. Σχιζοφρένεια και βίαιη συμπεριφορά	105
4.1.4.1. Η άποψη που επικρατεί.	106
4.1.4.2. Το πρόβλημα του εγκλεισμού	107
4.1.4.3. Χαρακτηριστικά εγκληματιών σχιζοφρενών (εγκληματο-γένεση)	109

4.1.4.4. Ο ανθρωποκτόνος σχιζοφρενής	111
4.1.4.5. Ο ρόλος των παραληρητικών ιδεών και των ψευδαισθήσεων	113
4.1.4.6. Αυτοκτονία	115
4.1.4.7. Νομική αντιμετώπιση	116
4.1.4.8. Θεώρηση του εγκλήματος από τον ίδιο τον ασθενή	121
4.2. Στίγμα.	
4.2.1. Τι είναι;	123
4.2.2. Αίτια	124
4.2.3. Προτάσεις καταπολέμησης του	126
4.2.4. Συμπεράσματα	127
4.3. Μια τελευταία λέξη.	128

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

1. Υλικό και μέθοδος.	130
2. Αποτελέσματα.	132
3. Συζήτηση.	159
4. Συμπεράσματα - προτάσεις.	161
5. Περίληψη.	162

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

Α' μέρος	164
Β' μέρος	166
Γ' μέρος	170

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία μας αυτή αναφέρεται στα οριακά φαινόμενα της βίας και της σχιζοφρένειας, των οποίων την ορολογία χρησιμοποιούμε κατά κόρον στην καθημερινή μας ομιλία χωρίς να γνωρίζουμε όμως τις πραγματικές τους διαστάσεις καθώς και εάν ή πόσο αυτές σχετίζονται μεταξύ τους. Εμείς θα επιχειρήσουμε να βρούμε αυτή τη σχέση ξεινώντας από τον προσδιορισμό του ίδιου του σχιζοφρενή στα πραγματικά ανθρώπινα του πλαίσια και να αναλύσουμε με ποιόν τρόπο του δόθηκε ο χαρακτηρισμός αυτός, από ποιον, τι σημαίνει για εκείνους που του τον έδωσαν καθώς και για τον ίδιο που τον έχει υποστεί.

Τι είναι όμως τελικά η σχιζοφρένεια; Είναι μια παθολογική οντότητα, ένα σύνδρομο ή μήπως μια ανθρώπινη αντίδραση που υποδηλώνει αδυναμία του ατόμου να προσαρμοστεί σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό περιβάλλον;

Θα λέγαμε τελικά ότι είναι μια ψυχική ασθένεια η οποία, μεταγλωττισμένη σε λαϊκής χρήσης όρους, έχει υποστεί την μεγαλύτερη εννοιολογική αλλοίωση, τη μεγαλύτερη διαστρόφη της πραγματικής της εικόνας και τον ευτελέστερο και ανελέητο κοινωνικό στιγματισμό. Μια ασθένεια που γεννάει στο κοινωνικό σύνολο άγνοια, ερωτηματικά και προκαταλήψεις καθώς και έναν αρχέγονο φόβο που πηγάζει από τον μύθο που θέλει να ταυτίζει τον σχιζοφρενή με ένα εν δυνάμει εγκληματικό άτομο.

Δεν θα αρνηθούμε πως η ψυχική εξαθλίωση μπορεί να πάρει τη μορφή της ψύχωσης, της μανίας ή ακόμα και της εγκληματικότητας. Απλώς θα δείξουμε πως ο φόβος αυτός απορρέει από την 'απροβλεψιμότητα' και το 'ανεξέλεγκτο' της συμπεριφοράς του και πως η εκδήλωση βίας ή επιθετικότητας δεν είναι απαραίτητα συνυφασμένα με την ύπαρξη της ψυχικής αυτής ασθένειας.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

‘Σχιζοφρένεια’ είναι ο όρος που χρησιμοποιείται στην Ψυχιατρική για να περιγράψει μια ιδιαίτερα περίπλοκη κατάσταση, ίσως την πιο χρόνια και αναπηρική από τις σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Παρόλο που της έχει αποδοθεί ο χαρακτηρισμός της ενιαίας διαταραχής, στην πραγματικότητα πρόκειται για μια ομάδα διαταραχών με διαφορετικές αιτιολογίες. Έτσι, λόγω της πολυπλοκότητας αυτής που τη διακρίνει, λίγες μόνο από τις γενικεύσεις σχετικά με αυτή ισχύουν για όλους τους ανθρώπους που διαγιγνώσκονται με σχιζοφρένεια. Το σημαντικότερο χαρακτηριστικό της είναι ότι το άτομο χάνει την επαφή με την πραγματικότητα ή δεν μπορεί να ξεχωρίσει τις πραγματικές από τις μη πραγματικές εμπειρίες του, με αποτέλεσμα να επηρεάζονται όλες οι πνευματικές, σωματικές και ψυχικές λειτουργίες του ατόμου...

*Ξαφνικά, τα πράγματα άρχισαν να μην πηγαίνουν και τόσο καλά. Άρχισα να χάνω τον έλεγχο της ζωής μου και κυρίως τον εαυτό μου. Δεν μπορούσα να συγκεντρωθώ στα μαθήματα μου, δεν μπορούσα να κοιμηθώ και όταν τελικά το έκανα ονειρευόμουν τον θάνατο. Φοβόμουν να πάω για μάθημα γιατί φανταζόμουν πως ο κόσμος μίλαγε για μένα και σαν να μην έφτανε μόνο αυτό, άκουγα φωνές. Τηλεφώνησα στην μητέρα μου στο Pittsburgh και ζήτησα τη συμβουλή της. Μου είπε να φύγω από την Πανεπιστημιούπολη και να μετακομίσω στο διαμέρισμα της αδερφής μου. Αφού μετακόμισα εκεί τα πράγματα χειροτέρευαν. Φοβόμουν να βγω έξω και όταν κοιτούσα από το παράθυρο, μου φαινόταν πως όλοι έξω ούρλιαζαν «σκότωσε τη, σκότωσε τη». Η αδερφή μου με ανάγκαζε να πηγαίνω στη σχολή κι εγώ έφευγα από το σπίτι και γυρνούσα μόνο όταν σιγουρευόμουν ότι έχει πάει για δουλειά. Τα πράγματα συνέχιζαν να πηγαίνουν χειρότερα. Φανταζόμουν ότι το σώμα μου μύριζε άσχημα και μερικές φορές έκανα μπάνιο 6 φορές τη μέρα. Θυμάμαι μια μέρα που πήγα στο μπακάλικο και φανταζόμουν τον κόσμο στο μαγαζί να λέει «σώσε τον εαυτό σου, ο Χριστός είναι η απάντηση». Σαν να μην έφταναν όλα αυτά, άρχισα να μην θυμάμαι τίποτα. Είχα ένα σημειωματάριο γεμάτο υπενθυμίσεις που μου υποδείκνυαν τι να κάνω την κάθε μέρα. Δεν μπορούσα να θυμηθώ τι είχα να διαβάσω για την σχολή και διάβαζα από τις 6μ.μ μέχρι τις 4 π.μ όμως δεν έβρισκα ποτέ το κουράγιο να πάω για μάθημα την επόμενη μέρα. Προσπάθησα να το πω στην αδερφή μου αλλά δεν καταλάβαινε. Πρότεινε να δω έναν ψυχίατρο αλλά φοβόμουν να βγω έξω από το σπίτι για να πάω. Μια μέρα αποφάσισα ότι δεν μπορούσα να το αντέξω άλλο και πήρα 35 χάπια Darvon. Την ίδια στιγμή μια φωνή μέσα μου, μου έλεγε «Για ποιο λόγο το έκανες αυτό; Τώρα δεν πρόκειται να πας στον παράδεισο.» Εκείνη τη στιγμή συνειδητοποίησα πως δεν ήθελα πραγματικά να πεθάνω. Ήθελα να ζήσω και με κυρίευσε ο φόβος. Πήρα αμέσως τηλέφωνο τον ψυχίατρο που μου συνέστησε η αδερφή μου. Του είπα πως είχα πάρει υπερβολική δόση Darvon και ότι φοβόμουν. Μου είπε να πάρω ένα ταξί και να πάω γρήγορα στο νοσοκομείο. Όταν έφτασα εκεί άρχισα να κάνω εμετό αλλά δεν λιποθύμησα. Κατά κάποιο τρόπο δεν μπορούσα να δεχτώ το γεγονός ότι πήγαινα όντως να συναντήσω έναν ψυχίατρο. Νόμιζα ότι οι ψυχίατροι είναι μόνο για τρελούς και εγώ σίγουρα δεν θεωρούσα τον εαυτό μου τρελό ακόμα και έτσι δεν πήγα. Για την ακρίβεια έφυγα από το νοσοκομείο και κατέληξα να συναντήσω την αδερφή μου στο δρόμο για το σπίτι. Μου είπε να γυρίσω αμέσως πίσω γιατί δεν υπήρχε περίπτωση να το αποφύγω. Τότε πήραμε τηλέφωνο την μητέρα μου η οποία είπε πως θα πέταγε το επόμενο πρωί για εδώ...*

Η γυναίκα στο παραπάνω περιστατικό διεγνώσθη ως σχιζοφρενής.



# Γενικό μέρος



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## 1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ιστορικά η έννοια της σχιζοφρένειας εμφανίζεται ταυτόσημη με την ίδια την έννοια της *παραφροσύνης*. Ενώ ο όρος σχιζοφρένεια εισάγεται στην ψυχιατρική μόλις τα τέλη του περασμένου αιώνα, η ψυχοπαθολογική εικόνα που ανταποκρίνεται στον σημερινό όρο υπήρχε ανέκαθεν.<sup>1</sup> Οι όροι που χρησιμοποιήθηκαν κατά καιρούς ήταν ποικίλοι με επικρατούντες αυτούς που ανταποκρίνονται στο νόημα που έχουν οι κοινοί ελληνικοί όροι: μανία, τρέλα ή παραφροσύνη.

Για την προέλευση της κάθε λαός σε κάθε εποχή είχε τις δοξασίες του περιγραμμένες μέσα σε θρησκευτικά κατά κανόνα πλαίσια. Η αντίληψη της δαιμονοκατοχής ή της θεϊκής τιμωρίας κυριάρχησε στο Μεσαίωνα και διατηρήθηκε σχεδόν σε όλο τον κόσμο μέχρι της αρχές του 18<sup>ου</sup> αιώνα, όπου άρχισε να διαμορφώνεται η ιατρική αντίληψη της ‘παραφροσύνης’. Τότε άρχισαν και οι πρώτες επιστημονικές περιγραφές της νόσου και η προσπάθεια για εφαρμογή διαφοροδιαγνωστικών κριτηρίων.<sup>2</sup>

Η απαρχή της νέας εποχής ενσαρκώνεται το 1793 στην ιστορική πράξη ενός Γάλλου ψυχιάτρου, του *Pinel*, ο οποίος σε μια στιγμή ‘φιλανθρωπικής’, θα λέγαμε, έξαρσης βγάζει τις αλυσίδες από τους τρελούς, εγκαινιάζοντας μια εποχή που ο *Foucault* θα αποκαλέσει ‘εποχή του μεγάλου εγκλεισμού’. Στα ψυχιατρεία, που έρχονται τώρα να αντικαταστήσουν τα άσυλα, ο ψυχασθενής αποβάλλει το μεταφυσικό του περίβλημα και παραδίδεται στα χέρια της επιστήμης. Μιας επιστήμης όμως, που θα τον αντιμετωπίσει όχι σαν πρόσωπο, αλλά σαν ένα σύνολο συμπτωμάτων και θα τον καταδικάσει στη σιωπή του ψυχιάτρου.

Η επιστημονική προσέγγιση της ‘παραφροσύνης’ θα επιτευχθεί τον 19<sup>ο</sup> αιώνα συνυφασμένη με το πνεύμα του ορθολογισμού. Η ακλόνητη πίστη στην θεώρηση της ψυχής και του σώματος σαν αδιαχώριστες έννοιες προσανατολίζει την ψυχιατρική έρευνα στο συσχετισμό όλων των ψυχικών ασθενειών με ανατομικο-εγκεφαλικές βλάβες. Έτσι, μέσα από τη χοάνη των εγκεφαλο-οργανικών παθήσεων θα αναδυθούν και οι πρώτες περιγραφικές απόπειρες της σχιζοφρενικής νόσου. Ο *Esquirol* το 1816 χρησιμοποιεί τον όρο ‘άνοια’ (*demence*), για να δηλώσει τις επίκτητες διανοητικές διαταραχές και να τις διαφοροποιήσει από τις εγγενείς.

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια ο *Morel* το 1860 θα ανακαλύψει μια παραδοξότητα: την εμφάνιση της άνοιας όχι σε γηραιά άτομα αλλά σε νεαρά. Εισάγει τότε για πρώτη φορά τον προδρομικό όρο της σχιζοφρένειας ‘πρώιμη άνοια’ (*demence precoce*), για να ορίσει την ψυχοπαθολογική κατάσταση που αρχίζει στην νεαρή ηλικία των 20-30 ετών και οδηγείται ραγδαία (2-3 χρόνια) σε βαθιά ψυχοδιανοητική αποδιοργάνωση. Ο *Morel* αναζητά την αιτιοπαθογένεση της ασθένειας αυτής σε βεβαρημένη κληρονομικότητα, σεξουαλικές καταχρήσεις και στον αλκοολισμό.

Οι έρευνες του *Morel* γύρω από την πρώιμη άνοια θα επιβεβαιωθούν και θα διευκρινιστούν περισσότερο με τη συμβολή του *Hecker* που εισάγει τον όρο ‘*ηβηφρένεια*’ και του *Kahlbaum* που εισάγει τον όρο ‘*κατατονία*.’ Οι ερευνητές αυτοί προετοιμάζουν το έδαφος για την ανακάλυψη της σχιζοφρένειας, ενώ ο

Kraepelin και ο Bleuler είναι εκείνοι που θα επιτελέσουν μια ευρεία σύνθεση του έργου όλων των προηγούμενων, συμπεριλαμβάνοντας τις ποικίλες ψυχωτικές διαταραχές μέσα στο ίδιο σύνδρομο.<sup>1</sup>

Ο *Emil Kraepelin*, στα τέλη του περασμένου αιώνα απαρτιώνει τις ποικίλες ψυχωσικές διαταραχές σε ένα ενιαίο σχήμα νοσολογικής κατατάξεως. Αυτός καθιερώνει πρώτος την νοσολογική ενότητα των ψυχοπαθολογικών εκείνων καταστάσεων που εμπίπτουν στο πλαίσιο του σημερινού όρου 'σχιζοφρένεια'. Στην πρώτη έκδοση της Ψυχιατρικής του το 1887 χρησιμοποιεί τον όρο 'πρώιμη άνοια' του Morel για να περιλάβει σε αυτόν την 'ηβηφρένεια' του Hecker. Τόσο τις παρανοειδείς ψυχώσεις όσο και την 'κατατονία' του Kahlbaum τις αναφέρει ως ιδιαίτερες νοσολογικές οντότητες. Το 1893, στον πίνακα κατατάξεως ξεχωρίζει δυο βασικές κατηγορίες ψυχώσεων: την μανιοκατάθλιψη και τη πρώιμο άνοια. Στην τελευταία περιλαμβάνει και την κατατονία. Το 1896, στην πέμπτη έκδοση της Ψυχιατρικής του ξεχωρίζει τρεις τύπους πρώιμης άνοιας: την *κατατονία*, την *ηβηφρένεια* και την *τυπική παραφροσύνη* (*vesania typica*) που αργότερα ονόμασε *παρανοειδή άνοια*. Το 1898 χρησιμοποιεί τον όρο 'πρώιμη άνοια' όχι ως περιληπτικό όρο ποικίλων παρόμοιων καταστάσεων αλλά ως όρο που αποδίδει μια ενιαία νόσο με ποικίλες κλινικές μορφές και με κοινά και πάγια χαρακτηριστικά όπως: την ενδογενή προέλευση, την προσβολή νέων και προηγουμένως υγιών ατόμων και την εξελικτική πορεία προς την άνοια.<sup>2</sup>

Η σημασία του έργου του Kraepelin έγκειται στην συνθετική του ικανότητα, η οποία του επέτρεψε να απαρτιώσει τις ποικίλες κλινικές μορφές σε ένα ενιαίο σχήμα νοσολογικής κατάταξης και να απομονώσει από την χορεία των ψυχικών ασθενών την παθολογική οντότητα της πρώιμης άνοιας.

Ωστόσο το ερευνητικό του ενδιαφέρον υπήρξε αποκλειστικά προσανατολισμένο στη δομή του ψυχικού φαινομένου και όχι στο περιεχόμενο του, στις συνέπειες δηλαδή που επιφέρει η διαταραχή και όχι στην αιτία του. Ο άρρωστος εμφανίζεται σαν ένα σύνολο συμπτωμάτων και όχι σαν πρόσωπο και δεδομένης της αναπότρεπτης πορείας της ασθένειας του προς το τελικό στάδιο, η νόσος περιβάλλεται με ένα μοιρολατρικό χαρακτήρα ο οποίος αποθαρρύνει κάθε θεραπευτική προσπάθεια.<sup>1</sup>



*Emil Kraepelin*  
(1856-1926)



*Eugen Bleuler*  
(1857-1939)

Ο *Eugen Bleuler* εφεύρε τον όρο 'σχιζοφρένεια' που ήρθε να αντικαταστήσει, στην βιβλιογραφία, τον όρο πρώιμη άνοια. Ο Bleuler συνέλαβε τον όρο στην προσπάθεια του να δώσει έμφαση στην ύπαρξη σχίσματος στην σκέψη, στο συναίσθημα και στην συμπεριφορά των πασχόντων. Η βασική διάκριση που καθιέρωσε μεταξύ της έννοιας της σχιζοφρένειας και της πρώιμης άνοιας του Kraepelin, ήταν ότι η εκπτωτική πορεία δεν είναι αναγκαία για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας, όπως θεωρούσε ο Kraepelin. Άμεση επίπτωση αυτής της ιδέας ήταν η αύξηση του αριθμού των ασθενών οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια της νόσου.<sup>3</sup> Η αναλυτική διεισδυτικότητα του Bleuler θα τον οδηγήσει στην καθιέρωση ενός συστήματος κατάταξης των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, που θα οδηγηθεί σε παγκόσμια κλίμακα.

Μέσα στα πλαίσια του συστήματος αυτού, τα σχιζοφρενικά συμπτώματα διαχωρίζονται σε δυο κατηγορίες:

- στα πρωταρχικά, που συνιστούν τον πυρήνα της νόσου, και
- στα δευτερεύοντα, που απορρέουν από αυτά.<sup>1</sup>

**Τα τέσσερα Α.** Ο Bleuler για να εξηγήσει περαιτέρω τη θεωρία του περιέγραψε τα πρωταρχικά συμπτώματα ως:

- ασυναρτησία σκέψης (*associative disturbance*) χαρακτηριζόμενη από διαταραχή του συνειρμού και ειδικότερα χάλαση.
- διαταραχή του συναισθήματος (*affective disturbance*)
- αμφιθυμία (*ambivalence*)
- αυτισμός (*autism*)

Στα δευτερεύοντα συμπτώματα συγκαταλέγονται οι χαρακτηριστικές εκδηλώσεις της νόσου, τα οποία κατέχουν και κύρια θέση στην θεωρία του Kraepelin, όπως: ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, κατατονικές εκδηλώσεις κτλ.<sup>1,3</sup>

Επιχειρώντας μια συνοπτική εκτίμηση της συμβολής του Bleuler στη μελέτη της σχιζοφρένειας, θα λέγαμε ότι η σπουδαιότητα του έγκειται στην προσπάθεια υπέρβασης μιας φαινομενολογικής προσέγγισης της νόσου και στην επισήμανση, για πρώτη φορά, του ρόλου που διαδραματίζουν τα ψυχικά φαινόμενα στην πρόκληση της. Όπως είχε πει και ο ίδιος: «*Το ατομικό σύμπτωμα έχει λιγότερη σημασία από ότι η ένταση και η έκταση του και κυρίως από ότι η σχέση του με το ψυχολογικό περιβάλλον.*»

Επηρεασμένος από τον *Freud*, συνδέει για πρώτη φορά τη σχιζοφρένεια με ασυνείδητες παρορμήσεις και με την παθολογική χρήση ορισμένων ψυχολογικών αμυντικών οργανισμών. Η επισήμανση του ψυχολογικού παράγοντα επιφέρει μεγάλες αλλαγές στο τρόπο θεώρησης της ασθένειας και ενθαρρύνει την καλλιέργεια θεραπευτικών μεθόδων έξω από το ασυλιακό πλαίσιο.<sup>1</sup>

**Άνοια:** πρόκειται για μια ιδιαίτερα σοβαρή και ανυποχώρητη διαταραχή που εκδηλώνεται στην διάρκεια του γήρατος. Αποδίδεται σε εγκεφαλικές βλάβες, στον εκφυλισμό των νευρικών κυττάρων καθώς και σε διαταραχές της κυκλοφορίας του αίματος στον εγκέφαλο.<sup>1</sup>

**Άλλοι θεωρητικοί.** Ο *Adolf Meyer*, ο *Harry Stack Sullivan* και ο *Kurt Schneider* έχουν συμβάλει σημαντικά στην κατανόηση πολλών όψεων της σχιζοφρένειας. Ο Meyer, ιδρυτής της ψυχοβιολογίας, πίστευε πως η σχιζοφρένεια και οι άλλες ψυχικές διαταραχές αποτελούν αντιδράσεις σε ποικιλία στρεσογόνων παραγόντων της ζωής και, εξαιτίας αυτού, ονόμασε το σύνδρομο ‘*σχιζοφρενική αντίδραση*’.

Ο Sullivan, ιδρυτής της διαπροσωπικής ψυχαναλυτικής σχολής, έδωσε έμφαση στην κοινωνική απομόνωση, τόσο ως αιτία όσο και ως σύμπτωμα. Ο Schneider περιέγραψε δύο κατηγορίες συμπτωμάτων:

-πρώτης τάξης, όπως ψευδαισθήσεις (ακουστικές, σωματικές), παρορμήσεις και παραληρήματα (ελέγχου), τα οποία είναι πραγματιστικής αξίας για τη διάγνωση της νόσου, και

-δεύτερης τάξης, όπως άλλες μορφές ψευδαισθήσεων, συναίσθημα αβεβαιότητας και αμηχανίας και συναισθηματική άμβλυση τα οποία αρκούν για να τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας ακόμα και σε ασθενείς που δεν εμφανίζουν συμπτώματα πρώτης τάξης.<sup>3</sup>

## 1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ

Η σχιζοφρένεια, η ‘*βασίλισσα*’ των ψυχώσεων, κατέχει δεσπόζουσα θέση στο φάσμα των ψυχικών διαταραχών.<sup>5</sup> Καθώς δεν υπάρχει ομοφωνία για το εάν επρόκειτο για ασθένεια ή σύνδρομο<sup>6</sup>, θα ορίσουμε την σχιζοφρένεια ως μια σύμπλοκη νοσολογική οντότητα<sup>5</sup> η οποία κατά βάση χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας.<sup>7</sup>

Αποτελεί μαζί με τον καρκίνο και τις ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος την τριάδα των νόσων που συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ερευνητικό και ιατροκοινωνικό ενδιαφέρον, αφού αποτελούν τη μάλιστα της σημερινής κοινωνίας.<sup>8</sup>

## 1.3. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Τα κλινικά συμπτώματα και σημεία της σχιζοφρένειας εγείρουν τρία σημαντικά θέματα:

α) Αντίθετα με τη συχνή ιατρική άποψη που υποστηρίζει ότι κάποια συμπτώματα είναι παθογνωμονικά, κάθε σύμπτωμα μπορούμε να το συναντήσουμε και σε άλλες ψυχικές ή νευρολογικές καταστάσεις. Αυτό σημαίνει ότι ο γιατρός δεν μπορεί να θέσει τη διάγνωση της σχιζοφρένειας, βασιζόμενος μόνο στην εξέταση της παρούσας ψυχικής κατάστασης. Το ιστορικό του ασθενούς παίζει εξίσου σημαντικό ρόλο.

β) Τα συμπτώματα μπορεί να αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου. Για παράδειγμα, ένας ασθενής μπορεί να εμφανίζει κατά περιόδους ψευδαισθήσεις ή σημαντικού βαθμού συμπτώματα συναισθηματικής διαταραχής μπορεί να εμφανίζονται και να υποχωρούν στην πορεία της σχιζοφρένειας.

γ) Ο γιατρός πρέπει να λαμβάνει υπόψη του το μορφωτικό επίπεδο, τις νοητικές ικανότητες και την πολιτισμική ή και υποπολιτισμική ομάδα στην οποία ανήκει ο ασθενής. Για παράδειγμα, η διαταραχή της ικανότητας κατανόησης της αφηρημένης σκέψης, μπορεί να αντανακλά το μορφωτικό επίπεδο ή τις νοητικές ικανότητες του ασθενούς.

### 1.3.1. Προνοσηρά συμπτώματα

Σύμφωνα με θεωρητικές απόψεις, πριν από την πρόδρομη φάση της νόσου υπάρχουν προνοσηρά συμπτώματα και σημεία τα οποία αποτελούν μέρος της εξελισσόμενης διαταραχής. Άτομα με σχιζοειδική ή σχιζοτυπική προσωπικότητα είναι συνήθως ήσυχα, παθητικά και εσωστρεφή. Στην παιδική ηλικία έχουν λίγους φίλους.<sup>3</sup> Κατά την εφηβική περίοδο αποκτούν μια στάση άρνησης, αποφεύγουν κάθε κοινωνική δραστηριότητα και κλείνονται στον εαυτό τους.<sup>9</sup> Τα πρόδρομα συμπτώματα αναγνωρίζονται, σχεδόν κατά κανόνα, αναδρομικά αφού έχει ήδη τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας. Ως εκ τούτου η εγκυρότητα τους είναι αβέβαιη.<sup>3</sup>

Μπορεί να παίρνουν τη μορφή σωματικών αιτιάσεων όπως κεφαλαλγία, αναστροφή του βιολογικού ρολογιού, άλγος στα πλευρά και στους μύες, σωματική αδυναμία, πεπτικές διαταραχές των οποίων η αρχική διάγνωση μπορεί να είναι σωματοποιητική διαταραχή ή υπόκριση.<sup>3,5</sup> Επιπρόσθετα σημεία μπορεί να είναι η έντονη ιδιόμορφη συμπεριφορά, τα παράξενα συναισθήματα, η μη φυσιολογική ομιλία, οι αλλόκοτες ιδέες και οι περίεργες αντιληπτικές εμπειρίες.<sup>3</sup>

Αναφέρεται ανάγλυφα η πορεία που ακολουθεί ένα παιδί προτού απομονωθεί ολότελα από τον έξω κόσμο.

*Την ώρα που η δασκάλα στην τάξη κάνει γεωγραφία και μιλά για τη «Γη του αδιάκοπου χιονιού», το παιδί, χωρίς να παύει να την κοιτάζει... «θυμήθηκε. Παράξενο. Η επίδραση αυτής της ολότελα ασυνήθιστης έκπληξης πάνω του – όλο το υπόλοιπο πρωινό τον κράτησε με την εντύπωση ότι έπεφτε χιόνι γύρω του. Μια μυστική οθόνη ενός νέου χιονιού θα έλεγες πως ήταν στημένη μεταξύ του εαυτού του και του κόσμου. Αν δεν ήταν όνειρο-και ποιος μπορεί να ονειρεύεται ένα τέτοιο πράγμα καθώς είναι ζυπνητός; -πώς αλλιώς θα μπορούσε να το εξηγήσει κανείς; Όπως και να ήταν, η αυταπάτη ήταν τόσο ζωηρή ώστε να ασκεί επίδραση σε όλη του τη συμπεριφορά...» «Όταν κάθε πρωί, πηγαίνοντας στο παράθυρο, ύστερα από την τελετουργία του αφουγκρασμού, έβρισκε τις στέγες και τις πέτρες του δρόμου γυμνές όπως πάντα, δεν του έκανε πια καμιά εντύπωση. Αυτό ήταν κάτι, άλλωστε, που το περίμενε. Ίσα ίσα που τον ευχαριστούσε, που τον αντάμειβε: Η εσωτερική εντύπωση ήταν κάτι ολότελα δικό του, δεν άνηκε σε κανέναν άλλον...». Και ύστερα από ένα σταδιακό κλείσιμο στον εαυτό του, φτάνει στο σημείο να ζει πια ολοκληρωτικά στον δικό του κόσμο, στον «κόσμο του σιωπηλού, μυστικού χιονιού»...<sup>9</sup>*

### **1.3.2. Νοσηρά συμπτώματα**

Ως νοσηρά συμπτώματα ονομάζουμε αυτά τα οποία αποτελούν την εξωτερική έκφραση των όσων συμβαίνουν στο εσωτερικό του εγκεφάλου.<sup>10</sup> Συνήθως χωρίζονται σε δυο κατηγορίες: τα αρνητικά και τα θετικά συμπτώματα. Τα αρνητικά είναι αυτά που αντανακλούν την απουσία της φυσιολογικής συμπεριφοράς, συμπτώματα σαν ελλείμματα στην συναισθηματική ανταπόκριση, έλλειψη πρωτοβουλίας και κοινωνική απόσυρση. Από την άλλη πλευρά, τα θετικά συμπτώματα θεωρούνται ότι περιλαμβάνουν την παρουσία της αλλόκοτης συμπεριφοράς όπως ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις και αποδιοργανωμένη ομιλία. Παρόλα αυτά υπάρχουν συμπτώματα τα οποία δεν μπορούν να ενταχθούν σε καμία από τις δύο αυτές κατηγορίες.<sup>4</sup>

#### **1.3.2.1. Θετικά συμπτώματα**

*Διαταραχές της σκέψης.*

α) Στη δομή και οργάνωση της σκέψης. Η βασική διαταραχή στην κατηγορία αυτή είναι η διάσπαση της σκέψης.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την **αποδιοργανωμένη ομιλία:**

- Τμηματικός και ανολοκλήρωτος λόγος
- Εκτροχιασμός του λόγου
- Συγχώνευση ιδεών
- Αλληλοδιείσδυση εννοιών
- Ελλιπές νόημα με λεκτικά κενά

- Αποσυγκεκριμενοποίηση του λόγου. Κατακλυσμός αφηρημένων εννοιών. Συμβολικός λόγος.
- Χαλάρωση των συνειρμικών δεσμών. Έλλειψη αλληλουχίας και συνεκτικότητας
- Υπερμετρία του λόγου ή παραλογία. Ο λόγος ξεπερνά τον εννοιολογικό στόχο ή παρεκκλίνει- παραπαίει-σταθερά από το κεντρικό νόημα (ασχετολογία).
- Εμμονή. Αδυναμία εκτροπής της σκέψης. Το προηγούμενο θέμα τροφοδοτεί και μέρος τουλάχιστον των επομένων.
- Νεολογισμοί ή νεολεξίες. Χρησιμοποίηση τεχνικών λέξεων που δεν προέρχονται από γνωστή ρίζα ή που η καταγωγή τους δικαιολογείται όχι όμως και η διαδικασία εξαγωγή τους. Ακόμα ως νεολεξία χαρακτηρίζεται η χρησιμοποίηση καθιερωμένων λέξεων για να αποδώσουν άλλο από το συνηθισμένο τους νόημα
- Αγραμματισμός και παραγραμματισμός. Στην πρώτη περίπτωση απαλείφονται από τη φράση όλες οι συμπληρωματικές λέξεις. Το νόημα δηλαδή δεν διατυπώνεται με γραμματολογικό τρόπο. Στη δεύτερη, η λεκτική σύνθεση μεν είναι σωστή όχι όμως και η εκφραστική. Οι φράσεις χάνουν τη διακριτικότητα τους, συγχέονται ή δεν συσχετίζονται.
- Μωρολογία. Ακατανόητη ευφυολογία-σαχλαμάρες
- Υπερπεριεκτικότητα του λόγου ή διάσπαση των νοηματικών ορίων
- Ολοκληρωτική διάσπαση της σκέψης. Ο λόγος είναι ακατανόητος, χάνει την επικοινωνιακή αξία και γίνεται γλώσσα 'ιδιωτικής χρήσεως'.<sup>2</sup>

Το παρακάτω απόκομμα από μια συνέντευξη με έναν ασθενή δείχνει ένα εμφανές παράδειγμα αποδιοργανωμένης ομιλίας.

*X: Ένιωσες καθόλου αγχωμένος τώρα τελευταία?*

*Ασθενής: Όχι, έχω μια καρδιά από μαρούλι.*

*X: Έχεις μια καρδιά από μαρούλι; Δεν καταλαβαίνω.*

*Ασθενής: Λοιπόν, είναι απλώς ένα κεφάλι από μαρούλι.*

*X: Πες μου για το μαρούλι. Τι εννοείς;*

*Ασθενής: Λοιπόν...το μαρούλι είναι μια μετάλλαξη ενός νεκρού λιονταριού που υπέστη μια επιπλοκή στην πατούσα του. Και μετά κατάπιε το λιοντάρι και κάτι συνέβη. Το...βλέπεις, οι Gloria και ο Tommy, είναι δύο κεφάλια και όχι φάλαινες. Όμως δραπέτευσαν με ένα κοπάδι εμετού και... τέτοια πράγματα...<sup>11</sup>*

β) Στην ροή της σκέψης.

Εδώ υπάγεται κυρίως η ανακοπή της σκέψης.

-Φυγή ιδεών

-Ανακοπή της σκέψης (Δεν πρέπει να συγχέεται με την αναστολή της σκέψης, η οποία υποδηλώνει μια φθίνουσα και όχι αιφνίδια διαδικασία της σκέψης και παρατηρείται κυρίως στην κατάθλιψη.)

-Διαταραχή της προσοχής

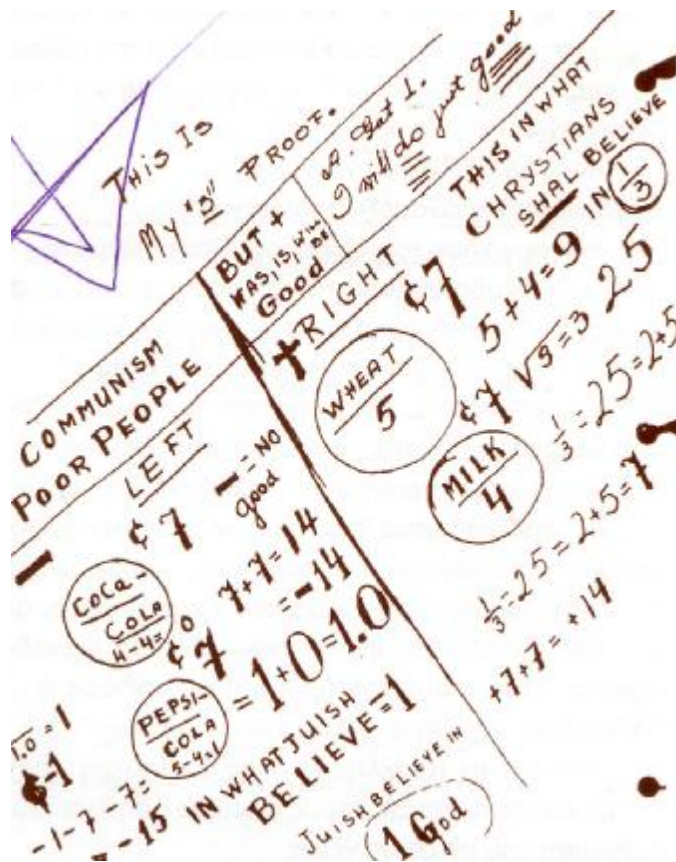
-Φτωχό περιεχόμενο της σκέψης

-Μειωμένη ικανότητα αφαιρετικής σκέψης

-Ιδιοσυγκρασιακοί συνειρμοί

-Περιφερικότητα





Σχήμα ενός σχιζοφρενούς ασθενούς, όπου απεικονίζονται η διασπασμένη, αφηρημένη και υπερπεριεκτική σκέψη του, όπως και η υπεραπασχόλησή του με θρησκευτικές ιδέες και μαθηματικές αποδείξεις. Ο εξεταστής συμπεραίνει τη διαταραχή από τον τρόπο που ο ασθενής μιλάει, γράφει και σχεδιάζει.<sup>3</sup>

γ) Στον έλεγχο και την κατοχή της σκέψης.

Η βεβαιότητα κατοχής και ελέγχου της σκέψης κλονίζεται και συχνά καταργείται, με αποτέλεσμα να προκύπτουν:

-Το αίσθημα της απώλειας της σκέψης. Συναίσθημα που έχει το άτομο κατά την απότομη διακοπή της ροής της σκέψης.<sup>2</sup>

Μια γυναίκα 22 ετών περιγράφει «σκέφτομαι την μητέρα μου και ξαφνικά νιώθω σαν κάποιος να τραβάει τις σκέψεις μου έξω από το μυαλό μου και μετά δεν υπάρχει τίποτα...ένα κενό.»...<sup>4</sup>

-Το αίσθημα της παρεμβολής ξένων σκέψεων. Αποτελεί δευτερογενές προϊόν της διαταραχής της σκέψης. Οι αμέσως μετά την ανακοπή αναδυόμενες ιδέες, μη συνδεδεμένες με τις προηγούμενες, προκαλούν ενδεχομένως αντίδραση ξενισμού στο άτομο και οδηγούν στη βεβαιότητα ότι οι σκέψεις αυτές δεν ανήκουν στον ίδιο.<sup>2</sup>

Μία νοικοκυρά 29 ετών λέει «Κοιτάω έξω από το παράθυρο και σκέφτομαι πόσο ωραίος δείχνει ο κήπος με το γρασίδι, όμως οι σκέψεις του Χ έρχονται στο μυαλό μου. Δεν υπάρχει καμία άλλη σκέψη εκεί, μόνο οι δικές του.....Μεταχειρίζεται το μυαλό μου σαν μια οθόνη όπου μεταδίδει αστραπιαία τις σκέψεις του.».....<sup>4</sup>

-Το αίσθημα της συμμετοχής άλλων στη σκέψη. Πρόκειται για μια σύνθετη διαταραχή η οποία βιώνεται με ποικίλους τρόπους. Ένας από τους πιο συνηθισμένους, είναι ότι η σκέψη είναι ηχηρή και εκπέμπεται, με αποτέλεσμα να χάνει την προσωπική της στεγανότητα.<sup>2</sup>

Ένας εικοσάχρονος φοιτητής αναφέρει: «Καθώς σκέφτομαι, οι σκέψεις μου φεύγουν από το κεφάλι μου σαν ένα είδος πνευματικού τηλεγράφου. Όλοι όσοι βρίσκονται γύρω μου μπορούν απλά να περάσουν το μήνυμα αυτό μέσα στο μυαλό τους και έτσι να μάθουν τις σκέψεις μου».....<sup>4</sup>

δ) Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης.

όπου συναντούμε τα πιο συχνά και εντυπωσιακά συμπτώματα των σχιζοφρενικών ψυχώσεων.<sup>5</sup> Συγκεκριμένα εμφανίζονται **παραληρητικές ιδέες:**

-Διωκτικές. Το άτομο πιστεύει υπό συνεχή και οργανωμένη δίωξη από άτομα ή οργανώσεις που στοχεύουν στην εξόντωση του.

-Ζηλοτυπίας. Κυριαρχούν οι πεποιθήσεις απιστίας του συντρόφου.

-Ενοχικές

-Μεγαλείου. Το άτομο είναι πεπεισμένο ότι έχει κάποιο, υπερβολικό για τα πραγματικά δεδομένα, προορισμό όπως π.χ. να κάνει μια σημαντική ανακάλυψη.

-Θρησκευτικές<sup>3</sup>

-Σωματικές. Το άτομο νομίζει ότι κάτι το ανεξήγητο ή καταστροφικό συμβαίνει στο σώμα του

-Ιδέες αναφοράς. Χαρακτηρίζονται από καχυποψία και ένα έντονο αίσθημα προσωπικής ανασφάλειας.

-Ιδέες ελέγχου. Το άτομο έχει την πεποίθηση ότι κάποιος συχνά μέσα από το ραδιόφωνο ή την τηλεόραση, προσπαθεί να επηρεάσει τα συναισθήματα του ή τις σκέψεις του.<sup>12</sup>

-Υποχονδριακές. Το άτομο κατακλύζεται από σωρεία παράδοξων σωματικών ενοχλημάτων.

-Αποκαλυπτικές κοσμογονικές. Κυριαρχούν προφητικού τύπου ιδέες κοσμοκαταστροφής.

-Ερωτομανιακές. Το άτομο πιστεύει ότι το έχουν ερωτευτεί σημαντικές προσωπικότητες.

Μια γυναίκα, 30 ετών, εκδότρια, ομολογεί στον ψυχίατρο πως πιστεύει ότι ο γνωστός ηθοποιός Mel Gibson είναι ερωτευμένος μαζί της. Παραδέχεται πως έχει γράψει πολλά γράμματα στο 'αγόρι της, Mel' καθώς και πως του στέλνει συχνά λουλούδια και δώρα όμως πως αυτός είναι πολύ απασχολημένος για να βρει χρόνο να της τηλεφωνήσει ή να της απαντήσει.....<sup>13</sup>

-Σύνδρομο Capgras. Άρνηση αναγνώρισης ενός οικείου προσώπου και παραληρητική πεποίθηση ότι το οικείο πρόσωπο έχει αντικατασταθεί από έναν όμοιο σωσία. (σύνδρομο σωσία)

-Σύνδρομο Fregoli. Εσφαλμένη αναγνώριση του οικείου προσώπου, συνήθως του διώκτη του ασθενούς.

-Σύνδρομο σωματοψυχικής μεταμόρφωσης (παραλλαγή του προηγούμενου)

-Σύνδρομο υποκειμενικού σωσία. Παραληρητική πεποίθηση ότι κάποιος τρίτος έχει μεταμορφωθεί στον ίδιο τον ασθενή.

#### Ιδέες αυτοαναφοράς ή συσχέτισης

Φέρουν το άτομο να αποτελεί το επίκεντρο περιβαλλοντικών ερεθισμάτων (συνήθων και καθημερινών κατά τα άλλα) τα οποία αποκτούν κάποια ιδιαίτερη σημασία π.χ. «είδα τον σκύλο να διασχίζει τον δρόμο και κατάλαβα ότι ο κ. Χ θέλει να με σκοτώσει, γιατί ο σκύλος πήγε στο αριστερό πεζοδρόμιο και ο κ. Χ είναι αριστερός....»

#### Ιδέες παθητικότητας ή επίδρασης

Φέρουν το άτομο να είναι έρμαιο των εξωτερικών επιδράσεων (μάγια, τηλεπάθεια) που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ή τη σκέψη του(υποκλοπή σκέψεων) π.χ. ο ακτινολόγος που πιστεύει ότι μέσω μαγνητικών πεδίων επηρεάζουν οι άλλοι τη διαγνωστική του ικανότητα.<sup>5</sup>

#### Διαταραχές αντίληψης

##### α)Ψευδαισθήσεις

Οι ψευδαισθήσεις αποτελούν ένα από τα πιο εντυπωσιακά συμπτώματα της σχιζοφρένειας . Παρόλο που η διαγνωστική τους σημασία έχει περιοριστεί σημαντικά, παραμένουν ένα από τα πιο 'πειστικά' για τη διάγνωσή της, συμπτώματα.<sup>2</sup> Δημιουργούνται χωρίς να υπάρχει αντικειμενικό, εξωτερικό ερέθισμα και όταν γίνονται ιδιαίτερα έντονες χάνουν τη διανοητική τους μορφή και μετατρέπονται σε εμπειρίες, παίρνοντας μια ή περισσότερες από τις παρακάτω αισθητήριες διαστάσεις:<sup>12</sup>

##### Ακουστικές

Είναι οι πιο συχνές από όλες και οι πιο χαρακτηριστικές για τη νόσο. Κατά κανόνα είναι σύνθετες οι οποίες παίρνουν τη μορφή φωνών αλλά δεν απουσιάζουν και οι απλές με την μορφή των κρότων, των συριγμών και των βομβών.<sup>2</sup> Μπορεί να είναι συνεχείς ή επεισοδιακές, σαφής ή συγκεχυμένες, οργανωμένες ή αόριστες.<sup>5</sup>

Οι 'φωνές' είναι δυνατόν να σχολιάζουν τη ζωή και τη συμπεριφορά του ασθενούς, συζητώντας ή διαφωνώντας μεταξύ τους και μπορεί να έχουν υβριστικό, απειλητικό, επαινετικό, προσβλητικό, καθοδηγητικό, ενοχοποιητικό, υποστηρικτικό και ποικίλων άλλων τύπων περιεχόμενο.

Αναφέρεται μια χαρακτηριστική περίπτωση ασθενούς με ακουστικές ψευδαισθήσεις.

Ένας εικοσάχρονος βιομηχανικός εργάτης, άρχισε να περνάει το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου του στο εργαστήριο του πατέρα του μελετώντας σχέδια αεροπλάνων και συναρμολογώντας κάτι που η οικογένεια του περιέγραψε ως ένα μικρό υποβρύχιο. Επιπλέον, ξεκίνησε και δεύτερη δουλειά. Προκειμένου να συγκεντρώσει περισσότερα χρήματα για την υλοποίηση του σχεδίου του. Εμφανώς ευδιάθετος, εξηγούσε στους γονείς του ότι κατασκευάζει ένα διαστημόπλοιο για να φέρει σε πέρας κάποια αποστολή για τους εξωγήινους που κυβερνούν το σύμπαν και πως ο ίδιος θα γινόταν κυβερνήτης της γης μόλις το τελειώνει. Κατά την ψυχιατρική εξέταση δήλωσε πως άκουγε τις φωνές των εξωγήινων εδώ και καιρό και πως πρόσφατα, όχι μόνο άκουγε τις φωνές των εξωγήινων να του λένε να τελειώσει γρήγορα το διαστημόπλοιο αλλά τους άκουγε να συνομιλούν και μεταξύ τους.....<sup>13</sup>

Όσο μακροχρόνια είναι η νόσος τόσο περισσότερο 'εξοικειώνεται' ο άρρωστος με τις φωνές.<sup>2</sup> Οι επιστήμονες ανακάλυψαν πως το ένα τρίτο των ασθενών αυτών έχουν αναπτύξει **μηχανισμούς αντίδρασης** απέναντι τους με σκοπό την μείωση ή ακόμα και την εξάλειψη τους. Σε αυτούς περιλαμβάνονται οι:

Περισπασμός. Ένας ασθενής κατάφερνε να απασχοληθεί με κάτι άλλο όπως με το να κάνει ένα μπάνιο, να δει τηλεόραση ή ακόμα και να πάει μια βόλτα με τα πόδια....

Άγνοια. Μία ασθενής άκουγε φωνές που της έλεγαν επίμονα να βλάψει τον εαυτό της. Τότε ο άνδρας της την ρώτησε αν θα έκανε ποτέ κακό στον εαυτό της σε περίπτωση που της το έλεγε ο γείτονας τους. Αυτή απάντησε όχι και από τότε έμαθε να αγνοεί τις φωνές.....

Επιλεγμένη ακρόαση. Μια ασθενής απέκτησε την ικανότητα να επιλέγει μόνο τα θετικά μηνύματα από όσα άκουγε.....

Τοποθέτηση ορίων. Ένας άρρωστος δήλωσε πως είχε κάνει μια συμφωνία με τις φωνές: τους έδινε την άδεια να εκφράζονται μετά τις 8 μμ αλλά όχι κατά τη διάρκεια της υπόλοιπης ημέρας. Αυτό τον βοήθησε στο να εξαλείψει την επίδραση των φωνών.<sup>14</sup>

Οι περισσότεροι άρρωστοι βέβαια δεν έχουν καταφέρει να αναπτύξουν τέτοιου είδους μηχανισμούς λόγω της έντονης συναισθηματικής αντίδρασης τους, με αποτέλεσμα να ερεθίζονται και να εκνευρίζονται από την ύπαρξη των φωνών. Όταν οι ψευδαισθήσεις με τις σκέψεις συντονίζονται έρχεται η στιγμή που οι τελευταίες επαναλαμβάνονται σαν ηχώ. Σε αυτές τις περιπτώσεις ψευδαίσθηση και παραληρητικό βίωμα, συγχέονται. Η προέλευση των φωνών παρουσιάζει και αυτή ποικιλία. Άλλοτε έρχονται από μακριά (από το υπερπέραν, από τους τάφους) άλλοτε από κοντά-σαν να ψιθυρίζει κάποιος στο αυτί του ασθενή.

*Μια παντρεμένη 32 ετών παραπονέθηκε για μια ανδρική φωνή που ψιθύριζε επίμονα μερικά εκατοστά πάνω από το κεφάλι της. Η φωνή επαναλάμβανε σχεδόν όλες τις σκέψεις της ασθενούς, ακόμα και τις πιο κοινές. Η ασθενής σκεφτόταν: «πρέπει να ανάψω τον βραστήρα» και μετά από μια παύση ενός δευτερολέπτου η φωνή θα έλεγε: «πρέπει να ανάψω τον βραστήρα» Συχνά μπορεί να έλεγε και το αντίθετο - «μην ανάψεις τον βραστήρα.».....<sup>2,3</sup>*

### Οπτικές

Πολύ λιγότερο συχνές από τις ακουστικές, οι οπτικές εμφανίζονται κυρίως στις περιπτώσεις οξείας εισβολής της νόσου. Ο κατακλυσμός του ατόμου από

συνδυασμένες οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις συνθέτει την ονομαζόμενη ‘φανταστική ψευδαισθητική εμπειρία’. Ο άρρωστος βιώνει ζωντανά ‘οράματα’ βιβλικών καταστροφών με σκηνές μαζικού πανικού και καταστροφής.<sup>2</sup>

*Ένας δάσκαλος, 36 ετών, άρχισε να συμπεριφέρεται περίεργα προς το τέλος μιας εβδομαδιαίας περιόδου διακοπών με την γυναίκα του σε παραθαλάσσια περιοχή. Αρνιόταν να πλησιάσει τα νερά της θάλασσας ισχυριζόμενος ότι έβλεπε ‘θαλάσσια τέρατα’ τα οποία τον απειλούσαν. Ήταν πολύ ανήσυχος όλο το υπόλοιπο διάστημα της ημέρας και το βράδυ ζήτησε από τους υπεύθυνους του ξενοδοχείου να τους αλλάξουν δωμάτιο και να τους δώσουν ένα άλλο, όσο το δυνατόν πιο απομακρυσμένο από το νερό. Ακόμα και μετά από αυτό όμως, ήταν πολύ ανήσυχος και πέρασε όλη τη νύχτα περπατώντας πέρα δώθε στο δωμάτιο και ελέγχοντας τακτικά την κλειδαριά στην πόρτα.....<sup>13</sup>*

Ένα ασυνήθιστο είδος οπτικής ψευδαισθήσεως, η αυτοσκοπία συνίσταται στο γεγονός ότι ο ασθενής βλέπει τον εαυτό του σαν ένα άλλο, ανεξάρτητο άτομο στο περιβάλλον του, το οποίο τον παρακολουθεί.<sup>12</sup>

#### Οσφρητικές

Ακόμα πιο σπάνιες, οι ψευδαισθήσεις αυτές, συνδυάζονται ως επί το πλείστον με παραληρητικές ιδέες όταν υπάρχουν ως μεμονωμένα συμπτώματα.<sup>2</sup> Π.χ. αισθάνεται την οσμή ενός δηλητηριώδους αερίου ή του δικού του κορμιού που φοβάται ότι έχει αρχίζει να σαπίζει.

#### Γευστικές

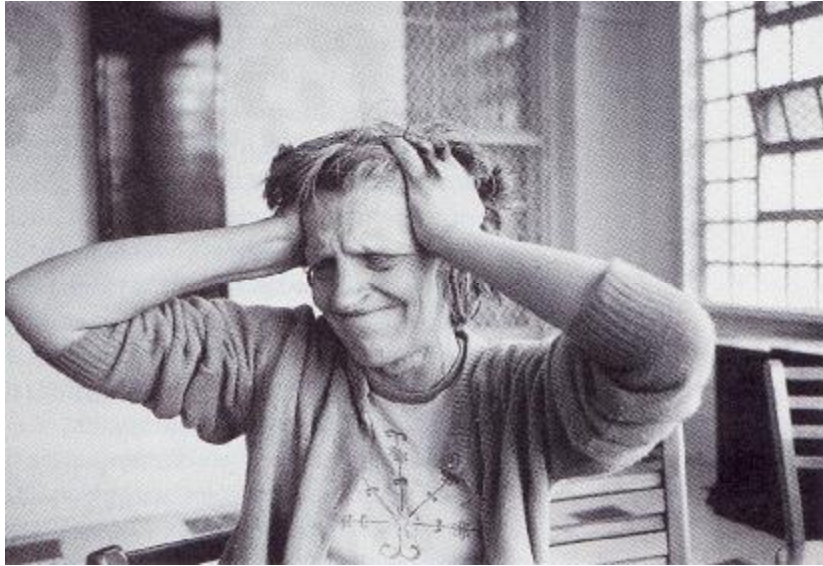
Π.χ. αισθάνεται τη γεύση του φαρμάκου που φαντάζεται πως του έχουν ρίξει στο φαγητό του για να τον δηλητηριάσουν.

#### Απτικές

Π.χ. αισθάνεται στο σώμα του τον ηλεκτρικό ερεθισμό μηχανών που ενεργούν από μακριά και που μπορεί να τις περιγράψει με κάθε λεπτομέρεια.<sup>12</sup>

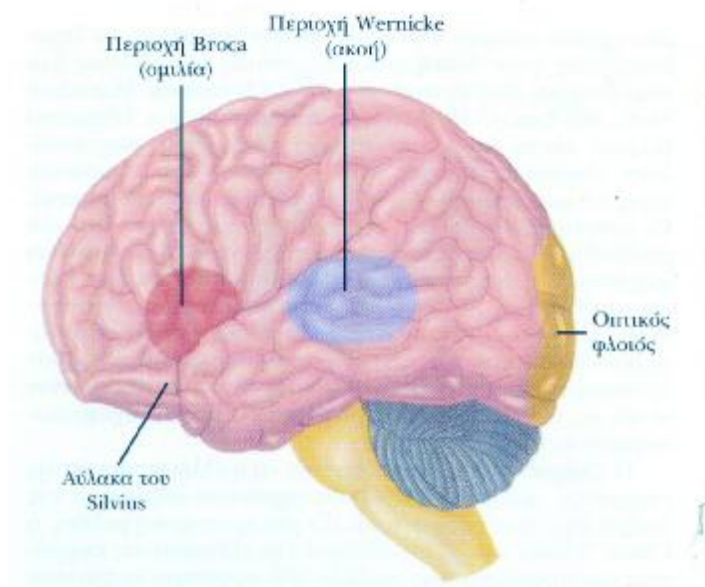
#### Κιναισθητικές

Οι κιναισθητικές ψευδαισθήσεις είναι εξωπραγματικές αισθήσεις ‘αλλαγής’ των οργάνων του σώματος. Π.χ. αίσθημα καύσου στον εγκέφαλο ή αίσθημα τομής με αιχμηρό αντικείμενο στο μυελό των οστών.<sup>3</sup>



Οι νέες έρευνες για τις ψευδαισθήσεις χρησιμοποιούν ειδικευμένες τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου προκειμένου να εντοπίσουν τις αιτίες αυτών των φαινομένων στον εγκέφαλο. Κάποιοι ερευνητές στο Λονδίνο (McGuire, Shah & Murray, 1993) χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της τομογραφίας εκπομπής απλού φωτονίου (SPECT) για την μελέτη της εγκεφαλικής ροής του αίματος στους σχιζοφρενείς άνδρες που παρουσίαζαν ακουστικές ψευδαισθήσεις, έκαναν μια σημαντική ανακάλυψη. Χρησιμοποιώντας αυτή τη μέθοδο όταν οι ασθενείς είχαν ψευδαισθήσεις και όταν δεν είχαν, είδαν πως το τμήμα του εγκεφάλου που ήταν πιο ενεργό κατά τη διάρκεια των ψευδαισθήσεων ήταν η περιοχή του Broca (σχήμα). Η σημασία της παρατήρησης αυτής έγκειται στο γεγονός πως η περιοχή του Broca εμπλέκεται στην παραγωγή του λόγου. Επειδή όμως οι ακουστικές ψευδαισθήσεις συνήθως αφορούν την κατανόηση της ‘ομιλίας’ των άλλων, θα περίμεναν ίσως να είναι περισσότερη ενεργή η περιοχή του Wernicke που αφορά την κατανόηση του λόγου.

Η μελέτη αυτή υποστηρίζει τα αποτελέσματα μιας προκαταρκτικής μελέτης άλλων ερευνητών που επίσης βρήκαν το ίδιο. Οι παρατηρήσεις αυτές στηρίζουν τη θεωρία που λέει ότι τα άτομα που έχουν ψευδαισθήσεις, στην πραγματικότητα δεν ακούνε τις φωνές άλλων αλλά τις δικές τους φωνές ή σκέψεις και δεν μπορούν να αντιληφθούν τη διαφορά.<sup>15</sup>



### β) παραισθήσεις

Η διαφορά των παραισθήσεων από τις ψευδαισθήσεις έγκειται στο γεγονός ότι οι πρώτες αποτελούν παραμορφώσεις πραγματικών εικόνων ή αισθήσεων ενώ οι ψευδαισθήσεις όχι.<sup>3</sup> Οι παραισθήσεις παρατηρούνται κυρίως στους παρανοϊκούς αρρώστους και εκφράζουν την τάση για παρερμηνεία του περιβάλλοντος (παρερμηνευτική αντίληψη).

Οι πιο συχνές είναι οι **ακουστικές με λεκτικό περιεχόμενο**. Στην κλινική πράξη είναι δύσκολο να τις διακρίνουμε από τις ψευδαισθήσεις ή τα παραληρήματα. Έτσι, όταν ο ασθενής ισχυρίζεται πως οι άλλοι μιλάνε γι αυτόν αρνητικά δεν είμαστε σίγουροι εάν πρόκειται για:

ακουστική παραίσθηση (κάτι λεγόταν που αυτός το άκουσε διαφορετικά)

ακουστική ψευδαίσθηση (άκουσε φράσεις που δεν ειπώθηκαν ποτέ)

ιδέες συσχέτισεως ή αυτοαναφοράς (ήταν πεπεισμένος πως μιλούσαν γι' αυτόν χωρίς όμως να ακούσει τίποτα.)<sup>2</sup>

*Ένας ασθενής 24 ετών δήλωσε πως άκουσε φωνές από το γραφείο των νοσηλευτών. Μια μπάσα φωνή με αυστηρή χροιά έλεγε συνεχώς «Ο Χ είναι ελεεινά παράδοξος» και μια άλλη πιο λεπτή φωνή έλεγε «Είναι και θα έπρεπε να είναι κλειδωμένος». Μια γυναικεία φωνή παρέμβαινε στη συζήτηση κατά διαστήματα λέγοντας «Δεν είναι, είναι ένας αξιαγάπητος άνθρωπος.» .....<sup>3,4</sup>*

Τόσο στην ύπαρξη παραισθήσεων όσο και ψευδαισθήσεων ο γιατρός πρέπει να λαμβάνει υπόψη του την πιθανότητα πρόκλησής τους από λήψη ουσιών, ακόμα και σε ασθενείς στους οποίους έχει ήδη τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας.<sup>3</sup>

*Είναι σωστό να αντικρούουμε τα παραληρήματα και τις ψευδαισθήσεις;*



Ο γιατρός ρώτησε κάποιον ασθενή που ισχυριζόταν πως ήταν νεκρός: «Οι νεκροί δεν αιμορραγούν, σωστά;» Όταν αυτός συμφώνησε, ο γιατρός τρύπησε το δάχτυλο του ασθενή και του έδειξε το αίμα που έτρεξε από την πληγή. Τότε, είπε ο ασθενής: «Κι εσύ τι ξέρεις, όπως φαίνεται οι νεκροί αιμορραγούν τελικά....»

Οι ψυχίατροι δεν συμφωνούν στο εάν πρέπει να τα αντικρούουμε ή όχι. Μερικοί πιστεύουν πως τα παραληρήματα και οι ψευδαισθήσεις υπηρετούν ένα προσαρμοστικό σκοπό και πως κάθε προσπάθεια να τα καταρρίψουμε θα απέβαινε άχρηστη ή ακόμη και επικίνδυνη. Το παραπάνω παράδειγμα δείχνει εμφανώς την ματαιότητα του να χρησιμοποιεί κανείς τη λογική στον χειρισμό ενός παραληρήματος. Παρόλα αυτά άλλοι (Walkup, Bentall, Chadwick, 1994) υποστηρίζουν πως μερικοί ασθενείς ανταποκρίνονται στην αμφισβήτηση των ψευδαισθήσεων τους.



Η προσέγγιση αυτή έχει δύο στάδια. Στην πρώτη, χρησιμοποιείται υποθετική εναντιολογία η οποία συγκρούεται με τις ιδέες τους με αποτέλεσμα την αποδυνάμωση των παραληρημάτων τους. Στην δεύτερη φάση ο ψυχίατρος θέτει μια λεκτική εναντίωση ζητώντας από τους ασθενείς να αποδείξουν τα παραληρήματα τους με στοιχεία και να αναπτύξουν εναλλακτικές εκδοχές.

Π.χ. ένας ασθενής δήλωνε πως οι φωνές ήταν αληθινές γιατί της έλεγαν πότε θα επέστρεφε ο άνδρας της. Ο ψυχίατρος τότε την ρώτησε πως μπορούσε να είναι σίγουρη για τον ερχομό του άνδρα της εφόσον δεν ήξερε αν οι φωνές ήταν ικανές να προβλέψουν το μέλλον και σαν εναλλακτική εκδοχή προτάθηκε η πιθανότητα να ήταν μια έκφραση των δικών της σκέψεων. Αρκετοί ασθενείς μέσω της προσέγγισης αυτής παρουσίασαν μια αποδυνάμωση της πίστης τους στην γνησιότητα των ψευδαισθήσεων τους.

Μια γυναίκα με ακουστικές ψευδαισθήσεις ερωτήθηκε εάν θα σταματούσε να ισχυρίζεται πως ακούει φωνές, σε περίπτωση που της αποδείκνυαν εμπειριστατωμένα πως οι φωνές ερχόντουσαν από την ίδια. Η ασθενής συμφώνησε και έτσι της δόθηκε ένα ζευγάρι καλυμμάτων για τα αυτιά, τα οποία και φόρεσε. Παρόλα αυτά συνέχισε να ισχυρίζεται πως ακούει φωνές όμως η πίστη της στον αν είναι τελικά πραγματικές ή όχι μειώθηκε από 100% στο 20% με αποτέλεσμα να μάθει με την πάροδο του χρόνου να τις παραβλέπει.....<sup>14</sup>

γ) άλλες διαταραχές της αντίληψης

Μελέτες σε σχιζοφρενείς τα τελευταία χρόνια δείχνουν πως ακόμα κι όταν δεν υπάρχουν οι αδρές και εντυπωσιακές διαταραχές της αντίληψης, ανιχνεύονται άλλες οι οποίες είναι πιο λεπτές και από παθογενετική άποψη αρκετά σημαντικές. Ανάμεσα σε αυτές αναφέρονται:

η παραμορφωμένη αντίληψη αντικειμένων και προσώπων, η ζωηρότερη αίσθηση χρωμάτων, η μείωση της αντιληπτικής σταθερότητας και τέλος η μείωση της δυνατότητας για εκτίμηση του βάθους (προοπτικής) με συνακόλουθη την αυξημένη τάση στους σχιζοφρενικούς να βλέπουν τον κόσμο επίπεδο(αναπτυγμένο σε δυο διαστάσεις).<sup>2</sup>

*Διαταραχές της συμπεριφοράς*

α) Εμφάνιση

Όσο εξελίσσεται η σχιζοφρενική ψύχωση, ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών παραμελούν τον εαυτό τους όλο και περισσότερο.<sup>2</sup> Συχνά αδιαφορούν για την υγιεινή του σώματος τους, δεν πλένονται, δεν ντύνονται ή ντύνονται με υπερβολικά ζεστά ρούχα σε σχέση με την θερμοκρασία του περιβάλλοντος.<sup>3</sup> Φτάνουν ακόμα στο σημείο να ουρούν και να αφοδεύουν στο πάτωμα ή επάνω τους και στις περιπτώσεις της έσχατης παλινδρομήσεως να τρώνε τα ίδια τα περιττώματά τους (*κοπροφαγία*).<sup>2,12</sup>

β) Ψυχοκινητικότητα

**Στην κινητικότητα.** Οι κινήσεις είναι ίσως ο κύριος εκφραστής των βουλητικών διαταραχών στη σχιζοφρένεια.<sup>5</sup> Παρατηρούνται:

-στην εκτέλεση των απλών κινήσεων

αμφιπραξία. Π.χ. ο άρρωστος αντιπροτείνει το χέρι του για χειραψία(πολλές φορές σε μορφή μισοσφιγμένης γροθιάς) κι ενώ πλησιάζει το προτεινόμενο χέρι του συνομιλητή του το αποσύρει για να το ξαναπροτείνει κ.ο.κ.

ανακοπές της κινήσεως. Είναι κάτι ανάλογο με την ανακοπή της σκέψης. Η κίνηση αρχίζει και εξελίσσεται σωστά αλλά διακόπτεται απότομα πριν ολοκληρωθεί.

ιδιοτροπισμοί ή κινησιοτροπίες. Η κίνηση είναι ή φαίνεται σκόπιμη αλλά εκτελείται με ένα ασυνήθιστο τρόπο που δίνει στην κίνηση τόνο σχεδόν γελοιογραφικό.

-αυτόματες κινήσεις κατατονικού τύπου

στερεοτυπίες. Κινήσεις άσκοπες και μονότονα επαναλαμβανόμενες. Προαγγέλλουν πολλές φορές την επέλευση μιας κατατονικής διεγέρσεως.

παρακινήσιες. Ακανόνιστες ή συνεχείς συσπάσεις των μυών. Όταν περιορίζονται στο πρόσωπο μοιάζουν με τα λειτουργικά μυοσπάσματα (*tics*).

-κινήσεις συμμορφώσεως

αυτόματη υποταγή στην εντολή. Το άτομο εκτελεί κατά τρόπο αυτοματικό τις εντολές που του δίνουμε ή δεν εκτελεί αυτονόητες κινήσεις αν δεν πάρει εντολή.

Π.χ. του ζητάμε να βγάλει τη γλώσσα του έξω και δεν την αποσύρει, αν δεν πάρει σχετική εντολή, ακόμα κι αν του την τρυπήσουμε με βελόνα.

ηχοπραξία. Επαναλαμβάνει σαν ηχώ κάθε πράξη (κυρίως επαναληπτική) που γίνεται από κάποιον στο άμεσο περιβάλλον του. Όταν επαναλαμβάνει τις μιμικές κινήσεις του προσώπου χρησιμοποιούμε τον όρο ηχομιμία.

εμμονή. Το άτομο εξακολουθεί να επαναλαμβάνει άσκοπα μια αρχικά σκόπιμη πράξη σε αντίθεση με την στερεοτυπία όπου η πράξη είναι άσκοπη από την αρχή. συμπορεία και αναγκαστική χειραγία. Στην πρώτη περίπτωση το άτομο ενδίδει και στην πιο ελαφριά μυϊκή πίεση που ασκούμε πάνω του κι αφήνει το σώμα του να κινηθεί ανάλογα μέχρι πτώσεως με την φορά της ασκούμενης πίεσεως. Στην δεύτερη περίπτωση ...<sup>2</sup>

**Στην στάση και θέση.** Οι διαταραχές εδώ θεωρείται σήμερα πως αντανακλούν, πιθανόν, παθολογία των βασικών γαγγλίων.<sup>3</sup>

-στερεοτυπίες θέσεως. Στάσεις που έκδηλα δεν εξυπηρετούν καμία σκοπιμότητα. Διατηρούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα, διακοπτόμενες κατά διαστήματα από στερεότυπες κινήσεις π.χ. όταν το άτομο είναι ξαπλωμένο στο κρεβάτι δεν ακουμπάει το κεφάλι του στο μαξιλάρι (ψυχικό προσκέφαλο).

-επιτηδευμένες στάσεις. Διαφέρουν από τις προηγούμενες στο ότι είναι πιο αφύσικες κυρίως όμως γιατί δεν διατηρούνται σταθερές επί μακρό χρόνο.

-κηρώδης ευκαμψία. Ο άρρωστος αφήνεται στον εξεταστή χωρίς αντίσταση στην διεύθετη της θέσεως των μελών του, ακόμα και όταν αυτά τοποθετηθούν σε άβολες θέσεις (προκλητή υποβολιμότητα), δίνοντας την εντύπωση σαν να είναι από κερί.<sup>2,5,7</sup>



*Χρόνια κατατονική ασθενής. Η ασθενής είναι ακίνητη και εμφανίζει κηρώδη ευκαμψία. Το χέρι της βρίσκεται σε μη άνετη θέση, υπερυψωμένο, χωρίς υποστήριξη και η πέτρινη έκφραση του προσώπου της παρουσιάζει ένα Schnauzkrampf ή παγωμένο κατσούφιασμα*

-κατατονική εμβροντησία(stupor). Ο ασθενής παραμένει ακίνητος, σαν άγαλμα και δεν αντιδρά στα ερεθίσματα. Δεν λαμβάνει τροφή. Η κατάσταση αυτή μπορεί να διαρκέσει από λίγα λεπτά μέχρι και ημέρες και θεωρείται κατάσταση επείγουσας ανάγκης για παρέμβαση.<sup>5</sup>

### **Στην ομιλία**

-ηχολαλία. Ο ασθενής επαναλαμβάνει σαν ηχώ τις λέξεις που ακούει (το ανάλογο της ηχοπραξίας).

-αλαλία. Αποτελεί τον αντίποδα της προηγούμενης διαταραχής. Υπάρχει απροθυμία στις απαντήσεις η οποία φτάνει στην πλήρη άρνηση ομιλίας. Σε μερικές περιπτώσεις ο άρρωστος δεν μιλάει αλλά πρόθυμα δίνει γραπτές απαντήσεις.

-στερεοτυπίες του λόγου και επιτηδευμένη ομιλία. Επαναλαμβανόμενες λέξεις ή φράσεις που πολλές φορές παίρνουν τη σημειολογική έκφραση της εμμονής π.χ. τάση για ομοιοκαταληξία. Αντίστοιχες εκδηλώσεις παρατηρούνται και στη γραφή.

### **Στην εκφραστικότητα και την μιμική**

-στην μιμική του προσώπου. Ποικίλει ανάλογα με τις υποκείμενες διαταραχές στη σκέψη, την αντίληψη και το συναίσθημα. Επικρατεί παγερό και ανέκφραστο πρόσωπο, που αντανακλά την ακαμψία του συναισθήματος.

-στο βλέμμα. Άλλοτε συντονίζεται με το ανέκφραστο του προσώπου και είναι απλανές και αδιάφορο κι άλλοτε είναι ζοηρό. Ιδιαίτερη διαγνωστική αξία έχει το βλέμμα που δεν σταματάει στον συνομιλητή αλλά φαίνεται να τον διαπερνάει σαν να κοιτάει πίσω από αυτόν(*seeing through*).

-στους μορφασμούς. Είναι υποτίθεται ακούσιες μιμικές κινήσεις αλλά δεν αποκλείεται να αποτελούν τρόπους μιμικής αντιδράσεως σε ψευδαισθητικά βιώματα. Χαρακτηριστική είναι η επαναληπτική συνοφρύωση και η *‘προβολή των χειλέων δίκην ρύγχους’*.<sup>2</sup>

### **γ)κοινωνική και σεξουαλική συμπεριφορά**

Σχεδόν πάντα παρατηρείται δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις. Ο ασθενής εμφανίζει μια αδιαφορία ως προς τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, έλλειψη προσοχής προς τις υποδείξεις ή ανάγκες των άλλων και μια βαθμιαία κοινωνική απομόνωση που οδηγεί συχνά στην απόσυρση του από τον εξωτερικό κόσμο. Συνοδεύεται από υπέρμετρη προσήλωση και ενασχόληση με εγωκεντρικές και παράλογες ιδέες και φαντασίες, όπου η αντικειμενικότητα έχει χαθεί και ο ασθενής περιγράφεται από τους οικείους ή φίλους του σαν *‘χαμένος στον δικό του κόσμο’*. Αυτή η κατάσταση, ιδιαίτερα όταν γίνει έντονη, περιγράφεται σαν **αυτισμός**. Σε αυτή την κατάσταση, ο σχιζοφρενικός άρρωστος μπορεί να χάσει κάθε συναίσθημα ευθύνης ή ντροπής, εκδηλώνοντας απρόσφορη σεξουαλική συμπεριφορά, ικανοποιώντας δηλαδή τις σωματικές του ανάγκες (αυνανισμός) δημόσια.<sup>7,12</sup>

Επίσης συχνά συναντούμε το σύμπτωμα του **αρνητισμού** το οποίο ποικίλει τόσο στους τρόπους που εκδηλώνεται όσο και στην ένταση.<sup>2</sup> Περιγράφεται σαν

έντονη αντίσταση του αρρώστου είτε να συμμορφωθεί σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα (ετεροαρνητισμός) είτε να επιτελέσει ακόμα και τις πλέον βασικές βιολογικές του λειτουργίες(αυτοαρνητισμός).<sup>5</sup>



δ)επιθετικότητα.

Ο σχιζοφρενής μπορεί να βρεθεί σε κατάσταση ψυχοκινητικής διέγερσης και να έχει πολύ μικρό έλεγχο των ενορμήσεών του. Μπορεί επίσης να έχει πολύ μικρή κοινωνική ευαισθησία δρώντας παρορμητικά π.χ. σηκώνεται αρπάζει ένα αντικείμενο το πετάει και αστραπιαία κάθεται ξανά στη θέση του.

Μια μορφή παρορμητικής συμπεριφοράς είναι και η **‘κατατονική διέγερση’**. Πρόκειται για μια βίαιη, ασύνδετη, και ασυγκράτητη διέγερση όπου ο άρρωστος συμπεριφέρεται σαν ‘ταύρος σε υαλοπωλείο’. Μπορεί να κάνει κακό στους άλλους αλλά και στον ίδιο του τον εαυτό όπως π.χ. να πηδήξει παρορμητικά από το μπαλκόνι. Η διέγερση μπορεί να διαρκέσει από μερικά λεπτά έως και ημέρες. Επίσης μπορεί να είναι μερική π.χ. να χτυπήσει με γροθιά ένα παρακείμενο πρόσωπο.

Η παρορμητική συμπεριφορά, συμπεριλαμβανόμενων των αποπειρών αυτοκτονίας και ανθρωποκτονίας, μπορεί να οφείλεται σε ακουστικές ψευδαισθήσεις προτρεπτικού περιεχομένου.<sup>3,5</sup>

Σε ένα νοσοκομείο ημέρας ο Α. στέκεται όρθιος για ώρες, χωρίς να μιλάει ποτέ και τρίβοντας συνεχώς την κορυφή του κεφαλιού του με την παλάμη του. Ο Ξ. περνάει τη μέρα του τρέχοντας γύρω από μια κολώνα και συγχρόνως χτυπάει ελαφρά το στομάχι του με το χέρι του. Η Ε. βαδίζει πέρα δώθε, με το κεφάλι κατεβασμένο και μουρμουρίζει κάτι για κάποιους εχθρούς που έρχονται να την πάρουν ενώ ο Κ. χαχανίζει μόνος του και κάνει μορφασμούς σε μία γωνία. Η Β. στέκεται στο κέντρο του δωματίου, χτυπώντας με δύναμη το φουστάνι της και κάνοντας ένα ρυθμικό ζωηρό ήχο ο οποίος, εξαιτίας της αμείωτης επανάληψής του, περνάει πλέον απαρατήρητος. Ο Ν. κομματιάζει περιοδικά, τοποθετεί τα κομμάτια τους στο στόμα του και μετά τα φτύνει και ο Β. κάθεται ακίνητος για ώρες, κοιτάζοντας το πάτωμα. Η Μ. αυνανίζεται σιωπηλά στον καναπέ ενώ ο Π. ακολουθεί μία νεαρή βοηθό νοσηλεύτη στο δωμάτιο ελέγχου, ελπίζοντας να δει κάτω από τη στολή της καθώς αυτή τακτοποιεί το κρεβάτι. Η Γ. διαβάζει τη Βίβλο, η Α. βλέπει τηλεόραση και ο Φ. εργάζεται σκληρά, τρίβοντας το πάτωμα προκειμένου να το καθαρίσει καλά.

### **1.3.2.2. Αρνητικά συμπτώματα**

*Διαταραχές στο συναίσθημα*

#### α) Συναισθηματική επιπέδωση

Περίπου τα 2/3 των σχιζοφρενών εμφανίζουν επίπεδο συναίσθημα. Μοιάζουν με τους ανθρώπους που φορούν μάσκες επειδή δεν δείχνουν κάποιο συναίσθημα ενώ φυσιολογικά θα περιμέναμε κάποια συναισθηματική έκφραση εκ μέρους τους.<sup>15</sup> Συγκεκριμένα παρουσιάζεται:

- έλλειψη εκφραστικότητας προσώπου
- μείωση αυθόρμητων κινήσεων
- απουσία εκφραστικών χειρονομιών
- φτωχή βλεμματική επαφή
- μείωση συναισθηματικής ανταπόκρισης
- έλλειψη χρωματισμού της φωνής<sup>3,5</sup>

π.χ. ένας ασθενής με κιναισθητικές ψευδαισθήσεις μπορεί να περιγράψει λεπτομερώς πως σαπίζουν τα μέρη του σώματος του χωρίς όμως να δείξει το παραμικρό ενδιαφέρον ή ανησυχία γι' αυτό που του συμβαίνει.<sup>14</sup>

Ωστόσο αν και δεν αντιδρά φανερά, αυτό δεν σημαίνει ότι δεν αντιδρά συναισθηματικά μέσα του. Οι Howard Berenbaum και Thomas Oltmanns(1992) σύγκριναν ασθενείς που εμφάνιζαν επίπεδο συναίσθημα με άλλους που δεν εμφάνιζαν αυτό το σύμπτωμα δείχνοντας σκηνές από ταινίες και στις δυο ομάδες. Σκοπός ήταν να δημιουργήσουν στον θεατή συναισθηματικές αντιδράσεις και βρήκαν ότι τα άτομα με επίπεδο συναίσθημα παρουσίασαν ελάχιστες αλλαγές στις εκφράσεις των προσώπων τους παρόλο που ανέφεραν πως τους δημιουργήθηκαν πρόσφορα συναισθήματα. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το επίπεδο συναίσθημα στη σχιζοφρένεια μπορεί να αντιπροσωπεύει μια δυσκολία έκφρασης των συναισθημάτων και όχι την έλλειψή τους.<sup>15</sup>

#### β) Απρόσφορο συναίσθημα

Το σύμπτωμα αυτό δηλώνει τη διάσταση μεταξύ της βαρύτητας μεταξύ του συγκινησιογόνου ερεθίσματος και της συναισθηματικής απάντησης, καθώς και του μεγέθους π.χ. μικρή έως καμία αντίδραση στην αναγγελία σημαντικού

γεγονότος(θάνατος συγγενικού προσώπου) ή υπερβολική αντίδραση για ασήμαντα συμβάντα. Επίσης μπορούμε να έχουμε και ποιοτική διάσταση που αναφέρεται ως 'συναισθηματική απροσφορότητα' ή πιο σωστά 'αντίπολος συναισθηματική απάντηση' εφόσον συναντάμε την εκ διαμέτρου αντίθετη συγκινησιακή αντίδραση π.χ. στην αναγγελία του θανάτου του πατέρα του ο άρρωστος ξεσπάει σε γέλια.<sup>2,5</sup>

#### γ) Αμφιθυμία

Το αμφιθυμικό άτομο κυριαρχείται την ίδια στιγμή από ισόποσα αλλά αντιθετικά μεταξύ τους συναισθήματα π.χ. μισεί και αγαπάει ταυτόχρονα το ίδιο πρόσωπο με την ίδια ένταση

Συναφή με την αμφιθυμία συμπτώματα είναι και

-η παραμμία δηλ. η διαμετρική αντίθεση ανάμεσα στο βίωμα και στην μιμική έκφραση

-η διχασμένη συναισθηματική έκφραση με τυπικό παράδειγμα τον κλαυσίγελο του σχιζοφρενικού (με το κάτω μέρος του προσώπου χαίρεται και με το πάνω θρηνεί)<sup>2</sup>.

#### δ) Αδιαφορία

Σε μια πιο προχωρημένη φάση της αρρώστιας, που εκφράζει την λεγόμενη χρόνια μορφή της παρατηρείται μια απουσία ή νέκρωση συναισθήματος που συνοδεύεται συνήθως από μια ανάλογη διαταραχή στο συναίσθημα του χρόνου (πλήρης συναισθηματική έκπτωση κατά τον Kraepelin). Ο άρρωστος παραπονιέται ότι ο χρόνος σταμάτησε να κυλάει, ότι τα λεπτά, οι ώρες και οι ημέρες της ζωής του είναι σαν διαρκούν χρόνια.<sup>12</sup>

Καταλήγει να πραγματοποιεί την κλινική εικόνα του ανθρώπου-φυτού ο οποίος, αποστασιοποιημένος από το περιβάλλον του, χρειάζεται μόνο 'πότισμα' για να επιβιώσει.<sup>2,5</sup> Δέχεται χωρίς αντίδραση τους χλευασμούς και τις χειροδικίες των άλλων, αδιαφορεί για το τι τρώει και βολεύεται αδιαμαρτύρητα σε πρωτόγονες συνθήκες διαβιώσεως. Δίνει την εντύπωση πως του έχουν στερέψει όλες οι πηγές που του τροφοδοτούν την ορμή για ζωή (ανορμία). Ευτυχώς ένα μικρό μόνο ποσοστό των σχιζοφρενικών έχει σήμερα αυτή την κατάληξη.<sup>2</sup>

#### ε) Σχιζοκατάθλιψη

Τα περισσότερα ψυχιατρικά διαγνωστικά συστήματα δεν περιλαμβάνουν τα καταθλιπτικά σημεία και συμπτώματα στο κλινικό σύνδρομο της σχιζοφρένειας. Ωστόσο, συχνά, σχιζοφρενείς ασθενείς παραπονούνται ότι είναι 'θλιμμένοι', παρουσιάζουν πολλά από τα φυτικά συμπτώματα που συνοδεύουν την κατάθλιψη, αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν και μπορεί να παρουσιάσουν στην πορεία της νόσου τους μια συναισθηματική διαταραχή. Ο ίδιος ο Kraepelin είχε αναγνωρίσει ότι «είναι δυνατόν να παρουσιαστούν σε αδιαμφισβήτητες περιπτώσεις σχιζοφρένειας, παροδικά ή μακροχρόνια μανιο-καταθλιπτικά συμπτώματα.»

Τα ερευνητικά κριτήρια κατά το DSM-IV για την καταθλιπτική διαταραχή της σχιζοφρένειας:

α. Πληρούνται τα κριτήρια για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο πρέπει να περιλαμβάνει το κριτήριο A1: καταθλιπτική διάθεση. Δεν περιλαμβάνονται συμπτώματα που εξηγούνται καλύτερα από τις φαρμακευτικές ανεπιθύμητες ενέργειες ή τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας.

β. Το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο επικάθεται και συμβαίνει μόνο στην διάρκεια της υπολειμματικής φάσης της σχιζοφρένειας.

γ. Το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο δεν οφείλεται σε άμεσες παθοφυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας ή γενικής σωματικής κατάστασης.

Ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν 14 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν τόσο στα αρχικά στάδια της νόσου, όσο και αργότερα αλλά είναι συχνότερα και ιδιαίτερα σοβαρά την περίοδο μετά την υποχώρηση ενός οξέος ψυχωτικού επεισοδίου.

Ιδιαίτερη σημασία φαίνεται να έχει ο χρόνος εμφάνισης της κατάθλιψης, στην πορεία της νόσου. Η εμφάνιση κατάθλιψης κατά την οξεία φάση δεν φαίνεται να παίζει ρόλο στη μακροχρόνια έκβαση, ενώ η εμφάνισή της κατά την φάση ύφεσης της ψυχωτικής συμπτωματολογίας φαίνεται να σχετίζεται με δυσμενή πρόγνωση, μειωμένη λειτουργικότητα, επιδείνωση κοινωνικών δεξιοτήτων, αυξημένο αριθμό υποτροπών και νοσηλειών και μη συμμόρφωση στη θεραπεία.<sup>17</sup>



στ) Σχιζοεμφροικό συναίσθημα

Παρόμοιο με αυτό του μανιακού αρρώστου με την διαφορά πως λείπει το στοιχείο της διαχύσεως (μεταδοτικότητας) του συναισθήματος και παρά την τάση για λογόρροια, ευθυμολογία κτλ. δύσκολα δημιουργούνται προϋποθέσεις για ζεστή επαφή. Συνδυάζεται συχνά με παραλήρημα μεγαλείου.

ζ) Ψυχωτικό άγχος και αμηχανία



Άγχος με την μορφή εκνευρισμού και παρατεταμένης ανησυχίας ή με την μορφή κρίσεων πανικού, εμφανίζεται πριν ακόμα παρατηρηθούν τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου. Η αναφερόμενη ως ψυχωσική αμηχανία αποτελεί την αντίδραση ξενισμού στις πρώτες ψυχωσικές εμπειρίες. Το άτομο φαίνεται ανήμπορο να συλλάβει και να ερμηνεύσει τη μεταβολή, συμπεριφέρεται σαν να τα έχει χαμένα, πολλές φορές σε σημείο τέτοιο που να δημιουργεί πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης.<sup>2</sup>

Άλλα συμπτώματα συναφή με την διαταραχή του συναισθήματος είναι η:

**Αποπροσωποποίηση.** Το άτομο κατέχεται από το συναίσθημα μιας βαθιάς εσωτερικής αλλαγής. Καθώς το ‘συναίσθημα ταυτότητας’ αδυνατίζει, αισθάνεται πως χάνει τον εαυτό του, πως τα όρια της προσωπικότητάς του θρυμματίζονται, πως νεκρώθηκε το Εγώ του και πως αποπροσωποποιήθηκε.<sup>2,12</sup>

Στις πιο προχωρημένες φάσεις της διαταραχής το συναίσθημα ‘ξενισμού προς εαυτόν’ βαθαίνει και εμπλέκεται με παραληρητικές ιδέες που έχουν ως βασικό τους υπόβαθρο την μεταβολή του Εγώ στο σύνολο ή στα μέρη του (αλλοιοπροσωπεία). Ο άρρωστος νιώθει πως άλλαξε το σωματικό του Εγώ (μεγάλωσε το κρανίο, χόντρυνε η μύτη, κλπ.). Φτάνει ακόμα και σε μηδενιστικό παραλήρημα και πιστεύει πως έχει πεθάνει κι αυτός που ζει είναι άλλος. Στο πλαίσιο αυτής της διαταραχής εντάσσεται και το ‘σημείο του καθρέπτη’ (ο άρρωστος περνάει το χρόνο του μπροστά στον καθρέπτη ψάχνοντας προφανώς να βρει τα σημάδια της μεταβολής ή προσπαθώντας να επικυρώσει τη σωματική του ταυτότητα).

**Αποπραματοποίηση.** Αποτελεί προέκταση στον έξω κόσμο του συναισθήματος του μη πραγματικού και του παραδόξου. Ο κόσμος φαίνεται στον άρρωστο αλλαγμένος, αφύσικος και ξένος. Οι άλλοι άνθρωποι του φαίνονται αλλαγμένοι και πιστεύει πως δεν είναι οι ίδιοι. Τους βλέπει με παραμορφωμένα τα χαρακτηριστικά του προσώπου (αλλοτριπροσωπεία).<sup>2</sup>

### *Διαταραχές στην βούληση*

α) Αβουλησία. Είναι η ανικανότητα έναρξης και συνέχισης των δραστηριοτήτων. Τα άτομα με αυτό το σύμπτωμα δείχνουν ελάχιστο ενδιαφέρον όσον αφορά στην εκτέλεση ακόμα και των πιο βασικών καθημερινών λειτουργιών συμπεριλαμβανόμενων και εκείνων που σχετίζονται με την προσωπική του υγιεινή.<sup>15</sup> Στην αρχή της αρρώστιας, έχουν επίγνωση της αβουλησίας τους και ενοχλούνται από αυτή. Παραπονιούνται πως δεν μπορούν να προωθήσουν τον εαυτό τους σε και σκόπιμη, συνεπή και δημιουργική δραστηριότητα. Όσο όμως προχωράει η ασθένεια πέφτει πιο πολύ η βουλητική στάθμη και ο άρρωστος παύει να δείχνει οποιαδήποτε ανησυχία για την απραγμοσύνη του.<sup>2</sup>

β) Αμφιβουλησία. Διαταραχή της βούλησης, αποτελεί και η αμφιβουλησία που εκδηλώνεται ως αδυναμία επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικές πορείες δράσης.<sup>7</sup> Το άτομο κινείται ανάμεσα σε δυο αντίθετους πόλους χωρίς να έλκεται αποφασιστικά από κανένα.<sup>2</sup> Έτσι δυσκολεύεται να αποφασίσει για κάτι χωρίς να υπαναχωρήσει με αποτέλεσμα η αδυναμία του αυτή να παραλύει την θέληση του

και την ικανότητα του να πάρει οποιαδήποτε απόφαση προκαλώντας τη διακοπή της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας.<sup>2,7,12</sup>

### *Αλογία*

Η αλογία αναφέρεται στην σχετική απουσία ομιλίας. Ένα άτομο με αλογία μπορεί επίσης να παρουσιάσει διακοπές και ανακοπές του λόγου καθώς και να απαντάει σε ερωτήσεις με πολύ σύντομες απαντήσεις, που δεν έχουν ιδιαίτερο περιεχόμενο και μπορεί να φαίνονται μη ενδιαφέρουσες στο πλαίσιο μιας συζήτησης.<sup>3,15</sup>

Γιατρός: «Έχετε παιδιά;»

Ασθενής: «Ναι.»

Γ: «Πόσα παιδιά έχετε;»

Α: «Δύο.»

Γ: «Πόσο χρονών είναι;»

Α: «Έξι και δώδεκα.»

Η ανικανότητα επικοινωνίας αυτού του είδους, πιστεύεται ότι αντανακλά μια διαταραχή αρνητικής σκέψης παρά μια ανεπάρκεια στις δεξιότητες επικοινωνίας. Πρόσφατες έρευνες όμως έδειξαν πως τα άτομα αυτά ίσως δυσκολεύονται να βρουν τις σωστές λέξεις που να εκφράσουν τις σκέψεις τους. (Alpert, Clark & Rouget, 1994) Μερικές φορές η αλογία εκφράζεται και με αργοπορημένα σχόλια ή με αργές απαντήσεις σε ερωτήσεις.<sup>15</sup>

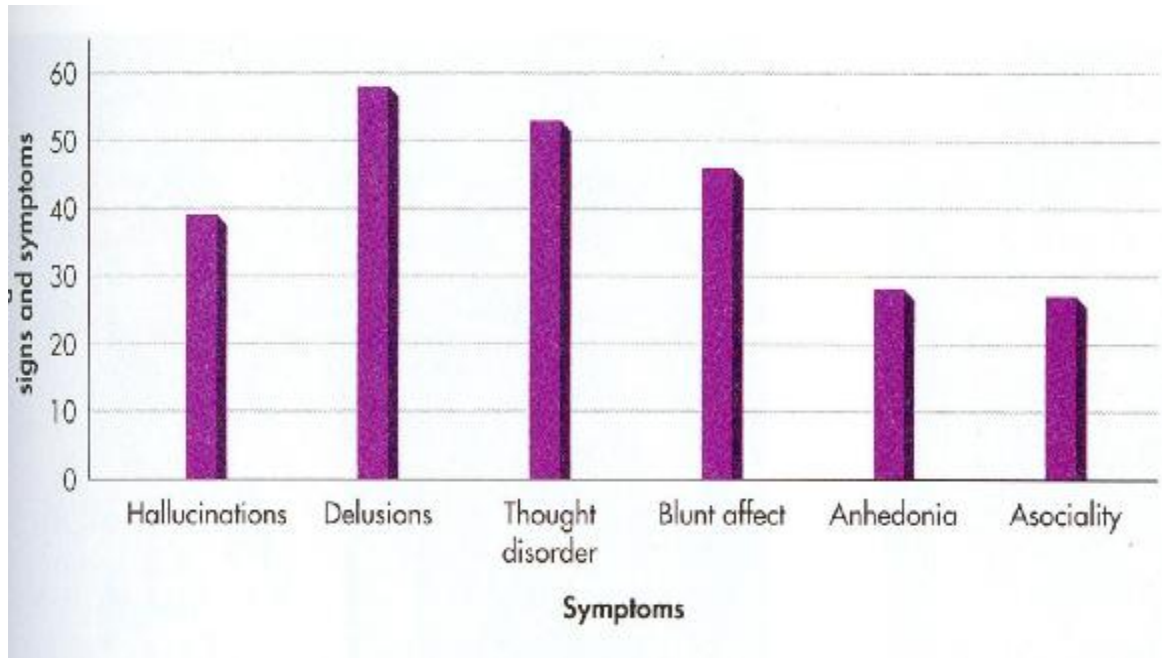
### *Ανηδονία*

Πρόκειται για βασική διαταραχή κατά την οποία το άτομο αδυνατεί να αντλήσει οποιαδήποτε ηδονή από πηγές της πραγματικότητας και καταφεύγει σε ναρκισσιστικά αντικείμενα και στην συνέχεια σε εξωπραγματικούς χώρους (αυτιστικούς) προσπαθώντας να αποκομίσει την ευχαρίστηση που του λείπει.<sup>2,5</sup>

Πολλές σύγχρονες παθογενετικές απόψεις υποστηρίζουν ότι ο σχιζοφρενής συμμετέχει στη ζωή με ένα Εγώ ελαττωματικό που δεν του επιτρέπει να έχει ικανοποιητικό αντίκρισμα στις ηδονοτρόπες επενδύσεις του δηλαδή δεν έχει τον απαιτούμενο μηχανισμό για να απαντάει στα θετικά ενισχυτικά ερεθίσματα, ιδιαίτερα στα κοινωνικά π.χ. φιλικές σχέσεις, σεξουαλικές επαφές, δραστηριότητες αναψυχής.<sup>2,3,15</sup>

### *Διαταραχές στην προσοχή*

Οι διαταραχές της προσοχής είναι πολύ συχνές στους σχιζοφρενικούς αρρώστους. Παρατηρείτε αδυναμία συγκέντρωσης (οξυΐτητας) και έλλειψη σταθερότητας της ενεργητικής προσοχής όχι μόνο όσον αφορά τον κοινωνικό περίγυρο αλλά και κατά την διάρκεια της εξέτασης. Σε παρανοειδείς αρρώστους (λόγω των παραληρητικών ιδεών) παρατηρείτε συρρίκνωση της προσοχής.<sup>2,5</sup>



### 1.3.3. Σωματικά ευρήματα

Ένας αυξημένος επιπολασμός ήπιων σωματικών ανωμαλιών παρατηρείτε σε ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια τα οποία όμως δεν έχουν παθολογική αξία.<sup>3,5</sup> Τέτοιες ανωμαλίες συνδέονται πιθανότατα με τα πρώιμα στάδια της εμβρυϊκής ανάπτυξης, συνήθως το πρώτο τρίμηνο της κύησης και σε συχνότερη αναλογία στους άντρες από τις γυναίκες.<sup>3</sup> Ειδικότερα, παρατηρούμε υψηλότοξη υπερώα, μικρή ή μεγάλη απόσταση των ματιών καθώς και ελάχιστες δυσμορφίες των αυτιών.<sup>2</sup>

#### Νευρολογικά “μαλακά” (soft signs) ευρήματα

Σε ποσοστά που κυμαίνονται από 50-100% των αρρώστων παρατηρούνται “μαλακά” (soft) ελάσσονα νευρολογικά σημεία, όπως το αντανακλαστικό δράσης (grasp), η δυσδιαδοχοκινησία, η διαταραχή στερεογνωσίας. Έχουν καταγραφεί επίσης παροξυντικές σακκαδικές κινήσεις των οφθαλμών, δηλαδή δυσκολία να παρακολουθήσει το βλέμμα ένα αντικείμενο μέσα στο διάστημα. Το εύρημα αυτό έχει παρατηρηθεί στο 50-80% των ασθενών και στο 40-45% των συγγενών πρώτου βαθμού σε σύγκριση με την εμφάνιση του ίδιου ευρήματος στο 8-10% σε υγιείς.<sup>18</sup> Τέλος έχει παρατηρηθεί και μια αύξηση του ρυθμού με τον οποίο ανοιγοκλείνουν τα βλέφαρα.<sup>3</sup>

Η υπερεργηγορσιμότητα του ΚΝΣ καταγράφεται και στον καρδιακό ρυθμό σε κατάσταση ηρεμίας.<sup>18</sup>

### Ενδοκρινολογικές μελέτες

Πρόσφατα επιβεβαιώθηκε και η παλιά κλινική εντύπωση πως ο ιδρώτας των σχιζοφρενών αποπνέει μια ειδική οσμή (εξαιτίας της μεθυλ-2-εξανοϊκό οξύ).<sup>7</sup>

Επίσης, έχουν μετρηθεί μειωμένα επίπεδα LH (ωρινοτρόπου ορμόνης) και FSH, μειωμένα επίπεδα προλακτίνης και αυξητικής ορμόνης μετά από χορήγηση γοναδοτρόπου και θυρεοειδοτρόπου ορμόνης.

Τέλος, είναι γνωστό πως η όρεξη, η κατανάλωση τροφής και το σωματικό βάρος μεταβάλλονται συχνά σε ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια και η μείζων κατάθλιψη. Κεντρικό ρόλο στη ρύθμιση του βάρους και στην πρόσληψη τροφής παίζει η λεπτίνη, μια ορμόνη προερχόμενη από τα λιποκύτταρα, η οποία εμπλέκεται επίσης και στον έλεγχο άλλων συμπεριφορών καθώς και στην ανάπτυξη του εγκεφάλου. Δεν υπάρχουν πληροφορίες σχετικά με τα ακριβείς ποσότητες της κυκλοφορούμενης λεπτίνης στην σχιζοφρένεια ή στην μείζονα κατάθλιψη, εκτός από το γεγονός πως οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια εμφανίζουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα λεπτίνης από τους ασθενείς με κατάθλιψη. Η μείωση των επιπέδων λεπτίνης είναι ανεξάρτητη από τη χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων. Φαίνεται πως η σχιζοφρένεια συνοδεύεται από μειωμένες συγκεντρώσεις λεπτίνης κατά συστήματα οι οποίες δεν μπορούν να αποδοθούν στη φαρμακευτική αγωγή ή στην μεταβολή του δείκτη σωματικού βάρους. Έτσι, η λεπτίνη μπορεί να παίζει σημαντικό παθοφυσιολογικό ρόλο σε αυτή τη ψυχιατρική διαταραχή και χρήζει περαιτέρω επιστημονικής μελέτης.<sup>18</sup>

### Ηλεκτροφυσιολογικά ευρήματα

Σε μερικούς αρρώστους έχουν βρεθεί μειωμένα α κύματα και αυξημένα θ και δ κύματα στο ΗΕΓ, όπως και παροξυσμικές ανωμαλίες και αυξημένη ευαισθησία σε υπνική στέρηση. Σε μελέτες προκλητών δυναμικών έχει καταγραφεί μια αρχική υπερευαισθησία σε αισθητηριακά ερεθίσματα με επιβραδυνόμενη αντίστοιχη επιπέδωση της επεξεργασίας της πληροφορίας σε υψηλότερα φλοιώδη επίπεδα.<sup>18</sup>

Τέλος, υπάρχουν ενδείξεις ότι στην σύγκριση ομάδων σχιζοφρενών με ομάδες άλλων ψυχιατρικών ασθενών ή φυσιολογικών ατόμων, οι σχιζοφρενείς τείνουν να έχουν χαμηλότερη βαθμολογία στις δοκιμασίες νοημοσύνης η οποία εξακολουθεί να εκπίπτει με την πορεία της νόσου.<sup>3</sup>

### Νευροανοσολογικές έρευνες

Σε κάποιους αρρώστους έχουν εντοπιστεί μη τυπικά λεμφοκύτταρα και μειωμένα κύτταρα T.<sup>18</sup>

### Μεταβολικές διαταραχές: σακχαρώδης διαβήτης

Διάφορες μελέτες έδειξαν αυξημένα ποσοστά διαβήτη ή υπεργλυκαιμίας σε αρρώστους με σχιζοφρένεια με και χωρίς συσχετισμό με κλασικούς αντιψυχωσικούς παράγοντες. Δεν είναι σαφές στις μελέτες αυτές κατά πόσο τα αυξημένα ποσοστά οφείλονται σε αυξήσεις σε διαβήτη τύπου 1 (ινσουλινοεξαρτώμενο) ή τύπου 2 (μη ινσουλινοεξαρτώμενο). Παλαιότερες μελέτες είχαν προβλήματα επίσης με τα διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια.

Ο Mukherjee και συνεργάτες διαπίστωσαν ότι ο διαβήτης ήταν συχνότερος σε αρρώστους που δεν έπαιρναν αντιψυχωτικά σε σχέση με αυτούς που ήταν σε αγωγή με κλασικά αντιψυχωτικά. Τα ποσοστά του διαβήτη στους ασθενείς αυτούς βρέθηκαν υψηλότερα από εκείνα του γενικού πληθυσμού.

Συγκεκριμένα ο Mukherjee και συνεργάτες διαπίστωσαν μια επικράτηση του διαβήτη σε αρρώστους με σχιζοφρένεια. Δεν υπήρχαν περιπτώσεις διαβήτη σε αρρώστους νεότερους των 50 ετών. Μετά τον έλεγχο για την ηλικία, το φύλο και τη συνολική διάρκεια της αντιψυχωσικής θεραπείας, ο διαβήτης ήταν σημαντικά συχνότερος σε αρρώστους που δεν έπαιρναν αντιψυχωσικά απ' ό τι στους ασθενείς εκείνους που έπαιρναν τα φάρμακα. Τα αποτελέσματα αυτά υπερβαίνουν τα αναμενόμενα ποσοστά διαβήτη τύπου 2 στον γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ (5,1% σε ανθρώπους ηλικίας μέχρι 20 ετών με 2,7% μη διαγνωσμένο διαβήτη και 12,3% σε ανθρώπους ηλικίας 40 έως 74 ετών).<sup>18</sup>

## 1.4. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Διάφοροι ερευνητές σε όλο τον κόσμο προσπάθησαν και προσπαθούν να οριοθετήσουν διαγνωστικά τη σχιζοφρένεια, ιδιαίτερα γιατί η ακριβής διάγνωσή της είναι τόσο σημαντική για τη γενικότερη πρόγνωση και θεραπεία του αρρώστου. Η πιο πρόσφατη προσπάθεια είναι αυτή του **DSM-IV**.<sup>7</sup> Το DSM-IV παραθέτει κάποια συγκεκριμένα κριτήρια για την διάγνωση ενός ασθενή ως σχιζοφρενή. Το κύριο κριτήριο είναι ότι ο ασθενής πρέπει να πληρεί δυο ή περισσότερα ψυχωτικά συμπτώματα το λιγότερο για ένα μήνα και να εκδηλώνει 'περίεργη' συμπεριφορά για τουλάχιστον έξι. Η σημαντικότητά του DSM-IV έγκειται στο γεγονός ότι αντίθετα με τα προηγούμενα συστήματα, θεωρεί τα αρνητικά συμπτώματα εξίσου σημαντικά με τα θετικά.<sup>11</sup>

### 1.4.1. Τα κριτήρια κατά DSM-IV

A. Χαρακτηριστικά συμπτώματα: Δύο ή περισσότερα από τα παρακάτω που το καθένα παρουσιάζεται για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα μέσα σε 1 μήνα. (ή λιγότερο εάν αντιμετωπίστηκαν θεραπευτικά με επιτυχία).

1. παραληρήματα
2. ψευδαισθήσεις
3. αποδιοργανωμένη ομιλία (συχνοί εκτροχιασμοί της ροής ή ασυναρτησία)
4. έντονη αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
5. αρνητικά συμπτώματα π.χ. επίπεδο συνείδηση, αλογία ή αβουλία

*Σημείωση:* Μόνο ένα σύμπτωμα A απαιτείται αν τα παραληρήματα είναι αλλόκοτα ή αν οι ψευδαισθήσεις αποτελούνται από μια φωνή που σχολιάζει συνεχώς τη συμπεριφορά ή τις σκέψεις του ατόμου, ή από δυο ή περισσότερες φωνές οι οποίες συζητούν μεταξύ τους.

B. Εργασιακή και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου: Για ένα σημαντικό χρονικό διάστημα από τη στιγμή έναρξης της διαταραχής, μια ή περισσότερες

κύριες περιοχές της λειτουργικότητας του ατόμου όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις και η αυτοφροντίδα είναι αδιαμφισβήτητα κάτω από το επίπεδο που είχαν επιτευχθεί πριν από την έναρξη.

Στην περίπτωση που η έναρξη τοποθετείται κατά την παιδική ηλικία ή την εφηβεία, το αναμενόμενο επίπεδο λειτουργικότητας δεν μπορεί να επιτευχθεί.

Γ. Διάρκεια: Συνεχόμενα σημεία της διαταραχής παρουσιάζονται για το λιγότερο 6 μήνες. Αυτή η περίοδος των 6 μηνών πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον 1 μήνα συμπτωμάτων (ή λιγότερο αν αντιμετωπιστούν επιτυχώς), τα οποία πληρούν το κριτήριο Α (ενεργός φάση των συμπτωμάτων) και μπορεί να περιλαμβάνει περιόδους με πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα. Κατά τη διάρκεια αυτής της πρόδρομης ή υπολειμματικής περιόδου, τα σημάδια της διαταραχής μπορούν να εκδηλώνονται μόνο με αρνητικά συμπτώματα, ή με δυο ή περισσότερα συμπτώματα κριτηρίου Α εξασθενημένης μορφής όπως π.χ. παράδοξες πεποιθήσεις, παράξενες αισθητηριακές εμπειρίες κ.α.

Δ. Αποκλεισμός της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και διαταραχών της διάθεσης: Αποκλείονται η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και οι διαταραχές της διάθεσης είτε γιατί:

- κανένα μείζονος καταθλιπτικού, μανιακού συνδρόμου ή και μεικτό επεισόδιο δεν παρουσιάστηκε ταυτόχρονα με την ενεργό φάση των συμπτωμάτων.

είτε:

- αν υπήρξαν επεισόδια διαταραχής της διάθεσης κατά τη διάρκεια της ενεργού φάσης των συμπτωμάτων, η συνολική τους διάρκεια ήταν μικρότερη σε σχέση με την διάρκεια της ενεργού και της υπολειμματικής περιόδου.

Ε. Αποκλεισμός ουσιών/ γενικής σωματικής κατάστασης: Η διαταραχή δεν οφείλεται στην άμεση φυσιολογική δράση μιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση μιας ουσίας, φάρμακα) ή μιας γενικής σωματικής κατάστασης.

ΣΤ. Σχέση με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή: Αν υπάρχει ιστορικό αυτιστικής διαταραχής ή κάποιας άλλης διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής, η επιπρόσθετη διάγνωση της σχιζοφρένειας θα τεθεί μόνο αν υπάρχουν ταυτόχρονα αξιοσημείωτες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για τουλάχιστον 1 μήνα (ή λιγότερο αν αντιμετωπιστούν επιτυχώς).<sup>11</sup>

#### **1.4.2. Το οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο.**

Η κατάσταση αυτή διακρίνεται για την οξεία εγκατάσταση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, που συνοδεύονται συχνά από σύγχυση, αμηχανία, ιδέες συσχέτισης, συναισθηματική αναταραχή, ονειροειδείς διχαστικές εκδηλώσεις, διέγερση, κατάθλιψη ή φόβο. Με τον καιρό μπορεί να πάρει την εικόνα της κατατονικής ηβηφρενικής ή παρανοειδούς σχιζοφρένειας, οπότε και η διάγνωση πρέπει να προσαρμοστεί ανάλογα. *Πρόκειται δηλαδή για μια διαγνωστική κατηγορία αμφίβολης ή τουλάχιστον προσωρινής μόνο αξίας.* Σαν διακριτικό γνώρισμα είναι η οξεία εγκατάσταση, η ποικιλομορφία και η μεγάλη ένταση των συμπτωμάτων, που όλα μαζί δημιουργούν έντονο συναίσθημα αμηχανίας και συγχυτικόμορφη αντίδραση στο άτομο. Μόνο η εξέλιξη θα δικαιολογήσει τελικά

τον διαγνωστικό αυτόν χαρακτηρισμό (ότι πρόκειται δηλαδή για παροδικό επεισόδιο και όχι για απαρχή διεργασίας προς χρόνια ψύχωση).

Πάντως, οι αμιγείς αυτές περιπτώσεις είναι σπάνιες. Στις περισσότερες αναθεωρείται η αρχική διάγνωση μόλις εμφανιστούν τα συμπτώματα, που χαρακτηρίζουν μια προοδευτική σχιζοφρενική διεργασία. Τέτοιες κλινικές εικόνες πραγματοποιούνται συνήθως κάτω από ψυχοπρεστικές συνθήκες για το άτομο. Ο Boisen αναφέρει ότι πυροδοτούνται συνήθως από την ύπαρξη ενός άλυτου προσωπικού προβλήματος, που συνδέεται με τον βασικό ρόλο του ασθενή στη ζωή. Στατιστική μελέτη στον αμερικανικό στρατό έδειξε πως στο 47% το επεισόδιο απέδραμε τελείως, στο 27% παρουσίασε βελτίωση και στο 26% ακολούθησε μια εξελικτική πορεία στη χρονιότητα της νόσου.<sup>21</sup>

## 1.5. ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ

Η σχιζοφρένεια είναι μια διαγνωστική ομπρέλα που καλύπτει μια ποικιλία κλινικών καταστάσεων (τύπων) οι οποίες διαφέρουν στην συμπτωματολογία, στην κλινική πορεία και στην πρόγνωση.<sup>7</sup>

Παρόλο που οι τύποι αυτοί χρησιμοποιούνται ευρέως, μερικοί κλινικοί αμφισβητούν την αξία και την εγκυρότητά τους διότι δεν έχουν βρεθεί διαφορές ανάμεσα τους ως προς την θεραπευτική αγωγή, την κληρονομικότητα ή την μακροπρόθεσμη έκβαση της αρρώστιας.<sup>14</sup>



### 1.5.1. παρανοειδής τύπος

Τύπος κατά τον οποίο πληρούνται τα εξής κριτήρια:

- α) ανάπτυξη παραληρητικού συστήματος και ύπαρξη συχνών ψευδαισθήσεων, κυρίως ακουστικών.
- β) απουσία αποδιοργανωμένης ομιλίας, κατατονικής συμπεριφοράς, και επίπεδου ή απρόσφορου συναι-σθήματος.<sup>13,19</sup>

Η παρανοειδής σχιζοφρένεια είναι ο τύπος που διαγιγνώσκετε περισσότερο συχνά στα περισσότερα μέρη του κόσμου. Οι παραληρητικές ιδέες που παρατηρούνται συχνά οργανώνονται γύρω από ένα μοναδικό συνεκτικό θέμα και είναι, κατά κανόνα, διωκτικές ή μεγαλειώδεις.<sup>13</sup> Οι ψευδαισθήσεις τείνουν να σχετίζονται με το περιεχόμενο του παραληρητικού θέματος και προκαλούν στον ασθενή άγχος, θυμό, λεκτική και σωματική επιθετικότητα, υπερευαισθησία και καχυποψία στην διαπροσωπική επαφή όπως και αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλλου του ή φόβο ότι θα θεωρηθεί το άτομο ομοφυλόφιλο.<sup>7,13</sup> Λόγω του παραληρηματός του, επιχειρεί να κρατάει τον συνομιλητή του σε απόσταση ασφαλείας και αυτό τον κάνει να φαίνεται εχθρικό ή θυμωμένο κατά την διάρκεια της συνέντευξης.<sup>19</sup> Ο τύπος αυτός της σχιζοφρένειας αρχίζει βαθμιαία συνήθως μετά το 30<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας και όχι σπάνια προς το τέλος της.<sup>3,20</sup> Υπάρχουν ενδείξεις ότι η πρόγνωση της παρανοειδούς σχιζοφρένειας είναι πολύ καλύτερη απ' ότι εκείνη των άλλων τύπων.<sup>13</sup>





Τα περισσότερα παραληρήματά του Α, 36 ετών, σχετιζόντουσαν με την κοπέλα του ξεκινώντας με ισχυρισμούς ότι τον απατούσε. Σύντομα άρχισε να την κατηγορεί ότι είχε σεξουαλικές σχέσεις με έναν από τους αδερφούς του. Μέσα σε μερικές βδομάδες οι πεποιθήσεις του άρχισαν να αποκτούν ακόμη πιο παράξενο χαρακτήρα όπως ότι η κοπέλα του είχε σεξουαλικές επαφές με σκύλους και με άλλα ζώα της φάρμας καθώς και ότι έβαζε φωτιές σε όλη την πόλη....

Μέσα σε μερικά χρόνια άρχισε να απομονώνεται στο δωμάτιο του για μέρες κάθε φορά, τοποθετώντας πολλές κλειδαριές στην πόρτα του και οι γονείς του ανέφεραν πως συχνά τον άκουγαν να μιλάει δυνατά. Κοιμόταν με ένα όπλο κάτω από το κρεβάτι του και ένα μαχαίρι δίπλα στο μαξιλάρι του. Αυτές οι περίοδοι απομόνωσης, εναλλάσσονταν με περιόδους απόλυτης ηρεμίας. Τελικά όταν εισήλθε στην κλινική δήλωσε πως ήταν πεπεισμένος ότι οι εχθροί του ερχόντουσαν το βράδυ στο σπίτι του και τον βίαζαν ενώ κοιμόταν. Αυτός ήταν και ο λόγος που είχε αναπτύξει αυτή την υπερπροστατευτική συμπεριφορά. Μέσα στο νοσοκομείο κοιμόταν περισσότερο τη μέρα παρά την νύχτα και ισχυριζόταν πως είχε 'αυτιά σκύλου', πράγμα που τον έκανε να ακούει συζητήσεις από πολύ μακριά. Τέλος ανέφερε πως ένα είδος ηλεκτρικού μηχανισμού είχε τοποθετηθεί στο σώμα του το οποίο επέτρεπε στους εχθρούς του να ακούνε οτιδήποτε κι αν έλεγε, χωρίς όμως να είναι σίγουρος ότι αυτό ήταν αλήθεια...  
16

### 1.5.2. κατατονικός τύπος

Τύπος κατά τον οποίο πληρούνται τουλάχιστον δύο από τα εξής κριτήρια:

- α) κινητική δυσκαμψία ή ακαμψία που εμφανίζεται με εμβροντησία(stupor) ή καταληψία.
- β) υπερβολικός αρνητισμός
- γ) λήψη και διατήρηση παράδοξων στάσεων σώματος(posturing)
- δ) ηχολαλία ή ηχοπραξία<sup>3,13,19</sup>
- ε) υπέρμετρη κινητική δραστηριότητα

Αν και ο τύπος αυτός ήταν συχνός πριν από αρκετές δεκαετίες σήμερα είναι σπάνιος.<sup>3</sup> Το κύριο σύμπτωμα της κατατονίας είναι η διαταραχή της κινητικότητας και το σύνδρομο του αρνητισμού. Ο κατατονικός αρνείται να μιλήσει, να καταπιεί, να φάει και να υπακούσει σε κάθε εντολή που του δίνουν.<sup>20</sup> Σύνοδα χαρακτηριστικά είναι οι στερεοτυπίες, οι μαννερισμοί, η κηρώδης ευκαμψία και η αλαλία η οποία είναι αρκετά συχνή.<sup>3</sup> Τα άτομα αυτά έχουν σοβαρές δυσκολίες στην φροντίδα του εαυτού τους και είναι εκτεθειμένα στον κίνδυνο κακής διατροφής, εξάντλησης, υπερπυρεξίας και αυτοτραυματισμού. Επιπλέον, αυτά τα άτομα έχουν ανάγκη στενής επίβλεψης, κατά τη διάρκεια περιόδων βαριάς κατατονικής εμβροντησίας ή διέγερσης, για να παρεμποδιστούν έγκαιρα και να μη βλάψουν τον εαυτό τους ή άλλα άτομα του περιβάλλοντος τους.<sup>13</sup>

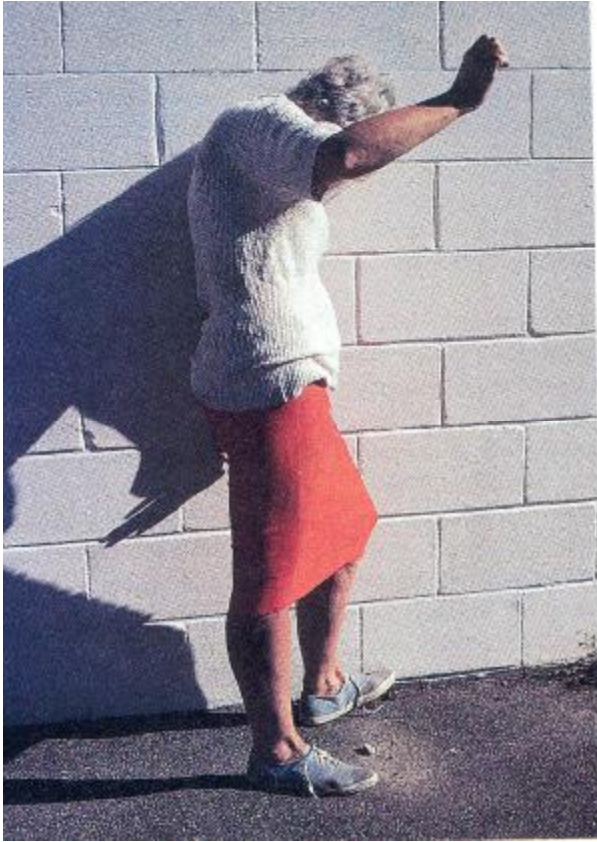
Η Α. μεταφέρθηκε στο ψυχιατρείο από την αστυνομία έπειτα από μια επείγουσα αναφορά πως είχε επιτεθεί σε ένα παιδί. Είχε πλησιάσει ένα εννιάχρονο κοριτσάκι στην στάση του λεωφορείου και επιχείρησε να την στραγγαλίσει. Κάποιος περαστικός ευτυχώς επενέβη, συγκράτησε την Α. και κάλεσε την αστυνομία. Στην αρχή αυτή προσπάθησε να αντισταθεί με βίαιο τρόπο και να αρπάξει πάλι το παιδί αλλά έπειτα, εντελώς ξαφνικά, έμεινε ακίνητη και άκαμπτη σαν άγαλμα με το ένα χέρι τεντωμένο προς το μέρος του παιδιού και ένα άγριο βλέμμα χαραγμένο στο πρόσωπο. Όταν έφτασε η αστυνομία επιχείρησε να την βάλει στο αυτοκίνητο αλλά ήταν πολύ δύσκολο καθώς η ίδια δεν κουνιόταν καθόλου. Χρειάστηκε μεγάλη προσπάθεια να τα καταφέρουν, σχεδόν την κουβάλησαν μέχρι εκεί και τελικά την έβαλαν μέσα δια της βίας....

Όταν την έφεραν στον θάλαμο, αυτή παρέμεινε στην είσοδο και χρειάστηκε να την προσκαλέσουν για να εισέλθει. Αρνήθηκε να φάει και να πάει για εξέταση παραμένοντας άκαμπτη με το ένα της χέρι τεντωμένο μπροστά της. Δεν απαντούσε σε καμία ερώτηση και δεν ανταποκρινόταν με κανένα τρόπο στο προσωπικό του ψυχιατρείου. Μετά από πολλές ώρες μεταφέρθηκε αναγκαστικά στο δωμάτιο της και τοποθετήθηκε στο κρεβάτι της όπου παρέμεινε στην ίδια θέση με το βλέμμα της καρφωμένο στο ταβάνι. Το επόμενο πρωί βρέθηκε πάλι ακίνητη σαν άγαλμα, αυτή τη φορά όμως πίσω από την πόρτα όπου και είχε ουρήσει στο πάτωμα...

Η αδερφή της Α. δήλωσε πως αυτή και η οικογένεια της είχαν αρχίσει να ανησυχούν για την Α. τον τελευταίο καιρό. Τους δύο τελευταίους μήνες ήταν μοναχική και παράξενη, με επαναλαμβανόμενα επεισόδια αλογίας που κρατούσαν μερικά λεπτά. Αρκετές φορές είχε ισχυριστεί πως «τα παιδιά προσπαθούν να καταστρέψουν τα μαθηματικά» και πως «οι ρητοί αριθμοί περνούν μια δύσκολη φάση». Είχε σταματήσει να πηγαίνει στο πανεπιστήμιο και περνούσε όλη της τη μέρα κλεισμένη στο δωμάτιο της, βγαίνοντας μόνο για να πάει μια βόλτα το απόγευμα...<sup>16</sup>

**Εμβροντησία:** έντονη μείωση αντιδραστικότητας στο περιβάλλον με μειωμένες αυθόρμητες κινήσεις και αντιδραστικότητα.

**Καταληψία:** γενικευμένη κατάσταση μειωμένης απαντητικότητας που εκδηλώνεται με καταστάσεις έκστασης, ή διατήρηση στάσεων ή θέσεων του σώματος για παρατεταμένες χρονικές περιόδους.



Κατατονικοί τύποι ασθενών.

### 1.5.3. αποδιοργανωμένος τύπος (ηβηφρενικός)

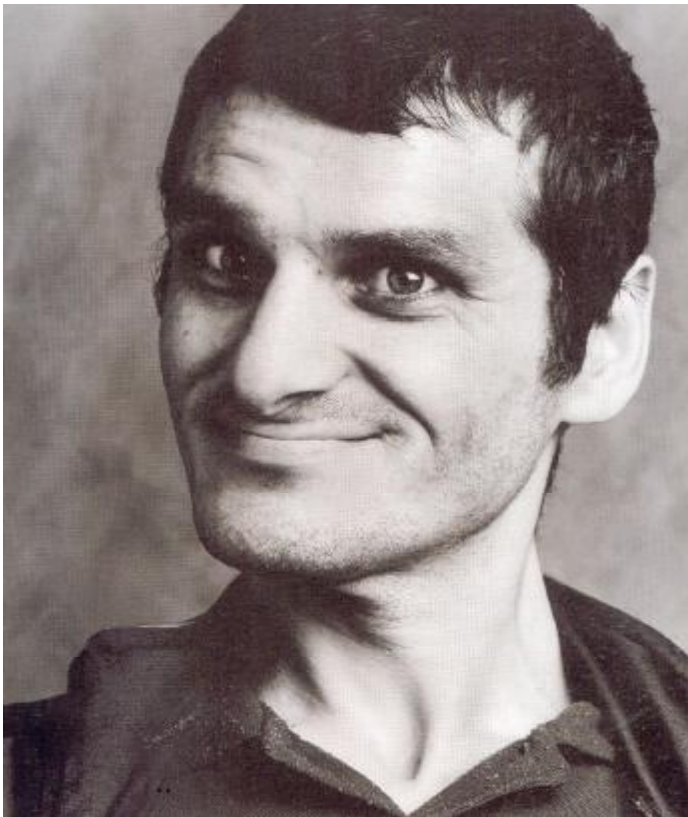
Τύπος κατά τον οποίο πληρούνται τα εξής κριτήρια:

- α) ύπαρξη αποδιοργανωμένης ομιλίας, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και επίπεδου ή απρόσφορου συναισθήματος.
- β) απουσία κριτηρίων για την διάγνωση κατατονικού τύπου.<sup>19</sup>

Το σύμπτωμα που προέχει σε αυτή την μορφή είναι οι διαταραχές του συνειρμού, που μπορεί να ποικίλουν από την απλή χάλαση έως την τέλεια διάσπαση και την 'σαλάτα' λέξεων.<sup>20</sup> Τα άτομα αυτά εμφανίζουν έντονα διαταραγμένο λόγο, φέρονται ανόητα και η συμπεριφορά τους είναι παιδικόμορφη ρέποντας σε νεολογισμούς, απρόσφορα χαχανητά και μορφασμούς.<sup>4,13,15</sup>

Μανερισμοί, υποχονδριακά ενοχλήματα παραληρητικού επιπέδου, υπερβολική κοινωνική απόσυρση και αδιαφορία για την ατομική υγιεινή και εμφάνιση είναι συχνά.<sup>4,7</sup>

Επίσης μπορεί να υπάρξουν και παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις οι οποίες όμως δεν αφορούν σε ένα κεντρικό θέμα, αλλά είναι περισσότερο διασπασμένες.<sup>15</sup> Τα άτομα αυτά τείνουν να παρουσιάζουν νωρίς στη ζωή τους σημάδια δυσκολίας και στερούνται στόχους, γεγονός που ενδέχεται να καθιστά δυσχερή την ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων της καθημερινής τους ζωής.<sup>13,15</sup> Ο τύπος αυτός της σχιζοφρένειας παρουσιάζεται συνήθως σε νεαρές ηλικίες ενώ η πρόγνωση της θεωρείται κακή και η πορεία της ακατάπαυστη χωρίς ένδειξη βελτίωσης των συμπτωμάτων της.<sup>15,19</sup>



Ο Γ. 26 ετών, όταν κατατάχθηκε στο ναυτικό, περνούσε πολλές ώρες στο γκαράζ που φυλάσσονταν τα στρατιωτικά οχήματα και τους μιλούσε. Χόρευε και μιμούταν ήρωες κινουμένων σχεδίων μονολογώντας. Παραπέμφθηκε στον ψυχίατρο της βάσης ο οποίος εξέτασε τα ούρα του για ναρκωτικές ουσίες χωρίς όμως να βρεθεί κάτι. Ο Γ. επέστρεψε τελικά στο σπίτι του και βρήκε δουλειά στον τοπικό σύλλογο γκολφ. Οι συνάδελφοι του παρατήρησαν πως ο Γ. φερόταν περίεργα, γελούσε και έκανε γκριμάτσες άσκοπα και συχνά μιλούσε χωρίς να έχουν νόημα τα λεγόμενα του. Ένας φύλακας σχολίασε πως απέφενγε τον Γ. επειδή: «Απλά δεν σταματάει. Δεν ξέρω για τι ακριβώς μιλάει, λέει αστεία που ενώ δεν γελάει κανείς αυτός ξεσπάει σε γέλια.»

Τρία χρόνια μετά ήρθε ο Πάπας στην πόλη του και ο Γ. θέλησε να βρεθεί μαζί του αλλά οι υπεύθυνοι του είπαν πως αυτό ήταν αδύνατο. Τότε αποφάσισε ότι ο Πάπας ήταν ο Αντίχριστος και σκέφτηκε ότι ήταν χρέος του να προειδοποιήσει τους πιστούς για την απατεωνιά του. Έτσι, ξάπλωσε στον δρόμο μπροστά από την πομπή αυτοκινήτων του Πάπα, σταματώντας την κίνηση...

Η αστυνομία συνέλαβε τον Γ και τον μετέφεραν σε μια ψυχιατρική κλινική. Στη διάρκεια της νοσηλείας του εξέφρασε παραληρήματα και αποδιοργανωμένη ομιλία με νεολογισμούς και συμπτωματική φρασεολογία...<sup>16</sup>

#### 1.5.4. υπολειμματικός τύπος

Τύπος κατά τον οποίο πληρούνται τα εξής κριτήρια:

α) απουσία παραληρημάτων, ψευδαισθήσεων, αποδιορ-γανωμένης ομιλίας και αποδιοργανωμένης ή κατατονικής συμπεριφοράς.<sup>19</sup>

β) παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων τα οποία όμως παρουσιάζουν εξαιρετικά μειωμένη ένταση.<sup>5</sup>

Τα άτομα που είχαν τουλάχιστον ένα επεισόδιο σχιζοφρένειας αλλά που δεν εκδηλώνουν πια τα κύρια συμπτώματα αυτής της διαταραχής ανήκουν στον υπολειμματικό τύπο της σχιζοφρένειας.<sup>15</sup> Παρόλα αυτά υπάρχει μια εκδήλωση αρνητικών ή υπολειμματικών συμπτωμάτων τα οποία δεν είναι τόσο ισχυρά ώστε να τα εντάξουμε σε κάποιον άλλο τύπο όπως παράξενη συμπεριφορά, διαταραχές σκέψης, κοινωνική απόσυρση, έλλειψη δραστηριότητας, παράδοξες πεποιθήσεις, ασυνήθεις αντιληπτικές εμπειρίες κτλ.<sup>5,14,15,19</sup>

#### 1.5.5. αδιαφοροποίητος τύπος

Τα άτομα που δεν ανήκουν στους προαναφερθέντες τύπους ταξινομούνται στον λεγόμενο αδιαφοροποίητο.<sup>15</sup> Ο τύπος αυτός της σχιζοφρένειας πληρεί μεν τα κύρια συμπτώματα της (προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή πολύ αποδιοργανωμένη συμπεριφορά), όμως δεν εμφανίζει κάποιο αξιοσημείωτο κριτήριο όπως αυτά του παρανοειδούς, του αποδιοργανωμένου ή του κατατονικού τύπου.<sup>19,23</sup>

### 1.5.6. απλή σχιζοφρένεια

Ο όρος ‘απλή σχιζοφρένεια’ καθιερώθηκε σε εποχή που δεν υπήρχε αυστηρά καθορισμένη έννοια της σχιζοφρένειας.<sup>3</sup> Χαρακτηρίζεται από ύπουλη αλλά προοδευτική ανάπτυξη ασυνήθιστης συμπεριφοράς, ανικανότητα ικανοποίησης των κοινωνικών απαιτήσεων και γενικότερα πτώση της συνολικής επίδοσης.<sup>13</sup> Επίσης συναντάται προοδευτική πτώση του συναισθήματος που κλιμακώνεται από την απλή ρηχότητα και την άμβλυση μέχρι την πλήρη κατάργησή του. Από την διαταραχή αυτή προκύπτουν και διάφορα άλλα συμπτώματα που βρίσκουν έκφραση στην συμπεριφορά όπως περιορισμός των σχέσεων, τάση για ονειροπόληση, μείωση της πρωτοβουλίας, αδικαιολόγητη ανεργία, κλινοφιλία, εξάλειψη του αυθορμητισμού, μείωση των αναστολών κλπ.<sup>2</sup> Οι ασθενείς συνήθως δεν είναι ανοιχτά ψυχωτικοί και δεν βιώνουν επίμονες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες.<sup>3</sup> Ένα σημαντικό ποσοστό από τους πάσχοντες είναι πόρνες, καλλιτέχνες χωρίς ταλέντο, φιλοσόφους και ποιητές χωρίς αξία, εγκληματίες, τροφίμους φυλακών ή ασύλων κτλ.<sup>20</sup>

### 1.5.7. λανθάνουσα σχιζοφρένεια.

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει αρρώστους, που έχουν σαφή συμπτώματα σχιζοφρένειας, αλλά χωρίς ψυχωσικό σχιζοφρενικό επεισόδιο στο ιστορικό τους. Εδώ περιλαμβάνονται οι διαταραχές εκείνες (σχιζοφρενικού τύπου) που χαρακτηρίζονται σαν:

α) ψευδονευρωσική σχιζοφρένεια, της οποίας η συμπτωματολογία είναι πολύμορφη με κυρίαρχη την τριάδα της παντονεύρωσης, του καθολικού άγχους καθώς και μιας χαοτικής σεξουαλικής ζωής. Κατά κανόνα συναντάτε στα εξωτερικά και ιδιωτικά ιατρεία, γι’ αυτό και η συχνότητα της είναι δύσκολο να ελεγχθεί.

β) ψευδοψυχοπαθητική, που χαρακτηρίζεται από εκτροπές αντικοινωνικού χαρακτήρα, όπως αδικοπραξίες, αναίτιοι καυγάδες, αλόγιστη επίδειξη επιθετικότητας, αλκοολισμός, πολυτοξικομανία, πορνεία, σεξουαλικές βιαιοπραγίες και διαστροφές. Οι περισσότεροι από αυτούς “σχιζοφρενικοποιούνται” με την πάροδο του χρόνου, ιδιαίτερα κάτω από ψυχοπρεστικές συνθήκες.

γ) μεταιχμιακή σχιζοφρένεια.<sup>21</sup>

## 1.6. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Θα έλεγε κανείς ότι η ποικιλία και η ιδιαιτερότητα των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας κάνουν τη διάγνωση της μάλλον εύκολη, στην πράξη όμως δεν συμβαίνει συνήθως έτσι. Κλασικά σχιζοφρενικά συμπτώματα μπορεί να ανήκουν στην εικόνα κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής, συναισθηματικής προπάντων ή οριακής. Αρκετά συχνά, οργανικά προβλήματα συγχέονται με την σχιζοφρένεια.<sup>12</sup> Η ακριβής διάγνωση της έχει πολύ μεγάλη σημασία, κυρίως λόγω της συχνά κακής πρόγνωσης της, οπότε η σύγχυση της με άλλες καλοηθέστερες διαταραχές μπορεί

να οδηγήσει σε λαθεμένη αντιμετώπιση του ασθενή και της οικογένειας του με οδυνηρές συνέπειες.<sup>7</sup>

Κατά την εκτίμηση ενός ψυχωτικού ασθενούς πρέπει να ακολουθούνται τρεις γενικές κατευθυντήριες γραμμές, προκειμένου να αποκλειστεί μια μη ψυχιατρική σωματική κατάσταση:

α) Ο κλινικός γιατρός θα πρέπει να επιμείνει στον αποκλεισμό μιας αδιάγνωστης σωματικής κατάστασης, σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής εμφανίζει ασυνήθη ή σπάνια συμπτώματα, ή ακόμα κάποια μεταβολή του επιπέδου συνείδησης.

β) Θα πρέπει να πάρει ένα πλήρες οικογενειακό ιστορικό σωματικών, νευρολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών.

γ) Ο γιατρός θα πρέπει πάντοτε να σκέφτεται την πιθανότητα σωματικής νόσου, ακόμα και σε ασθενείς με προηγούμενη διάγνωση σχιζοφρένειας. Ένας σχιζοφρενής π.χ. μπορεί κάλλιστα να έχει όγκο του εγκεφάλου που προκαλεί ψυχιατρικά συμπτώματα, όπως κάθε άλλος μη σχιζοφρενής ασθενής.<sup>3</sup>

Διαφορική διάγνωση σχιζοφρενικόμορφων συμπτωμάτων:

### 1.6.1. Σε παθολογικές και νευρολογικές καταστάσεις

- Προκαλούμενες από ουσίες όπως κοκαΐνη, αμφεταμίνη, ψευδαισθησιογόνα, φαινυλκυκλιδίνη(PCP), αλκαλοειδή της ατροπίνης, αλκοολική ψευδαισθήτωση, στέρηση βαρβιτουρικών.<sup>3</sup>

Στις καταστάσεις αυτές κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο ή κάποια τοξίνη κρίνεται ότι είναι ο αιτιολογικός παράγοντας των ψυχωτικών συμπτωμάτων π.χ. παρατεταμένη χρήση αμφεταμίνης ή κοκαΐνης μπορεί να προκαλέσει παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις και η φαινυλκυκλιδίνη μπορεί να προκαλέσει θετικά και αρνητικά συμπτώματα. Ο κλινικός μπορεί να βασιστεί στο αν τα συμπτώματα υποχώρησαν μετά από μια περίοδο αποχής ή επειδή αυτό πολλές φορές είναι ακατόρθωτο, στο αν τα συμπτώματα επιδεινώνονται ή βελτιώνονται ανάλογα με τη ποσότητα και τη χρήση ή όχι της ουσίας.<sup>7</sup>

- Προκαλούμενες από διάφορα φάρμακα όπως L-dopa, βρωμοκρυπτίνη, εφεδρίνη, αμανταδίνη, φαινυλπροπανυλαμίνη, δακτυλίτιδα, δισουλφιράμη, ινδομεθακίνη, καρβαμαζεπίνη, αντισταμινικά κ.α.

- Επιληψία, ειδικότερα του κροταφικού λοβού.

- Νεοπλασίες, αγγειακά εγκεφαλικά προβλήματα ή τραύματα, ειδικά των μετωπιαίων λοβών ή του μεταιχμιακού συστήματος.

- Φλεγμονές του ΚΝΣ όπως ερπητική εγκεφαλίτιδα, σύφιλη, AIDS κ.α.

- Διάφορα νοσήματα του ΚΝΣ όπως νόσος του Huntington, Wilson, Parkinson, Creutzfeldt-Jacob, άνοιες διαφόρου τύπου, λιποειδώσεις του εγκεφάλου, μεταχρωματική λευκοδυστροφία κ.α.

- Ενδοκρινικές διαταραχές όπως νόσος του Cushing, νόσος του Addison, θυρεοτοξίκωση κ.α.

- Δηλητηριάσεις από βαρέα μέταλλα όπως CO, Pb κ.α.

- Κολλαγονώσεις όπως συστηματικός ερυθματώδης λύκος.

- Ορισμένες αναιμίες όπως πελλάγρα, κακοήθης αναιμία, ανεπάρκεια της B<sub>12</sub> (μεγαλοβλαστική αναιμία) κ.α.<sup>3,5</sup>

## 1.6.2. Σε ψυχιατρικές καταστάσεις

- Παραληρητική διαταραχή

Παρά την ύπαρξη παραληρητικών ιδεών (μη εξωπραγματικής φύσης), η λειτουργικότητα και η συμπεριφορά δεν έχουν υποστεί σημαντική διαταραχή. Μερικοί ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν κάποιες διαταραχές στη διάθεση τους αλλά μόνο σαν συνέπεια των παραληρημάτων τους.<sup>13,16</sup> Η διάγνωση της τίθεται όταν οι παραληρητικές ιδέες είναι παρούσες τουλάχιστον 1 μήνα, ενώ απουσιάζουν συμπτώματα σχιζοφρένειας κριτηρίου A ή συναισθηματικής διαταραχής.<sup>3</sup> Η έναρξη της διαταραχής αυτής επέρχεται συνήθως σε αρκετά μεγαλύτερη ηλικία από ότι η σχιζοφρένεια.<sup>13</sup>

- Βραχεία ψυχωσική διαταραχή

Παρουσιάζονται παραληρήματα, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένη ομιλία και έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά. Η διάγνωση της τίθεται εάν τα συμπτώματα αυτά διαρκούν τουλάχιστον μια ημέρα αλλά λιγότερο από 1 μήνα με πλήρη επάνοδο στο προνοσηρό επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου<sup>19</sup>.

- Συναισθηματικές διαταραχές

Η διαφορική διάγνωση της σχιζοφρένειας από τις συναισθηματικές διαταραχές είναι αρκετά δύσκολη.<sup>3</sup> Εδώ παρουσιάζεται μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο ή μανία στα οποία τα ψυχωσικά συμπτώματα επέρχονται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια χρονικών περιόδων διαταραχής της διάθεσης. Διαφέρει από τη σχιζοφρένεια στο ότι τα ψυχωσικά χαρακτηριστικά δεν εμφανίζονται ποτέ χωρίς συνοδά συμπτώματα της διάθεσης.<sup>13</sup>

- Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή

Στην διαταραχή αυτή τα κριτήρια A, D και E της σχιζοφρένειας πληρούνται. Η διαφορά της από τη σχιζοφρένεια είναι στη διάρκεια των συμπτωμάτων διότι εδώ είναι τουλάχιστον 1 μήνα αλλά σαφώς λιγότερη από 6. Δεν απαιτούνται ενδείξεις κοινωνικής και επαγγελματικής δυσλειτουργίας ενώ έχουμε απουσία επίπεδου συναισθήματος.<sup>19</sup>

- Διαταραχές προσωπικότητας – σχιζοτυπική, σχιζοειδής, οριακή και παρανοειδής.

Μολονότι στις προσωπικότητες αυτές υπάρχουν συμπτώματα που μοιάζουν με ήπια θετικά (π.χ. ιδέες συσχέτισης, αλλόκοτες πεποιθήσεις, εκκεντρική συμπεριφορά κ.α.) ή με αρνητικά (π.χ. κοινωνική απομόνωση) εντούτοις λείπουν τα συμπτώματα του κριτηρίου A.<sup>7</sup> Τα συμπτώματα εδώ έχουν ιστορικό παρουσίας σε όλη τη διάρκεια ζωής του ασθενούς ενώ απουσιάζει μια συγκεκριμένη ημερομηνία έναρξης τους.<sup>3</sup>

- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή

Εάν συνυπάρχει ταυτόχρονα επεισόδιο διαταραχής της διάθεσης καταθλιπτικού ή μανιακού συνδρόμου, το οποίο είναι παρών για σημαντικό μέρος της όλης διάρκειας της διαταραχής, με επεισόδιο παρουσίας συμπτωμάτων που πληρούν το κριτήριο A για τη σχιζοφρένεια τότε η διάγνωση είναι σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Επίσης πρέπει να υπάρχουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για τουλάχιστον 2 εβδομάδες με απουσία όμως έντονων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης.



Αντίθετα, εάν τα συμπτώματα αυτά έχουν βραχεία διάρκεια σε σχέση με την όλη διάρκεια της διαταραχής, συμβαίνουν μόνο κατά την πρόδρομη και υπολειμματική φάση ή δεν πληρούν τα κριτήρια για επεισόδιο διαταραχής της διάθεσης, η διάγνωση είναι σχιζοφρένεια.<sup>7,19</sup>

- Διάφορες αναπτυξιακές διαταραχές όπως ο αυτισμός.

Τα ψυχωσικά συμπτώματα αρχίζουν κατά τη βρεφική ή πρώτη παιδική ηλικία. Απουσιάζουν οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις ενώ υπάρχουν εντονότερες διαταραχές του συναισθήματος.<sup>5</sup> Η επιπρόσθετη διάγνωση της σχιζοφρένειας θα τεθεί μόνο αν προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες είναι παρούσες για τουλάχιστον 1 μήνα.<sup>7</sup>

- Προσποιητή διαταραχή με προεξάρχοντα ψυχολογικά σημεία ή υπόκριση

Η διάγνωση της υπόκρισης ή της προσποιητής διαταραχής είναι κατάλληλη για έναν ασθενή που μιμείται τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας ενώ δεν είναι σχιζοφρενής. Σε άτομα τα οποία έχουν πλήρη έλεγχο της παραγωγής των συμπτωμάτων μπορεί να τεθεί η διάγνωση της υπόκρισης, τα οποία συνήθως έχουν κάποιο φανερό νομικό ή οικονομικό κίνητρο αν θεωρηθούν άρρωστα. Σε ασθενείς που έχουν μικρότερο έλεγχο στην παραγωγή των ψυχωτικών συμπτωμάτων μπορεί να τεθεί η διάγνωση της προσποιητής διαταραχής.<sup>3</sup>

- Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

Οι ιδεοληψίες παρατηρούνται συχνά στην σχιζοφρένεια κυρίως στον αποδιοργανωμένο τύπο. Η διαφορά με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι πως εδώ οι ιδέες είναι δυστονικές προς το εγώ και όχι παραληρητικού επιπέδου δηλαδή διατηρείται ο έλεγχος της πραγματικότητας.<sup>5,7</sup>

- Άτυπη ψυχωτική διαταραχή. Η διάγνωση αυτή θα τεθεί όταν υπάρχει ανεπαρκής πληροφόρηση προκειμένου να διαγνωστεί σχιζοφρένεια ή άλλη συγκεκριμένη ψυχωτική διαταραχή.<sup>3,7</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### 2.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η σχιζοφρένεια αποτελεί χωρίς αμφιβολία το πιο δύσκολο πρόβλημα που αντιμετωπίζει η ψυχιατρική από την αρχαιότητα ως τις μέρες μας. Βρίσκεται σε όλα τα μέρη του κόσμου, ανεξάρτητα από το πολιτισμικό επίπεδο, την βιομηχανική ανάπτυξη ή το πολίτευμα της χώρας όπου ζει ο άρρωστος.

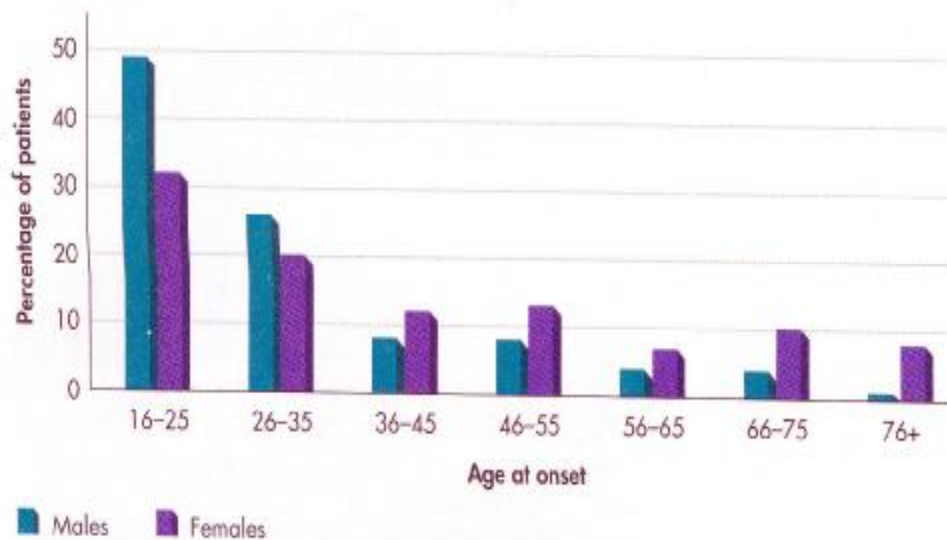
Από την άλλη πλευρά, είναι αλήθεια πως η έκφραση της ποικίλει από κοινωνία σε κοινωνία και πως σε μερικά μέρη είναι ίσως δύσκολο να αναγνωρισθεί ως σχιζοφρένεια.

Η επιδημιολογία της σχιζοφρένειας είναι προβληματική όχι μόνο γιατί η διάγνωση της είναι δύσκολο να γίνει με αντικειμενικότητα και επομένως να συγκριθούν αποτελέσματα από διάφορες μελέτες, αλλά γιατί πρέπει να υπολογιστεί και το γεγονός ότι η διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία, για πρώτη ή για πολλοστή φορά, και ότι ο άρρωστος μπορεί να νοσηλεύεται κατά την περίοδο που πραγματοποιείται η έρευνα ή να μην έχει νοσηλευτεί ποτέ. Ας σημειωθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό νοσοκο-μειακών κρεβατιών σε όλο τον κόσμο, σε οποιαδήποτε ώρα, αφορά σχιζοφρενικούς αρρώστους.<sup>12</sup> Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του IPSOS, η σχιζοφρένεια εμφανίζεται παντού με μια επίπτωση που διακυμαίνεται ετησίως από 0,6 έως 8,3 ανά 1000 άτομα στον πληθυσμό. Επειδή η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια ασθένεια, η επίπτωση της πρέπει, εξ ορισμού, να είναι πολύ μικρότερη από τον επιπολασμό της. Ο επιπολασμός ζωής της σχιζοφρένειας, ο οποίος αντιπροσωπεύει το ποσοστό των ασθενών που εκδήλωσαν κάποια συγκεκριμένη στιγμή την αρρώστια, βάσει της ECA είναι περίπου 1%.<sup>19,24</sup>

#### 2.1.1. Δημογραφικοί παράγοντες:

##### α) Φύλο.

Σε γενικές γραμμές η σχιζοφρένεια προσβάλλει εξίσου και τα δυο φύλα. Εν τούτοις, ανάμεσα τους παρουσιάζονται αρκετές διαφορές ως προς την έναρξη και την πορεία της νόσου καθώς και ως προς την επίδραση διάφορων παραγόντων επικινδυνότητας. Στους άντρες η έναρξη της νόσου εμφανίζεται νωρίτερα (15-25 έτη) από ότι στις γυναίκες(25-35 έτη). Επίσης, οι περισσότεροι από τους μισούς άνδρες σχιζοφρενείς ενώ μόλις το 1/3 των γυναικών, υπόκεινται για πρώτη φορά σε ψυχιατρική νοσηλεία πριν από το 25<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους. Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν αρνητικά συμπτώματα από ότι οι γυναίκες, οι οποίες έχουν συνήθως και καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα. Επίσης οι περισσότεροι από τους παράγοντες επικινδυνότητας αφορούν σχεδόν αποκλειστικά στο άρρεν φύλο. Γενικότερα η πρόγνωση της έκβασης της νόσου στις γυναίκες θεωρείται αρκετά καλύτερη από ότι στους άνδρες.<sup>3,5,7</sup>



Male and Female Schizophrenic Patients – Age of Diagnosis

**TABLE 12-2**

### Prototypical Gender Differences in Schizophrenia

Variable	Men	Women
Onset Age	Earlier (20s)	Later (30s)
First Hospital Admission	Early	Late
Symptoms	Typical Withdrawn, passive Negative	Atypical Affective, active Positive
Premorbid Social Competence	Poor	Good
Course	More often chronic	Less often chronic

Based on R.J. Lewine, 1981. Sex differences in schizophrenia: Timing or subtypes? *Psychological Bulletin*, 90, 432-444; and Lewine, 1988. Gender and schizophrenia. In H.A. Nasvallah (ed.), *Handbook of schizophrenia*, vol. 3 (pp. 379-397). Amsterdam: Elsevier

**Επιπολασμός (prevalence)** : Ο αριθμός των αρρώστων ατόμων, διαιρεμένος με τον ολικό αριθμό των ατόμων σε μια ορισμένη χρονική στιγμή.

**Επίπτωση (incidence)** : Συχνότητα εκδήλωσης της νόσου (νέες περιπτώσεις) κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης περιόδου.<sup>24</sup>

**ECA**: Epidimiological Catchment Area program

**IPSOS**: International Pilot Study Of Schizophrenia <sup>19</sup>

γ) Γεωγραφική κατανομή. Η σχιζοφρένεια δεν κατανέμεται γεωγραφικά εξίσου σε όλες τις περιοχές του κόσμου. Ο επιπολασμός της νόσου στις νοτιοανατολικές και τις δυτικές πολιτείες ήταν ανέκαθεν υψηλότερος σε σχέση με άλλες περιοχές, αν και τελευταία αυτή η ανισοκατανομή έχει μειωθεί. Παρόλα αυτά, κάποιες γεωγραφικές περιοχές του κόσμου παρουσιάζουν έναν ασυνήθιστα υψηλό επιπολασμό της νόσου. Ορισμένοι έχουν ερμηνεύσει την ύπαρξη αυτών των περιοχών ως υποστηρικτική της υπόθεσης της ύπαρξης ενός λοιμώδους παράγοντα (π.χ. ιού), ως αιτίας της νόσου.<sup>3</sup>

Επίσης συναντάμε διαφορές στην κατανομή των νοσούντων στις διάφορες περιοχές μιας χώρας. Στην Ελλάδα π.χ. έχει βρεθεί ότι ορισμένοι νομοί ορεινοί, απομονωμένοι, με κτηνοτροφική οικονομία και ενδογαμικό σύστημα ενδοοικογενειακών σχέσεων, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά σχιζοφρένειας (κυρίως στους άνδρες).<sup>5</sup>

δ) Πληθυσμιακή κατανομή. Η συχνότητα της νόσου στις μεγάλες πόλεις είναι μεγαλύτερη από αυτή που παρουσιάζεται σε μικρές πόλεις ή σε αγροτικές περιοχές.<sup>5</sup> Συγκεκριμένα έχει βρεθεί πως ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας συσχετίζεται κατά πολύ με αυξημένη πυκνότητα πληθυσμού, μεγαλύτερου του 1.000.000 κατοίκων. Η συσχέτιση αυτή είναι ασθενέστερη σε πόλεις με πληθυσμό από 100.000-500.000 κατοίκους, ενώ είναι μηδενική σε πόλεις με πληθυσμό μικρότερο των 10.000 κατοίκων.<sup>3</sup>

Παρόμοιες παρατηρήσεις έχουν γίνει και στη χώρα μας και έχουν αποδοθεί στο ότι οι άρρωστοι παρουσιάζουν αυξημένη κοινωνική κινητικότητα προς τα αστικά κέντρα, είτε γιατί εκεί είναι συγκεντρωμένες οι κυριότερες υπηρεσίες υγείας, είτε γιατί η ανωνυμία της μεγάλης πόλης διασφαλίζει την αποφυγή του στίγματος.<sup>5</sup> Η επίδραση της πληθυσμιακής πυκνότητας συμβαδίζει με την παρατήρηση ότι η επίπτωση της σχιζοφρένειας σε παιδιά από έναν ή και δυο σχιζοφρενείς γονείς είναι διπλάσια στις πόλεις από ότι είναι στις αγροτικές περιοχές.<sup>3</sup> Ακόμα, στις τελευταίες μελέτες του IPSOS βρέθηκε μια σημαντική διαφορά όσον αφορά την πορεία της σχιζοφρένειας μεταξύ των μεγαλουπόλεων και των λιγότερο μηχανοποιημένων πόλεων, με τους ασθενείς στις μικρότερες πόλεις να έχουν μια απλούστερη και μικρότερης διάρκειας πορεία της ασθένειας.<sup>19</sup>

### **2.1.2 Παράγοντες επικινδυνότητας (προκλητοί ή προδιαθετικοί):**

α) Φυλή. Η τελευταία έρευνα της ECA έδειξε πως δεν υπάρχει κάποια αξιοσημείωτη διαφορά στον επιπολασμό της σχιζοφρένειας μεταξύ μαύρων και λευκών ατόμων. Η σημαντικότητα της ανακάλυψης αυτής έγκειται στο γεγονός ότι καταρρίπτει προηγούμενες έρευνες που είχαν δείξει την αυξημένη συχνότητα της σχιζοφρένειας στο μαύρο πληθυσμό, διότι έθεσε υπό έλεγχο ορισμένους παράγοντες όπως π.χ. την ηλικία, το φύλο, την οικονομική κατάσταση κτλ. Άλλες αιτίες θεωρούνται οι φυλετικές διαφορές στην αντιμετώπιση των ψυχασθενών (ρατσισμός) και η διαφορετικότητα των πληθυσμών που τέθηκαν υπό την μελέτη, για την εξάλειψη των οποίων γίνεται προσπάθεια, προκειμένου η επιδημιολογική ετερογένεση σε σχέση με την φυλή να γίνει περισσότερο κατανοητή είτε αυτό αφορά λευκούς, μαύρους ή asiάτες.<sup>19</sup>

β) Οικογενειακή κατάσταση και αναπαραγωγικότητα. Μια μελέτη που διεξήχθη σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση του σχιζοφρενικού και του υγιούς πληθυσμού έδειξε πως ο αριθμός των σχιζοφρενών (40% των ανδρών και 30% των γυναικών) που παρέμειναν άγαμοι μέχρι την ηλικία των 45, ήταν τριπλάσιος σε σχέση με τον αριθμό των υγιών ατόμων.

Επίσης, έδειξε πως ο ρυθμός αναπαραγωγικότητας των ασθενών (30%) σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό ήταν χαμηλότερος. Με την δημιουργία των καινούριων αντιψυχωτικών φαρμάκων και την εκτεταμένη χρήση τους σε ασθενείς με πρωταρχικά συμπτώματα της νόσου, είναι πιθανό να βελτιωθεί η αναπαραγωγικότητα και να αυξηθεί ο αριθμός των έγγαμων ατόμων με σχιζοφρένεια.<sup>5,19</sup>

γ) Εποχή και σειρά γέννησης. Το γεγονός ότι η εποχή της γέννησης διαφέρει μεταξύ των σχιζοφρενικών αρρώστων και του γενικότερου πληθυσμού είναι ένα θέμα που έγινε αποδεκτό μόλις τον 20<sup>ο</sup> αιώνα. Παρατηρείται ότι ο σχιζοφρενής έχει 5-8% μεγαλύτερη πιθανότητα να γεννηθεί τους χειμερινούς μήνες ή τους πρώτους μήνες της άνοιξης, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό και αποδίδεται κατά κύριο λόγο στην αυξημένη πιθανότητα έκθεσης του νεογνού σε ιώσεις και ιδιαίτερα στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, όταν δηλαδή αρχίζει η νευρολογική ανάπτυξη του εμβρύου. Επίσης ευθύνεται το διαιτολόγιο της εγκύου και η ενδεχόμενη έλλειψη βιταμίνης D κατά τους χειμερινούς μήνες.<sup>5,25</sup> Το φαινόμενο αυτό έχει παρατηρηθεί και σε άλλες ασθένειες, όπως στη μανία, στον σακχαρώδη διαβήτη, στο σύνδρομο Down κ.α. δημιουργώντας έτσι αμφιβολίες για τον εάν τελικά επρόκειτο για παράγοντα επικινδυνότητας της σχιζοφρένειας ή όχι. Τέλος, έχει βρεθεί ότι η νόσος απαντάται συχνότερα στους πρωτότοκους ολιγομελών οικογενειών ή στα μικρότερα παιδιά των πολυτέκνων.<sup>5,19</sup>

δ) Κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Παρόλο που η σχιζοφρένεια έχει περιγραφεί σε όλες τις πολιτισμικές κοινότητες και σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες, συναντάται συχνότερα στις κατώτερες κοινωνικές ομάδες. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στον υψηλότερο κίνδυνο προγεννητικών (ανοξαιμικές καταστάσεις του εμβρύου, ασυμβατότητα Rh, προγεννητικό stress κ.α.) και περιγεννητικών επιπλοκών (σπασμοί, μειωμένο βάρος νεογνού), στην φτώχη διατροφή, στην αυξημένη έκθεση σε περιβαλλοντολογικές τοξίνες και μολυσματικές ασθένειες, καθώς και σε στρεσογόνους παράγοντες. Στα τέλη του περασμένου αιώνα όμως, έρευνες που διεξήχθησαν σε υιοθετημένα παιδιά από σχιζοφρενικούς πατέρες έδειξαν πως η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι περισσότερο αποτέλεσμα της σχιζοφρένειας παρά αιτία της.

Αυτό ενισχύει την άποψη της υπόθεσης που υποστηρίζει ότι εξαιτίας των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, οι άνθρωποι που προσβάλλονται από σχιζοφρένεια αδυνατούν να αποκτήσουν τέτοια εργασία και θέση στην κοινωνία που θα τους επέτρεπε να βρίσκονται στα υψηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Αντίθετα, αυτά τα άτομα παρασύρουν προς τα κάτω το επίπεδο της κοινωνίας που ζουν εξαιτίας της εξάρτησής τους από αυτή.<sup>5,19</sup>

ε) Μετανάστευση. Οι επιδημιολογικές μελέτες των μεταναστευτικών πληθυσμών στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα είχαν δείξει πως ο ψυχοτραυματισμός της μετανάστευσης (απώλεια πολιτισμικής ταυτότητας, προσαρμογή σε νέες και άγνωστες ή ακόμα και συναισθηματικά απρόσφορες συνθήκες) αυξάνει τον

κίνδυνο για την δημιουργία ψυχώσεων. Ουσιαστικά οι μετανάστες που προέρχονται παράνομα από φτωχές χώρες και συγκεκριμένα αυτοί της δεύτερης γενιάς, είναι αυτοί που παρουσιάζουν μεγαλύτερη επικινδυνότητα για την ανάπτυξη της νόσου. Παρόλα αυτά, οι περαιτέρω έρευνες αναφορικά με τον εκπολιτισμό και την σχέση του με την σχιζοφρένεια, δεν έχουν καταλήξει σε κάποιο συγκεκριμένο συμπέρασμα καθώς δεν υπάρχει καμία απόδειξη ότι η μετανάστευση δρα ως κύριος παράγοντας για την δημιουργία της.<sup>5,19</sup>

στ) Σωματικές νόσοι. Το γεγονός ότι η πλειονότητα των σχιζοφρενών (80% ) παρουσιάζει κατά την διαδρομή της νόσου κάποιο σωματικό νόσημα καθώς και στο 50 % από αυτούς η σωματική νόσος δεν διαγιγνώσκεται, ενισχύει την άποψη πως τα άτομα αυτά είναι επιρρεπή στις σωματικές νόσους όπως π.χ. φυματίωση, μυξοίδημα, αρτηριοσκλήρυνση, ρευματοειδή αρθρίτιδα κ.α. Τα άτομα αυτά εμφανίζουν έναν υψηλότερο δείκτη θνησιμότητας από ότι ο γενικός πληθυσμός και αυτό πιθανόν σχετίζεται με το γεγονός ότι η διάγνωση και η θεραπεία παθολογικών και χειρουργικών καταστάσεων στους σχιζοφρενείς προσκρούει σε προβλήματα κλινικής πρακτικής.<sup>3,19</sup>

ζ) Χρήση ουσιών, κάπνισμα. Στις περισσότερες ανασκοπήσεις αναφέρεται ότι περισσότερο από το 75% των σχιζοφρενών είναι καπνιστές σε σχέση με τους υπόλοιπους ψυχιατρικούς ασθενείς. Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι αυτό συνδέεται με την χρήση υψηλών δόσεων αντιψυχωτικών φαρμάκων, πιθανόν διότι αυξάνει το ρυθμό μεταβολισμού τους. Εντούτοις, το κάπνισμα συνδέεται με μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης φαρμακευτικού παρκινσονισμού, ίσως γιατί ενεργοποιούνται εξαρτώμενοι από τη νικοτίνη ντοπαμινεργικοί νευρώνες.<sup>3</sup>

Περίπου το 30-50% των σχιζοφρενών πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάχρησης αλκοόλ ή ουσιών, από τις οποίες, οι δύο πιο συχνά χρησιμοποιούμενες είναι η κάνναβη (15-20%) και η κοκαΐνη (5-10%). Οι ασθενείς αναφέρουν ότι καταφεύγουν στην χρήση τους προκειμένου να μειώσουν την κατάθλιψη και το άγχος τους. Αν και οι επιπτώσεις τους στην σχιζοφρένεια δεν είναι σαφείς, η συννοσηρότητα της σχιζοφρένειας και των διαταραχών συνδεόμενων με ουσίες είναι συχνό πρόβλημα και δείχνει κακή πρόγνωση.<sup>3,5</sup>

### ***Το αλκοόλ μπορεί να αποτρέψει την σχιζοφρένεια;***

*Λονδίνο, 25 Ιανουαρίου 2002*

*Νέα επιστημονική μελέτη αποδεικνύει ότι η καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ με μέτρο βοηθάει εκτός από την πρόληψη καρδιακών νοσημάτων και εγκεφαλικών επεισοδίων, στην πρόληψη της νόσου του Alzheimer και κάποιων ψυχικών διαταραχών.*

*Η μελέτη που δημοσιεύεται στο επιστημονικό περιοδικό Lancet αναφέρει ότι όποιος καταναλώνει μια μικρή ποσότητα αλκοόλ (1-3 ποτήρια ημερησίως) μπορεί να αποφύγει τον κίνδυνο να προσβληθεί από κάποια μορφή σχιζοφρένειας.*

*Οι μελετητές του πανεπιστημίου Erasmus του Rotterdam στην Ολλανδία, σε έρευνές τους που κράτησαν επί χρόνια σε 5.395 άτομα ηλικίας 55 ετών και άνω,*

διαπίστωσαν ότι όσοι κατανάλωναν καθημερινά 1-3 ποτήρια αλκοόλ δεν είχαν προσβληθεί από σχιζοφρένεια.<sup>26</sup>

## 2.2. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

### 2.2.1. Κλινική εικόνα και πορεία

Η εμφάνιση της σχιζοφρένειας γίνεται συνήθως στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Υπάρχει όμως και όψιμη έναρξη, όταν η διαταραχή (συμπεριλαμβανόμενης και της πρόδρομης φάσης) αναπτύσσεται μετά τα 45. Η έναρξη των συμπτωμάτων μπορεί να φαίνεται ότι πυροδοτείται από μια κοινωνική ή περιβαλλοντική αλλαγή, όπως είναι η έναρξη των πανεπιστημιακών σπουδών μακριά από το σπίτι, μια εμπειρία με ουσίες ή ο θάνατος ενός κοντινού συγγενούς. Εκκεντρική ή παράξενη συμπεριφορά αρχίζει να εμφανίζεται, όπως π.χ. η αναζήτηση κάποιου ειδικού προσωπικού μηνύματος στους τίτλους των εφημερίδων ή χρησιμοποίηση λέξεων με παράξενο τρόπο. Σιγά - σιγά το άτομο δεν μπορεί να εκπληρώσει τις καθημερινές του υποχρεώσεις σαν εργαζόμενος, φοιτητής ή νοικοκυρά, αποσύρεται κοινωνικά και χάνει την πρωτοβουλία του και τα ενδιαφέροντα του.

Μπορεί να πάψει να ενδιαφέρεται για την προσωπική του υγιεινή και εμφάνιση και μπορεί να εμφανίσει πολύ παράξενη συμπεριφορά, όπως π.χ. να μαζεύει σκουπίδια, να μιλά μόνος του στο δρόμο κτλ. Στην αρχή το άτομο μπορεί να δείχνει σημαντικού βαθμού άγχος και υπερευαισθησία σε εξωτερικά και διαπροσωπικά ερεθίσματα, αλλά σιγά-σιγά απορροφάται στον εσωτερικό του κόσμο. Όλα τα παραπάνω αποτελούν την πρόδρομη φάση της σχιζοφρένειας.<sup>33</sup> Το πρόδρομο σύνδρομο μπορεί να διαρκέσει ένα χρόνο ή και περισσότερο, προτού εμφανιστούν τα ψυχωτικά συμπτώματα.<sup>3</sup> Μετά το πρώτο επεισόδιο της νόσου ακολουθεί συνήθως μια προοδευτική περίοδος ύφεσης, η οποία μπορεί να φτάσει και τα πέντε περίπου χρόνια.<sup>5</sup> Το διάστημα αυτό μπορεί να ακολουθηθεί από μακρά περίοδο σχετικά φυσιολογικής λειτουργικότητας.<sup>3</sup>

Ακολουθεί η ενεργός φάση της νόσου με την έκπτυξη της πλήρους κλινικής συμπτωματολογίας.<sup>5</sup> Εντούτοις, μερικοί άνθρωποι δεν αναπτύσσουν τη σχιζοφρένεια μ' αυτόν τον τρόπο, αλλά αντίθετα ξαφνικά εμφανίζουν μια ψυχωτική διάσπαση, δηλαδή μπαίνουν κατ' ευθείαν στην ενεργό φάση. Σ' αυτή τη φάση χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, χάλαση των συνειρμών, ασυναρτησία, παράλογη σκέψη και συμπεριφορά που είναι έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική κυριαρχούν στην κλινική εικόνα. Το άτομο μπορεί να είναι φοβισμένο από αυτές τις αντιληπτικές ή σκεπτικές εμπειρίες ή να τις έχει αποδεχθεί και να φαίνεται ικανοποιημένο. Η ενεργός φάση της σχιζοφρένειας μπορεί να διαρκέσει για απροσδιόριστο χρόνο ή μόνο λίγες εβδομάδες.

Όταν η ενεργός φάση υποχωρήσει (με ή χωρίς θεραπεία), ο σχιζοφρενικός ασθενής συνήθως δεν επιστρέφει στην προηγούμενη προνοσηρή του λειτουργικότητα, αλλά μπαίνει σε μια υπολειμματική φάση, της οποίας τα συμπτώματα είναι παρόμοια με τα συμπτώματα της πρόδρομης φάσης, αν και η

αμβλύτητα ή επιπέδωση του συναισθήματος και η κοινωνικοεπαγγελματική έκπτωση τείνουν να είναι πιο κοινές στην υπολειμματική φάση. Στη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης μερικά από τα ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, μπορεί να επιμένουν αλλά συνήθως είναι λιγότερο συναισθηματικά φορτισμένα.<sup>33</sup>

Συνήθως η κλινική πορεία μέσα στο χρόνο ποικίλλει. Άλλοτε είναι επεισοδιακή και χαρακτηρίζεται με υφέσεις και εξάρσεις (ασυμπτωματική ή με υπολείμματα συμπτωμάτων μεταξύ των επεισοδίων) και άλλοτε συνεχής και χρόνια. Η αποδιοργανωμένη μορφή και η υπολειμματική ακολουθούν περισσότερο συνεχή πορεία από αυτή της παρανοειδούς και της κατατονικής, των οποίων η πορεία είναι συνήθως επεισοδιακή. Εκείνο που θα έπρεπε να επισημανθεί είναι το γεγονός ότι ο σχιζοφρενής, μετά την αποδρομή του επεισοδίου, δεν καταφέρνει να επανέλθει στο αφετηριακό επίπεδο της λειτουργικότητάς του (όπως π.χ. στις συναισθηματικές διαταραχές), αλλά σε κάποιο επίπεδο υποδεέστερης της προηγούμενης (προ-επεισοδιακής) λειτουργικότητας. Έτσι, μέσα στο χρόνο η λειτουργικότητα, στο σύνολό της, ακολουθεί φθίνουσα πορεία. Βέβαια, πάντα υπάρχει η πιθανότητα για πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων ή και ίαση, αν και η συχνότητα της είναι ελάχιστη.<sup>5</sup>



### Οικογενειακό περιβάλλον και πορεία της σχιζοφρένειας.

Η σχέση ανάμεσα στην ποιότητα του οικογενειακού περιβάλλοντος και την πορεία της σχιζοφρένειας μελετήθηκε στα πλαίσια της παρακολούθησης των ασθενών που ζουν στην κοινότητα. Πολλές μελέτες έδειξαν ότι η επανεισαγωγή ενός ασθενή στο νοσοκομείο μπορεί να σχετίζεται με το αφόρητο φορτίο που φέρουν τα μέλη της οικογένειας του.

Μια σειρά τέτοιων μελετών ξεκίνησε την δεκαετία του '50 από τον Brown στα πλαίσια της διερεύνησης των αποτελεσμάτων της πολιτικής της αποϊδρυματοποίησης. Βρέθηκε λοιπόν ότι οι ασθενείς που επέστρεφαν να ζήσουν με συγγενείς που είχαν μεγάλη συναισθηματική έκφραση, υποτροπίαζαν πιο συχνά από όσους ζούσαν με συγγενείς που εξέφραζαν λιγότερα συναισθήματα.

Έτσι, θεωρήθηκε ότι η παράμετρος στην οικογένεια που επηρεάζει την πορεία της νόσου είναι το Εκφραζόμενο Συναίσθημα ή αλλιώς EE (Expressed Emotion). Το τι συνιστά όμως το Εκφραζόμενο Συναίσθημα δεν ήταν ούτε από την αρχή ξεκάθαρο, αλλά ακόμη και τώρα εξακολουθούν να γίνονται προσπάθειες να διευκρινισθεί.<sup>34</sup>

1. Επικριτικά σχόλια για μέλη της οικογένειας.  
Περιλαμβάνουν σχόλια αποδοκμασίας ή απόρριψης. Τα στοιχεία αυτά είναι δυνατόν να μην περιλαμβάνονται στο λεκτικό, αλλά στο μη λεκτικό περιεχόμενο (τόνος φωνής, έκφραση κλπ).
2. Εχθρότης.  
Η εχθρότης θεωρείται ότι εκφράζεται με σχόλια προσωπικής κριτικής. Δηλαδή σχόλια που αφορούν στο τι είναι ένα άτομο και όχι στο πώς συμπεριφέρεται, π.χ. «Δεν υπάρχει χειρότερος στον κόσμο».
3. Έλλειψη ικανοποίησης από την συμπεριφορά μέλους.  
Αναφέρεται σε σχόλια που κρίνουν τις πράξεις του ατόμου ή σε αντίστοιχη μη λεκτική συμπεριφορά.
4. Ζεστασιά.  
Είναι μέτρηση που βασίζεται στην έκφραση θετικών στοιχείων ή σε αντίστοιχη θετική στάση παρά τα αρνητικά συναισθήματα που εκφράζονται κατά την διάρκεια της συνέντευξης.
5. Συναισθηματική υπερεμπλοκή.  
Η παράμετρος αυτή μετρά την εκσεσημασμένη έκφραση φροντίδας, την διαρκή αγωνία για τον άρρωστο και την υπερπροστασία και εμπλοκή στα δικά του θέματα.

*Περίληψη των κριτηρίων του Εκφραζόμενου Συναισθήματος από το CFI*

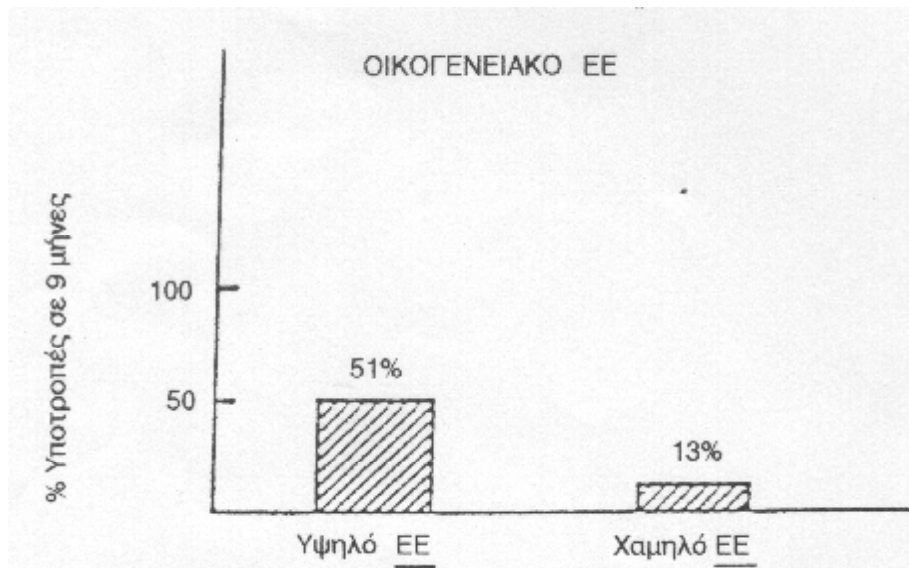
1. Πολιτισμικές ερμηνείες της φύσης του προβλήματος.
2. Σημασία συγγενικών σχέσεων.
3. Παραβίαση πολιτισμικών κανόνων από τον ασθενή.
4. Χρησιμοποιούμενο λεξιλόγιο.
5. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας συγγενών.
6. Σοβαρότητα και είδος νόσου.
7. Δυναμικά οικογενειακών διαντιδράσεων.
8. Προσπάθεια κοινωνικού ελέγχου στον ασθενή.
9. Υπαρξη κοινωνικής στήριξης.
10. Κοινωνικοοικονομικές συνθήκες.

*Συνθήκες που επηρεάζουν το ΕΕ.*

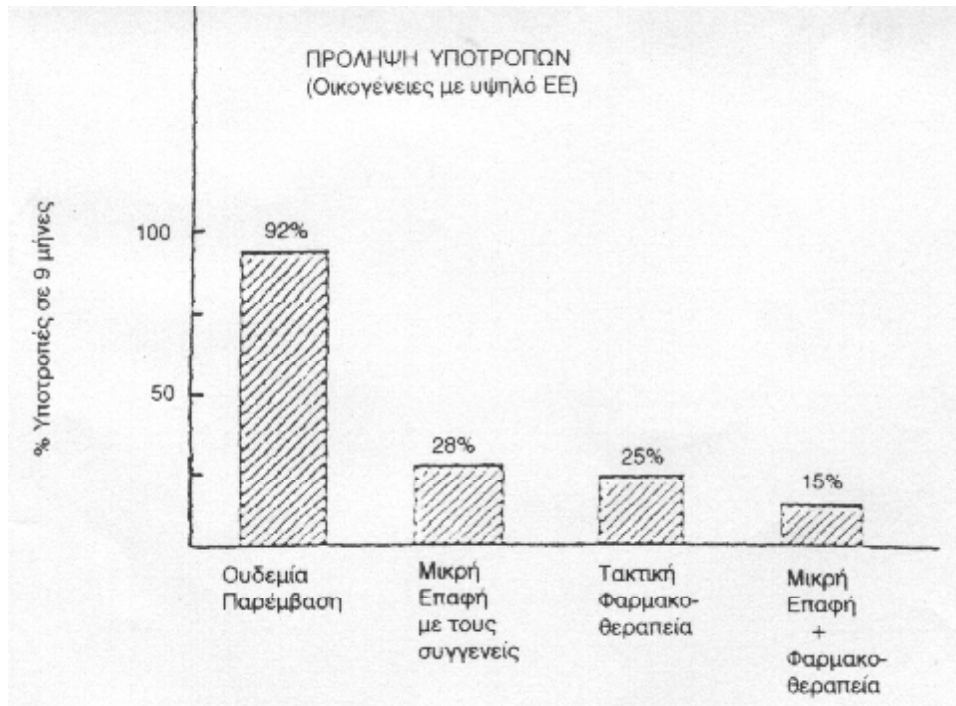
### 2.2.2. Υποτροπές της σχιζοφρένειας.

Η επίδραση του Εκφραζόμενου Συναισθήματος.

Η κλινική σημασία του ΕΕ αποδείχθηκε από μελέτες των Vaughn και Leff που εξέτασαν τα ποσοστά υποτροπών σχιζοφρενικών ασθενών μέσα σε χρονικό διάστημα 9 μηνών από την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Από μεταγενέστερες μελέτες των ίδιων ερευνητών έγινε αντιληπτό ότι η προστασία από της υποτροπές της ασθένειας που προσφέρει η τακτική φαρμακοθεραπεία με νευροληπτικά ενισχύεται σημαντικά στους ασθενείς που διαμένουν με οικογένειες υψηλού ΕΕ, όταν μειώνεται ο χρόνος επαφής με τους συγγενείς<sup>34</sup>.



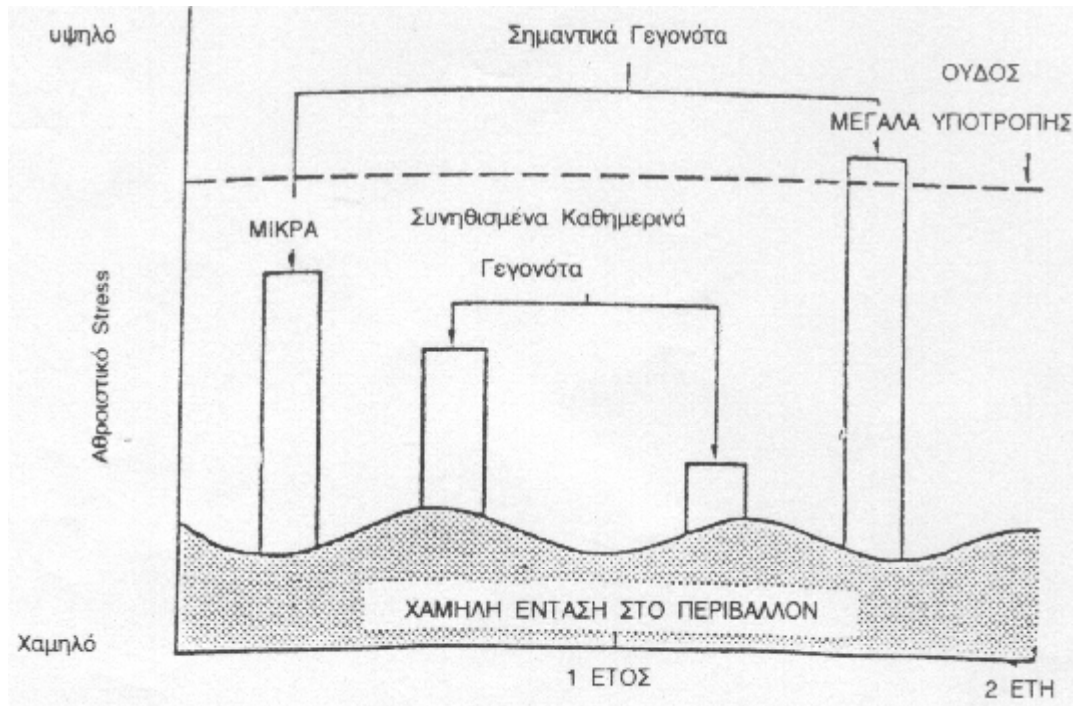
*Ποσοστό υποτροπών ασθενών σε σχέση με το ΕΕ της οικογένειας*



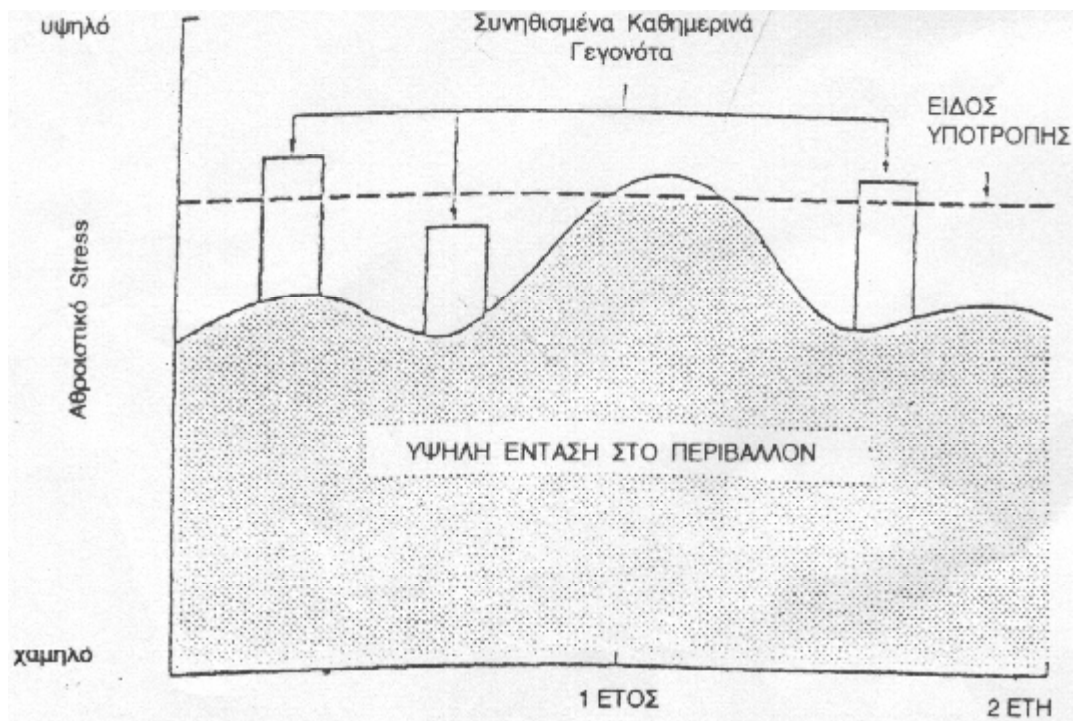
*Υποτροπές ασθενών σε σχέση με χειρισμούς παρέμβασης στην οικογένεια*

Από την αρχή ο Brown συμπέρανε ότι το υψηλό ΕΕ αποτελεί ένα δείκτη οικογενειακής έντασης, η οποία οδηγεί τον ασθενή αρχικά σε αυξημένη διεγερσιμότητα και στη συνέχεια στην εμφάνιση των συμπτωμάτων της νόσου, δηλαδή σε υποτροπή. Στις οικογένειες όπου η ένταση είναι χαμηλή, μόνο τα ιδιαίτερα έκτακτα στρεσογόνα γεγονότα μπορεί να ξεπεράσουν ένα ορισμένο επίπεδο έντασης που μπορεί να αντέξει ο ασθενής και που ονομάζεται “ουδός υποτροπής”. Αντίθετα, στις οικογένειες με υψηλή ένταση στο περιβάλλον, ακόμη και μερικά συνηθισμένα καθημερινά γεγονότα μπορεί να αθροιστούν σε αυτή και να οδηγήσουν τον ασθενή σε υποτροπή.

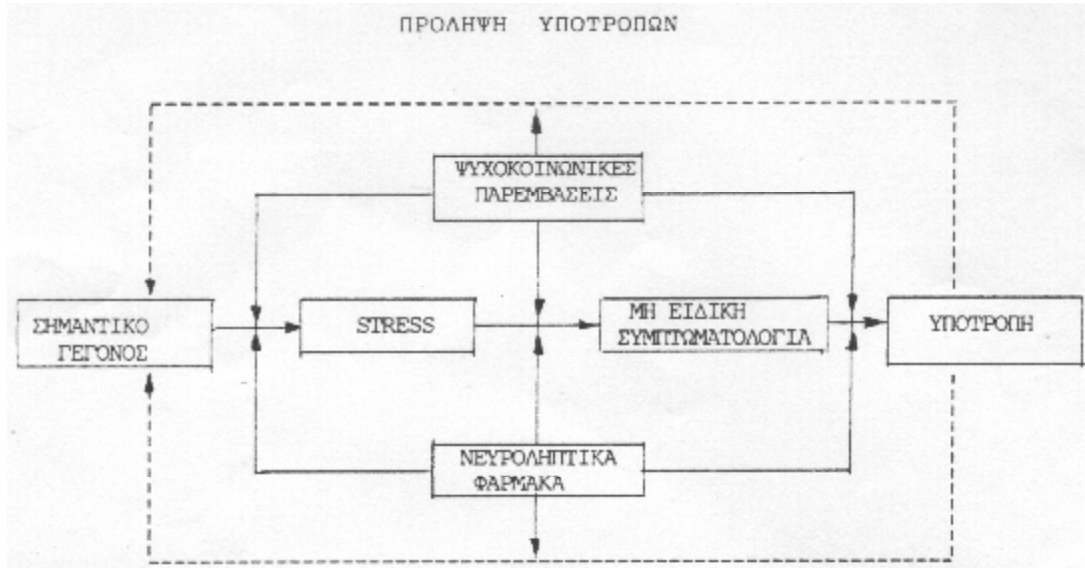
Στο σχήμα παρουσιάζεται διαγραμματικά η υπόθεση αυτή του Brown για τον τρόπο που το stress οδηγεί σε υποτροπή και φαίνεται η διπλή δυνατότητα παρεμπόδισης του μηχανισμού αυτού με τη χρήση των νευροληπτικών και των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων.<sup>34</sup>



*Αθροιστικό stress και χαμηλή ένταση στο περιβάλλον της οικογένειας.*



*Αθροιστικό stress και υψηλή ένταση στο περιβάλλον της οικογένειας.*



### *Stress και υποτροπή (Υπόθεση Brown)*

Η επίδραση της παρέμβασης στην φαρμακευτική αγωγή.

Στους σχιζοφρενείς αρρώστους η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπής. Από αρκετές έρευνες φαίνεται ότι το 55-60% ασθενών σε αγωγή με placebo υποτροπιάζουν, ενώ μόνο το 15-21% ασθενών σε αγωγή με νευροληπτικά. Αρκετοί παράγοντες ενοχοποιούνται για την μη συναίνεση στην αγωγή ενώ προτείνονται στρατηγικές μείωσης της δοσολογίας-συντήρησης. Γενικά, τα ποσοστά μη συναίνεσης με την φαρμακευτική αγωγή κυμαίνονται από 50-60% μεταξύ των σχιζοφρενών αρρώστων που ζουν στην κοινότητα.<sup>18</sup>

### **2.2.3. Πρόγνωση**

Έχει διαπιστωθεί ότι μέσα στην περίοδο 5-10 ετών μετά τη νοσηλεία, μόνο το 10-20% μπορεί να λεχθεί ότι παρουσιάζει ικανοποιητική έκβαση της νόσου.<sup>3</sup> Ένα ποσοστό 20-30% των ασθενών εξακολουθούν για μικρό χρονικό διάστημα να παρουσιάζουν μετρίου βαθμού συμπτωματολογία, που τους επιτρέπει όμως να διατηρούν ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής.<sup>5</sup> Από αυτούς, άλλοι χρειάζονται χρόνια φροντίδα σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, άλλοι ζουν στην κοινότητα σε ξενώνες, σε οικοτροφεία, σε διαμερίσματα κτλ. ή με τις οικογένειες τους, άλλοι εργάζονται με επίβλεψη, άλλοι χωρίς επίβλεψη, άλλοι σπουδάζουν, άλλοι διατηρούν κοινωνικές και σεξουαλικές σχέσεις (ή και παντρεύονται) κτλ. Πολύ δύσκολα, όμως, να μπορέσουν να κάνουν και να κρατήσουν μίαν ολοκληρωμένη διαπροσωπική-συναισθηματική σχέση.<sup>33</sup>

	Καλή πρόγνωση	Κακή πρόγνωση
Ηλικία κατά την έναρξη της νόσου	Όψιμη	Πρόωμη
Φύλο	Θήλυ	Άρσεν
Περιγεννητικές επιπλοκές	Όχι	Ναι
Συγγενείς με συναισθηματική διαταραχή	Ναι	Όχι
Συγγενείς με σχιζοφρένεια	Όχι	Ναι
Προνοσηρή κοινωνική προσαρμογή	Καλή	Κακή
Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο	Υψηλό	Χαμηλό
Πνευματικο-μορφωτικό επίπεδο	Υψηλό	Χαμηλό
Γάμος/σεξουαλική ζωή	Ναι	Όχι
Οικογενειακή στήριξη	Ναι	Όχι
Κοινωνική στήριξη	Ναι	Όχι
Τρόπος έναρξης της νόσου	Αιφνίδιος	Βαθμιαίος
Διάρκεια νόσου	Βραχεία	Μακρά
Εκλεπτικοί παράγοντες	Ναι	Όχι
Επίγνωση του νοσηρού	Ναι	Όχι
Είδος συμπτωμάτων	Θετικά	Αρνητικά
Συναισθηματική ανταπόκριση	Καλή	Επιτετασμένη
Μανιακά ή καταθλιπτικά συμπτώματα	Ναι	Όχι
Συγγενικές εκδηλώσεις	Ναι	Όχι
Έναρξη θεραπείας	Πρόωμη	Όψιμη
Ανταπόκριση στη θεραπεία	Άμεση	Βραδεία
Συμμόρφωση στη θεραπεία	Ναι	Όχι
Υποτροπές της νόσου	Επίπονες	Συχνές
Επιθετική συμπεριφορά	Όχι	Ναι
Χρήση ουσιών	Όχι	Ναι
Νευρολογική σημειολογία	Όχι	Ναι
Κοιλίες του εγκεφάλου	Φυσιολογικές	Διευρυμένες

Περισσότερο από το 50% έχει κακή έκβαση, με συχνές νοσηλείες, εξάρσεις της ψυχωτικής συμπτωματολογίας, επεισόδια μείζονος συναισθηματικής διαταραχής και απόπειρες αυτοκτονίας.

Οι παρακάτω παράγοντες μπορεί να έχουν προγνωστική αξία:

1. Ηλικία: Η πρόγνωση είναι δυσμενής στις νέες ηλικίες αναφορικά με το βάθος των διαταραχών, οι νέοι όμως έχουν περισσότερες πιθανότητες να απαλλαγούν από τα συμπτώματα της νόσου.
2. Νοητικό πηλίκιο: Όσο πιο ψηλός είναι ο δείκτης της νοημοσύνης, τόσο πιο καλή είναι η πρόγνωση.
3. Οικογενειακό ιστορικό: Η παρουσία κι άλλου σχιζοφρενικού ατόμου στην οικογένεια είναι δυσμενής προγνωστικός παράγοντας.
4. Προσωπικότητα: Η σχιζοειδικού τύπου προσωπικότητα αποτελεί δυσμενέστατο προγνωστικό παράγοντα. Το ίδιο και η έλλειψη φιλικών σχέσεων με συνομηλίκους.

5. Σωματότυπος: Ο πυκνικός τύπος έχει καλύτερη πρόγνωση από το λεπτόσωμο.
6. Τρόπος έναρξης: Η βραδεία ύπουλη προοδευτική εγκατάσταση έχει δυσμενή πρόγνωση, ενώ η απότομη έχει ευνοϊκότερη.
7. Κλινική μορφή: Άριστη πρόγνωση έχει το οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο. Από τις κλασικές μορφές καλύτερη πρόγνωση έχει η κατατονική, μετά η παρανοειδής, έπειτα η ηβηφρενική και τέλος η απλή.
8. Προηγούμενη σεξουαλική ζωή: Οι ομαλές σχέσεις είναι θετικό σημείο, αντίθετα με τη χαοτική σεξουαλική ζωή που είναι αρνητικό σημείο.
9. Γάμος-Οικογένεια: Οι παντρεμένοι έχουν καλύτερη πρόγνωση από τους ανύπαντρους.
10. Κοινωνική προέλευση: Καλύτερη κοινωνική προσαρμογή έχουν οι μέσες και ανώτερες κοινωνικές τάξεις.
11. Συμπτώματα: Σχετικά καλή πρόγνωση έχουν τα ακόλουθα: Συγκυτικόμορφη κατάσταση ή έντονη αμηχανία, παρουσία άγχους, καταθλιπτικό συναίσθημα, συναισθηματική ευαισθησία, οξύ παραλήρημα, αϋπνία, ευαισθησία. Κακή πρόγνωση έχουν τα εξής: Πτώση του συναίσθηματος, συναισθηματική απροσφορότητα, αρνητισμός, επίμονες χρόνιες ψευδαισθήσεις, συμπτώματα ενδεικτικά παλινδρόμησης, διαταραχές στην δομή και οργάνωση της σκέψης, συστηματικό παραλήρημα, αυτισμός-απόσυρση, υποβουλησία, εγωκεντρικότητα, παραμέληση εξωτερικής εμφάνισης, πλήρης έλλειψη ευαισθησίας.
12. Ύπαρξη πατρικής οικογένειας: Η πρόγνωση είναι δυσμενής στην περίπτωση που αυτή απουσιάζει.
13. Παράγοντες συνδεδεμένοι με το περιβάλλον: Η απορριπτική στάση της οικογένειας και του κοινωνικού συνόλου είναι δυσμενείς παράγοντες.
14. Κανονική θεραπεία: Είναι ο πιο αποφασιστικός παράγοντας. Χωρίς φάρμακα τετραπλασιάζονται οι πιθανότητες επανεισόδου στον πρώτο χρόνο.
15. Χρόνος έναρξης της φαρμακευτικής θεραπείας: Όσο πιο γρήγορα αρχίζει η φαρμακευτική θεραπεία, τόσο πιο ευνοϊκή είναι η πρόγνωση.<sup>21</sup>

## 2.3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Νέες θεωρίες σχετιζόμενες με την αιτιολογία της σχιζοφρένειας αναπτύσσονται συνεχώς. Μερικές είναι πιο πειστικές από κάποιες άλλες αλλά μπορούμε να πούμε με ακρίβεια ποια είναι όντως η σωστή;

Στην παρακάτω αφήγηση, η Χ., ένα άτομο με σχιζοφρένεια εκφράζει την απογοήτευση της στην προσπάθεια της να ανακαλύψει την αιτία της ασθένειάς της.

*«Ξέρω πως είμαι μια 37χρονη γυναίκα, γλύπτρια, συγγραφέας, βιοπαλαίστρια. Ζω μόνη μου. Τα γνωρίζω όλα αυτά αλλά όπως και η αντανάκλαση στο γυαλί έτσι και η ύπαρξη μου φαίνεται εντελώς αδιευκρίνιστη – μια εικόνα που ενώ προσπαθώ συνεχώς να φτάσω, δεν κατορθώνω ποτέ τελικά να αγγίξω.*

Νιώθω έτσι σχεδόν ένα χρόνο, από τότε που διαγνώσθηκα ως παρανοϊκή σχιζοφρενής. Μερικές φορές όμως αναρωτιέμαι εάν ποτέ γνώριζα τον εαυτό μου ή αν απλώς έπαιζα ικανοποιητικά τους ρόλους που ήταν αποδεκτοί από τους άλλους, έτσι ώστε να μπορέσω να δείξω ότι ανήκω και εγώ κάπου...

Υπάρχουν ακόμα περιστασιακά επεισόδια από παραληρήματα, ψευδαισθήσεις και φρικτούς φόβους για τα οποία παίρνω φάρμακα. Μπορεί να ανακουφίζουν το άγχος μου αλλά μισώ τον τρόπο που αντιδρά το σώμα μου σε αυτά και την παραποίηση των αληθινών και υγιών συναισθημάτων μου, γι' αυτό και σταμάτησα να τα παίρνω μόλις κατευνάστηκε η τρικυμία στο μυαλό μου...

Έχω ψάξει σε βιβλία και σε άρθρα σχετικά με την σχιζοφρένεια ελπίζοντας να βρω άλλες λύσεις και απαντήσεις στις απορίες μου: γιατί, για πόσο καιρό, ποια η θεραπεία. Μερικές από τις πληροφορίες είναι τρομακτικές, μερικές από αυτές είναι μπερδεμένες...

Η αιτία της είναι γενετική- όχι, όχι είναι σίγουρα βιοχημική- οπωσδήποτε θέμα ποιότητας ζωής- συγγνώμη, η σχιζοφρένεια προκαλείται από την οικογενειακή επίδραση, ίσως άγχος κτλ. Τώρα, σύμφωνα με τους θεούς της τεχνολογίας, η εξήγηση είναι ότι η σχιζοφρένεια είναι μια ασθένεια του εγκεφάλου έγχρωμα τυπωμένη από ποζιτρονική φωτογράφιση. Νιώθω ξαφνικά ότι η ανθρώπινη ταυτότητα μου έχει θυσιαστεί σε μια απλή εκτόπωση από υπολογιστή, ότι οι ερευνητές με έχουν διαμελίσει χωρίς να έχουν συνειδητοποιήσει ότι είμαι ακόμα ζωντανή. Δεν νιώθω άνετα ή ασφαλής μέσα στην όλη βέβαιη αβεβαιότητα τους- νιώθω ότι με χάνουν, σαν άτομο, όλο και περισσότερο.

Στο πιο πρόσφατο βιβλίο που διάβασα, ένας γιατρός γράφει ότι η ψυχοθεραπεία είναι άχρηστη στους σχιζοφρενείς. Πως μπορεί να το προτείνει αυτό, χωρίς να με γνωρίζει, εμένα που βρίσκω τόση κατανόηση, υποστήριξη και αποδοχή από την θεραπεύτρια μου;

Η Μ. δεν φοβάται να ταξιδέψει μαζί μου στις γεμάτες φόβο στιγμές μου, με ακούει όταν χρειάζομαι να απαλλάξω το μυαλό μου από τα 'δηλητήρια'. Με συμβουλεύει όταν έχω δυσκολίες στην απλή καθημερινότητα μου. Με βλέπει σαν άνθρωπο και όχι σαν ένα σώμα που το γεμίζει με χάπι ή ένα πειραματόζωο σε κάποιο εργαστήριο. Η ψυχοθεραπεία είναι σημαντική για μένα και βοηθάει...

Ελπίζω πως οι περαιτέρω έρευνες θα καταφέρουν να δώσουν μια απάντηση για τη σχιζοφρένεια... αλλά ξέρω ότι είμαι μια σχιζοφρενής που ζει την εμπειρία και πρέπει να κοιτάξω μέσα μου για να βρω τρόπους να το αντιμετωπίσω. Πρέπει να σταθώ ικανή να με δω ξανά σαν ένα αληθινό άτομο και όχι σαν μια ξεθωριασμένη αντανάκλαση.»<sup>14</sup>

### 2.3.1. Γενετικές επιδράσεις

Ας υποθέσουμε ότι θέλουμε να βρούμε ένα άτομο, για το οποίο θα είμαστε σίγουροι ότι κάποια στιγμή θα διαγνωσθεί ως σχιζοφρενής παρόλο που δεν έχει εκδηλώσει κάποιο σύμπτωμα. Η απάντηση, σύμφωνα με τον Paul Meehl (1962), είναι να βρούμε ένα άτομο το οποίο έχει έναν δίδυμο αδερφό που παρουσιάζει τη νόσο. Υπάρχει σήμερα μια γκάμα πειστικών υποθέσεων που υποστηρίζουν ότι η προδιάθεση για την σχιζοφρένεια μεταφέρεται γενετικά.<sup>4</sup>

Η ιδέα αυτή ξεκινάει από τον 18<sup>ο</sup> αιώνα, στο τέλος του 19<sup>ου</sup> υποστηρίχθηκε θερμά από τον Kraepelin, Bleuler και άλλους ειδικούς αλλά μόλις 30 χρόνια πριν μπόρεσαν οι ερευνητές να διεξάγουν ολοκληρωμένες μελέτες οι



οποίες θα την στήριζαν επιστημονικά. Οι μελέτες αυτές είναι οικογενειακές, μελέτες διδύμων, υιοθετημένων, απογόνων διδύμων και μελέτες συσχέτισης.<sup>16</sup>



#### α) Οικογενειακές μελέτες

Οι κλινικοί είχαν παρατηρήσει το γεγονός ότι η σχιζοφρένεια ‘χτυπούσε’ σε οικογένειες στις οποίες νοσούσε τουλάχιστον ένα μέλος.<sup>11</sup>

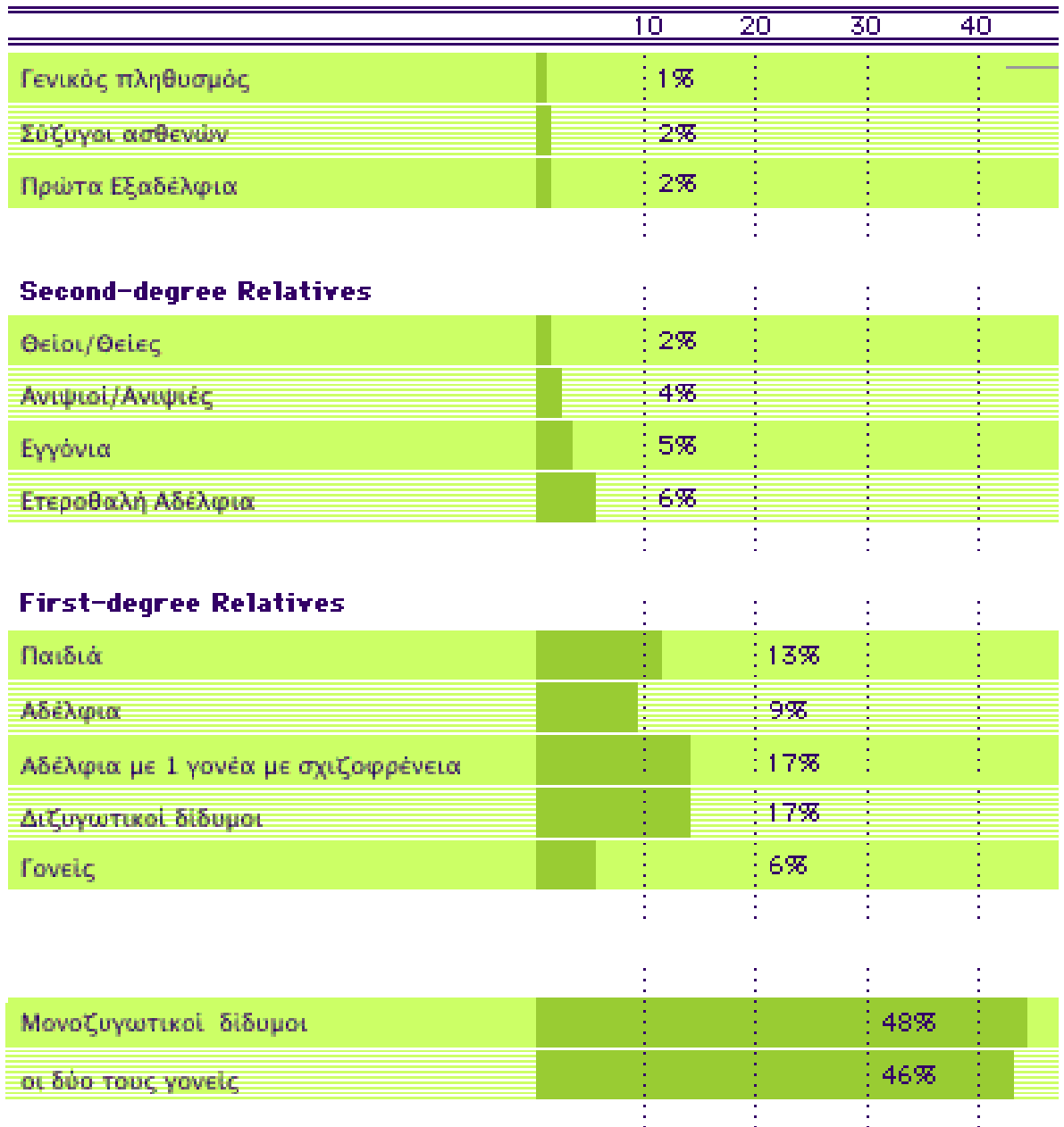
Η παρατήρηση αυτή οδήγησε στον ισχυρισμό ότι, όσο πιο κοντινή συγγένεια έχει ένα άτομο με έναν σχιζοφρενή τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα έχει να εκδηλώσει τη νόσο. (Gottesman, 1991). Τα παιδιά από έναν σχιζοφρενικό γονέα έχουν 13% πιθανότητα να εκδηλώσουν σχιζοφρένεια και από δυο σχιζοφρενικούς γονείς 46%. Ακόμα ένα άτομο που συνδέεται με πρώτου βαθμού συγγένεια με έναν σχιζοφρενή έχει 10 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξει σχιζοφρένεια από ένα άλλο άτομο που απουσιάζει η νόσος από το οικογενειακό του περιβάλλον.<sup>16</sup>

Μια πιο πρόσφατη μελέτη, στα δυτικά της Ιρλανδίας, χρησιμοποίησε πιο ειδικευμένες ερευνητικές μεθόδους για να εξετάσει τον κίνδυνο που αντιμετωπίζουν οι συγγενείς των ατόμων με σχιζοφρένεια. Η μελέτη αυτή βρήκε ότι οι οικογένειες στις οποίες ένα μέλος είχε σχιζοφρένεια ήταν πιο πιθανό να εκδηλώνουν και άλλα μέλη τη νόσο ή άλλες συγγενείς διαταραχές π.χ. σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Δηλαδή οι οικογένειες που έχουν ένα μέλος με σχιζοφρένεια, αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο όχι μόνο να εμφανίσουν σχιζοφρένεια αλλά ένα ολόκληρο φάσμα ψυχωτικών διαταραχών που σχετίζονται με αυτή.<sup>15</sup>

Τα συμπεράσματα αυτά όμως, παρά την χρησιμότητα τους δεν μπορούν να είναι απόλυτα, διότι οι οικογενειακές μελέτες δεν ξεχωρίζουν τις γενετικές από τις περιβαλλοντολογικές επιδράσεις. Όλα τα μέλη της οικογένειας μοιράζονται, εκτός από τα γονίδια τους, και το ίδιο περιβάλλον το οποίο διαπλάθει τον χαρακτήρα τους και την προσωπικότητα τους.<sup>11</sup> Για τον λόγο αυτό χρησιμοποιούμε τις

μελέτες διδύμων και υιοθετημένων ατόμων για να αξιολογήσουμε τον ρόλο των κοινών εμπειριών στις αιτίες της σχιζοφρένειας.<sup>15</sup>

### Lifetime risk of developing schizophrenia (in percent)



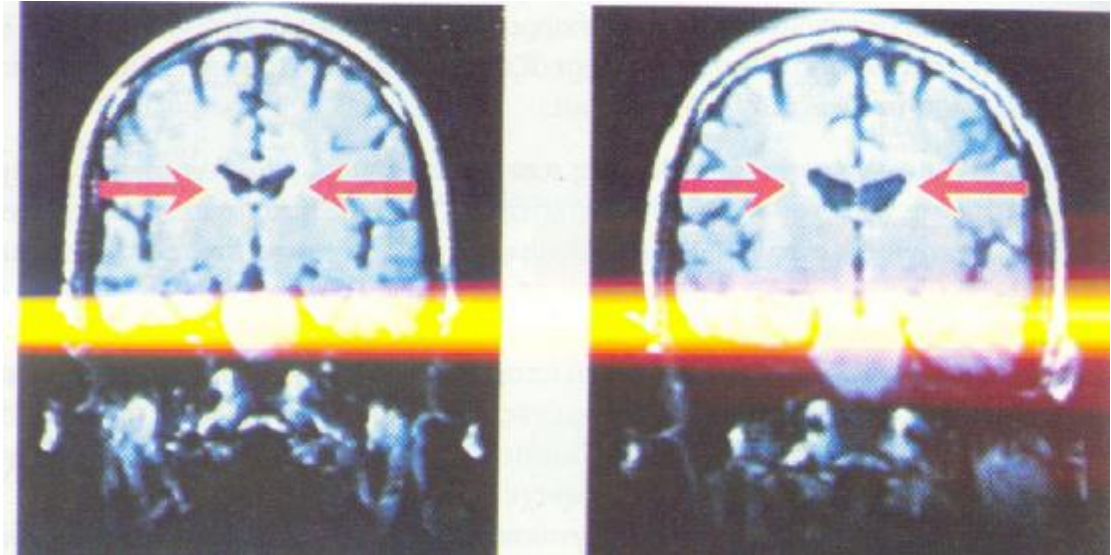
## β) Μελέτες διδύμων

Σε όλες τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί από το 1960 μέχρι και σήμερα, τα αποτελέσματα συμφωνούν στο ότι οι μονοζυγώτες δίδυμοι εμφανίζουν 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν από ότι οι διζυγώτες.<sup>16</sup> Συγκεκριμένα, ένα άτομο έχει μεγαλύτερη πιθανότητα (48%) να εμφανίσει την ασθένεια εάν την έχει και ο μονοζυγώτης δίδυμός του, κάποιος δηλαδή με τον οποίο έχει απόλυτα κοινές γενετικές πληροφορίες (100%). Ο κίνδυνος είναι μικρότερος (17%) εάν έχει διζυγώτη δίδυμο αδερφό, με τον οποίο μοιράζεται το 50% της γενετικής του σύστασης. Ακόμα, εάν έχει έστω και έναν συγγενή με σχιζοφρένεια, είναι πιο πιθανό (1%) να εμφανίσει το ίδιο τη διαταραχή από ότι κάποιο άλλο άτομο χωρίς έναν τέτοιο συγγενή.<sup>15</sup>

Παρόλο που οι μελέτες διδύμων παρέχουν πειστικές αποδείξεις για τον ρόλο των γενετικών επιδράσεων, έχουν κριθεί για ορισμένους λόγους. Καταρχήν, αμφισβητείτε το γεγονός εάν και κατά πόσο οι μελέτες αυτές είναι ικανές να διαχωρίσουν τις γενετικές επιδράσεις από αυτές του περιβάλλοντος στους διδύμους. Μερικοί ειδικοί έχουν ισχυριστεί ότι στους μονοζυγώτες διδύμους, εξαιτίας της πανομοιότυπης εμφάνισης τους, υπάρχει πολύ μεγάλη πιθανότητα να δεχθούν την ίδια αντιμετώπιση από τους γονείς τους από ότι στους διζυγώτες.<sup>11</sup>

Ουσιαστικά, εάν μεγάλωσαν μαζί οι μονοζυγώτες δίδυμοι εκτός από τα κοινά γονίδια θα είχαν και το ίδιο περιβάλλον κατά 100% ενώ οι διζυγώτες δίδυμοι θα είχαν κοινά γονίδια κατά 50% και κοινό περιβάλλον κατά 100%. Εάν όμως το περιβάλλον είναι μοναδικός παράγοντας που οδηγεί στη σχιζοφρένεια, θα περιμέναμε ελάχιστη διαφορά ανάμεσα στους μονοζυγώτες και στους διζυγώτες διδύμους στην εκδήλωση της νόσου. Αντίθετα, εάν με τη σχιζοφρένεια σχετίζονται μόνο οι γενετικοί παράγοντες και οι δύο μονοζυγώτες δίδυμοι θα εκδήλωναν πάντα σχιζοφρένεια.<sup>15</sup>

Πάνω σε αυτό διεξήχθησαν διάφορες μελέτες με την βοήθεια μιας τεχνικής που ονομάζεται μαγνητική τομογραφία. Με αυτή την τεχνική μπορούμε να πάρουμε εικόνες από διαφορετικά επίπεδα του εγκεφάλου και να διακρίνουμε τον εγκεφαλικό ιστό από τα υγρά που πληρούν ορισμένες εσωτερικές κοιλότητες που ονομάζονται κοιλίες. Φυσιολογικά, οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι είναι παρόμοιοι στα συγκεκριμένα δομικά χαρακτηριστικά του εγκεφάλου τους. Παρόλα αυτά στα περισσότερα ζευγάρια διδύμων που ήταν ασύμφωνα για σχιζοφρένεια, ο δίδυμος που είχε προσβληθεί παρουσίαζε ενδείξεις κάποιας διαταραχής στη δομή του εγκεφάλου. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο σχιζοφρενής είχε μια εμφανή διεύρυνση των κοιλιών του εγκεφάλου, που πιθανώς να αντανακλά μια εκφυλιστική συρρίκνωση του εγκεφαλικού ιστού που τις περιέβαλε. Η παρατήρηση ότι μόνο ο σχιζοφρενής δίδυμος είχε αυτή την ανωμαλία δείχνει ότι κάποιος περιβαλλοντικός παράγοντας προκάλεσε μια βλάβη στον εγκέφαλο, η οποία έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση της ασθένειας.<sup>28</sup>



*Μαγνητικές τομογραφίες εγκεφάλων από ένα ζεύγος μονοζυγωτικών διδύμων εκ των οποίων μόνο ο ένας ήταν σχιζοφρενής. Στις τομογραφίες διακρίνονται αλλοιώσεις στη δομή του εγκεφάλου που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια. Σ' αυτή την περίπτωση ο δίδυμος που βρίσκεται δεξιά (και ο οποίος έχει σχιζοφρένεια) έχει πολύ μεγαλύτερες κοιλίες (κοιλότητες σκουρόχρωμες σε σχήμα πεταλούδας), γεγονός που αποτελεί ένδειξη απώλειας (εκφύλισης) εγκεφαλικού ιστού.*

Ακόμα, σε ένα από τα πιο συναρπαστικά 'πειράματα της φύσης', οι επιστήμονες μελέτησαν εκτενών την περίπτωση πανομοιότυπων τετραδύμων που εκδήλωσαν όλα σχιζοφρένεια. Οι τετράδυμες αυτές αδερφές, στις οποίες δόθηκε το όνομα Genain παρακολουθήθηκαν στο Εθνικό ινστιτούτο ψυχικής υγείας και ουσιαστικά παρουσίαζαν την πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ της γενετικής και του περιβάλλοντος. Και οι τέσσερις είχαν την ίδια γενετική ευαιωτότητα, μεγάλωσαν στην ίδια δυσλειτουργική οικογένεια. Ο χρόνος όμως έναρξης της σχιζοφρένειας, τα συμπτώματα και οι διαγνώσεις, η πορεία της διαταραχής και εντέλει η εκδήλωση της διέφεραν σημαντικά από αδερφή σε αδερφή. Η περίπτωση αυτή αποκαλύπτει ένα σημαντικό παράγοντα στη μελέτη των γενετικών επιδράσεων στη συμπεριφορά- το 'μη κοινό' περιβάλλον.



*Μονοζυγωτικά τετράδυμα (που έγιναν γνωστά με το ψευδώνυμο Genain) που το καθένα εμφάνισε συμπτώματα σχιζοφρένειας μεταξύ 22 και 24 ετών και επανειλημμένα έχουν εξεταστεί στο Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας από την δεκαετία του 1950. Ο διαφορετικός τύπος διαταραχής που εμφάνισε η καθεμιά από τις αδελφές θεωρήθηκε ως ένδειξη αλληλεπίδρασης των γονιδίων που προδιέθεταν για σχιζοφρένεια και περιβαλλοντικών παραγόντων.*

Συνήθως πιστεύουμε ότι τα αδέρφια και ιδιαίτερα οι μονοζυγώτες δίδυμοι, τρίδυμοι κτλ., μεγαλώνουν με το ίδιο τρόπο. Ωστόσο ακόμα και οι μονοζυγώτες μπορούν να πολύ διαφορετικές εμπειρίες ο ένας από τον άλλο μέσα στην ίδια οικογένεια και συνεπώς να εκτίθενται σε διαφορετικής εντάσεως βιολογικά και περιβαλλοντικά στρεσογόνα γεγονότα.

Π.χ. η Hester, μια από τις τετράδυμες αδερφές, σύμφωνα με τα λεγόμενα των δικών της, αντανάζοταν συνεχώς και είχε περισσότερα κοινωνικά προβλήματα από τις αδερφές της καθώς μεγάλωνε. Εμφάνισε πρώτη τα συμπτώματα της νόσου σε ηλικία 18 ετών.<sup>15</sup>



#### γ) Μελέτες υιοθετημένων

Οι μελέτες αυτές έγιναν προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος επίδρασης του περιβάλλοντος στην διάγνωση παιδιών με σχιζοφρένεια από σχιζοφρενικούς γονείς.<sup>4</sup> Σε μια πρωτοποριακή έρευνα, μελετήθηκαν 47 νεογέννητα βρέφη σχιζοφρενικών μητέρων που αποχωρίστηκαν από αυτές κατευθείαν μετά τη γέννηση τους και υιοθετήθηκαν από φυσιολογικούς γονείς και συγχρόνως άλλα 50 νεογέννητα βρέφη που οι γονείς δεν ήταν σχιζοφρενικοί και επίσης υιοθετήθηκαν από φυσιολογικούς γονείς. Τα αποτελέσματα ήταν πως η ασθένεια εντοπίστηκε μόνο στα παιδιά των σχιζοφρενικών μητέρων ενώ στο άλλο γκρουπ όχι. Η αναλογία στο γκρουπ των παιδιών σχιζοφρενικών μητέρων ήταν 16,6%, πολύ κοντά δηλαδή στο 13% των παιδιών των σχιζοφρενικών μητέρων που δεν υιοθετήθηκαν.<sup>16</sup>

Επίσης, ένα μεγάλο ποσοστό των παιδιά του γκρουπ αυτού διαγνώστηκαν ως διανοητικά καθυστερημένα, ψυχοπαθητικά και νευρωτικά σε ποσοστό 66% ενώ από το άλλο γκρουπ μόνο ένα 18%. Τα περισσότερα του πρώτου γκρουπ είχαν εμπλακεί σε εγκληματικές πράξεις, τους είχαν επιβληθεί περιοριστικά μέτρα και είχαν αποβληθεί από το στρατό και γενικότερα θεωρούταν πιο 'ανίκανοι' από τα παιδιά του δεύτερου γκρουπ. Τα αποτελέσματα αυτά τονίζουν για άλλη μια φορά την σημασία των γενετικών επιδράσεων στη δημιουργία της σχιζοφρένειας.<sup>4</sup>

#### δ) Μελέτες απογόνων διδύμων

Σε μια μελέτη που ξεκίνησε το 1971 η Margit Fischer και αργότερα συνεχίστηκε από τους Irving Gottesman και Aksel Bertelsen, εντοπίστηκαν 21 μονοζυγώτες δίδυμοι και 41 διζυγώτες δίδυμοι με τα παιδιά τους. Οι ερευνητές ήθελαν να καθορίσουν την πιθανότητα ένα παιδί να εμφανίσει σχιζοφρένεια εάν ο δίδυμος αδερφός του γονέα του είχε σχιζοφρένεια αλλά όχι και ο ίδιος ο γονέας. Για παράδειγμα, εάν ο ένας γονέας ήταν μονοζυγώτης δίδυμος με σχιζοφρένεια τότε υπήρχε η πιθανότητα της τάξης του 17% να εμφανίσει και το παιδί την διαταραχή, ένα ποσοστό που ισχύει εάν ο γονέας είναι το παιδί ενός μονοζυγώτη διδύμου χωρίς σχιζοφρένεια αλλά του οποίου ο άλλος δίδυμος έχει την διαταραχή. Από την άλλη πλευρά, οι κίνδυνοι που αντιμετωπίζει το παιδί ενός διζυγώτη διδύμου είναι:

Εάν ο γονέας έχει σχιζοφρένεια, έχει και το παιδί 17% πιθανότητα να εμφανίσει την διαταραχή. Εάν όμως ο γονέας δεν έχει σχιζοφρένεια αλλά έχει ο διζυγώτης δίδυμος του, ο κίνδυνος να εμφανίσει και αυτό την διαταραχή είναι μόνο 2%. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν σαφέστατα, μέσω της γενετικής, ότι μπορεί τα παιδιά να έχουν τα γονίδια που τα κάνουν ευάλωτα στο να εμφανίσουν σχιζοφρένεια, ωστόσο να μην εμφανίσουν τα ίδια την διαταραχή αλλά να μεταβιβάσουν τα γονίδια αυτά στα παιδιά τους. Με άλλα λόγια, μπορεί κάποιος να είναι 'φορέας' της σχιζοφρένειας. Πρόκειται για ένα από τα πιο ισχυρά στοιχεία που διαθέτουμε για το ότι τα άτομα είναι γενετικά ευάλωτα στη σχιζοφρένεια.<sup>15</sup>

#### ε) Μελέτες συσχέτισης

Εάν τα γονίδια εμπλέκονται στη σχιζοφρένεια, τότε που ακριβώς βρίσκονται; Μια έκθεση αναφέρει ότι ένα γονίδιο υπεύθυνο για τη διαταραχή έχει εντοπιστεί στο πέμπτο χρωμόσωμα. Ένας νεαρός άνδρας και ο θείος του είχαν σχιζοφρένεια και τα ίδια ασυνήθιστα χαρακτηριστικά προσώπου. Μια ανάλυση έδειξε ότι και οι δυο είχαν την ίδια ανωμαλία που αφορούσε στο πέμπτο χρωμόσωμα και έτσι οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα όπως τα χαρακτηριστικά του προσώπου

τους, έτσι και η σχιζοφρένεια οφειλόταν στο ασυνήθιστο πέμπτο χρωμόσωμα. Αυτό το εντυπωσιακό συμπέρασμα ανετράπη γρήγορα από άλλες μελέτες. Μέσα σε τρία χρόνια, περισσότερες από δέκα συνδυαστικές μελέτες αποκάλυψαν ελάχιστα στοιχεία για την ύπαρξη ενός γονιδίου της σχιζοφρένειας στο πέμπτο χρωμόσωμα.

Έως σήμερα οι ερευνητές έχουν εξετάσει διάφορες θέσεις για τα γονίδια που μπορεί να ευθύνονται για τη σχιζοφρένεια. Για παράδειγμα, επειδή υπάρχουν στοιχεία που υποδεικνύουν ότι τα αδέρφια που έχουν σχιζοφρένεια συνήθως είναι άτομα του ίδιου φύλου, οι ερευνητές εξέτασαν τα φυλετικά χρωμοσώματα X και Y για να εντοπίσουν ένα γονίδιο για τη σχιζοφρένεια. Και πάλι όμως, αν και αρχικά υπήρξαν στοιχεία για τον εντοπισμό ενός τέτοιου γονιδίου, δεν μπόρεσαν να επιβεβαιωθούν. Ένα στοιχείο αυτών των ερευνών γενετικής σύνδεσης σχετίζεται με τις νευροβιολογικές επιδράσεις στη σχιζοφρένεια και στον ρόλο του νευροδιαβιβαστή ντοπαμίνη.

Έτσι, αντί να ψάχνουν για ένα 'γονίδιο της σχιζοφρένειας' ή γονίδια, αναζητούν τη θέση των γονιδίων της ντοπαμίνης και προσπαθούν να καθορίσουν κατά πόσο σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια. Οι συνδυαστικές μελέτες για την εδραίωση της σχέσης ανάμεσα στις θέσεις της ντοπαμίνης (D<sub>1</sub>, D<sub>2</sub>, D<sub>3</sub>, D<sub>4</sub>) και την εμφάνιση της σχιζοφρένειας δεν έχουν ακόμα αποφέρει ισχυρές αποδείξεις.<sup>15</sup>

### 2.3.2. Νευρολογικές και βιοχημικές επιδράσεις

Η πεποίθηση ότι η σχιζοφρένεια έχει σχέση με δυσλειτουργία του εγκεφάλου, είναι τόσο παλιά όσο και τα γραπτά του Kraepelin. Το πρόβλημα είναι ότι δεν ξέρουμε αν η δυσλειτουργία αυτή προκαλεί τη σχιζοφρένεια, οφείλεται σε αυτή ή αν κάτι διαφορετικό προκαλεί και τα δύο.<sup>15</sup>

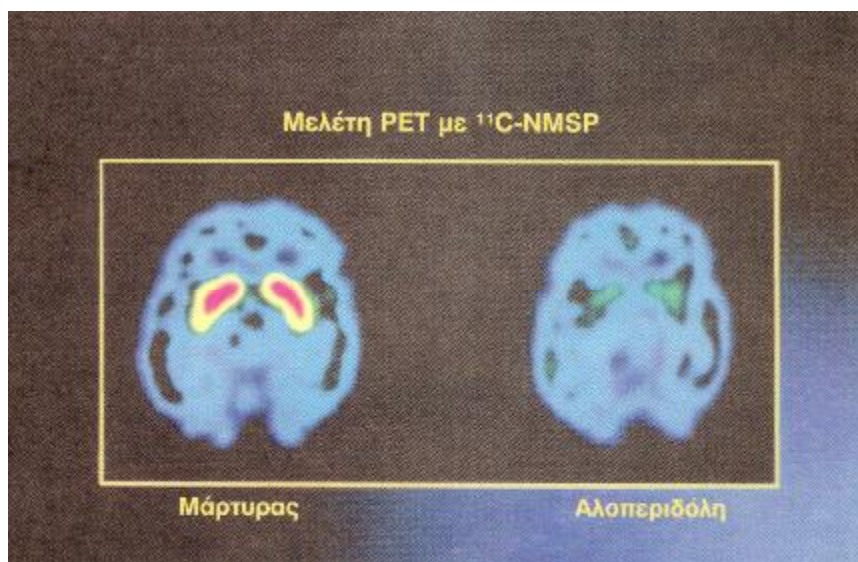
#### α) Νευροδιαβιβαστές

##### Ντοπαμίνη

Μια από τις πιο διαχρονικές αλλά και αμφιλεγόμενες θεωρίες για την αιτία της σχιζοφρένειας αφορά τον νευροδιαβιβαστή ντοπαμίνη. Οι νευροδιαβιβαστές, γενικότερα, απελευθερώνονται από τα συναπτικά κυστίδια στο άκρο του άξονα, διασχίζουν το χάσμα και απορροφώνται από τους υποδοχείς του δένδριτη του επόμενο άξονα. Τα χημικά μηνύματα μεταφέρονται έτσι από νευρώνα σε νευρώνα και μπορούν να αυξηθούν με ουσίες αγωνιστές ή να μειωθούν με ουσίες ανταγωνιστές. Οι ανταγωνιστικές επιδράσεις επιβραδύνουν ή διακόπτουν τη μετάδοση των μηνυμάτων, εμποδίζοντας την απελευθέρωση του νευροδιαβιβαστή που τελικά απελευθερώνεται. Από την άλλη πλευρά, οι επιδράσεις των αγωνιστών σε ακραίες περιπτώσεις μπορούν να παράγουν υπερβολική δραστηριότητα του νευροδιαβιβαστή αυξάνοντας την παραγωγή και επηρεάζοντας περισσότερους υποδοχείς στους δένδριτες. Αυτά που γνωρίζουμε έως τώρα για τα αντιψυχωτικά φάρμακα δείχνουν πιθανότητα ότι το ντοπαμινεργικό σύστημα είναι ιδιαίτερα ενεργό στα άτομα με σχιζοφρένεια. Η προσοχή έχει στραφεί σε τέσσερις ομάδες υποδοχέων, που ονομάζονται D<sub>1</sub>, D<sub>2</sub>, D<sub>3</sub> και D<sub>4</sub> loci. Όπως θα δούμε, η D<sub>2</sub> ενδιαφέρει ιδιαίτερα τους ερευνητές σε αυτό τον χώρο. Σε μια ιστορία που μοιάζει με υπόθεση μυστηρίου, αρκετά κομμάτια 'περιστασιακών ενδείξεων' αποτελούν στοιχεία για το ρόλο της ντοπαμίνης στη σχιζοφρένεια.

1. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα που συχνά είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία των ατόμων με σχιζοφρένεια είναι ανταγωνιστές της ντοπαμίνης, και εμποδίζουν εν μέρει τη χρήση της ντοπαμίνης από τον εγκέφαλο.
2. Τα φάρμακα αυτά μπορούν να παράγουν παρενέργειες παρόμοιες με τα συμπτώματα της νόσου του Parkinson, μια διαταραχή που είναι γνωστό ότι οφείλεται στην έλλειψη ντοπαμίνης.
3. Το φάρμακο L-Dopa, ένας αγωνιστής ντοπαμίνης που χρησιμοποιείται στην θεραπεία των ατόμων με τη νόσο του Parkinson, δημιουργεί σε ορισμένα άτομα συμπτώματα παρόμοια με αυτά της σχιζοφρένειας.
4. Οι αμφεταμίνες, που επίσης ενεργοποιούν την ντοπαμίνη, μπορούν να επιδεινώσουν τα ψυχωτικά συμπτώματα σε ορισμένα άτομα με σχιζοφρένεια.

Με άλλα λόγια, όταν χορηγούνται φάρμακα που είναι γνωστό ότι αυξάνουν την ντοπαμίνη (αγωνιστές), εντείνεται η σχιζοφρενική συμπεριφορά. Όταν χορηγούνται φάρμακα που είναι γνωστό ότι μειώνουν την δραστηριότητα της ντοπαμίνης, τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας τείνουν να ελαττώνονται. Συγκεκριμένα, τα νευροληπτικά φάρμακα (ουσίες αγωνιστές) φαίνονται να ασκούν την επίδρασή τους κυρίως εμποδίζοντας την λειτουργία μιας ομάδας υποδοχέων ντοπαμίνης : τους υποδοχείς D<sub>2</sub>. Λαμβάνοντας υπόψη τους τις παραπάνω παρατηρήσεις, οι ερευνητές θεωρούν ότι η σχιζοφρένεια σε ορισμένα άτομα μπορεί να αποδοθεί στην υπερβολική δραστηριότητα της ντοπαμίνης στους υποδοχείς D<sub>2</sub>.

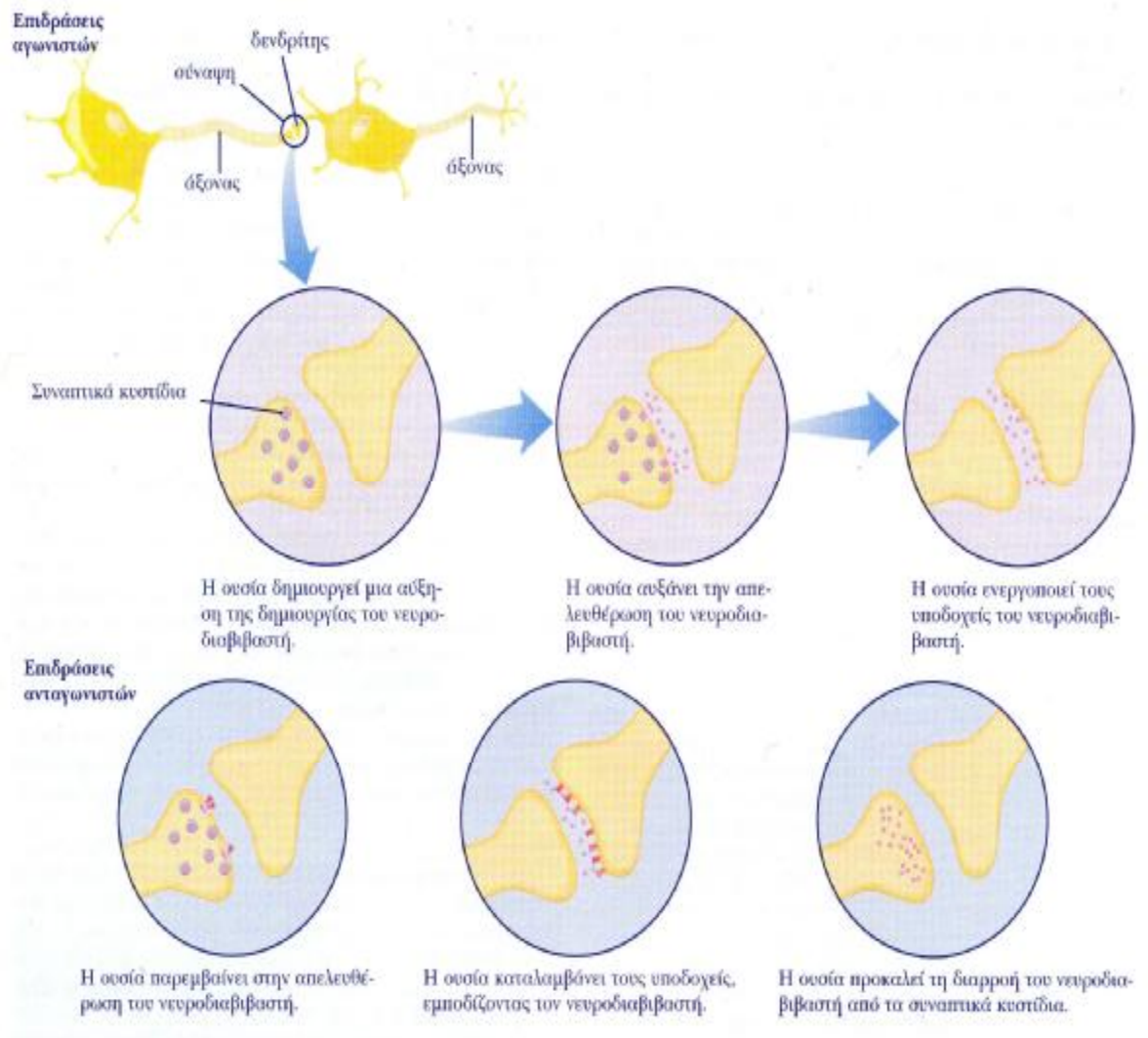


*Αυτές οι απεικονίσεις PET δείχνουν τον εγκέφαλο ενός άνδρα με σχιζοφρένεια που δεν ακολούθησε ποτέ φαρμακευτική αγωγή (αριστερά) και μετά από τη λήψη αλοπεριδόλης (δεξιά). Οι κόκκινες και κίτρινες περιοχές υποδεικνύουν δραστηριότητα στους υποδοχείς 2' η αλοπεριδόλη μείωσε τελικά τη δραστηριότητα της ντοπαμίνης.*



Η απάντηση μπορεί να είναι ότι αν και η ντοπαμίνη σχετίζεται με τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, η σχέση ανάμεσα τους τελικά είναι πιο πολύπλοκη από ότι αρχικά πιστεύαμε.<sup>15</sup>

266 Κεφάλαιο 13 Σχιζοφρένεια και Άλλες Ψυχιατρικές Διαταραχές



### Σεροτονίνη

Σύμφωνα με την υπόθεση αυτή, υφίσταται μια διαταραχή στην παραγωγή σεροτονίνης στους σχιζοφρενείς με αποτέλεσμα περιόδους αυξημένης και μειωμένης παραγωγής σεροτονίνης, οι οποίες, συνεπώς, προκαλούν ένα κυκλικό τύπο ψύχωσης. Αυτή η θεωρία γέννησε μεγάλο ενδιαφέρον σε ερευνητές και κλινικούς λόγω της παρατήρησης ότι νεώτεροι, 'άτυποι', αντιψυχωτικοί παράγοντες είναι ανταγωνιστές της σεροτονίνης (σεροτονινεργική δραστηριότητα) καθώς και ανταγωνιστές της ντοπαμίνης και φαίνονται να είναι εξίσου ή περισσότερο αποτελεσματικοί από τα παλαιότερα, 'τυπικά' αντιψυχωτικά.<sup>13</sup> Η δραστηριότητα της σεροτονίνης σχετίζεται, επίσης, με την αυτοκαταστροφική και παρορμητική συμπεριφορά που παρατηρούνται στους ασθενείς.<sup>3</sup> Ακόμα, η σχέση

που συνδέει την σεροτονίνη με την ντοπαμίνη πιθανόν να ευθύνεται για ορισμένα από τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, ειδικότερα τα θετικά.<sup>15</sup>

#### Νορεπινεφρίνη (νορανδρεναλίνη)

Αρκετοί ερευνητές αναφέρουν ότι η μακροχρόνια χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων προκαλεί μείωση της δραστηριότητας των νευρώνων της νορανδρεναλίνης στον υπομέλανα τόπο και ότι η θεραπευτική δράση κάποιων από αυτά ασκείται επί των  $\alpha_1$  και  $\alpha_2$  αδρενεργικών υποδοχέων. Αν και η σχέση μεταξύ ντοπαμινικής και αδρενεργικής δραστηριότητας παραμένει ασαφής, ολοένα και περισσότερα δεδομένα υποστηρίζουν ότι το νοραδρενεργικό σύστημα ρυθμίζει το ντοπαμινικό κατά τέτοιο τρόπο, ώστε η διαταραχή του πρώτου προδιαθέτει τον ασθενή σε συχνές υποτροπές.<sup>3</sup>

#### β) Αμινοξέα

##### Γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA)

Το ανασταλτικό αμινοξύ-νευροδιαβιβαστής γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA), θεωρείται επίσης ότι συμβάλλει στην παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας. Τα δεδομένα που έχουμε στη διάθεση μας συμφωνούν με την υπόθεση ότι ορισμένοι σχιζοφρενείς εμφανίζουν απώλεια GABA-νεργικών νευρώνων στον ιππόκαμπο του εγκεφάλου. Η απώλεια των ανασταλτικών GABA θα μπορούσε, θεωρητικά τουλάχιστον, να προκαλέσει υπερδραστηριότητα των ντοπαμινικών και νοραδρενεργικών νευρώνων.<sup>3</sup>

##### Γλουταμινικό

Το διεγερτικό αμινοξύ-νευροδιαβιβαστής, γλουταμινικό οξύ, έχει επίσης ανακοινωθεί ότι συμμετέχει στη βιολογική βάση της σχιζοφρένειας. Για τον ρόλο του γλουταμινικού οξέος έχει προταθεί μια σειρά υποθέσεων όπως της υπερδραστηριότητας, της υποδραστηριότητας και της νευροτοξικότητας που προκαλείται από το αμινοξύ.<sup>3</sup> Η υπόθεση του γλουταμινικού αξίζει να ερευνηθεί περισσότερο. Προτείνει ότι γλουταμινεργικοί νευρώνες που έχουν υποστεί βλάβη ενδέχεται να εμπλέκονται στην αιτιολογία της νόσου και εδράζεται σε παρατηρήσεις των ψυχοσιομιμητικών αποτελεσμάτων της φενκυκλιδίνης (PCP) που είναι παρόμοια με τα ψυχωσικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας.<sup>13</sup>

#### γ) Δομικές ανωμαλίες

Μεταθανάτιες μελέτες του εγκεφάλου και απεικονιστικές μελέτες του, έχουν δείξει μερικές δομικές ανωμαλίες στους εγκεφάλους ασθενών με σχιζοφρένεια που είναι ενδεικτικές πιθανής διακοπής της ανάπτυξης αυτών των δομών. Αυτή η διακοπή της ανάπτυξης είναι πιθανότερο να έχει λάβει χώρα προγεννητικά, κατά τη διάρκεια ή περιγεννητικά. Αυτές οι δομικές ανωμαλίες θεωρούνται μερικές φορές ως ευάλωτες περιοχές που προδιαθέτουν τα άτομα στη σχιζοφρένεια κάτω από την επίδραση ενός επιπρόσθετου παράγοντα ή παραγόντων, όπως το στρες. Με άλλα λόγια, αυτές οι ίδιες οι δομικές ανωμαλίες ενδέχεται να μην προκαλούν την ασθένεια, αλλά άτομα με αυτές τις ανωμαλίες ενδέχεται να είναι περισσότερο επιρρεπή στην ανάπτυξη σχιζοφρένειας μετά τη βίωση κάποιας μορφής στρες.<sup>13</sup>

Το ενδιαφέρον γι' αυτήν το θέμα μεγάλωσε ιδιαίτερα μετά την ανακάλυψη της αξονικής τομογραφίας. Μερικές μελέτες που χρησιμοποίησαν την τεχνική αυτή έδειξαν ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν πιο συχνά ανωμαλίες της δομής (της κατασκευής) του εγκεφάλου απ' ότι υγιείς άνθρωποι της ίδιας

ηλικίας (π.χ. οι εσωτερικές κοιλότητες του εγκεφάλου -οι κοιλίες - παρουσιάζονται μεγαλύτερες). Πρέπει όμως να τονιστεί ότι όλες αυτές οι ανωμαλίες που έχουν αναφερθεί είναι αφενός πάρα πολύ λεπτές και αφετέρου δεν είναι χαρακτηριστικές μόνο της σχιζοφρένειας.

Ένα πιο πρόσφατο επίτευγμα αποτελεί η Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων (Positron Emission Tomography - PET) . Σε αντίθεση με την αξονική τομογραφία η οποία παράγει στατικές εικόνες της κατασκευής του εγκεφάλου, η PET μπορεί να εκτιμήσει τη μεταβολική δραστηριότητα του ζώντος εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένων περιοχών βαθιά μέσα στο εσωτερικό του εγκεφάλου. Μέχρι στιγμής τα ευρήματα με την PET είναι μόνο προκαταρκτικά, αλλά πιστεύεται ότι σε συνδυασμό και με άλλες απεικονιστικές τεχνικές θα μας παρέχει σημαντικές πληροφορίες για την δομή και την λειτουργία του ζώντος εγκεφάλου.

Άλλες ειδικές απεικονιστικές τεχνικές που μπορεί να βοηθήσουν στην κατανόηση της σχιζοφρένειας περιλαμβάνουν την μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου (MRI), η ραδιοισοτοπική μελέτη της περιοχικής εγκεφαλικής κυκλοφορίας (RCFB) και τέλος το ψηφιακό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEΓ). Η μαγνητική τομογραφία παράγει εικόνες της δομής του εγκεφάλου και στηρίζεται στην διαφορετική συμπεριφορά των διαφόρων δομών όταν εφαρμόζεται μαγνητικό πεδίο επάνω τους. Στην RCFB γίνεται εισπνοή ενός ραδιοδραστικού αερίου και ο ρυθμός απομάκρυνσης της ουσίας αυτής από διαφορετικές εγκεφαλικές περιοχές δίνει πληροφορίες για την σχετική δραστηριότητα των περιοχών αυτών κατά τις διάφορες νοητικές δραστηριότητες. Το ψηφιακό HEΓ εξετάζει την ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου καθώς αυτός αντιδρά σε διάφορα ερεθίσματα. Όλες αυτές οι απεικονιστικές τεχνικές χρησιμοποιούνται αποκλειστικά στην έρευνα για την διαλεύκανση της αιτιολογίας της σχιζοφρένειας και όχι μέρος της θεραπείας της.<sup>32</sup>

#### Μετ αιχμιακό σύστημα

Το μετ αιχμιακό σύστημα, λόγω του ρόλου του στον έλεγχο των συγκινήσεων, έχει υποτεθεί στην παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας. Πράγματι, το μετ αιχμιακό έχει αποδειχθεί ότι είναι η πιο γόνιμη περιοχή νευροπαθολογοανατομικής μελέτης. Περισσότερες από έξι καλά ελεγμένες μελέτες εγκεφάλου σχιζοφρενών έχουν δείξει μείωση του μεγέθους της εγκεφαλικής περιοχής που περιλαμβάνει την αμυγδαλή, τον ιππόκαμπο και την παραϊπποκάμπεια έλικα. Έχει επίσης ανακοινωθεί μια αποδιοργάνωση των νευρώνων του ιπποκάμπου σε σχιζοφρενικά άτομα.<sup>3</sup>

#### Μετωπιαίοι λοβοί

Το φαινόμενο της μικρότερης δραστηριότητας στους μετωπιαίους λοβούς φαίνεται να συνδέεται με τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Η προμετωπιαία περιοχή που φαίνεται λιγότερο δραστήρια στα άτομα με σχιζοφρένεια, είναι επίσης μια περιοχή μιας οδού της ντοπαμίνης. Έτσι, υποθέτουν ότι η αδράνεια σε αυτό το σημείο ενεργοποιεί κάποια σημεία της οδού της ντοπαμίνης που βρίσκονται βαθύτερα στον εγκέφαλο (μεσομετ αιχμιακή χώρα). Η σχετική αδράνεια, υποστηρίζουν, προκαλεί τα αρνητικά συμπτώματα και η υπερβολική δραστηριότητα βαθύτερα στον εγκέφαλο ευθύνεται για τα θετικά. Οι αλλαγές στη δραστηριότητα σε διαφορετικές θέσεις του εγκεφάλου, μετά από

αρκετά χρόνια θα βοηθήσει να εξηγήσουμε τους λόγους που ορισμένα άτομα έχουν αρνητικά και θετικά συμπτώματα σε διαφορετικές στιγμές. Σημαντικό είναι ότι η δυσλειτουργία αυτή φαίνεται να συμβαίνει πριν την εκδήλωση της ασθένειας. Με άλλα λόγια, η δομική ανωμαλία μπορεί να εξελίσσεται προοδευτικά, ξεκινώντας πριν τα συμπτώματα της διαταραχής γίνουν φανερά, πιθανόν πριν τη γέννηση του ατόμου.<sup>15</sup>

### Βασικά γάγγλια

Τα βασικά γάγγλια παρουσιάζουν ένα θεωρητικό ενδιαφέρον για δυο τουλάχιστον λόγους:

1) Πολλοί σχιζοφρενείς εμφανίζουν πολλές περιττές και περίεργες κινήσεις ακόμα και σε απουσία φαρμάκων που προκαλούν διαταραχές της κινητικότητας (όψιμη δυσκινησία). Οι περιττές αυτές κινήσεις μπορεί να είναι ιδιορρυθμίες κατά τη βάδιση, μορφασμοί και στερεοτυπίες. Στο βαθμό που τα βασικά γάγγλια συμμετέχουν στον έλεγχο των κινήσεων, πιθανή παθολογία τους ενδιαφέρει τη παθοφυσιολογική διερεύνηση στη σχιζοφρένεια.

2) Από όλες τις νευρολογικές διαταραχές που μπορεί να συνοδεύονται από ψυχωτικά συμπτώματα, οι διαταραχές της κινητικότητας που εκκινούν από τα βασικά γάγγλια (νόσος του Huntington) είναι αυτές που συνοδεύονται πιο συχνά από ψύχωση.

Ένας άλλος παράγοντας εμπλοκής των βασικών γαγγλίων στην παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας είναι ότι συνδέονται παλίνδρομα με τους μετωπιαίους λοβούς. Έτσι προκύπτει η πιθανότητα, η ανωμαλίες του μετωπιαίου λοβού, που παρατηρούνται με απεικονιστικές τεχνικές, μπορεί να οφείλονται σε παθολογία των βασικών γαγγλίων μάλλον, παρά των μετωπιαίων λοβών.<sup>3</sup>

### Κοιλίες του εγκεφάλου

Μία από τις πιο αξιόπιστες παρατηρήσεις για τη δομή του εγκεφάλου στα άτομα με σχιζοφρένεια αφορά στο μέγεθος των κοιλιών. Από το 1927 έχει παρατηρηθεί ότι αυτές οι γεμάτες με υγρό κοιλότητες εμφανίζουν αύξηση σε ορισμένους αλλά όχι σε όλους τους εγκεφάλους των ατόμων με σχιζοφρένεια που εξετάστηκαν. Από τότε, έχουν αναπτυχθεί περισσότερο εξειδικευμένες τεχνικές για την παρατήρηση του εγκεφάλου και στις περίπου 50 μελέτες που έχουν γίνει πάνω σε αυτό το θέμα, η μεγάλη πλειοψηφία τους δείχνει αφύσικα μεγάλες πλευρικές κοιλίες στα άτομα με σχιζοφρένεια. Το μέγεθος των κοιλιών μεμονωμένα μπορεί να μην αποτελεί πρόβλημα αλλά η διαστολή των κοιλιών υποδεικνύει ότι τα παρακείμενα τμήματα του εγκεφάλου δεν έχουν αναπτυχθεί τελείως ή ότι είναι ατροφικά, επιτρέποντας έτσι την αύξηση στο μέγεθος των κοιλιών.

Ένα άλλο στοιχείο είναι ότι δεν παρατηρείται η ίδια επαύξηση σε όλα τα σχιζοφρενικά άτομα π.χ. οι μεγεθυσμένες κοιλίες παρατηρούνται πιο συχνά στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Επίσης, οι κοιλίες φαίνονται να μεγαλώνουν σύμφωνα με την ηλικία του ατόμου και τη διάρκεια της σχιζοφρένειας.<sup>15</sup>

### δ) Φάρμακα

Ορισμένα φάρμακα προκαλούν αλλαγές στη σκέψη και στην αντίληψη που θυμίζουν αυτές που εμφανίζουν οι σχιζοφρενείς ασθενείς. Τεράστιο ενδιαφέρον στις αλλαγές τις αντίληψης προκάλεσε η διαδεδομένη χρήση του ισχυρού ψευδαισθησιογόνου διαιθυλαμιδίου του λυσεργικού οξέος (LSD), που ξεκίνησε την δεκαετία του 1950. Οι ψευδαισθησιογόνες ιδιότητες του ανακαλύφθηκαν το

1943, κατά τη τύχη, όταν ο Ελβετός χημικός Hoffman δοκίμασε μικρές ποσότητες μιας παρτίδας από το φάρμακο που συνέθετε εκείνη τη στιγμή. Ο Hoffman παρατήρησε κυρίως εντυπωσιακές παραμορφώσεις της οπτικής αντίληψης, μεταξύ των οποίων αλλαγές στο σχήμα κοινών αντικειμένων και ζωηρές έγχρωμες ψευδαισθήσεις. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίασε η δομή του, που είναι παρόμοια με της σεροτονίνης. Η ίδια συναντάτε και στην ψιλοκυβίνη, το δραστικό ψευδαισθησιογόνο συστατικό ορισμένων ψυχεδελικών μανιταριών και στην διμεθυλοτροπταμίνη, ένα καθ' ολοκληρία συνθετικό ψευδαισθησιογόνο.

Ενώ τα ψευδαισθησιογόνα προκαλούν παροδικές παραμορφώσεις στην αντίληψη και μπορεί να δημιουργήσουν τα λεγόμενα 'κακά ταξίδια' που θυμίζουν ψυχωσικά επεισόδια, ορισμένα άλλα φάρμακα προκαλούν σύνδρομο που μοιάζουν περισσότερο με τη σχιζοφρένεια. Τα κυριότερα από αυτά είναι δύο διεγερτικά, τα οποία γίνονται αντικείμενο ευρείας κατάχρησης, η αμφεταμίνη και η κοκαΐνη. Για να προκληθούν αυτά τα ψυχωτικά συμπτώματα, απαιτείτε συνεχής (χρόνια) χορήγηση μεγάλων δόσεων. Μια τέτοια φαρμακευτική αγωγή συχνά προκαλεί ευερεθιστότητα και αυξανόμενη καχυποψία που συχνά καταλήγει σε σοβαρή παράνοια, παρόμοια με αυτή που παρατηρείται σε ορισμένους σχιζοφρενείς. Έχει υποστηριχθεί επίσης, πως αυτοί που κάνουν κατάχρηση διεγερτικών εκδηλώνουν παρανοϊκά συμπτώματα επειδή έχουν μια προδιάθεση προς ψυχωσική συμπεριφορά και ότι το μόνο που κάνουν τα διεγερτικά είναι να ενεργοποιούν μια λανθάνουσα διαταραχή. Αυτό ισχύει πράγματι σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως π.χ. σχιζοφρενείς, των οποίων τα συμπτώματα βρίσκονται σε ύφεση, μπορεί να παρουσιάσουν μια κατάφορη υποτροπή μετά από λήψη μιας μικρής ποσότητας αμφεταμίνης. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και σε φυσιολογικούς καθώς σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν, στις οποίες χορηγήθηκαν σε υγιείς εθελοντές κατ' επανάληψη μεγάλες δόσεις αμφεταμίνης, κάτω από ελεγχόμενες συνθήκες, κάθε υποκείμενο άρχισε να βιώνει παρανοϊκές παραληρητικές ιδέες μέσα σε μια εβδομάδα αφότου ξεκίνησε η χορήγηση.

Πρόσφατες μελέτες ασθενών που θεραπεύονταν για εξάρτηση από διεγερτικά κατέληξαν ότι τουλάχιστον οι μισοί είχαν βιώσει παραληρητικές ιδέες και ακουστικές ψευδαισθήσεις.

Συμπεριφορές χαρακτηριστικές της σχιζοφρένειας μπορούν επίσης να προκληθούν με επαναλαμβανόμενη χορήγηση ενός εντελώς διαφορετικού τύπου φαρμάκου, της φαινκυκλιδίνης, που συχνά αναφέρεται σαν PCP ή 'αγγελόσκονη'. Ενώ αρχικά φάνηκε ότι θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε χειρουργικές επεμβάσεις στους ανθρώπους γιατί προκαλούσε μια απάθεια στην εγχείρηση χωρίς πλήρη απώλεια της συνείδησης, τελικά η κλινική χρήση της περιορίστηκε επειδή πολλοί ασθενείς εμφάνιζαν μετεγχειρητικά ανεπιθύμητες ενέργειες όπως ανησυχία, παράνοια και ψευδαισθήσεις που συχνά διαρκούσαν μέρες. Εκτεταμένες ψυχολογικές δοκιμασίες που έγιναν σε υγιείς εθελοντές που βρίσκονταν κάτω από την επήρεια σχετικά μικρών δόσεων PCP, οι οποίες δεν επαρκούσαν για να προκαλέσουν αναισθησία, έδειξαν αλλαγή στον τρόπο σκέψης τους που ήταν χαρακτηριστικές ανθρώπων με σχιζοφρένεια. Συχνά επίσης οι εθελοντές παρουσίασαν κοινωνική απομόνωση και το αμβλύ συναίσθημα που συνήθως εμφανίζουν οι σχιζοφρενείς.

Όπως και με την κατάχρηση διεγερτικών, η χρόνια χρήση PCP μπορεί να οδηγήσει σε βίαια, εγκληματική συμπεριφορά. Ορισμένα από τα άτομα που κάνουν κατάχρηση PCP εμφανίζουν χαρακτηριστικές διαταραχές στην κίνηση,

παρόμοιες με αυτές που παρατηρούνται στους ασθενείς με σχιζοφρένεια κατατονικού τύπου.

Τα εμφανή παρανοϊκά συμπτώματα που προκαλούνται από τη αμφεταμίνη και την κοκαΐνη, θυμίζουν εκείνα που παρατηρούνται στους ασθενείς με σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου. Αντίθετα, η PCP προκαλεί μια σχετικά πιο διαταραγμένη σκέψη και συναισθηματική απόσυρση, όπως στους ασθενείς με σχιζοφρένεια αποδιοργανωμένου τύπου.<sup>28</sup>

*ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ "Ι.Κ. ΒΕΛΛΙΔΗΣ"*

**ΔΕΥΤΕΡΑ**

**27**

**ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1995**

*Η πρώτη Ελληνική Εφημερίδα στο Internet*

---

**Ρεπορτάζ**

### **ΙΣΩΣ Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΝΑ ΜΗΝ ΕΙΝΑΙ ΜΟΝΟ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ**

*ΝΕΑ στοιχεία που ισχυροποιούν την άποψη των ερευνητών, ότι η σχιζοφρένεια δεν είναι αμιγώς ψυχική νόσος, φέρνει στην επιφάνεια η έρευνα για τη θεραπεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Σύμφωνα με έρευνα που βρίσκεται υπό δημοσίευση τα αποτελέσματά της σε διεθνές ιατρικό περιοδικό, διαπιστώνεται συνάφεια μεταξύ σχιζοφρένειας και μιας άλλης σοβαρής οργανικής όμως ασθένειας, της σκλήρυνσης κατά πλάκας.*

*Γερμανοί ερευνητές που σε συνεργασία με τον Έλληνα διακεκριμένο νευρολόγο ψυχίατρο καθηγητή του πανεπιστημίου του Ουλμ της Γερμανίας κ. Δημήτριο Κουντούρη συμμετείχαν στην έρευνα αυτή που παρέχει νέα σημαντικά ευρήματα για το μέλλον της θεραπευτικής αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας. Όπως εξηγεί ο κ. Κουντούρης, ανιχνεύοντας και θεραπεύοντας τη σκλήρυνση κατά πλάκας, διαπιστώθηκε ότι υπήρχαν ασθενείς που έπασχαν και από σχιζοφρένεια.*

*"Να σημειωθεί", σημειώνει ο Έλληνας επιστήμονας, "ότι από παλιά πίστευαν ότι η σχιζοφρένεια είναι οργανική νόσος. Όμως παρ' ό,τι εδώ και καιρό υπάρχουν ενδείξεις δεν βρέθηκε τίποτε. "Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήσαμε μετά από εξέταση ασθενών που έπασχαν και από σχιζοφρένεια και από σκλήρυνση κατά πλάκας, ελέγχθηκε εκτός από το κεντρικό νευρικό σύστημα, το εγκεφαλονωτιαίο υγρό και το αίμα τους, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν στοιχεία που στηρίζουν την παραπάνω υπόθεση. Βρέθηκαν λοιπόν ότι σε στατικά σεβαστό αριθμό, υπάρχουν αντισώματα τα οποία μπορούν να στηρίζουν την υπόθεση αυτή.*

*"Η υπόθεση αυτή - καταλήγει ο κ. Κουντούρης - πιστοποιήθηκε και από το γεγονός ότι σε ασθενείς με σχιζοφρένεια που παρουσίασαν στη συνέχεια σκλήρυνση κατά πλάκας και δέχτηκαν θεραπεία για τη δεύτερη νόσο, διαπιστώθηκε μια βελτίωση της συμπτωματολογίας και των δύο νοσημάτων. Θεωρούμε και λόγω του γεγονότος αυτού ότι υπάρχει κοινή ρίζα για τις δύο ασθένειες. "Με αφορμή τις παρατηρήσεις αυτές, έχει ξεκινήσει μια μεγάλη έρευνα, που αν τα αποτελέσματά της στηρίζουν την υπόθεση που προαναφέραμε η ψυχιατρική θεραπεία των σχιζοφρενών μπαίνει σε άλλο κανάλι".*

*Να σημειωθεί ότι η απονομή της καθηγησίας στον κ. Κουντούρη από το πανεπιστήμιο του Ουίτν την περασμένη εβδομάδα έγινε με βάση τα αποτελέσματα της θεραπευτικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας. Για την ίδια έρευνα, που τα αποτελέσματά της ανοίγουν νέους δρόμους στη θεραπεία των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας στο αμέσως προσεχές μέλλον, ο κ. Δημήτριος Κουντούρης βραβεύεται στις 8 Δεκεμβρίου στη Γενεύη από ιατρικό οργανισμό συνδεδεμένο με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών.<sup>29</sup>*

### **2.3.3. Επιδράσεις περιβάλλοντος**

*Ο ρόλος της οικογένειας.*

Φαίνεται ότι το δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον είναι ένας από τους παράγοντες που αυξάνουν τις πιθανότητες για την εκδήλωση της σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής σε ένα άτομο. Ο Asarnow και οι συνεργάτες του (1994) έχουν διενεργήσει μια σειρά ερευνών σχετικά με το οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων με σχιζοφρένεια. Οι οικογένειες των ατόμων αυτών αξιολογήθηκαν ως προς την ποιότητα της επικοινωνίας στην οικογένεια και ως προς το είδος των συναισθημάτων που εκφράζουν προς αυτά.

Ως προς την ποιότητα της επικοινωνίας στην οικογένεια διαπιστώθηκε ότι οι γονείς των παιδιών με σχιζοφρένεια παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα 'παρεκκλίνουσας επικοινωνίας' σε σύγκριση με τους γονείς φυσιολογικών παιδιών. Ο όρος αυτός αναφέρεται σε ένα είδος επικοινωνίας που διακρίνεται από ασάφεια και θεωρείται ως εκδήλωση διαταραχών στη σκέψη.

Όσον αφορά το είδος των συναισθημάτων, οι γονείς των παιδιών με σχιζοφρένεια εξέφραζαν πολύ συχνά αρνητικά συναισθήματα και ασκούσαν σκληρή κριτική.

Τόσο η παρεκκλίνουσα επικοινωνία, όσο και η έκφραση αρνητικών συναισθημάτων προς το παιδί μπορεί να αποτελέσουν προγνωστικό παράγοντα για την εκδήλωση σχιζοφρένειας στην ενηλικίωση.<sup>30</sup>

Οι οικογένειες των σχιζοφρενικών διαφέρουν πολύ μεταξύ τους και αυτό που έχει σημασία σήμερα είναι να αναγνωρίσουμε, κυρίως, ποια σχήματα συμπεριφοράς και ποιοι τρόποι επικοινωνίας και έκφρασης συναισθημάτων επιδεινώνουν τα ψυχωτικά συμπτώματα του σχιζοφρενικού μέλους και ποιοι τα ανακουφίζουν ή τα βελτιώνουν. Έτσι, π.χ. έχει αποδειχθεί ότι σε οικογένειες με μεγάλη και έντονη έκφραση συναισθημάτων (high expressed emotion) οι σχιζοφρενείς που ζουν μαζί τους υποτροπιάζουν πιο εύκολα από ότι σε οικογένειες με μικρή και χαμηλή έκφραση.<sup>7</sup>

Οι ψυχολόγοι θεωρούν τη σχιζοφρένεια σαν έκφραση της εσωτερίκευσης ενός επικίνδυνου οικογενειακού θεάτρου. «*Η αποσπασματικότητα της πληροφόρησης, η διάχυση της ταυτότητας, η διατάραξη της ικανότητας παρατήρησης*

*και επικοινωνίας και ορισμένα άλλα χαρακτηριστικά του σχιζοφρενούς προέρχονται σε μεγάλο βαθμό από τη διαδικασία εσωτερίκευσης των κοινωνικών χαρακτηριστικών όπως εκφράζονται μέσα στην οικογένεια.»*

Οι ρόλοι των μελών που πάνω τους υφαίνονται οι αντιδράσεις στη σχιζοφρενική οικογένεια, παρουσιάζονται με μια εξαιρετική επιμονή. Ισχυροί δεσμοί αναπτύσσονται συνήθως μεταξύ των γονέων και των παιδιών. Στην περίπτωση που οι γονείς είναι ψυχικά άρρωστοι, προκειμένου να επιβεβαιώσουν την ύπαρξη τους καταστρέφουν την ψυχική ισορροπία του παιδιού τους, το οποίο προσκολλάται πάνω τους, εξαιτίας της ανωριμότητας του. Πολλοί ψυχίατροι έχουν διαπιστώσει ότι πολλοί σχιζοφρενείς, κατά την παιδική τους ηλικία, ήταν φανατικά προσκολλημένοι σε μια μητέρα με αρκετά ταραγμένη ψυχική ζωή. Η αυταρχική σχέση ανάμεσα στο παιδί και τη μητέρα και η αμοιβαία συναισθηματική εξάρτηση μπορούν να οδηγήσουν στο 'παιδί-θύμα που θυσιάζει την προσωπικότητά του για το καλό της μητέρας του.'

Η σχιζοφρενική οικογένεια συμπεριφέρεται σαν φαινομενικά άταρκτες σύνολο με κλειστά σύνορα απέναντι στην κοινωνία. Είναι ολότελα απομονωμένη και οι κοινωνικές της σχέσεις με το περιβάλλον, τους γείτονες, τους φίλους και τους γνωστούς είναι ελάχιστες. Σε μια τέτοια απομονωμένη οικογένεια, με τους διαταραγμένους τρόπους επικοινωνίας της και τις ιδιόμορφες ερμηνείες της για την πραγματικότητα, δεν μπορεί το παιδί να προσανατολιστεί έξω από αυτή. Ένας ασθενής λέει: *«Θα μπορούσα μια χαρά να ζήσω στον κόσμο, αν ήταν όπως μου τον είχε περιγράψει η μητέρα μου. Καθώς μεγάλωνα όμως είδα πως ήταν τελείως διαφορετικός και αυτό με συνέτριψε.»*<sup>31</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### 3.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Από την στιγμή που η σχιζοφρένεια δεν αποτελεί μια ενιαία κλινική οντότητα και οι αιτίες που την προκαλούν δεν είναι ακόμη γνωστές, οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται σήμερα βασίζονται τόσο στην κλινική έρευνα όσο και στην κλινική εμπειρία.<sup>32</sup> Η σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει δυο κυρίως προσεγγίσεις: τη βιολογική και την ψυχοκοινωνική, οι οποίες έχουν την ικανότητα να μειώνουν την ένταση σχιζοφρενικών συμπτωμάτων και να ελαχιστοποιούν την πιθανότητα να επανέλθουν.<sup>5,32</sup> Οι προσεγγίσεις αυτές αλληλοδιαπλέκονται καθ' όλη την διάρκεια της θεραπείας με ορισμένες μεταβολές ως προς την προτεραιότητα εφαρμογής καθεμιάς από αυτές κατά τις διάφορες φάσεις εξέλιξης της νόσου, με την βιολογική να έχει κατά κανόνα τον πρώτο ρόλο.<sup>5</sup>

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι μια μακρόχρονη και επίπονη διεργασία για τον ασθενή, την οικογένεια του, το γιατρό και όλα τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας που φροντίζουν τον ασθενή - ψυχιατρικές νοσηλεύτριες, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, σύμβουλοι επαγγελματικής αποκατάστασης, εργοθεραπευτές κ.ά.<sup>33</sup> Η οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή, που δεν απορρέει από την εκτίμηση της ατομικής πραγματικότητας του αρρώστου, θα οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα. Η θεραπεία αρχίζει και τελειώνει με την ψυχιατρική συνέντευξη καθώς η καλή μελέτη του αρρώστου αποτελεί το πρώτο θεραπευτικό μέτρο.<sup>21</sup>

#### 3.1.1. Βιολογικές θεραπείες

##### α) Αντιψυχωτικά φάρμακα

Ως αντιψυχωτικά εννοούμε εκείνες τις ουσίες που δρουν πάνω στις ψυχικές διεργασίες, ουσίες που τις περισσότερες φορές διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τη δομή και τον τρόπο παραγωγής καθώς ορισμένες προέρχονται από τα φυτά, άλλες από ανώτερους οργανισμούς και άλλες είναι συνθετικές.<sup>36</sup> Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα, τα οποία βρίσκονται σε διαθεσιμότητα από το 1950, αποτέλεσαν αληθινή επανάσταση στον θεραπευτικό χειρισμό της σχιζοφρένειας τόσο με την ικανότητα τους να καταστέλλουν την ψυχωτική διέγερση όσο και με τη δυνατότητα τους να θεραπεύουν ψυχωτικά συμπτώματα.<sup>14,33</sup> Αν και δεν μπορούν, βέβαια, να θεραπεύσουν την αρρώστια, μπορούν να θεραπεύσουν ή να ελαττώσουν την ψυχωτική σύγχυση, την αποδιοργάνωση, το άγχος, τις παραληρητικές ιδέες, τις ψευδαισθήσεις, δηλ. τα θετικά συμπτώματα.

Με εξαίρεση, ίσως, κάποια νεότερα αντιψυχωτικά, δεν μπορούν, όμως, να επηρεάσουν καθόλου (ή επηρεάζουν πολύ λίγο) την απομόνωση, την αβουλία κτλ. δηλ. τα αρνητικά συμπτώματα. Μολονότι η κατασταλτική και αντιψυχωτική δράση των φαρμάκων αυτών μπορεί να είναι εμφανής μέσα σε ώρες από την

έναρξη της θεραπείας, εντούτοις το μέγιστο, ιδιαίτερα της αντιψυχωτικής τους αποτελεσματικότητας μπορεί να μην επιτευχθεί πριν περάσουν έξι εβδομάδες. Όταν τα οξέα ψυχωτικά συμπτώματα της Σχιζοφρένειας ελεγχθούν (συνήθως μέσα σε 4-12 εβδομάδες), η δόση ελαττώνεται στο επίπεδο της θεραπείας συντήρησης, που είναι περίπου 10%-50% της ποσότητας φαρμάκου που χρειάστηκε στην οξεία κρίση.

Και φυσικά, η μείωση γίνεται προσεκτικά σε διάρκεια εβδομάδων, με στενή παρακολούθηση μήπως χρειαστεί και πάλι αύξηση λόγω επανόδου των συμπτωμάτων. Μολονότι σχιζοφρενικοί ασθενείς υποτροπιάζουν και ενώ βρίσκονται σε αντιψυχωτική αγωγή συντήρησης, εντούτοις η προφυλακτική χορήγηση αντιψυχωτικών μπορεί να προφυλάξει ένα σημαντικό αριθμό σχιζοφρενών γι' αυτό και συνιστάται. Δεν θα πρέπει όμως να παραλείπεται να γίνεται επανεκτίμηση κατά διαστήματα της ανάγκης για φαρμακευτική αγωγή. Σε διεγερμένους ασθενείς μπορεί να χρειασθεί 'ταχεία χορήγηση νευροληπτικών' για τον έλεγχο της διέγερσης και των έντονων ψυχωτικών συμπτωμάτων τους. Σε τέτοιους ασθενείς ακόμη καλύτερα είναι αν η αντιψυχωτική αγωγή συνδυασθεί με χορήγηση βενζοδιαζεπινών, που δρουν κατασταλτικά έως ότου η δράση των αντιψυχωτικών εγκατασταθεί ικανοποιητικά. Σήμερα, προσπαθούμε να χρησιμοποιήσουμε τη μικρότερη δυνατή δόση που θα κρατήσει τον ασθενή κοινωνικά λειτουργικό (με έλεγχο των ψυχωτικών συμπτωμάτων αφενός και τις λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες αφετέρου).<sup>33</sup>

Διακρίνονται τρεις κατηγορίες αντιψυχωτικών φαρμάκων:

1. Συμβατικά ή 'κλασικά' αντιψυχωτικά

Είναι τα παλιότερα και παρότι είναι αποτελεσματικά, προκαλούν συχνά ανεπιθύμητες ενέργειες, που κυρίως επηρεάζουν τις κινήσεις του ασθενή. Παραδείγματα αυτών των φαρμάκων είναι:

Aloperidin (Αλοπεριδόλη),

Clorixol (Ζουκλοπενθιξόλη),

Melleril (Θειοριδαζίνη),

Flupidol (Πενφλουριδόλη),

Stelazine (Τριφλουπεραζίνη),

Loxapac (Λοξαπίνη),

Largactil (Χλωροπρομαζίνη),

Truxal (Θειοθιξίνη),

Modecate (Φλουφenaζίνη),

Pyrium (Πιμοζίδη),

Minitran (Περφεναζίνη / Αμιτρυπτιλίνη)

Nozinan (Λεβομεπρομαζίνη)

Dogmatyl (Σουλπιρίδη)

Dipiperon (Πιπαμπερόνη)

Τα κλασικά αντιψυχωτικά τείνουν να πάψουν να χρησιμοποιούνται. Οι ειδικοί συχνά συστήνουν τα νεώτερα άτυπα αντιψυχωτικά εξαιτίας του ότι τα συμβατικά προκαλούν παρενέργειες. Υπάρχουν βέβαια δύο εξαιρέσεις. Για άτομα που λαμβάνουν ένα συμβατικό αντιψυχωτικό, που είναι αποτελεσματικό και δεν παρουσιάζουν παρενέργειες, οι ειδικοί συμβουλεύουν να συνεχιστεί η λήψη του. Άλλη εξαίρεση αφορά τα άτομα που έχουν δυσκολία να πάρουν τα χάπια τους τακτικά. Δυο από τα κλασικά αντιψυχωτικά που αναφέρθηκαν νωρίτερα, το Aloperidin και το Clorixol, διατίθενται και σε μορφή ‘μακράς δράσης’, που τους επιτρέπει να χορηγούνται με ένεση, μια φορά κάθε 2-4 εβδομάδες. Σε αυτή τη μορφή το φάρμακο κρατιέται μέσα στο σώμα και απελευθερώνεται σιγά-σιγά. Δεν είναι διαθέσιμες τέτοιες μορφές ακόμη για τα νεώτερα αντιψυχωτικά.

## 2. Νεότερα ή ‘άτυπα’ αντιψυχωτικά

Η ανακάλυψη αυτών των φαρμάκων έφερε την ‘επανάσταση’ στη θεραπεία της σχιζοφρενικής διαταραχής τα τελευταία χρόνια. Ονομάστηκαν ‘άτυπα’ γιατί δρουν με διαφορετικό τρόπο από τα κλασικά και έχουν λιγότερες πιθανότητες να προκαλέσουν τις ανεπιθύμητες παρενέργειες των κλασικών. Οι ειδικοί προτείνουν τη χρήση των νεότερων δηλαδή των άτυπων αντιψυχωτικών ως θεραπεία πρώτης επιλογής για έναν άρρωστο που έχει το πρώτο επεισόδιο σχιζοφρενικής διαταραχής. Αυτό οφείλεται στο ηπιότερο προφίλ παρενεργειών και στο μικρότερο κίνδυνο πρόκλησης όψιμης δυσκινησίας. Σήμερα διατίθενται τα εξής:

Risperdal (ΡΙσπεριδόνη),

Zyprexa (Ολανζαπίνη),

Seroquel (Κουετιαπίνη).

Αναμένεται ένα ακόμη άτυπο αντιψυχωτικό στο άμεσο μέλλον το Geodon (Ζιπρασιδόνη).

Οι ειδικοί σήμερα πιστεύουν ότι τα άτυπα αντιψυχωτικά είναι τα φάρμακα πρώτης επιλογής για τη θεραπεία της σχιζοφρενικής διαταραχής, αλλά μέχρι σήμερα τουλάχιστον δεν διατίθενται σε ενέσιμη μορφή.

## 3. Leronex (Κλοζαπίνη)

Εμφανίστηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1990 και ήταν το πρώτο άτυπο αντιψυχωτικό. Μπορεί να βοηθήσει το 25-50% των ασθενών που δεν ωφελήθηκαν από τα συμβατικά αντιψυχωτικά ή που υποτροπίασε παρόλο που ήταν συνεπής

στην αγωγή του. Δυστυχώς όμως το φάρμακο αυτό έχει μια σπάνια αλλά σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια. Σε λιγότερο από 1% των ασθενών που λαμβάνουν Leronex παρατηρείται μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων του αίματος που χρησιμεύουν για την καταπολέμηση των λοιμώξεων από τον οργανισμό. Για το λόγο αυτό, οι γιατροί συστήνουν στους ασθενείς που χρησιμοποιούν αυτό το φάρμακο, να κάνουν συχνά γενική εξέταση αίματος και επίσης δεν συνίσταται στο πρώτο επεισόδιο. Οι ειδικοί συμφωνούν ότι το Leronex θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο όταν απόπειρες με δύο ασφαλή αντιψυχωτικά φάρμακα δεν βοήθησαν τον ασθενή.<sup>35</sup>

### Πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωτικών

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα, σχεδόν όπως όλα τα φάρμακα, προκαλούν και ανεπιθύμητες ενέργειες εκτός από την κύρια ωφέλιμη δράση τους.<sup>32</sup> Το μεγαλύτερο ίσως πρόβλημα με τα κλασικά αντιψυχωτικά είναι ότι συχνά προκαλούν είτε κινήσεις των μυών του σώματος, είτε προκαλούν δυσκαμψία. Το σύνολο αυτών των ανεπιθύμητων ενεργειών ονομάζονται εξωπυραμιδικά συμπτώματα.<sup>35</sup> Παρατηρούνται κινητικές δυσκολίες παρόμοιες με αυτές στη νόσο του Parkinson που για αυτό μερικές φορές ονομάζονται παρκινσονικά συμπτώματα. Η 'ακινήσια' είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα και περιλαμβάνει την ελάττωση των κινήσεων, χειρονομιών, εκφράσεων του προσώπου και μονότονη ομιλία.<sup>15</sup> Τα άτομα μπορεί να νιώθουν αργά και άκαμπτα (αλύγιστα), ή μπορεί να νιώθουν ανησυχία και να χρειάζεται να περπατούν διαρκώς πάνω-κάτω. Ακόμη, το φάρμακο μπορεί να τους προκαλέσει, ιδιαίτερα στα πόδια και στα χέρια, είτε τρόμο, είτε αθέλητες κινήσεις με ένα αργό και ρυθμικό τρόπο και μερικές φορές χωρίς οι ίδιοι να το καταλαβαίνουν. Μερικές φορές ο γιατρός χορηγεί μαζί με το αντιψυχωτικό, φάρμακα που ονομάζονται αντιχολινεργικά, όπως το Akineton (Βιπεριδίνη) ή το Artane (Τριεξυφενιδίνη), προκειμένου είτε να προλάβει είτε να θεραπεύσει τα 'εξωπυραμιδικά' συμπτώματα που προκλήθηκαν από τα αντιψυχωτικά. Πάντως τα νεώτερα, δηλαδή τα 'άτυπα' αντιψυχωτικά έχουν πολύ λιγότερες πιθανότητες να προκαλέσουν εξωπυραμιδικά συμπτώματα.<sup>35</sup>

Ασθενείς που λαμβάνουν αντιψυχωτικά για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί, μερικές φορές, να αναπτύξουν μια ανεπιθύμητη ενέργεια που ονομάζεται 'όψιμη δυσκινησία', δηλαδή ακούσιες κινήσεις της γλώσσας, του προσώπου ή της γνάθου και μπορεί να περιλαμβάνει προεκβολές της γλώσσας, πρήξιμο των μάγουλων, σούφρωμα των χειλιών και μασητικές κινήσεις.<sup>15</sup> Η πιθανότητα να αναπτυχθεί αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια μειώνεται όταν χορηγείται η ελάχιστη αποτελεσματική δόση του αντιψυχωτικού φαρμάκου. Αν κάποιος ασθενής αναπτύξει όψιμη δυσκινησία συστήνεται η αλλαγή του φαρμάκου από συμβατικό σε άτυπο. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της σχιζοφρενικής διαταραχής, μπορεί μερικές φορές να επηρεάσουν και τη σεξουαλική λειτουργία του ασθενή, κάνοντάς τον να τα διακόπτει. Στην περίπτωση αυτή, είτε ελαττώνεται η δόση του φαρμάκου, είτε χρησιμοποιείται κάποιο νεώτερο αντιψυχωτικό. Η αύξηση του σωματικού βάρους μπορεί να είναι ένα άλλο πρόβλημα που θα εμφανισθεί. Είναι πιο συχνό με τα 'άτυπα' αντιψυχωτικά. Στην περίπτωση αυτή η σωματική άσκηση και η διαίτα θα βοηθήσουν. Μια σπάνια

παρενέργεια των αντιψυχωτικών είναι το κακοήθες νευροληπτικό σύνδρομο που περιλαμβάνει πολύ έντονη δυσκαμψία, πολύ έντονο τρόμο και πυρετό. Θεωρείται μια σοβαρή κατάσταση με επιπλοκές, για το λόγο αυτό πρέπει ο γιατρός να ενημερωθεί άμεσα.<sup>35</sup>

#### Λίθιο

Χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική αγωγή ενδυνάμωσης του θεραπευτικού αποτελέσματος των αντιψυχωτικών φαρμάκων.<sup>5</sup> Οποτεδήποτε, όμως, υπάρχει έντονο συναισθηματικό στοιχείο, παρορμητική ή επιθετική συμπεριφορά και η διάγνωση δεν είναι σίγουρη, είναι καλό να δοκιμάζεται.<sup>35</sup>

#### Καρβαμαζεπίνη

Χρησιμοποιείται ως επιβοηθητικό φάρμακο για τον έλεγχο της επιθετικής συμπεριφοράς (κατά κρίσεις) ορισμένων αρρώστων.<sup>5</sup>

ΣΥΧΝΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΣΥΧΝΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
<ul style="list-style-type: none"><li>- υπνηλία</li><li>- ευπάθεια στα ηλιακά εγκαύματα</li><li>- τρόμος των άκρων</li><li>- “πιάσιμο” των μυών (παρκινσονισμός)</li><li>- αύξηση της όρεξης</li><li>- ζάλη, ίλιγγος</li><li>- ξηρότητα στόματος</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- σπασμοί των μυών</li><li>- ακούσιες κινήσεις του στόματος</li><li>- σεξουαλικές δυσκολίες</li><li>- “θάμπος” της όρασης</li></ul>

*Παρενέργειες από νευροληπτικά ψυχοφάρμακα ως προς τη συχνότητα τους.*

#### Νευροπλασματικότητα και νευρωνική αναγέννηση στο πλαίσιο δράσης των αντιψυχωτικών.

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι περίπου 30-60% των ασθενών με σχιζοφρένεια είτε δεν ανταποκρίνονται είτε ανταποκρίνονται μερικώς μόνο στη θεραπεία με τα κλασικά αντιψυχωτικά φάρμακα. Ένα μικρό ποσοστό 10-15% παρουσιάζει ανθεκτικότητα κατά το πρώτο επεισόδιο, ενώ ένα ποσοστό 20-50% γίνεται ανθεκτικό στην πορεία της νόσου μετά τα επαναλαμβανόμενα ψυχωσικά επεισόδια.

Τόσο οι παθοφυσιολογικοί παράγοντες, όσο και οι κλινικές εκδηλώσεις που συμμετέχουν στην ανάπτυξη ανθεκτικότητας στην νόσο είναι ακόμη ασαφείς.

Πρόσφατες παθοφυσιολογικές υποθέσεις ενοχοποιούν τη δυσλειτουργία συγκεντρωμένων στοιχείων του ντοπαμινεργικού και του γλουταμινεργικού συστήματος τα οποία επάγουν νευροπλαστικές αλλαγές, οι οποίες στην πορεία της νόσου μπορεί να οδηγήσουν σε δυνητικά νευροτοξικά αποτελέσματα. Αντίθετα με ότι πιστευόταν μέχρι πρόσφατα, είναι πλέον γνωστό ότι ο νευρικός ιστός του ανθρώπου μπορεί να αναπλάσσεται κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες. Οι διαπιστώσεις αυτές είναι αποτέλεσμα των μελετών που γίνονται στο πλαίσιο της δράσης των νεότερων αντιψυχωσικών φαρμάκων. Η ισχυρή χημική συγγένεια των άτυπων αντιψυχωσικών με τους 5-HT, NE και άλλους μη D2 ντοπαμινεργικούς υποδοχείς και η ικανότητα τους να ανταγωνίζονται τη βλαπτική επίδραση των

NMDA ανταγωνιστών επί του νευρώνα έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση πλαστικότητας η οποία μακροπρόθεσμα οδηγεί στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας των νευρωνικών συστημάτων (πιθανώς μέσω νέων δενδριτικών συνάψεων), τα οποία έχουν βλαφθεί από τη χρόνια εκφυλιστική επίδραση της νόσου.<sup>18</sup>

#### Ασθενείς που δεν αντιμετωπίζονται με αντιψυχωτική αγωγή.

Η χρήση των αντιψυχωτικών φαρμάκων στην σχιζοφρένεια έχει καταλήξει να είναι πλέον θέμα ρουτίνας και ελάχιστη προσπάθεια έχει πραγματοποιηθεί στην ψυχιατρική, προκειμένου να χορηγούνται αυτά περισσότερο επιλεκτικά. Υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις ασθενών που δεν αντιμετωπίστηκαν ποτέ φαρμακευτικά, οι οποίες μπορεί μεν να συναντώνται σπανίως όμως η ύπαρξη τους είναι τόσο σημαντική που θέτει προβληματισμούς για το εάν και κατά πόσο η χρήση των αντιψυχωτικών φαρμάκων στην ασθένεια αυτή είναι πάντοτε χρήσιμη.

Ομάδες ασθενών στους οποίους μπορεί να αποφευχθεί η χρήση αντιψυχωτικών είναι:

- ασθενείς με λανθασμένη διάγνωση.

Το φαινόμενο αυτό συναντάται κυρίως σε χρόνιους ασθενείς στις Ηνωμένες Πολιτείες, των οποίων η διάγνωση έλαβε χώρα πριν τα μέσα του 1970, όταν οι Αμερικανοί ψυχίατροι άρχισαν να διαχωρίζουν την μανιοκαταθλιπτική διαταραχή από την σχιζοφρένεια σύμφωνα με τα Ευρωπαϊκά κριτήρια. Άλλοι βρίσκονταν σε αγωγή θεραπείας της σχιζοφρένειας ενώ τα παραληρήματα τους και κάποια άλλα συμπτώματα τους ήταν ενδεικτικά στοιχεία της υστερίας.

Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, η νέα λήψη ιστορικού και απόπειρα καινούργιας διάγνωσης ήταν υποχρεωτική και έπρεπε να συνοδευτεί είτε με διακοπή είτε με αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής.

- ασθενείς που αρνήθηκαν τη λήψη αντιψυχωτικών.

Πολλοί σχιζοφρενικοί ασθενείς προτιμούν να μην τους χορηγηθούν αντιψυχωτικά φάρμακα. Κάποιοι στερούνται πλήρως εναισθησίας και νομίζουν πως δεν τα χρειάζονται, ενώ άλλοι θεωρούν προτιμότερα τα ψυχωτικά τους συμπτώματα από τις παρενέργειες που τους προκαλούν τα αντιψυχωτικά. Ο νόμος έχει αναγνωρίσει το δικαίωμα του ψυχικά ασθενή να αρνηθεί την φαρμακευτική αγωγή παρόλο που ορισμένες φορές δεν θεωρούνται ικανοί να πάρουν μια τέτοιου είδους απόφαση. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ψυχίατρος αναγκάζεται να αναθεωρήσει τα προτερήματα και τα μειονεκτήματα της φαρμακευτικής αγωγής και στις περισσότερες υποθέσεις ψυχίατρος και ασθενής καταλήγουν σε κάποια συμφωνία.

- ασθενείς με 'όψιμη δυσκινησία'.

Την ίδια ανάγκη να αναθεωρηθούν τα θετικά και τα αρνητικά μιας αντιψυχωτικής θεραπείας επιβάλλει και η εμφάνιση νευρολογικών επιδράσεων προκαλούμενες από την λήψη των αντιψυχωτικών. Η 'όψιμη δυσκινησία' μπορεί να εμφανιστεί σε έναν ασθενή που λαμβάνει συστηματικά αντιψυχωτικά για μήνες ή και χρόνια. Αν η αγωγή δεν διακοπεί σύντομα, η κατάσταση μπορεί να χειροτερέψει τόσο που να μετατραπεί σε μη αναστρέψιμη. Μεγάλο κίνδυνο διατρέχουν και ασθενείς που λαμβάνουν μεγάλες ποσότητες φαρμάκων έστω και για μικρό χρονικό διάστημα. Σε όλες τις περιπτώσεις αυτές, ψυχίατρος και ασθενής ίσως καταλήξουν πως τα συμπτώματα της ασθένειας είναι προτιμότερα από την πιθανή μόνιμη αλλαγή του σωματικού ειδώλου που επιφέρει η αντιψυχωτική αγωγή.

- ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στα φάρμακα.

Κατά τραγική ειρωνεία, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που συνήθως παρουσιάζουν 'όψιμη δυσκινησία' είναι αυτοί στους οποίους η αντιψυχωτική αγωγή έχει αποδειχθεί ελάχιστα ωφέλιμη. Αυτό ίσως να είναι το αποτέλεσμα της αδικαιολόγητης τάσης των ψυχιάτρων να χορηγούν όλο και μεγαλύτερες δόσεις φαρμάκων σε ασθενείς που έχουν ανταποκριθεί ελάχιστα στις συνηθισμένες δόσεις. Οποιαδήποτε κρίση ή παλινδρόμηση του ασθενή συνήθως οδηγεί αυτόματα σε νέα αύξηση της δόσης. Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός πως είναι εφικτό ποιοι σχιζοφρενικοί ασθενείς θα ανταποκριθούν ελάχιστα στην αντιψυχωτική αγωγή.

Διάφοροι ερευνητές έχουν ανακαλύψει πως ασθενείς που χαρακτήρισαν την πρώτη δόση της αγωγής τους δυσάρεστη, είναι πιθανότερο να δείξουν ελάχιστη ανταπόκριση σε αυτή και να υποτροπιάσουν νωρίτερα από άλλους. Τέτοιου είδους άτομα αντιδρούν συνήθως στην αγωγή με άγχος, κατάθλιψη και κοινωνική απομόνωση και εφόσον δεν δείχνουν κάποια σημαντική βελτίωση από την αρχή της φαρμακευτικής τους θεραπείας αλλά αντιθέτως υποτροπιάζουν, είναι προτιμότερο να δοκιμάσουν μια θεραπεία με κλοζαπίνη ή χωρίς καθόλου φάρμακα.

-ασθενείς με καλή πρόγνωση.

Αυτή είναι μια κατηγορία ασθενών, για την οποία πιστεύεται πως η κλασική αγωγή είναι μη αναγκαία ή ακόμα και μελλοντικά επικίνδυνη. Συνήθως, αυτοί είναι άτομα χωρίς ιστορικό και με υγιή προηγούμενη κοινωνική ζωή που κάποια στιγμή παρουσίασαν μια οξεία κρίση σχιζοφρένειας χωρίς αυτή να προλάβει να γίνει χρόνια κατάσταση. Οι λόγοι που σε τέτοιους ασθενείς είναι προτιμότερο να αποφεύγεται η χορήγηση αντιψυχωτικών, είναι θέμα βιοχημείας της ασθένειας και της επίδρασης των φαρμάκων αυτών.<sup>38</sup>

#### Εκπαίδευση στο ρόλο και στις παρενέργειες των ψυχοφαρμάκων.

Η χρήση των αντιψυχωτικών πρέπει να γίνεται στην περίπτωση που τα φάρμακα αυτά συμβάλλουν στην ευόδωση της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Η λήψη τους δεν πρέπει να γίνεται αντιληπτή ως μια μορφή καταναγκασμού ή τιμωρίας, αλλά ως ένα πρόσθετο όπλο για την καταπολέμηση της νόσου. Μια βασική προϋπόθεση στη φαρμακευτική αγωγή είναι η αποφυγή δόσεων ή συνδυασμών φαρμάκων που προκαλούν παρενέργειες και αρνητικοποιούν την σωματική εικόνα του ασθενή.

Μερικές φορές ίσως είναι προτιμότερο ο θεραπευόμενος να αφεθεί να έχει φαρμακολογικά ένα ανεκτό επίπεδο ψυχοπαθολογίας προκειμένου να μπορεί να μπορεί να εργάζεται και να κινείται πιο άνετα σε προγράμματα αποκατάστασης παρά να του χορηγηθεί μια ισχυρή αγωγή και έτσι να μειωθεί σημαντικά η λειτουργικότητα του εξαιτίας των παρενεργειών των φαρμάκων. Πρέπει να τονιστεί η κλινική σημασία των νεότερων άτυπων νευροληπτικών, της ρισπεριδόνης, της ολανζαπίνης και της κλοζαπίνης, που δεν προκαλούν σημαντικές παρενέργειες και ενισχύουν την κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου. Η επεξήγηση των οποιονδήποτε παρενεργειών γίνεται μόνο στην περίπτωση που εμφανιστούν κάποιες από αυτές, αν και κατά την έναρξη της χορήγησης των φαρμάκων τονίζεται πως είναι πιθανό να εμφανιστούν ορισμένες παρενέργειες, όπως και σε κάθε ουσία που λαμβάνεται άλλωστε. Έτσι, ο θεραπευόμενος προειδοποιείται και δεν αιφνιδιάζεται από τυχόν εμφανιζόμενες παρενέργειες, μερικές από τις οποίες προκαλούν εμφανισιακά προβλήματα (π.χ. μυϊκές δυσκαμψίες).

Η εκπαίδευση του αρρώστου που αφορά στην συναίνεση στην φαρμακευτική αγωγή εστιάζει στον *τρόπο* της λήψης της (π.χ. όλα τα χάπια λαμβάνονται το βράδυ, πριν το γεύμα), στη *δοσολογία* (π.χ. ένα χάπι από το καθένα, μονίμως κάθε βράδυ) και σε *μνημοτεχνικές μεθόδους* υπενθύμισης της λήξης των φαρμάκων (π.χ. κάθε Κυριακή βράδυ).

Ένα βασικό μήνυμα, το οποίο πρέπει να συνοδεύει την φαρμακευτική αγωγή είναι ότι η θεραπευτική δράση ενός φαρμάκου είναι προτιμότερη από οποιοδήποτε πρόβλημα τυχόν προκαλέσει. Εκτός αυτού, τονίζεται ότι κάθε παρενέργεια είναι παροδική. Τέλος, καθ' όλη τη μακρόχρονη διαδικασία της θεραπείας, η φαρμακευτική δοσολογία πρέπει να συνδέεται με το επίπεδο ελέγχου των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Η χρήση βιολογικών μεθόδων (π.χ. έλεγχος των επιπέδων της ουσίας στο πλάσμα του αίματος) υποβοηθά τη σύνδεση αυτή.<sup>18</sup>

#### β) Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Μολονότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία προτείνεται σαν θεραπεία της σχιζοφρένειας (κυρίως στην οξεία φάση /έξαρση ή στις περιπτώσεις που δεν απάντησαν στη θεραπεία), η βασική της ένδειξη είναι το stupor, η διέγερση του κατατονικού τύπου σχιζοφρένειας καθώς και η σχιζοκατάθλιψη. Η αποτελεσματικότητά της σε άλλα συμπτώματα είναι αμφίβολη.<sup>5,35</sup>

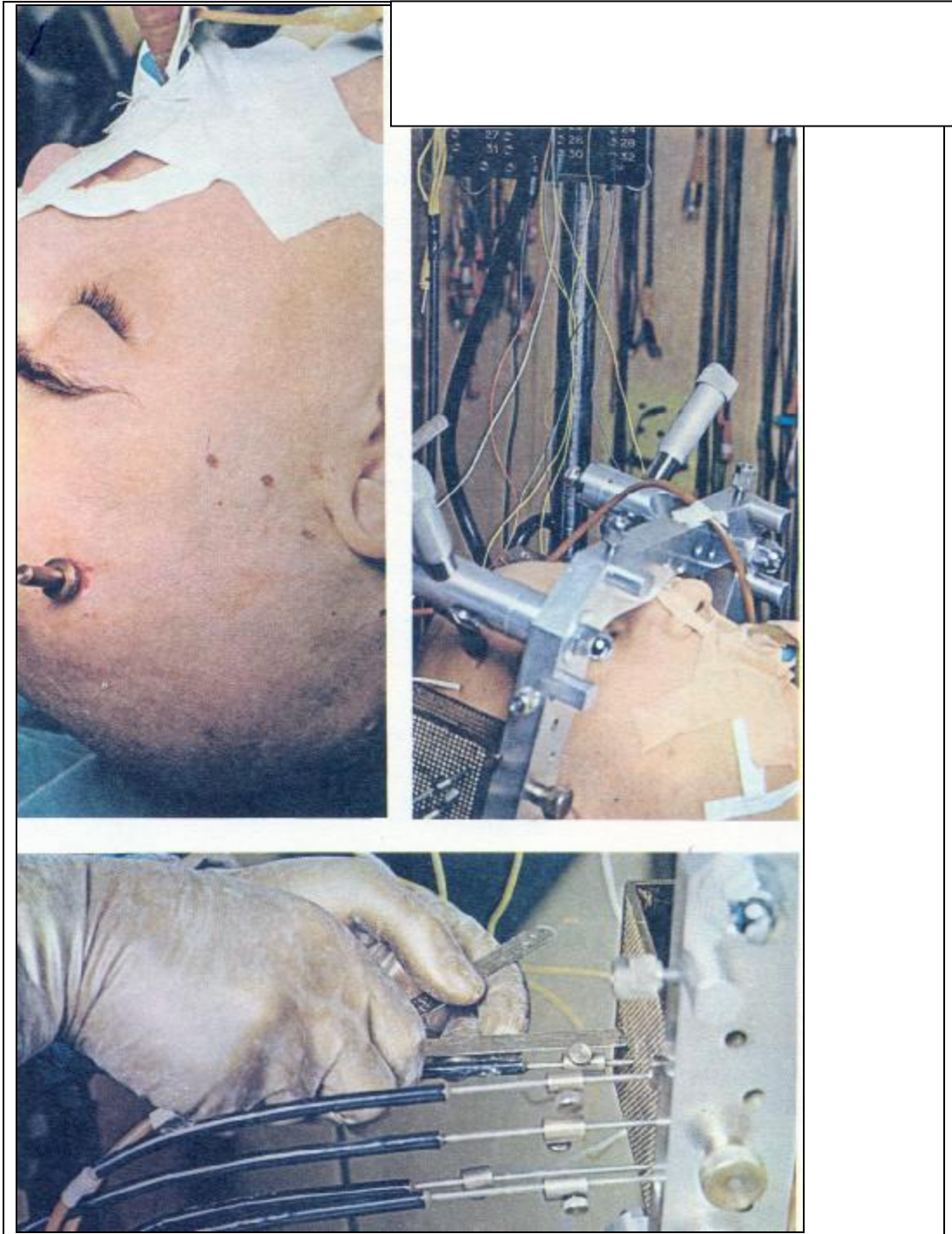
#### γ) Αντικαταθλιπτικά

Όπως, ήδη, αναφέρθηκε, οι σχιζοφρενικοί ασθενείς μερικές φορές παρουσιάζουν κατάθλιψη, ιδιαίτερα ύστερα από την υποχώρηση ενός οξέος ψυχωτικού επεισοδίου (ενεργός φάση), όταν αντιλαμβάνονται τι τους συνέβη καθώς και στην υπολειμματική φάση της νόσου.<sup>5,35</sup> Φυσικά, θα πρέπει η πιθανή κατάθλιψη να διαφοροδιαγνωσθεί από την ακινησία που μπορεί να προκαλεί το αντιψυχωτικά φάρμακο (χορήγηση αντιπαρκινσονικού ή ελάττωση του αντιψυχωτικού μπορεί να βοηθήσει) και από τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου. Εφόσον ο σχιζοφρενικός είναι γνήσια καταθλιπτικός, τότε προσθέτουμε ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό στη θεραπεία του.<sup>35</sup>

#### δ) Χειρουργικές επεμβάσεις, ψυχοχειρουργική

Με την ψυχοχειρουργική επεμβαίνουμε στον εγκέφαλο χωρίζοντας τους μετωπιαίους λοβούς από το υπόλοιπο μέρος του εγκεφάλου. Αυτό είναι ένα μέσο, που δικαιολογείται όλο και λιγότερο, εφόσον υπάρχουν στην διάθεσή μας φάρμακα και άλλα θεραπευτικά μέσα λιγότερο καταστρεπτικά. Πράγματι, με την ψυχοχειρουργική επιτυγχάνεται βέβαια η καταστολή της επιθετικότητας, αλλά δημιουργούνται άλλα σοβαρά ελαττώματα. Σε αυτή τη μέθοδο καταφεύγουν όταν έχουν αποτύχει όλες οι άλλες θεραπείες, και βρίσκονται απέναντι σε πολύ επιθετικούς και ανήσυχους ασθενείς.<sup>36</sup>





*Επέμβαση ψυχοχειρουργικής. Με την ψυχοχειρουργική επεμβαίνουμε, χωρίζοντας τους προμετωπιαίους λοβούς από το υπόλοιπο του εγκεφάλου. Σ' αυτήν ανατρέχουμε όταν όλες οι άλλες θεραπείες έχουν αποτύχει.*



*Ένας πίνακας ζωγραφικής στις αρχές του 16<sup>ου</sup> αιώνα που απεικονίζει την ψυχοχειρουργική κατά την οποία μέρος του εγκεφάλου αφαιρούνταν για τη θεραπεία της ψυχικής ασθένειας*

#### ε) Ηλεκτροσόκ

Το ηλεκτροσόκ συνίσταται στην πρόκληση μιας όμοιας με επιληπτική κρίση, με μια ελεγχόμενη διέλευση ρεύματος διαμέσου του κρανίου του ασθενή όπου το ρεύμα διατηρείται επί 4-6 δέκατα του δευτερολέπτου και η τάση από 100-160 Volt. Οι σημερινές θεραπείες σοκ δίνουν καλά αποτελέσματα στην θεραπεία της σχιζοφρένειας. Οι τρόποι με τους οποίους επέρχεται αυτή η βελτίωση δεν είναι ξεκάθαρη, υποθέτουμε ότι οφείλεται σε μεταβολές των ηλεκτρολυτών, των ορμονών, του δυναμικού της μεμβράνης κ.α., μεταβολές δηλαδή εκείνων των βιοχημικών και φυσιολογικών στοιχείων, των οποίων οι αλλοιώσεις θεωρούνται η πρώτη αιτία των ψυχικών παθήσεων.<sup>36</sup>

### 3.1.2. Ψυχοκοινωνικές θεραπείες

Αν και οι βιολογικές θεραπείες είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές στην ανακούφιση από τα συμπτώματα του τύπου των ψευδαισθήσεων ή των παραληρητικών ιδεών, δεν μπορούν να ανακουφίσουν από άλλες εκδηλώσεις της ασθένειας. Ακόμη και όταν οι ασθενείς είναι σχετικά ελεύθεροι από ψυχωτικά συμπτώματα, μπορεί παρόλα αυτά να αντιμετωπίζουν εξαιρετικές δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Επίσης, επειδή πολλοί ασθενείς νοσούν για πρώτη φορά σε νεαρή ηλικία, και πριν την κρίσιμη περίοδο που για τους περισσότερους ανθρώπους τίθενται οι βάσεις της μετέπειτα επαγγελματικής τους πορείας (μεταξύ 18 -35 ετών), μπορεί να μην είναι σε θέση να εργασθούν σε δουλειές που απαιτούν κάποιες πρόσθετες γνώσεις και ικανότητες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, όχι μόνο οι ασθενείς με

σχιζοφρενική διαταραχή να αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα, αλλά και να υπολείπονται σημαντικά κοινωνικά ή επαγγελματικά. Σ' αυτού του είδους τα προβλήματα, οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες μπορεί να βοηθήσουν πολύ.

Εξυπακούεται ότι τέτοιες θεραπείες δεν μπορούν να γίνουν σε ασθενείς που βρίσκονται σε οξεία φάση και που τα συμπτώματά τους δεν τους επιτρέπουν την επαφή τους με τον πραγματικό κόσμο.<sup>35</sup> Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στη σχιζοφρένεια έχουν σαν σκοπό την κατά το δυνατό καλύτερη επανένταξη και, κατά συνέπεια, λειτουργικότητα του σχιζοφρενικού ασθενή, ούτως ώστε στην ιδανικότερη μορφή αποκατάστασης του να ζει όπως όλοι οι άλλοι άνθρωποι. Μολονότι πολλές φορές αυτό είναι ένα ουτοπιστικό ιδεώδες, σίγουρα αυτή είναι πάντα η κατεύθυνση της θεραπευτικής παρέμβασης. Θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες σε ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές που έχουν σκοπό την αποφυγή κατά το δυνατό της επανάληψης της νοσηλείας. Βασικές ενδονοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η θεραπεία περιβάλλοντος, η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, οι δημιουργικές θεραπείες, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και η θεραπεία συμπεριφοράς γενικότερα, η απασχολησιοθεραπεία ή εργοθεραπεία κ.ά. Βασικές εξωνοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η οικογενειακή θεραπεία (που μπορεί φυσικά να αρχίσει και ενδονοσοκομειακώς, η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, η συνέχιση της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων κ.ά. Η φορά είναι πάντα προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και οι νοσηλείες, όταν χρειάζονται λόγω υποτροπών, είναι βραχείες.<sup>33</sup>

#### α) Ομαδική ψυχοθεραπεία

Εστιάζεται σε σχέδια, προβλήματα και σχέσεις της καθημερινής ζωής.<sup>3</sup> Μπορεί να είναι συμπεριφορικού, ψυχοδυναμικού (υποστηρικτικού) ή εναισθητικού τύπου.<sup>3,5</sup> Βασικά, ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή του να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της αρρώστιας του και τις συνέπειες της στη ζωή του και να προσαρμοστεί κατά το δυνατό καλύτερα στις απαιτήσεις της κοινωνικής ζωής αφού η άρνηση της πραγματικότητας αποτελεί ένα από τα βασικότερα συμπτώματα της ψύχωσης του.<sup>18,33</sup> Αν και είναι μια άμυνα, θα λέγαμε, “θετική”, αφού “προστατεύει” τον άρρωστο από την οδυνηρή πραγματικότητα της κοινωνικής φιλανθρωπίας ή απόρριψης, καθίσταται αιτία για την επιδείνωση ή την παγίωση της ψυχοπαθολογικής του κατάστασης.

Βασικός λοιπόν στόχος είναι ο θεραπευόμενος να πλησιάσει την πραγματικότητα.<sup>18</sup> Η δημιουργία, φυσικά, μιας βασικής σχέσης εμπιστοσύνης ασθενή - θεραπευτή είναι πρωταρχική. Έτσι, η εξήγηση (με μορφή διδασκαλίας) της φύσης της σχιζοφρένειας, των συμπτωμάτων και των συνεπειών της, του τρόπου δράσης και των παρενεργειών των φαρμάκων και η ενεργός υποστήριξη στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργεί η διαφοροποιημένη αντίληψη της πραγματικότητας είναι ο προσανατολισμός της θεραπείας.<sup>33</sup> Βασικά σημεία προσοχής από τον ψυχοθεραπευτή για ανάλυση και παρέμβαση, είναι ο χώρος και ο χρόνος στους οποίους κινείται ο ασθενής, ο λόγος του, το σώμα του, η χρονιότητα της αρρώστιας και η κουλτούρα της, ο ρόλος της κοινότητας και των θεσμών της στην αποδοχή του θεραπευόμενου.

Ο χρόνος στην ψύχωση στρέφεται στο παρελθόν, άρα επίκεντρο της ομαδικής ψυχοθεραπείας είναι να εστιασείς στο μέλλον με αισιοδοξία, με μικρούς

εφικτούς αποκαταστασιακούς στόχους. Η αντίληψη του χρόνου πρέπει να βιώνεται από τον θεραπευόμενο ως μια ακόμα θετική εμπειρία.

Ο χώρος πρέπει να υιοθετείται με συγκεκριμένη οριοθέτηση του Εγώ και των άλλων (μικρο-μακρο-περιβάλλον), να ενισχύεται η πάλη ενάντια στις αντιφάσεις και την αμφιθυμία, ώστε να συρρικνωθεί ο ψυχωσικός χώρος του λανθάνοντος.

Το σώμα είναι συνήθως υποβαθμισμένο, υποτιμημένο ή μισητό, στην ψύχωση. Είναι γνωστό ότι δεν είναι σπάνιοι οι (παραληρητικά ωθούμενοι) αυτοακρωτηριασμοί που γίνονται από ψυχωσικούς αρρώστους. Στην φάση της συνειδητοποίησης της πραγματικότητας, στόχος είναι η αύξηση της ποιότητας των σωματικών λειτουργιών (εμφάνιση, προσωπική υγιεινή, οδοντική υγιεινή, κατάλληλη ένδυση), έτσι ώστε να αποφεύγεται η ανάδυση της εμφανισιακής διαφορετικότητας του θεραπευόμενου.

Ο λόγος στην ψύχωση απαιτεί το σπάσιμο και την ανάλυση των κωδικών του, ανάταξη της περιφερειακοποίησης του ή ερμηνείας των νεολογισμών, ώστε από παθολογικός λόγος να μετατραπεί σε διάλογο.

Τέλος, η χρονιότητα και η συνακόλουθη κουλτούρα της είναι τα ζητούμενα για αλλαγή, στο πλαίσιο όλων των φάσεων της ομαδικής ψυχοθεραπείας. Προκειμένου όμως να αποφευχθεί η διαίωσιση της χρονιοποιημένης συμπεριφοράς, ο θεραπευόμενος πρέπει να παροτρύνεται και να ενισχύεται διαρκώς για να μην γίνει παθητικός δέκτης της ψυχιατρικής αυτής φροντίδας.<sup>18</sup>

Η ομαδική θεραπεία είναι αποτελεσματική στην καταπολέμηση της κοινωνικής απομόνωσης, αυξάνει την αίσθηση της συνεκτικότητας και συγχρόνως συμβάλλει στην απόκτηση διαπροσωπικών δεσμών.<sup>3,5</sup>

Ομάδες αυτο-βοήθειας: Αυτές είναι ένας άλλος τύπος ομάδας που δεν διευθύνονται από ειδικούς επαγγελματίες και που αρχίζουν και γίνονται ιδιαίτερα δημοφιλείς. Εκτός από την αμοιβαία στήριξη που παρέχουν στα μέλη τους, οι ομάδες αυτές είναι ιδιαίτερα χρήσιμες στην ενημέρωση του κοινού, στην στήριξη των ατόμων που αναλαμβάνουν την φροντίδα των ασθενών καθώς και στην υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών όταν αυτά προσβάλλονται στην κοινότητα.<sup>35</sup>

#### β) Οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Κάθε σχιζοφρενής άρρωστος, που ζει με την οικογένειά του και που έχει ξεπεράσει ένα οξύ ή παραγωγικό επεισόδιο της νόσου του, που παίρνει σταθερή δόση φαρμάκων με επαρκή συμμόρφωση, μπορεί να συμμετάσχει σε οικογενειακή ψυχοθεραπεία.<sup>37</sup> Η θεραπεία αυτή απευθύνεται στην αναγνώριση και προσπάθεια αλλαγής των παθολογικών τρόπων επικοινωνίας της οικογένειας που αναζωπυρώνουν την αρρώστια του ασθενή.<sup>33</sup> Απόλυτη ένδειξη αποτελούν οι οικογένειες με στρεβλή επικοινωνία, υψηλά επίπεδα έντασης και επιβάρυνσης από τη νόσο του άρρωστου μέλους, ανεπάρκεια στην επίλυση των προβλημάτων τους και διαταραγμένες ενδοοικογενειακές σχέσεις.<sup>37</sup> Ο εστιασμός της θεραπείας πρέπει να είναι αφενός στα άμεσα προβλήματα και αφετέρου η διαδικασία ανάνηψης του ασθενούς μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο και ιδιαίτερα ο χρόνος και ο ρυθμός της.

Πολύ συχνά οι συγγενείς ενθαρρύνουν, με την καλή έννοια, τον ασθενή τους να αναλάβει τις κανονικές του δραστηριότητες πολύ γρήγορα. Αυτή η υπερβολική αισιόδοξη επιθυμία προκύπτει τόσο από άγνοια της φύσης της σχιζοφρένειας, όσο και από άρνηση της σοβαρότητάς της. Ο θεραπευτής πρέπει να βοηθήσει την οικογένεια και τον ασθενή να κατανοήσουν την νόσο και να

συζητήσουν για το ψυχωτικό επεισόδιο και για τα συμβάντα που οδήγησαν σε αυτό. Η συνήθης πρακτική παράκαμψη του ψυχωτικού επεισοδίου συχνά προσθέτει στη ντροπή και στο φόβο που συνδέονται με αυτό και δεν χρησιμοποιείται επικοδομητικά ως στόχος συζήτησης και κατανόησης.

Επίσης, ο θεραπευτής θα πρέπει να ελέγχει την συναισθηματική ένταση που επικρατεί καθώς η υπερβολική έκφραση συναισθημάτων κατά την διάρκεια της συνεδρίας μπορεί να είναι βλαπτική στην πορεία ανάνηψης του σχιζοφρενούς και να υποσκάπτει την πιθανότητα επιτυχίας των επόμενων συνεδριών.<sup>3</sup> Στόχος της οικογενειακής θεραπείας είναι να προωθήσει την κλινική αντιμετώπιση της γενικότερης κατάστασης του αρρώστου μέσα από την κατανόηση της νόσου, την κατάλληλη φαρμακευτική θεραπεία, την αποτελεσματική μείωση του στρες και την εφαρμογή ειδικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση των υπολειμματικών συμπτωμάτων.

Η συνολική διάρκεια της θεραπείας είναι περίπου δυο χρόνια, συνήθως απαιτούνται 12-15 συνεδρίες όπου η καθεμία διαρκεί μια ώρα.<sup>37</sup> Ένας σημαντικός αριθμός μελετών έχει δείξει ότι η οικογενειακή θεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη μείωση των υποτροπών με θεαματική μείωση του δείκτη υποτροπής όταν παράλληλα αυτή χρησιμοποιείται (5%-10%) σε σύγκριση με ποσοστά υποτροπής (20%-50%) όταν αυτό δεν συμβαίνει.<sup>3</sup>

#### γ) Ατομική θεραπεία



Μελέτες που εξετάζουν την επίδραση της ατομικής ψυχοθεραπείας στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, έχουν δείξει ότι η θεραπεία αυτή βοηθά τον ασθενή και επαυξάνει τα αποτελέσματα της φαρμακοθεραπείας. Δυο τύποι θεραπειών έχουν μελετηθεί: η υποστηρικτική και η εναισθητική.<sup>3</sup>

Έχει βρεθεί ότι οι ψυχοθεραπείες που βοηθούν περισσότερο είναι η υποστηρικτική και εκείνες που επικεντρώνονται στην επίλυση πρακτικών ζητημάτων. Αντίθετα οι ψυχαναλυτικού τύπου δυναμικές θεραπείες δεν φαίνεται να βοηθούν ιδιαίτερα.<sup>35</sup>

Κρίσιμη έννοια στην ψυχοθεραπεία των σχιζοφρενών αποτελεί η ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης, την οποία ο ασθενής βιώνει ως ασφαλή. Η επιτυχία αυτού του στόχου εξαρτάται από την αξιοπιστία του θεραπευτή, από την συναισθηματική απόσταση θεραπευτή και ασθενούς και από την αυθεντία του θεραπευτή, όπως τον βλέπει ο ασθενής. Η σχέση ανάμεσά τους είναι διαφορετική από αυτή στην θεραπεία μη ψυχωτικών ασθενών. Η επίτευξη της σχέσης είναι συχνά πολύ δύσκολο ζήτημα. Ο σχιζοφρενής είναι απελπιστικά μόνος και

αμύνεται σε κάθε προσπάθεια προσέγγισης και εμπιστοσύνης με μεγάλη πιθανότητα να αντιδράσει με καχυποψία, άγχος, εχθρότητα ή και παλινδρόμηση. Η ευσυνείδητη παρατήρηση των αποστάσεων και της ιδιωτικότητας, η υπομονή, η ειλικρίνεια και η ευαισθησία στις κοινωνικές συμβατικότητες είναι προτιμότερες από την πρόωρη οικειότητα και την καταδεχτική χρήση των μικρών ονομάτων. Η υπερβολική οικειότητα και φιλικότητα πιθανότατα εκλαμβάνονται σαν προσπάθειες δωροδοκίας, χειρισμού ή εκμετάλλευσης.

Εντούτοις, πάντα βέβαια μέσα στα πλαίσια της επαγγελματικής σχέσης, η ευελιξία μπορεί να είναι ουσιαστική για την εγκαθίδρυση ενεργού συμμαχίας με τον ασθενή. Ο στόχος είναι να μεταφέρει στον ασθενή ότι μπορεί να τον εμπιστευτεί, ότι θέλει να τον καταλάβει και ότι έχει πίστη στις δυνατότητές, του ανεξάρτητα εάν αυτός είναι διαταραγμένος ή εχθρικός στην παρούσα φάση. Άλλωστε, η σωστή θεραπευτική στάση απέναντι τον σχιζοφρενή είναι η αποδοχή του και όχι η αντιμετώπισή του ως άτομο διαφορετικό και ακατανόητο από τον θεραπευτή.<sup>3</sup>

#### δ) Θεραπεία περιβάλλοντος

Ευρύτερη έννοια, που περιλαμβάνει την έννοια της θεραπευτικής κοινότητας, είναι η θεραπεία περιβάλλοντος (milieu therapy), που αποτελεί το θεμέλιο πάνω στο οποίο δρα η φαρμακευτική αγωγή, η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, η απασχολησιοθεραπεία καθώς και η θεραπευτική κοινότητα η ίδια. Το όλο δηλαδή νοσοκομειακό περιβάλλον (milieu) - χώροι, διαρρύθμιση, δομημένες ημερήσιες δραστηριότητες διαβίωσης, θεραπείες, διαπροσωπικές σχέσεις, είναι έτσι σχεδιασμένο ώστε οι ασθενείς να αποκτούν πρόγραμμα ημερήσιας ζωής, αυτονομία και αυτοφροντίδα, κοινωνικότητα, ελάττωση και έλεγχο της απρόσφορης συμπεριφοράς, κοινωνικές δεξιότητες και κατάλληλη προετοιμασία για εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση. Το περιβάλλον δηλαδή σχεδιάζεται έτσι ώστε να είναι θεραπευτικό.

Η θεραπεία περιβάλλοντος είναι ο συνεκτικός ιστός της αποτελεσματικής ενδονοσοκομειακής θεραπείας, η θετική συνισταμένη των αρμονικών σχέσεων της θεραπευτικής ομάδας, η άνετη εφαρμογή μιας ξεκάθαρης και συμφωνημένης θεραπευτικής φιλοσοφίας που επικοινωνεί ταυτόχρονα όρια και δόμηση αλλά και ελευθερία και αυτονομία.<sup>33</sup>

#### ε) Δημιουργικές θεραπείες

Στο πλαίσιο των ψυχοκοινωνικών θεραπειών ανήκουν και οι δημιουργικές θεραπείες - θεραπεία τέχνης, μουσικής, δράματος κ.α.- που βασίζονται στην αυθόρμητη έκφραση συναισθημάτων του ασθενή μέσω της ζωγραφικής, της μουσικής κτλ., καθώς και η απασχολησιοθεραπεία ή εργοθεραπεία με πηλό, χειροτεχνία κτλ.<sup>33</sup>

#### στ) Θεραπείες συμπεριφοράς

Η θεραπεία συμπεριφοράς είναι σημαντική για τη αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, ιδιαίτερα με τη μορφή της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων, γιατί η ασθένεια προκαλεί σημαντική έκπτωση και των πιο απλών δεξιοτήτων όπως την ατομική φροντίδα, την εργασία, την διαπροσωπική επικοινωνία κτλ. Επίσης, όμως, ιδιαίτερα ενδονοσοκομειακά, πρέπει το περιβάλλον να είναι έτσι σχεδιασμένο ώστε να επιβραβεύεται η ενεργητική συμμετοχή στις δραστηριότητες

και η κοινωνικοποίηση των ασθενών και να αποθαρρύνεται η αρνητική, παθητική στάση και η απόσυρση.<sup>33</sup>

### 3.1.3. Διαπολιτισμικές θεραπείες

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας και ο τρόπος εφαρμογής της διαφέρουν από την μια χώρα στην άλλη και από την μια κουλτούρα στην άλλη. Οι Ισπανοί π.χ. είναι λιγότερο πιθανό να αναζητήσουν βοήθεια στα διάφορα ιδρύματα και βασίζονται περισσότερο στην στήριξη της οικογένειας. Στην Κίνα, η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη θεραπεία είναι η χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων αν και το 7% -9% των ασθενών ακολουθούν ταυτόχρονα την παραδοσιακή ιατρική με βότανα και βελονισμό.

Επίσης, για οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους περισσότερα άτομα ακολουθούν εξωνοσοκομειακή θεραπεία από ότι τα άτομα στις δυτικές κοινωνίες. Τέλος, σε πολλές χώρες της Αφρικής, τα σχιζοφρενικά άτομα κρατούνται κυρίως στις φυλακές λόγω έλλειψης εναλλακτικών λύσεων. Γενικότερα όμως, το κίνημα απομάκρυνσης της φροντίδας των ασθενών από τα μεγάλα νοσοκομειακά ιδρύματα στα κοινοτικά κέντρα αυξάνει όλο και περισσότερο.<sup>15</sup>



*Στην Κίνα, ο βελονισμός και η ιατρική με βότανα χρησιμοποιούνται συχνά σε συνδυασμό με τα αντιψυχωτικά φάρμακα για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας*

## **‘When the music’s over: My journey into schizophrenia’ του Ross David Burke**

«Πάσχω από παρανοειδή σχιζοφρένεια και για τα άτομα σαν εμένα η ζωή είναι μια αληθινή κόλαση.» Με αυτά τα λόγια, ο Ross David Burke ολοκλήρωσε τον πρώτο του προσωπικό απολογισμό για το δεκάχρονο ταξίδι του στην σχιζοφρένεια και μετά αυτοκτόνησε.

Ο Burke άρχισε να γράφει το “The truth effect” , την σύντομη βιβλιογραφία που αποτελεί την καρδιά του *When the music’s over* ως μια μορφή θεραπείας, ενώ εκτελούσε την ποινή του στις φυλακές για ένοπλη ληστεία. Αυτή η θαρραλέα αυτοβιογραφία, που εκδόθηκε από τον ψυχίατρο του Burke μετά από δική του παράκληση, μας προσφέρει μια σπάνια ματιά στο μυαλό ενός σχιζοφρενή. «Ζω σε ένα ψυχιατρείο... η κοινωνία θέλει να με σκοτώσει και ήδη έχω ψευδαισθήσεις για αυτό το μέρος... το όνειρο μου είναι να σας μεταφέρω σε ένα αφοσιωμένο και ευαίσθητο κόσμο. Στην ψύχωσή μου φαντάζομαι ότι θα σας μεταφέρω στην παραφροσύνη.»

Με εκπληκτική ειλικρίνεια ο Burke περιγράφει την έναρξη της ασθένειάς του. «Ήμουν εκτός ελέγχου, χαμένος στον κόσμο της σύγχυσης μου. Συνειδητοποίησα πως κάτι δεν πήγαινε καλά με τη λογική μου...οι σκέψεις μου δεν ήταν σταθερές.»

,Επίσης, κάνει μια αναμέτρηση των παραληρητικών του ιδεών και των ψευδαισθήσεων του. «Πιστεύω ότι δημιούργησα το rock n’ roll.», «Έχω ένα πομπό στο δόντι μου.», «Προσπάθησα να σκοτώσω τον κόσμο πριν γεννηθώ.» Η περιγραφή ενός ψυχωτικού επεισοδίου ενώ καθόταν στην καρέκλα ενός κομμωτηρίου, είναι ιδιαίτερα λεπτομερής και ζωντανή: «Μπάλες φωτός εμφανίστηκαν και εξαφανίστηκαν...ένιωθα το μυαλό μου σαν να βρισκόταν σε ένα στρόβιλο άγχους...ντρεπόμουν για τις ατέλειες που έβλεπα στον εαυτό μου καθώς ο καθρέφτης είχε γίνει ψυχεδελικός. Οι αντανακλάσεις μου ήταν τετράγωνες και το μυαλό μου αποδιοργανωμένο».

Η αφήγηση του Burke είναι πέρα για πέρα ειλικρινής και συχνά σοκάρει και ενοχλεί τον αναγνώστη. Περιγράφει τις εμμονές του με τα ναρκωτικά (LSD, παραισθησιογόνα μανιτάρια, μαριχουάνα, και ηρωίνη) καθώς και την σεξουαλικότητά του με γραφικές- και ορισμένες φορές πορνογραφικές- λεπτομέρειες. Όμως οι από πρώτο χέρι περιγραφή της ασθένειάς του και της θεραπείας του προσφέρει μια ασυνήθιστη προσέγγιση των αποτελεσμάτων των βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων. «Το ξέρατε ότι έχουν φάρμακα που μπορούν να σε κάνουν να σκέφτεσαι; Είναι κάτι μικρά άσπρα χάπια που σου παίρνουν τα πάντα και σε αφήνουν σαν φυτό.»

Αν και στο τέλος ο Ross Burke έχασε την μάχη με την σχιζοφρένεια, το θάρρος του, η ειλικρίνειά του και η γενναιοδωρία του πνεύματος του μας έδωσαν μια άνευ προηγουμένου και ανεκτίμητη ενόραση σε αυτή την καταστρεπτική ασθένεια.<sup>15</sup>



## Υγεία

*Το κατασκεύασαν Βρετανοί επιστήμονες - Ένα ποτό κατά της σχιζοφρένειας.*

21/6/2004 12:05:00 π.μ.

Συντάκτης: Βίκυ Κελέρη

Πηγή: BBC

Ελπίδες για τους πάσχοντες από σχιζοφρένεια έρχεται να φέρει ένα ειδικά κατασκευασμένο ποτό. Το οποίο θα αυξάνει την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων που χορηγούνται για την αντιμετώπιση της νόσου. Το σκεύασμα ονομάζεται 'Taironter' και διαθέτει αυξημένη περιεκτικότητα σε αμινοξέα με αποτέλεσμα να βοηθά στην διατήρηση στα επιθυμητά επίπεδα των ουσιών του εγκεφάλου ( π.χ. της ντοπαμίνης). Στην παρασκευή αυτού του ιδιόμορφου ποτού προχώρησαν επιστήμονες του πανεπιστημίου της Οξφόρδης και ισχυρίζονται ότι το 'δημιούργημα' τους θα μετριάσει τις παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων.

### Καινοτομία χωρίς προηγούμενο

«Τα συμβατικά αντιψυχωτικά μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά κάποιες ψυχικές νόσους, όπως η σχιζοφρένεια και η μανία, ωστόσο οι παρενέργειες τους κάνουν πολλούς ασθενείς εξαιρετικά επιφυλακτικούς στο να ακολουθήσουν μια τέτοια θεραπεία. Η χορήγηση του ποτού παράλληλα με την θεραπευτική αγωγή απέδειξε ότι αποτελεί μια πραγματική καινοτομία. Οι πάσχοντες εμφανίστηκαν θετικοί απέναντι του, καθώς τους βοηθά να συνεχίσουν περισσότερο φυσιολογικά τη ζωή τους», εξηγεί ο επικεφαλής της έρευνας, Guy Godwin.

Να σημειώσουμε, ότι πιο συχνές παρενέργειες της συμβατικής αγωγής είναι η εμφάνιση συμπτωμάτων εφάμιλλων με αυτών της νόσου του Parkinson (αστάθεια, δυσκαμψία) και ακόμα αύξηση του σωματικού βάρους ή σεξουαλικά προβλήματα.

Παράλληλα, ο Godwin επισήμανε, ότι τα μέχρι τώρα χρησιμοποιούμενα φάρμακα μπορεί κάποιες φορές να είχαν και τα αντίθετα από τα επιθυμητά αποτελέσματα καθώς αντί να λειτουργήσουν ως φρένο στα υψηλά ποσοστά ντοπαμίνης, οδηγούσαν τον οργανισμό να παράγει περισσότερη από την χημική ουσία αυτή σε μια προσπάθεια να ξεπεράσει την 'απαγόρευση' που του επιβαλλόταν.

Για το λόγο αυτό ισχυρίστηκε, ότι το νέο φαρμακευτικό ποτό θα μπορούσε αντί να παίζει ρόλο συμπληρωματικό στην αγωγή, να την αντικαταστήσει. Ακόμα, όμως, χρειάζεται περισσότερη έρευνα για να επιβεβαιώσει μια τέτοια εκτίμηση.<sup>25</sup>

### 3.1.4. Πρόληψη

Και όμως η σχιζοφρένεια όχι μόνο θεραπεύεται, αλλά μπορεί ακόμα και να προληφθεί.

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησε το τμήμα ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης με μια ειδική εξέταση του DNA μπορούμε να διαπιστώσουμε σε ένα ποσοστό 80 % εάν ένα παιδί έχει προδιάθεση μεγαλώνοντας να παρουσιάσει σχιζοφρένεια.

Η έρευνα έγινε σε δείγμα 24 φυσιολογικών ατόμων, 19 καταθλιπτικών, 28 σχιζοφρενών και 10 ατόμων που παρουσίαζαν αγχώδεις διαταραχές και όπως αποδείχτηκε από την ειδική εξέταση του DNA, οι 'φυσιολογικοί' διαχωρίζονται από τους σχιζοφρενείς. *«Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι πολύ ενθαρρυντικά καθώς μας δίνουν τη δυνατότητα να παρέμβουμε στο περιβάλλον του υποψήφιου ασθενή και να προλάβουμε την ασθένεια.*

*Και λέω να παρέμβουμε στο περιβάλλον επειδή έχει αποδειχτεί και επιστημονικά ότι οι κυριότεροι λόγοι που οδηγούν στη σχιζοφρένεια είναι περιβαλλοντικοί.»*, λέει στην 'Π' ο καθηγητής ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης κ. Παρίτσης.

Ενθαρρυντικά είναι όμως και τα ποσοστά θεραπείας της σχιζοφρένειας. Στο Ηράκλειο τον τελευταίο χρόνο λειτουργεί ένας ειδικός Ξενώνας αποκατάστασης ατόμων με σχιζοφρένεια. Σε αυτόν φιλοξενούνται 18 ασθενείς που τα τελευταία 23 χρόνια νοσηλεύονταν σε ψυχιατρικές κλινικές χωρίς κανένα αποτέλεσμα.

Τους τελευταίους δέκα μήνες και χάρη στην εφαρμογή μιας συστηματικής θεραπείας που περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, ομαδική ψυχοθεραπεία και παρέμβαση στην οικογένεια όλοι οι ασθενείς παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση ενώ 2 από αυτούς θεραπεύτηκαν πλήρως και ήδη ο ένας έχει επιστρέψει στην οικογένεια του. *«Η μέθοδος αυτή είναι πρωτοποριακή ενώ ανάλογος ξενώνας δεν λειτουργεί πουθενά αλλού στην Ελλάδα, παρά μόνο στο Ηράκλειο. Τα αποτελέσματα της προσπάθειας μας δίνουν κουράγιο να συνεχίσουμε και μας γεμίζουν με ικανοποίηση.»* λέει ο κ. Παρίτσης.

Τα νέα αυτά στοιχεία που έρχονται να προστεθούν σε όσα ήδη γνωρίζουμε για το καυτό πρόβλημα της σχιζοφρένειας είναι ιδιαίτερα σημαντικά για την Κρήτη, αφού σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία που υπάρχουν από τις εισαγωγές στα νοσοκομεία της Ελλάδος στο νησί, καταγράφονται αυξημένα ποσοστά κρουσμάτων της νόσου.

*«Συγκεκριμένα στοιχεία δεν υπάρχουν, γνωρίζουμε μόνο τον αριθμό των εισαγωγών στα κατά τόπους νοσοκομεία»* λέει ο κ. Παρίτσης. *«Πράγματι στην Κρήτη τα κρούσματα σχιζοφρένειας είναι αυξημένα. Τα αίτια δεν τα γνωρίζουμε. Αν με ρωτάτε τη γνώμη μου θεωρώ ότι σημαντικό ρόλο σε αυτό έπαιξε το γεγονός ότι ο Κρητικοί πέρασαν πολλές και απότομες πολιτισμικές αλλαγές. Επιστημονικά όμως δεν είναι αποδεδειγμένο.»*<sup>46</sup>

## 3.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

### 3.2.1. Θέση νοσηλευτή

Η στάση του νοσηλευτή είναι πρωταρχικής σημασίας στη σχιζοφρένεια, διότι δημιουργεί το διαπροσωπικό κλίμα, στο οποίο διενεργείται η νοσηλεία. Η δημιουργία και η διατήρηση υποστηρικτικού ψυχολογικού κλίματος μεταφέρει στον άρρωστο το αμέριστο ενδιαφέρον του νοσηλευτή για την επανάκτηση της αυτοεκτίμησης του. Η παρουσία του νοσηλευτή και η διάθεση του χρόνου του προς τον ασθενή δημιουργούν μια ατμόσφαιρα που του προσφέρει ερεθίσματα και ευκαιρίες για να εξωτερικεύσει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και όλα αυτά που τον προβληματίζουν.

Ο νοσηλευτής βλέπει τον ασθενή όχι ως μια απλή συλλογή συμπτωμάτων προς διάγνωση και νοσολογικό χαρακτηρισμό, ούτε ως υποκείμενο προς ψυχομέτρηση βάση αντικειμενικών θεωρητικών κριτηρίων. Τον βλέπει ως μια ανθρώπινη ύπαρξη σε κατάσταση ψυχολογικής εντάσεως, ύπαρξη αξία, όχι ελεημοσύνης αλλά αξιοπρέπειας, όχι ανοχής αλλά σεβασμού. Μεταβιβάζει προς αυτόν μέσω του λόγου και χωρίς, το μήνυμα ότι τον αναγνωρίζει και τον κατανοεί. Ενδιαφέρεται ειλικρινά γι' αυτόν ως πρόσωπο και δέχεται την οποιαδήποτε συμπεριφορά του ως έκφραση της προσωπικότητάς του.

Τα παραπάνω σημεία αποτελούν απλά παραδείγματα της δύναμης του νοσηλευτή να προετοιμάσει το έδαφος για την ψυχολογική προσέγγιση και έναρξη θεραπευτικού νοσηλευτικού διαλόγου.<sup>39</sup>

### 3.2.2. Νοσηλευτική παρέμβαση

3.2.2.1. Διάγνωση: Διαταραχή της σκέψης. Χάλαση ειρμού, μορφής ή πορείας της σκέψης. Εμφάνιση παραληρητικών ιδεών. Σκέψη χωρίς αφαιρετική ικανότητα γενίκευσης και κατανόησης ενός γεγονότος, απομόνωση του ασθενή στον δικό του, φανταστικό κόσμο (αυτισμός).

Σκοπός:

α) Κατανόηση των λεγομένων του αρρώστου από τον ίδιο αλλά και από τους άλλους.

β) Διάκριση από τον άρρωστο των παραληρητικών ιδεών από την πραγματικότητα και αύξηση της ικανότητάς του να τις χειρίζεται αποτελεσματικά με την ελάττωση ή διακοπή της παθολογικής σκέψης.

γ) Επαναφορά του ασθενή στην πραγματικότητα .

Παρέμβαση:

α) Έκφραση ενδιαφέροντος για κατανόηση της σκέψης του ασθενή ζητώντας παράλληλα διευκρίνιση στις ασαφείς εκφράσεις του. Επικέντρωση στον συναισθηματικό τόνο περισσότερο παρά στο περιεχόμενο με την επιδίωξη κατανόησης, με την προσεκτική ακρόαση και τη ρύθμιση-κατεύθυνση της ροής της σκέψης του όταν χρειάζεται.

β) Οριοθέτηση στη παρορμητική αντίδραση του αρρώστου προς τα παρερμηγευμένα ερεθίσματα. Παραμονή κοντά στον άρρωστο και απόσπαση της

προσοχής του, όταν αυτό είναι δυνατό. Η απόσπαση της προσοχής με μουσική, τηλεόραση και άλλα υποστηρίζει τον άρρωστο να ανακτήσει την ικανότητα ελέγχου των παραληρητικών του ιδεών.

γ) Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα με σαφή και συγκεκριμένη ομιλία. Διευκρίνιση της ώρας, του τόπου, των παρόντων προσώπων και των γεγονότων σε κάθε περίπτωση.<sup>23</sup> Παροχή ενός ασφαλούς περιβάλλοντος.<sup>40</sup>

3.2.2.2. Διάγνωση: Διαταραχή της αντίληψης. Παρουσία ψευδαισθήσεων και παραισθήσεων.

Σκοπός:

α) Αναγνώριση της πραγματικότητας.

β) Ο άρρωστος δεν ακούει πλέον φωνές ή τουλάχιστον αδιαφορία προς αυτές.<sup>23</sup>

γ) Ο άρρωστος εκφράζει λεκτικά κάποιο τρόπο αντιμετώπισης τους.<sup>40</sup>

δ) Αντιμετώπιση του άγχους που γεννά η ύπαρξη ψευδαισθήσεων και παραισθήσεων και που προκαλούν στον ασθενή τρόμο και πανικό.

Παρέμβαση:

α) Ενίσχυση της επαλήθευσης, της πραγματικότητας των ερεθισμάτων που δέχεται ο άρρωστος (ο νοσηλευτής ομολογεί ειλικρινά ότι δεν ακούει τις φωνές).<sup>23</sup>

β) Εκπαίδευση στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Τεχνικές, όπως το τραγούδι, η χρήση του ραδιοφώνου ή διαταγή στις φωνές να φύγουν, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για ανακούφιση των συμπτωμάτων.<sup>40</sup>

γ) Διάθεση χρόνου για επικοινωνία με τον άρρωστο, ακρόαση με ενδιαφέρον και υποστήριξη των θετικών αλλαγών που κάνει.

δ) Ήρεμη προσέγγιση του αρρώστου και βοήθεια να περιγράψει τι αισθάνεται, να αναγνωρίσει το άγχος του και να εκτιμήσει το επίπεδο του, όπως το αντιλαμβάνεται.

3.2.2.3. Διάγνωση: Διαταραχές συμπεριφοράς. Εμφάνιση ψυχοκινητικών διαταραχών. Εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς.

Σκοπός:

α) Εκτόνωση της ενέργειας του αρρώστου.

β) Ο ασθενής να επικοινωνεί χωρίς υβριστικές εκφράσεις, εμπαιγμούς, απειλές ή σωματική επιθετική συμπεριφορά εναντίον των άλλων.<sup>23</sup>

γ) Ο ασθενής να επισημαίνει τους στρεσογόνους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο επιθετικής συμπεριφοράς και να επικοινωνεί με το προσωπικό για βοήθεια όταν κινδυνεύει να χάσει τον έλεγχο.<sup>40</sup>

δ) Να αντιληφθεί τη νοσηρότητα των επιθετικών του πράξεων και τις συνέπειες αυτών.

Παρέμβαση:

α) Οργάνωση ομαδικών δραστηριοτήτων και συχνή σωματική άσκηση.<sup>23</sup>

β) Εκτίμηση και τεκμηρίωση του ιστορικού βίας και των παραγόντων κινδύνου.<sup>40</sup>

Τοποθέτηση ορίων με ήρεμο, ευθύ, απλό αλλά σταθερό τρόπο όταν ο άρρωστος αρχίζει να εκδηλώνει ανεξέλεγκτες συμπεριφορές (κατηγορεί, βρίζει, απειλεί, ενεργεί με επιθετικότητα). Αποφυγή αγγίγματος του αρρώστου με τα χέρια ως

εκδήλωση φιλικότητας σε περιστάσεις άγχους, παράνοιας και διαταραχής της επαφής του με την πραγματικότητα διότι η χειρονομία αυτή υπάρχει κίνδυνος να παρερμηνευτεί και να προκαλέσει αρνητικές έως και επιθετικές αντιδράσεις. Αποφυγή επίπληξης, απειλής ή χρήσης δύναμης και βίας όταν ο άρρωστος βρίζει και προσβάλλει τους γύρω του καθώς μπορεί να αντιδράσει με επίθεση προκειμένου να προστατέψει το σύστημα του εγώ του.<sup>23</sup>

γ) Σχεδιασμός συμβολαίου, ο ασθενής να ενημερώνει το προσωπικό, όταν αρχίζει να αισθάνεται πρόδρομα συμπτώματα βίας. Εκπαίδευση στην εντόπιση των στρεσογόνων παραγόντων που δημιουργούν κίνδυνο απώλειας του ελέγχου καθώς και σε στρατηγικές αντιμετώπισης.<sup>40</sup>

δ) Κατάρτιση ενός συμφωνητικού με τον άρρωστο ενός καταλόγου παραδεκτών συμπεριφορών, αναμενόμενων αποτελεσμάτων και μεθόδων για την επιτυχία τους, καθώς και των συνεπειών των απαράδεκτων συμπεριφορών με σαφείς και συγκεκριμένες εκφράσεις.

3.2.2.4. Διάγνωση: Κοινωνική απόσυρση. Απομόνωση. Διαταραχή διαπροσωπικών σχέσεων.<sup>23</sup> Παρατηρούμενη ανικανότητα να λαμβάνει ή να προσφέρει μια ικανοποιητική αίσθηση ότι ανήκει κάπου. Δυσλειτουργική συναλλαγή με συνασθενείς, οικογένεια ή/και άλλους.<sup>40</sup>

Σκοπός:

α) Να διαθέτει τον περισσότερο χρόνο έξω από το δωμάτιο του, μαζί με τους άλλους στο περιβάλλον.

β) Ο ασθενής να εκφράζει λεκτικά την επιθυμία να σχετίζεται με άλλους.

γ) Ο ασθενής να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες με άλλους, σε γεύματα, ασκήσεις, δεξιότητες και περιπάτους.<sup>23</sup>

δ) Να αναπτύξει επιτυχή συμπεριφορά κοινωνικής συναλλαγής και κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά.<sup>40</sup>

Παρέμβαση:

α) Προγραμματισμός στρατηγικών διακοπής της απόσυρσης του ασθενή με επικοινωνίες και δραστηριότητες.

β) Παρότρυνση του αρρώστου να πλησιάσει άλλους αρρώστους με όμοια ενδιαφέροντα, με τους οποίους κατά τη γνώμη του μπορεί να συναναστραφεί. Τα κοινά ενδιαφέροντα κάνουν ικανοποιητική τη συναναστροφή και είναι πολύ πιθανό να επαναληφθεί.

γ) Βαθμιαία προώθηση του αρρώστου σε δραστηριότητες ανάλογες με το επίπεδο ανοχής και τη διανοητική και ψυχολογική του λειτουργικότητα π.χ. σχεδιασμό γευμάτων, απλά επιτραπέζια παιχνίδια, απλές ομαδικές απασχολήσεις και συζητήσεις, ώστε να εκτεθεί ο άρρωστος προοδευτικά σε πιο περίπλοκες διαπροσωπικές ασκήσεις και περιστάσεις.<sup>23</sup>

δ) Διαμόρφωση στόχων, σε συνεργασία με τον ασθενή, για αυξημένη κοινωνική συναλλαγή.<sup>40</sup> Παροχή αδειών εξόδου για να πάει π.χ. στην αγορά με σκοπό την ενθάρρυνση ποικιλίας εμπειριών επικοινωνίας και συναλλαγής έξω από το νοσηλευτικό τμήμα.<sup>23</sup> Υποστήριξη και ενίσχυση των προσπαθειών και επιτυχιών του στις συναλλαγές αυτές.

3.2.2.5. Διάγνωση: Μεταβολή στη διατήρηση υγείας. Ασυνέπεια στην φαρμακευτική αγωγή.

Σκοποί:

α) Ο ασθενής να εκφράζει λεκτική κατανόηση της αναγκαιότητας των φαρμάκων του.

β) Να είναι ικανός να περιγράψει την έξαρση των συμπτωμάτων του και τα αποτελέσματα της φαρμακευτικής αγωγής.

Παρέμβαση:

α) Εκπαίδευση στην επίδραση και την αναγκαιότητα των φαρμάκων.

β) Σύνδεση της μείωσης συμπτωμάτων με τη χρήση φαρμάκων.

στ) Διάγνωση: Ελλιπής αυτοφροντίδα και υγιεινή. Ατημέλητη εμφάνιση.

Σκοπός:

α) Να διατηρήσει ή να αυξήσει ο ασθενής δεξιότητες υγιεινής/ καθαριότητας.

β) Ο ασθενής να ολοκληρώνει μόνος του τις δραστηριότητες περιποίησης.

Παρέμβαση:

α) Εκπαίδευση για το κοινωνικό και ατομικό όφελος της καθαριότητας και της υγιεινής. Εξασφάλιση άμεσης πρόσβασης σε είδη μπάνιου, ντυσίματος και καλλωπισμού.

β) Παροχή στήριξης και παρότρυνση για να ολοκληρώσει τις δραστηριότητες καθαριότητας/ περιποίησης. Εξατομικευμένη φροντίδα για την υποστήριξη του επιπέδου της λειτουργίας και την αύξηση της ανεξαρτησίας στην εκτέλεση του προγράμματος αυτοφροντίδας.<sup>40</sup>

3.2.2.6. Διάγνωση: Αναποτελεσματική οικογενειακή αντιμετώπιση του αρρώστου. Στίγμα μέσα στην οικογένεια.

Σκοπός:

α) Τα άτομα της οικογένειας του αρρώστου να εκφράζουν ρεαλιστική αντίληψη των ευθυνών τους έναντι του αρρώστου, της αρρώστιας, της φροντίδας και θεραπείας του.

β) Να περιγράφουν ανοιχτά και συχνά τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους, σχετικά με την ευθύνη τους για τον άρρωστο.

γ) Να χρησιμοποιούν αποτελεσματικές στρατηγικές χειρισμού της φροντίδας του αρρώστου και της αρρώστιας του.

Παρέμβαση:

α) Εκτίμηση του επιπέδου λειτουργίας της οικογένειας πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου στο μέλος της. Καλλιέργεια της ετοιμότητας και θέλησης της οικογένειας να συμμετάσχει στην φροντίδα του αρρώστου.

β) Ενθάρρυνση της συμμετοχής της οικογένειας σε προγράμματα θεραπείας της συμπεριφοράς. Πληροφόρηση της για τις διάφορες δομές υπηρεσιών υγείας και συλλόγων στήριξης.

γ) Πληροφόρηση της οικογένειας με ειλικρίνεια για τη φύση και τη βαρύτητα της ασθένειας. Εκπαίδευση και επιστράτευση της ενεργούς συνεργασίας της όσον αναφορά την φροντίδα και θεραπεία του άρρωστου μέλους της.<sup>23</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### 4.1. ΒΙΑ, ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΕΓΚΛΗΜΑ

#### 4.1.1. Τι είναι?

Η επιθετικότητα είναι μια έννοια αρκετά ασαφής και αόριστη. Όπως επισημαίνουν οι ηθικολόγοι, ορισμένες βίαιες μορφές συμπεριφοράς στο ζωικό βασίλειο όπως π.χ. δάγκωμα, ονομάζονται επιθετικές ή, προκειμένου να διακριθούν από ορισμένες παρόμοιες δραστηριότητες, αντιδράσεις επιθετικού χαρακτήρα.

Θα πρέπει όμως να επισημανθεί ο ανόμοιος κατά τα άλλα χαρακτήρας των αντιδράσεων αυτών, οι οποίες μπορεί να αποβλέπουν στην υπεράσπιση ζωτικού χώρου, στην αναζήτηση τροφής, στην προστασία των νεογέννητων από την μητέρα, στην σεξουαλική διεκδίκηση κ.α. Έτσι π.χ. τα σαρκοβόρα μπορεί να κατασπαράζουν το θήραμά τους, όμως οι ανταγωνισμοί τους στα πλαίσια της αγέλης έχουν ένα τελετουργικό χαρακτήρα και σπανίως απολήγουν στην εξόντωση του αντιπάλου.

Οι ανθρώπινες επιθετικές αντιδράσεις έχουν συχνά ένα επιπλέον κοινό χαρακτηριστικό με μεγάλη ψυχολογική και κοινωνιολογική σημασία: εμπεριέχουν και εκφράζουν την επιθυμία για πρόκληση μιας δυσμενούς συνέπειας στο θύμα. Η τάση αυτή ονομάζεται επιθετικότητα και αποτελεί το κύριο ψυχολογικό κίνητρο των ανθρώπινων επιθετικών πράξεων. Προϋπόθεση της επιθετικότητας είναι η πρόθεση πρόκλησης κακού (έγκλημα) να μην αποτελεί μόνο μέσο για την επίτευξη ενός απώτερου στόχου, αλλά να έχει και μια αυτοτελή συναισθηματική αξία για τον επιτιθέμενο. Συνήθως συμβαίνουν και τα δυο και ο απώτερος στόχος πολλές φορές χρησιμοποιείται για να συγκαλύπτει την επιθετικότητα.<sup>42</sup>

#### 4.1.2. Παράγοντες που συντελούν στην εκδήλωσή τους

Η εκδήλωση επιθετικής ή βίαιης συμπεριφοράς μπορεί να είναι:

- α) αποτέλεσμα οργανικής βλάβης του εγκεφάλου, η οποία προσβάλλει τους μηχανισμούς αναστολής.
- β) εκδήλωση ψυχοκινητικής διέγερσης που έχει ψυχολειτουργικά αίτια (π.χ. διέγερση μανιακού ή σχιζοφρενικού ασθενούς)
- γ) μαθημένος τρόπος αντίδρασης. Τα άτομα φέρονται σαν να πιστεύουν ότι η βία αποτελεί τον αποτελεσματικότερο τρόπο επικοινωνίας.
- δ) έκφραση ασυνείδητων απωθημένων ψυχοσυγκρούσεων.

**Έγκλημα:** τρίπτυχο κινδύνου σωματικής βλάβης, παρουσία άγχους και πρόκληση συνεπειών τόσο για το θύμα όσο και για τον δράστη.<sup>43</sup>

Ορισμένες ψυχοπιεστικές καταστάσεις μπορεί να αναζωπυρώσουν παρελθούσες τραυματικές εμπειρίες και να πυροδοτήσουν βίαιες αντιδράσεις φόβου, ντροπής ή οργής.

Η συχνότητα προσφυγής στη βία καθορίζεται και από κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες. Ανάμεσα σε αυτούς συγκαταλέγονται οι ηθικές και ιδεολογικές τάσεις όπως τα ήθη που κυριαρχούν ή που χαρακτηρίζουν ορισμένες κοινωνικές ομάδες έναντι του φαινομένου της βίας καθώς και κοινωνικές καταστάσεις όπως η καταπίεση, η προσβλητική ή περιφρονητική αντιμετώπιση, η αυθαιρέσια κ.α.<sup>42</sup>

#### 4.1.3. Συσχέτισή τους με ψυχικές διαταραχές

Η στενή σχέση μεταξύ βίας και ψυχικής διαταραχής είναι μια από τις πλέον διαδεδομένες αντιλήψεις σε όλες τις κοινωνίες των ανθρώπων ανεξάρτητα από τις όποιες διαφορές στην εθνική, ηθική και πολιτισμική τους ταυτότητα. Οι ψυχωτικοί ασθενείς απεικονίζονται στα ΜΜΕ όχι μόνο ως ανεπαρκείς ως προς την λειτουργικότητά τους σε διάφορες κοινωνικές συμπεριφορές, αλλά ταυτόχρονα ως δυνητική απειλή για την ασφάλεια της κοινότητας. Δεν είναι τυχαίο ότι ο ψυχωτικός δολοφόνος, που τριγυρνάει τις νύχτες μέσα στις σκιές της πόλης και σκοτώνει αδιάκριτα ανύποπτους περαστικούς, ήταν και παραμένει ένα από τα αγαπημένα θέματα των μυθιστορημάτων και των ταινιών τρόμου.<sup>43</sup>

Η πεποίθηση για την επικινδυνότητα (αυξημένη πιθανότητα εγκληματικής εκτροπής) του ψυχικά ασθενή δεν εντοπίζεται μόνο στο ευρύ κοινό αλλά κυριαρχεί και στην επιστημονική κοινότητα. Λειτουργεί δε ως σημείο αναφοράς για την χάραξη των βασικών κατευθύνσεων της ψυχιατρικής περίθαλψης. Έτσι π.χ. η επικινδυνότητα αποτελεί το μοναδικό κριτήριο του υποχρεωτικού εγκλεισμού. Σε όλα τα μέρη του κόσμου πολλές εκατοντάδες άτομα, που μπορεί να μην έχουν παραβιάσει ποτέ τον νόμο, κρατιούνται παρά την θέληση τους, προληπτικά, μέσα σε ψυχιατρικά ιδρύματα με το σκεπτικό ότι 'είναι επικίνδυνα για τον εαυτό τους και για τους άλλους'. Επίσης, πολλές από τις ισχύουσες νομικές διατάξεις, που ορίζουν την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία των ψυχικά αρρώστων, οδηγούν σε παραβιάσεις στοιχειωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων που όμως νομιμοποιούνται με την επίκληση της επικινδυνότητας του ασθενή.<sup>41</sup>

Από την άλλη πλευρά, η αιτιολογική σχέση μεταξύ της μείζονος ψυχικής διαταραχής και της εκδήλωσης της εγκληματικής συμπεριφοράς έχει αμφισβητηθεί έντονα από εγκληματολόγους, κοινωνιολόγους και ψυχιάτρους. Έχουν γίνει κατά διαστήματα πολλές ερευνητικές μελέτες, οι οποίες μπορούν να υποστηρίξουν κάθε βασική υπόθεση συσχέτισης ψύχωσης και βίας. Η πραγματικότητα είναι ότι η σχέση που συνδέει το έγκλημα –για την ακρίβεια το βίαιο έγκλημα- και την ψυχική διαταραχή δεν είναι ούτε επαγωγική ούτε ευθέως αιτιολογική. Συχνά, τα αποτελέσματα που εξάγονται από τις διάφορες μελέτες, είναι παραπλανητικά είτε λόγω της περιπλοκότητας της στατιστικής τυχαιοποίησης και αξιολόγησης της ανθρωπίνης συμπεριφοράς, είτε λόγω των ορισμών που δίνουν οι ερευνητές στις χρησιμοποιούμενες έννοιες, όπως τη βία, την επιθετικότητα, το έγκλημα κ.ο.κ.

Ένας τρόπος αξιολόγησης της σχέσης ψυχικής νόσου-εγκλήματος είναι ο προσδιορισμός του αριθμού των ψυχιατρικών ασθενών στις φυλακές. Μια αξιόπιστη απεικόνιση της επίπτωσης της μείζονος ψυχιατρικής διαταραχής μεταξύ



κρατουμένων σε φυλακές και ατόμων σε κοινότητα δίνεται στον παρακάτω πίνακα όπου διαπιστώνεται ότι ο αριθμός των σχιζοφρενών και των συναισθηματικά αρρώστων των φυλακών είναι 3-4 φορές μεγαλύτερος από τους αντίστοιχους στην κοινότητα. Ανεξάρτητα πάντως από τις όποιες αντιθέσεις μεταξύ των ειδικών, ως προς τη σχέση ψυχική νόσος-βία, είναι κοινά αποδεκτό ότι *‘λίγοι ψυχιατρικοί ασθενείς είναι εγκληματίες και λίγοι εγκληματίες πάσχουν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή’*.<sup>43</sup>

Διάγνωση	Φυλακές Καλιφόρνιας	Φυλακές Σικάγου	Γενικός πληθυσμός Βαλτιμόρη, Λος Άντζελες, Ντούρχαμ
Σχιζοφρένεια	3,1	2,7	0,9
Μείζων κατάθλιψη	3,5	3,9	1,1
Μανία ή Διπολική διαταραχή	0,7	1,4	0,1
Κάθε σοβαρή διαταραχή	7,9	6,4	1,8

*Επίπτωση ψυχικών διαταραχών μεταξύ κρατουμένων και γενικού πληθυσμού στις Η.Π.Α.*

#### 4.1.4. Σχιζοφρένεια και βίαιη συμπεριφορά

Antenna News in Greek 070796

Antenna Radio News in ASCII Greek Directory - Previous Article - Next Article

From: Antenna Radio <<http://www.antenna.gr>> - email: [antenna@compulink.gr](mailto:antenna@compulink.gr)

News in Greek, of 05/07/1996

#### ΕΓΚΛΗΜΑ

Ένα φρικιαστικό έγκλημα αποκαλύφθηκε το πρωί στον Κάλαμο.

Πατέρας σκότωσε με τσεκούρι τον 27χρονο γιο του, την ώρα που κοιμόταν, προσπάθησε να κάψει το πτώμα και στη συνέχεια το τεμάχισε.

Δράστης, ο Απόστολος Κοσμάς, 54 ετών, μηχανολόγος, που σκότωσε τον γιο του Ευάγγελο χτες στις 5 το απόγευμα στο σπίτι τους στην Κηφισιά. Στη συνέχεια μετέφερε το πτώμα σε μια νεοαναγειρόμενη οικοδομή στη θέση Λιμιώνας στον Κάλαμο και επιχείρησε να το κάψει. Δεν τα κατάφερε όμως και σήμερα το πρωί επέστρεψε στην οικοδομή και τεμάχισε το πτώμα με πριόνι.

Ιδιώτης που ανακάλυψε το απανθρακωμένο πτώμα ειδοποίησε την αστυνομία και σε έρευνα που έγινε στο αυτοκίνητο του Κοσμά που βρισκόταν στην περιοχή βρέθηκαν 3 σακούλες με κομμάτια από το πτώμα.

Ο Κοσμάς κρατείτε στο αστυνομικό τμήμα Καλάμου και θα οδηγηθεί αύριο το πρωί στον εισαγγελέα. Ο δράστης ισχυρίστηκε ότι το παιδί του έπασχε από επιθετική σχιζοφρένεια, είχε νοσηλευτεί επανειλημμένα σε ψυχιατρικές κλινικές και το σκότωσε για να σώσει την υπόλοιπη οικογένεια.<sup>47</sup>

#### 4.1.4.1. Η άποψη που επικρατεί

Από όλες τις ψυχικές διαταραχές η σχιζοφρένεια είναι η περισσότερο συζητημένη ως προς τα προβλήματα επικινδυνότητας που δημιουργεί. Στην κοινή γνώμη οι έννοιες τρέλα και σχιζοφρένεια είναι σχεδόν ταυτόσημες και συνδέονται με απρόβλεπτες, παράλογες και βίαιες αντιδράσεις. Γενικότερα, θα λέγαμε πως υπάρχει μια τάση διόγκωσης της επικινδυνότητας των σχιζοφρενών. Οι εξηγήσεις που έχουν δοθεί σε αυτό το κοινωνικό φαινόμενο συνδέονται:

α) με τους φόβους τους οποίους δημιουργεί η επικοινωνία, η γειτνίαση και πολύ περισσότερο η συμβίωση με ένα άτομο που παρουσιάζει μια ιδιόμορφη, απρόβλεπτη και αποκλίνουσα συμπεριφορά.

β) με το στερεότυπο του 'αποδιοπομπαίου τράγου' στον οποίο αποδίδονται όλα τα κοινωνικά δεινά.

γ) με την ψυχική αναστάτωση την οποία προκαλεί στα αυτοελεγχόμενα άτομα (ενδεχομένως εξαιτίας της αναζωπύρωσης δικών τους απωθημένων ή καταπιεσμένων ενορμήσεων και επιθυμιών) η ύπαρξη κάποιου που φέρεται αντισυμβατικά και που εκφράζει και ικανοποιεί χωρίς αναστολές πολλές από τις ανάγκες του όπως π.χ. να τεμπελιάζει, να αντιδρά παρορμητικά κ.α.

δ) με τις θεαματικές περιγραφές της συμπεριφοράς σχιζοφρενών που ερεθίζουν την περιέργεια του κοινού από τα ΜΜΕ, τη λογοτεχνία και τον κινηματογράφο.<sup>42</sup>

Η αντιμετώπιση του σχιζοφρενούς σαν ένα εν δυνάμει εγκληματολογικό άτομο συμπίπτει με παλαιότερες ψυχιατρικές και εγκληματολογικές μελέτες στις αρχές του αιώνα, που επικεντρώθηκαν στην ανάλυση περιπτώσεων σοβαρών εγκλημάτων -κυρίως ανθρωποκτονιών- σχιζοφρενικών ατόμων. Διάφοροι συγγραφείς όπως ο Zilboorg και ο Belbey υποστήριξαν την άποψη ότι ένα από τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της ψυχολογίας του σχιζοφρενούς είναι το αίσθημα της εχθρότητας που τον κατακλύζει, παίρνοντας συχνά διαστάσεις φονικές. Η έμφαση που δόθηκε σε μεμονωμένα εγκλήματα σχιζοφρενικών ατόμων δημιούργησε την εντύπωση πως ανάμεσα στους σχιζοφρενείς θα πρέπει να υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός εγκληματιών. Η άποψη αυτή αφορούσε κυρίως την παρανοϊκή μορφή της σχιζοφρένειας, η οποία θεωρείτο ότι παρουσίαζε ένα αυξημένο κίνδυνο εγκληματικής εκτροπής.

Σε πλήρη όμως αντιδιαστολή με την παραπάνω άποψη, υποστηρίχθηκε ότι οι σχιζοφρενείς εγκληματούν λιγότερο από ότι ο ευρύτερος πληθυσμός, έτσι ώστε η αναλογία των σχιζοφρενών να είναι μεγαλύτερη μεταξύ των μη εγκληματούντων παρά μεταξύ των εγκληματούντων. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια ψυχίατροι όπως ο Karpman ανέπτυξαν την θεωρία μιας αντίστροφης συσχέτισης ανάμεσα στην σχιζοφρένεια και την βίαιη συμπεριφορά. Έτσι υποστηρίχθηκε ότι η ψύχωση λειτουργεί ανασταλτικά, αναχαιτίζοντας και συγκρατώντας τις εγκληματικές τάσεις που ελλοχεύουν στον ψυχισμό του ατόμου, ενώ με το πέρασμα στην εγκληματική πράξη αποφεύγεται η εκδήλωση της ψύχωσης.

Διατυπώθηκε ακόμα η άποψη ότι οι εγκληματικές παρορμήσεις των σχιζοφρενών βιώνονται μέσα στον φανταστικό χώρο, δίχως να υλοποιούνται στην πραγματικότητα. Ειδικότερα ο Karpman υποστήριξε ότι οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις του σχιζοφρενούς συχνά επιδεικνύουν ένα ισχυρό εγκληματικό δυναμικό, το οποίο όμως 'απορροφάται' από την ψύχωση, αποτρέποντας το πέρασμα στη εγκληματική πράξη.

Η αντίστροφη συσχέτιση ανάμεσα στην ψύχωση και την εγκληματικότητα υποστηρίχθηκε ακόμα και από τον Federn, καθώς και από τους Reichard και Tillman, οι οποίοι θεώρησαν τόσο τον φόνο όσο και την αυτοκτονία ως μορφές άμυνας έναντι στη σχιζοφρένεια. Στα μέσα του αιώνα μας, εξαιτίας των πορισμάτων ενός σημαντικού αριθμού follow up ερευνών στην Αμερική, επιβεβαιώθηκε εμπειρικά η υπόθεση του αρνητικού συσχετισμού.

Ορισμένες όμως βασικές μεθοδολογικές αδυναμίες θέτουν σε αμφισβήτηση τα συμπεράσματα των ερευνών αυτών.

- Οι περισσότερες από αυτές τις έρευνες δεν χρησιμοποιούν 'ομάδα ελέγχου'.

- Ως σχιζοφρενείς ορίζονται τα άτομα εκείνα που είχαν προηγούμενα νοσηλευτεί σε ψυχιατρικές κλινικές. Το ερευνητικό υλικό δηλαδή στηρίχθηκε αποκλειστικά σε πληθυσμό πρώην νοσηλευόμενων ασθενών. Τέτοια όμως δείγματα δεν μπορεί να είναι αντιπροσωπευτικά των ατόμων με σχιζοφρένεια εφόσον κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές καθορίζουν την επιλογή ή μη της νοσηλείας τους.

Έτσι, η μειωμένη εγκληματική εκτροπή τους θα μπορούσε να είναι απόρροια πολλών πραγμάτων όπως π.χ. στην επιτυχημένη εφαρμογή της θεραπευτικής τους αγωγής, η οποία, επιφέροντας ουσιαστικές βελτιώσεις στην συμπτωματολογία της νόσου, τους καθιστά πολύ λιγότερο επικίνδυνους.<sup>1</sup>

Οι τελευταίες έρευνες παρουσιάζουν αρκετά διαφορετικά αποτελέσματα που ενισχύουν την άποψη ότι οι σχιζοφρενείς παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να διαπράξουν ένα έγκλημα βίας σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό.<sup>43</sup> Αξίζει όμως να υπογραμμισθεί εδώ πως οι σχιζοφρενείς που διαπράττουν ένα αδίκημα, λειτουργούν χωρίς την συνεργασία άλλων, χωρίς επιδεξιότητα και δεν φροντίζουν για άλλοθι με αποτέλεσμα τα εγκλήματα αυτά να διαλευκαίνονται σχεδόν στο σύνολο τους, αποτελώντας έτσι σημαντικό παράγοντα πλασματικά αυξημένης εκπροσώπησης των σχιζοφρενών μεταξύ του συνολικού αριθμού των δραστών.<sup>1,43</sup>

Γενικότερα, θα μπορούσαμε να πούμε πως η άποψη που επικρατεί περισσότερο όσον αφορά τη συσχέτιση εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς και σχιζοφρένειας είναι ότι: *ένα άτομο, έχοντας χαρακτηριστεί σχιζοφρενικό, είναι ικανό να διαπράξει οποιαδήποτε εγκληματική πράξη αλλά όχι με πολύ μεγαλύτερη συχνότητα από τον μέσο 'υγιή' συνάνθρωπο του.*<sup>1</sup>

#### 4.1.4.2. Το πρόβλημα του εγκλεισμού

Ο φόβος στην παρουσία ενός σχιζοφρενή, οι κοινωνικές ανάγκες και οι θεραπευτικές δυνατότητες που υπήρχαν την περίοδο της βιομηχανικής ανάπτυξης πολλών κρατών, ιδιαίτερα κατά τα τέλη του 19<sup>ου</sup> και τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, οδήγησαν στον μαζικό εγκλεισμό των ψυχασθενών σε μεγάλα ψυχιατρεία-άσυλα, συχνά υπό άθλιες συνθήκες. Μετά το 1950 όμως, η βελτίωση της πρόγνωσης της νόσου με την χρησιμοποίηση των νευροληπτικών φαρμάκων, η ευαισθητοποίηση του κοινού σε ζητήματα προστασίας των ανθρώπινων δικαιωμάτων και η ανάπτυξη της Κοινωνικής Ψυχιατρικής συνέβαλαν στη συρρίκνωση των ασύλων.

Στη χώρα μας εξαιτίας της γενικότερης καθυστέρησης, των κοινωνικών αναστατώσεων του εμφύλιου πολέμου και των προβλημάτων της μαζικής μετανάστευσης, η εξέλιξη αυτή άργησε. Μάλιστα αυτή ακριβώς την περίοδο δημιουργήθηκε και το άσυλο της Λέρου, χώρος εκτόπισης και κοινωνικής απομόνωσης για χιλιάδες ασθενείς.

Οι διαδικασίες της αποασυλοποίησης και η ελεύθερη διαβίωση πολλών σχιζοφρενών στην κοινότητα προκάλεσαν πολλές αντιδράσεις από διάφορες πλευρές. Τα κύρια επιχειρήματα εναντίον αυτής της εξέλιξης αφορούσαν:

- την επιδείνωση της νόσου (αύξηση των υποτροπών και των αυτοκτονιών)
- την εξαθλίωση (πολλαπλασιασμός των αστέγων, κοινωνικός ιδρυματισμός)
- την επιβάρυνση των οικείων των ασθενών με προβλήματα που ξεπερνούσαν τις δυνατότητες τους (οικονομική δυσπραγία, οικογενειακές συγκρούσεις και διάλυση οικογενειών)
- την αύξηση της εγκληματικότητας, η οποία τελικά αποδόθηκε κατά ένα μεγάλο μέρος στην αποασυλοποίηση.<sup>42</sup>

Πραγματικά, οι σχιζοφρενείς μετά την έξοδο τους από το ψυχιατρικό νοσοκομείο και τη επανένταξη τους στην κοινότητα εκδηλώνουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς.<sup>43</sup> Πρόσφατες έρευνες έρχονται να το αποδείξουν αυτό όπως π.χ. του Sosowsky, ο οποίος διαπίστωσε μια τριπλάσια αύξηση των εγκλημάτων βίας σε πρώην νοσηλευόμενους ψυχιατρικών ιδρυμάτων. Είναι γεγονός πως ο εγκλεισμός σε σωφρονιστικά ή ψυχιατρικά ιδρύματα αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης ή επιδείνωσης ψυχολογικών διαταραχών στους εγκλειστούς. Οι ολέθριες συνέπειες για την ψυχική υγεία που επιφέρει ο εγκλεισμός σε ένα ίδρυμα έχει τονιστεί από πολλούς ερευνητές. Συγκριτικές, εξάλλου, μελέτες εγκλειστών ασθενών διαφόρων ηλικιών δείχνουν μια αύξηση των ψυχολογικών διαταραχών, παράλληλη με τη μακρύτερη παραμονή στο ίδρυμα και την αύξηση της ηλικίας. Οι ψυχοπαθολογικές, κατά συνέπεια, καταστάσεις και η εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς που παρατηρούνται στους έγκλειστους ενδέχεται να είναι συνέπεια της εμπειρίας του εγκλεισμού.

Επιχειρώντας να διερευνήσουμε τα αίτια αυτής της εικόνας θα πρέπει να ανατρέξουμε στις βασικές μεταβολές της ψυχιατρικής περίθαλψης στη διάρκεια των προηγούμενων ετών. Κάτω από την επίδραση νέων προοδευτικών απόψεων για την ψυχιατρική και τα δικαιώματα των ασθενών, με την εισαγωγή της 'ψυχιατρικής του τομέα', η μεταχείριση του ψυχικά ασθενούς επικεντρώνεται όχι πλέον στην ιδρυματική φροντίδα, αλλά στην κοινοτική. Η έμφαση δεν δίνεται πια στην παροχή ασφάλειας και ασύλου στους ασθενείς ή στην εφαρμογή μιας επιφυλακτικής πολιτικής αλλά στην δραστηριοποίηση και την ενεργοποίηση του ασθενούς μέσα από βραχυχρόνιες και εντατικές νοσηλευτικές φροντίδες που στοχεύουν σε μια γρήγορη επανένταξη του στον κοινωνικό περίγυρο. Η αύξηση της εγκληματικότητας των σχιζοφρενών τα τελευταία χρόνια συνυφάνεται με τις αλλαγές αυτές στον τομέα της ψυχιατρικής μεταχείρισης. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια ο Arietì αναφέρει χαρακτηριστικά:

*«Η αυξημένη ελευθερία που χαρακτηρίζει την μεταχείριση των ασθενών στα ψυχιατρεία, η πρακτική της ψυχοθεραπείας, η ευρεία χρησιμοποίηση φαρμακοθεραπείας με γρήγορη βελτίωση των συμπτωμάτων έμμεσα αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς.»<sup>1</sup>*

Αντίθετα, στα ψυχιατρεία όπου χρησιμοποιήθηκε διαφορετική μεθοδολογία νοσηλείας (περισσότερο ανθρωπιστική) και όπου η έξοδος των

ασθενών από εκεί συνδυάστηκε με την ανάπτυξη εξωνοσοκομειακών δομών Κοινωνικής Ψυχιατρικής (Δυτική Ευρώπη) η αύξηση της εγκληματικότητας των σχιζοφρενών ήταν μικρότερη.<sup>42</sup>

#### 4.1.4.3. Χαρακτηριστικά εγκληματιών σχιζοφρενών (εγκληματο-γένεση)

Η σχιζοφρένεια από την πρόδρομη φάση της ακόμα χαρακτηρίζεται από μικροπαραβατική συμπεριφορά (κλοπές, άρση σεξουαλικών αναστολών), σύνδεση με περιθωριακές ομάδες (χρήση ψυχοτρόπων), σπανιότερα δε από σοβαρές εγκληματικές πράξεις (π.χ. φόνος στενού συγγενούς υπό την επήρεια μιας παραληρητικής πεποίθησης). Οι εκδηλώσεις αυτές εκφράζουν συχνά την προσπάθεια για απεμπλοκή από το ψυχωτικό άγχος που κατακλύζει το άτομο και για ανακοπή της εκπτώτικης πορείας, την έκκληση δηλαδή για βοήθεια. Άλλοτε πάλι αποτελούν άμεση συνέπεια παραληρητικών εμπειριών. Πολύ συχνά η ύπαρξη της ασθένειας μένει αφανής εφόσον δεν έχει επισημοποιηθεί ακόμα η διάγνωση, ενώ η έκπτωση του νέου σχιζοφρενούς αποδίδεται στην εμπλοκή του σε κυκλώματα παρανομίας και τη χρήση ψυχοτρόπων.<sup>42</sup>

Εγκληματογόνοι παράγοντες που ενισχύουν την τάση του σχιζοφρενή για τη διάπραξη μιας παραβατικής πράξης θεωρούνται:

Οι ναρκισσιστικές διαταραχές του ασθενή συνοδευόμενες από ιδέες μεγαλείου που έχουν ως αποτέλεσμα την απόπειρα παντοδυναμίας του εγώ π.χ. «Είμαι το παιδί του Θεού, είμαι αθάνατος.» Ο ασθενής υιοθετεί επιθετικά συναισθήματα όχι μόνο απέναντι στους άλλους αλλά και απέναντι στον ίδιο του τον εαυτό, σαν συνέπεια μιας τιμωρητικής δομής που εγκαθίσταται ή προσπάθειας απόδειξης της εγκυρότητας των λεγομένων του. Όπως επισημαίνει χαρακτηριστικά και ο Lagache: *«Επειδή η επιθετικότητα στοχεύει πάνω από όλα και πρωταρχικά να υποτάξει και να εξουσιάσει, συνδέεται πάντα με τον σαδομαζοχισμό...ναρκισσισμός και σαδομαζοχισμός είναι φαινόμενα αδιαχώριστα.»*

Η απώλεια ταυτότητας που γεννά ένα αμυντικό μηχανισμό επιβίωσης και οδηγεί στην απόπειρα περιχαράκωσης των ορίων του εαυτού π.χ. «Εγώ έχω τεράστιες δυνατότητες, δεν είμαι ένα μηδενικό όπως με βλέπουνε.» Η πιεστική ανάγκη αναζήτησης μιας ταυτότητας αποδεκτής από τους άλλους και το άγχος από την απειλή της ψυχικής ακεραιότητας του ατόμου κάνουν την παραβατική πράξη να λειτουργεί ως αμυντικός μηχανισμός του εγώ.

Η θεσμοποίηση της ψυχικής ασθένειας και υιοθέτηση του ρόλου του τρελού. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια το χαρακτηριζόμενο ως σχιζοφρενικό άτομο παροτρύνεται στην υιοθέτηση ενός συγκεκριμένου ρόλου και παρακινείται να συμπεριφέρεται σύμφωνα με τις προδιαγραφές του ρόλου αυτού. Στην προκειμένη περίπτωση ο ρόλος είναι συνυφασμένος με το κοινωνικό στερεότυπο της σχιζοφρένειας, μέσα από το οποίο ο σχιζοφρενής ταυτίζεται με την επικινδυνότητα και το ανεξέλεγκτο των πράξεων του π.χ. *«Τον ψυχοπαθή τον κλείνουν και του περνάνε ρεύμα στο κεφάλι και τον σκοτώνουν επειδή φοβούνται ότι θα κάνει έγκλημα.»*

Η συγκεκριμενοποίηση του άγχους στο θύμα. Οι σχιζοφρενείς κατακλύζονται συνήθως από έντονα συναισθήματα άγχους που αναγκάζουν το άτομο να μένει απομονωμένο και έμφοβο. Αναζητώντας τα αίτια της οδυνηρής κατάστασης που βιώνει ο παραβατικός σχιζοφρενής θα θεωρήσει υπεύθυνο ένα άλλο πρόσωπο, συνήθως του άμεσου οικογενειακού του περιβάλλοντος π.χ. *«Αυτή τα έφταιγε όλα που με έφερε στον κόσμο και τυρανιόμουνα έτσι.»*<sup>1</sup>

Το αίσθημα απειλής της ζωής συνδυαζόμενο με θυμό προδιαθέτουν το άτομο για εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς απέναντι στους 'εχθρούς του' αλλά και απέναντι στον ίδιο. Ο ασθενής οργανώνει ασυναίσθητα ιδέες δίωξης και αντιδρά απέναντι σε αυτές <sup>33</sup> π.χ. «*Το έκανα για να φύγει το κακό από το σπίτι, για να σωθούμε εγώ και η μάνα μου.*»<sup>1</sup>

Όσον αφορά τα στάδια της νόσου, κατά την ενεργό φάση της και ιδίως όταν αυτή έχει την παρανοϊκή μορφή η οποία συνήθως συνδυάζεται με μικρότερη σχετικά ψυχική αποδιοργάνωση, διαπράττονται τα σοβαρότερα βίαια εγκλήματα. Συχνά μετά το έγκλημα παρουσιάζεται προσωρινή βελτίωση της κλινικής εικόνας, ενώ ο ασθενής εμφανίζει αμνησία της πράξης του.

Κατά την υπολειμματική φάση της νόσου, η συνολική έκπτωση και η κοινωνική απομόνωση εμποδίζουν τη σοβαρή παραπτωματικότητα. Ο ασθενής είναι επιρρεπής σε μικροπαραβατικές πράξεις, όπως και στην πρόδρομη φάση. Η κλινική εκτίμηση του κινδύνου διάπραξης βίαιης ενέργειας από σχιζοφρενή στηρίζεται:

- Στην αναζήτηση επικίνδυνων συμπτωμάτων όπως ενεργού παραληρήματος με περιεχόμενο, ψευδαι-σθήσεων που παροτρύνουν, ψυχοκινητικής ή κατατονικής διέγερσης, συναισθηματικής απροσφο-ρότητας.
- Στο ιστορικό της ύπαρξης κατά το παρελθόν ανάλογων επεισοδίων βίαιης συμπεριφοράς ή αυτοκαταστροφικών πράξεων.
- Στην διερεύνηση της παρούσας συμπεριφοράς, ιδίως όσον αφορά τη διατύπωση απειλών ή την πραγματοποίηση προετοιμασιών (π.χ. αγορά όπλου, οπλοφορία) από τον ασθενή.
- Στην αναζήτηση ορισμένων προδιαθεσικών παραγόντων όπως η τακτική χρήση αλκοόλ και ψυχοτρόπων, η ύπαρξη προβλημάτων σεξουαλικής δυσλειτουργίας, η παρουσία στοιχείων ψυχοπαθητικής ή σαδιστικής διάθεσης (π.χ. βίαιων φαντασιώσεων).
- Στην παρουσία ενός προσώπου-στόχου, το οποίο με τη συμπεριφορά του αυξάνει τον κίνδυνο.
- Στην παρουσία ορισμένων επιβαρυντικών επιδημιο-λογικών δεδομένων όπως το φύλο, η ηλικία, η μόρφωση και το πολιτιστικό περιβάλλον.<sup>42</sup>

#### 4.1.4.4. Ο ανθρωποκτόνος σχιζοφρενής

Η ανθρωποκτονία μοιάζει να είναι ένα από τα κυρίαρχα είδη εγκλημάτων του σχιζοφρενούς. Ένα βασικό, ωστόσο, φαινόμενο θα έπρεπε να λαμβάναμε εδώ υπόψη μας: Μπροστά σε ανεξήγητα ή αλλόκοτα χαρακτηριστικά ενός εγκλήματος υπάρχει η τάση να αναζητάται η εξήγηση τους στη σχιζοφρενική νόσο και ακολούθως ο δράστης τέτοιων εγκλημάτων να υποβάλλεται σε ψυχιατρική εξέταση, γεγονός που δεν συμβαίνει με τα άτομα που διαπράττουν αξιόπινες πράξεις μικρότερης σημασίας. Αυτός ίσως και να είναι ο λόγος που ανάμεσα στους σχιζοφρενείς εγκληματίες βρίσκουμε πολλούς ανθρωποκτόνους με αποτέλεσμα να περιορίζεται σημαντικά η γενικευτική αυτή τάση που ανάγει την ανθρωποκτονία ως ένα σύνηθες για τη σχιζοφρένεια φαινόμενο. Ο Williams διατύπωσε το 1940 ότι το σχιζοφρενικό άτομο ωθείται στο φόνο από μια 'ακατανίκητη παρόρμηση' που δεν ανταποκρίνεται σε κάποιο συγκεκριμένο κίνητρο, η οποία τον κυριεύει λίγο πριν περάσει η νόσος στην οξεία της φάση. Ο φόνος αποτελεί εκφόρτιση της υπερβολικής επιθετικότητας και του έντονου άγχους που διακατέχουν το άτομο, όταν αυτό βρίσκεται στο κατώφλι μιας επώδυνης σχιζοφρενικής αποδιοργάνωσης.

Με την άποψη αυτή συμπορεύτηκαν και άλλοι ερευνητές, όπως ο Federn, ο Karpman κ.α., οι οποίοι θεώρησαν τον φόνο άμυνα ενάντια στην ψυχική εκτροπή. Ακόμα, διαπίστωσαν πως ενώ οι δράστες πριν από την διάπραξη του φόνου βρισκόντουσαν σε μια κατάσταση έντονης ανησυχίας και άγχους, μετά την πράξη μια απρόσμενη ηρεμία κατέκλυζε τον ψυχισμό τους δίχως την εκδήλωση κανενός συναισθήματος ενοχής.

Ο Guttmacher, διαφοροποιώντας την θέση του από τις παραπάνω απόψεις, συνδέει το σχιζοφρενικό φόνο με 'βραχυχρόνια ψυχική αποδιοργάνωση ευάλωτων ατόμων' εξαιτίας εσωτερικών και εξωτερικών πιέσεων και μελετά το φαινόμενο του 'προσωρινά ψυχωτικού' ανθρωποκτόνου που εγκληματεί κάτω από την επίδραση ενός βραχυχρόνιου επεισοδίου.

Τέλος, ο Schipkowensky κάνει μια σημαντική συμβολή στη μελέτη της εγκληματογένεσης του σχιζοφρενικού φόνου: Σύμφωνα με αυτόν, η εγκληματογένεση εγγράφεται μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο της σχιζοφρενικής διαδικασίας. Στο επίκεντρο της διαδικασίας αυτής τοποθετείται η βαθμιαία εξασθένηση των φυσικών δεσμών που ενώνουν το άτομο με τον περίγυρο του. Η εξασθένηση συνεχίζεται, ενώ διατηρούνται οι ανώτερες λειτουργίες της νόησης.

Οι απόψεις που αναπτύξαμε εντάσσονται μέσα στα πλαίσια της προσέγγισης εκείνης που θεωρεί τον σχιζοφρενικό φόνο απόρροια της νόσου. Χαρακτηριστικός είναι ο λόγος του Ey: *«Η νόσος απελευθερώνει βίαιες, καταχωνιασμένες δυνάμεις που εμπλέκονται με την μορφή αυτοματισμών μέσα στη φυσιολογική συμπεριφορά και η παρόρμηση εμφανίζεται σαν μια παλινδρόμηση σε πρωτόγονες μορφές ενέργειας.»*

Ένα βασικό γνώρισμα όμως της θεώρησης αυτής είναι η υποβάθμιση του ρόλου της προσωπικότητας του δράστη. Στην πραγματικότητα, η μελέτη του σχιζοφρενικού φόνου είναι απόλυτα συνυφασμένη με την προσωπικότητα του σχιζοφρενής. Η προσωπικότητα αυτή, απόρροια της αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον του, βρίσκεται σε ένα διαρκές δυναμικό γίνεσθαι από την αρχή της ζωής του ως τη μέρα του περάσματος στην εγκληματική πράξη.<sup>1</sup>

Ο σχιζοφρενής ανθρωποκτόνος δρα σχεδόν πάντα χωρίς συνένοχο, συνήθως δεν προετοιμάζει την πράξη και τις περισσότερες φορές δεν προσπαθεί καν να

καλύψει τα ίχνη του. Στο 25% των περιπτώσεων δρα εντελώς αιφνίδια και αρκετές φορές αυτοκτονεί στη συνέχεια. Περισσότερο από το 50% των θυμάτων είναι σύζυγοι, εραστές ή συγγενείς που συζούσαν με τον δράστη, το 25% είναι άλλοι γνωστοί του δράστη ενώ το υπόλοιπο 10% είναι πρόσωπα κύρους.<sup>42</sup> Επίθεση σχιζοφρενούς κατά αγνώστου θύματος είναι στην πραγματικότητα πολύ σπάνια και συνήθως το άγνωστο θύμα δεν είναι άλλο από κάποιον (συνά αστυνομικό όργανο) που παρεμβαίνει είτε στα πλαίσια προσαγωγής για ακούσια νοσηλεία, είτε στα πλαίσια σύλληψης του σχιζοφρενούς για άλλο αδίκημα.<sup>43</sup>

Σε πολλές περιπτώσεις συζυγοκτονίας, κίνητρο είναι η παθολογική ζηλοτυπία ή το ζηλοτυπικό παραλήρημα. Σε πολλές περιπτώσεις μητροκτονίας, υπάρχει σχέση εξάρτησης με τη μητέρα, συχνά ασφυκτικά υπερπροστατευτική και μερικές φορές παράλληλα επικριτική και αμφίθυμη.<sup>42</sup> Εδώ συνήθως το κίνητρο δεν είναι κατασκευασμένο στο μυαλό του ασθενούς αλλά συνυφασμένο με την ίδια την πραγματικότητα. Εντυπωσιάζει όμως η ασημαντότητα του κινήτρου, η ευκολία και η αγριότητα της επίθεσης, καθώς και η μηδαμινότητα του ερεθίσματος που τελικά οδήγησε στον φόνο. Σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις επικρατεί μια φαινομενική υπερβολική δυσαναλογία ανάμεσα στην ποιότητα του ερεθίσματος και στην αντίδραση σε αυτό.<sup>1</sup> Το σχιζοφρενικό παιδί (κατά κανόνα γιος) μπορεί να κατατρώχεται από αιμομικτικές φαντασιώσεις ή να παρουσιάζει εμφανείς αιμομικτικές διαθέσεις.<sup>42</sup> Το έγκλημα της μητροκτονίας αν και σπανιότερο σε απόλυτους αριθμούς από αυτό της συζυγοκτονίας είναι το κατεξοχήν έγκλημα της σχιζοφρένειας με την εξής έννοια: η μεγάλη πλειοψηφία των μητροκτόνων (και πατροκτόνων) είναι σχιζοφρενείς.<sup>42,43</sup>

*Ο Ν. γεννήθηκε το 1944 στην Λάρισα όπου και μεγάλωσε. Άγαμος και άνεργος, σε ηλικία 27 ετών φονεύει τη μητέρα του δι 'αλληπάλληλων θανατηφόρων τραυμάτων στο κεφάλι'. Ο Ν. ήταν ο μικρότερος από τέσσερα παιδιά. Σε ηλικία ενός έτους πεθαίνει ο πατέρας του. Η μητέρα του παντρεύεται ένα άτομο αρκετά μεγαλύτερο της, όταν ο Ν. ήταν πέντε ετών. Οι σχέσεις μεταξύ των μελών της 'οικογενείας' είναι τεταμένες και οι έντονοι διαπληκτισμοί καθημερινοί. Όταν τα αδέρφια του παντρεύονται ο Ν. μένει μόνος με τη μητέρα του, καθώς ο πατριός του έχει ήδη πεθάνει.*

*Ο Ν. εκδηλώνει από μικρός μια έντονη τάση για τη ζωγραφική και τη μουσική, ενώ αποστρέφεται το σχολείο, το οποίο σύντομα και διακόπτει. Χαρακτηρίζεται από ένα ιδιαίτερα κλειστό χαρακτήρα. Ζει απομονωμένος μέσα στο σπίτι, αποφεύγοντας κάθε είδους κοινωνική επαφή και περνάει τις ώρες του ζωγραφίζοντας και παίζοντας κιθάρα, δουλεύοντας σποραδικά μόνο σαν βοηθός οικοδόμου. Η συμπεριφορά του αυτή τον φέρνει αντιμέτωπο τόσο με το οικογενειακό του περιβάλλον όσο και με το περιβάλλον του χωριού του. Οι συγχωριανοί του τον αποφεύγουν. Δυσκολεύεται να βρει δουλειά. Η μητέρα του αντιτίθεται έντονα στις καλλιτεχνικές του επιδόσεις. Τον αποκαλεί συνεχώς 'τρελό' και 'ακαμάτη'.*

*Η ψυχική του νόσος πρωτοεκδηλώνεται σε ηλικία 19 ετών με 'αλλοπρόσαλλη' συμπεριφορά, εκφράσεις παραληρητικών ιδεών κυρίως θρησκευτικού περιεχομένου αλλά και ιδεών 'μαγείας, επιδράσεως, δηλητηριάσεως'. Νοσηλεύεται δύο φορές στο Δημόσιο Ψυχιατρείο για μεγάλα χρονικά διαστήματα με τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Από συνεντεύξεις μαζί του προβάλλουν έντονα τα συναισθήματα εχθρότητας που έτρεφε ο ασθενής για τη μητέρα του για την οποία πίστευε ότι ήταν 'ο κακός του δαίμονας' και στην οποία αποδίδει ό,τι κακό του είχε συμβεί. Αποκαλυπτικά είναι εδώ ορισμένα χαρακτηριστικά αποσπάσματα του λόγου του:*



«Εγώ έπαθα κάτι σαν μαγεία από τη μάνα μου, ήμουν δεσμευμένος μαζί της...ήταν μια κακιιά μάγισσα...μου έδινε τα χάπια για να μου κάνει κακό...δεν με άφηνε να ζωγραφίζω και να παίζω κιθάρα, ήθελε να πεθάνω...Η μητέρα μου κατεύθυνε τον λογισμό μου, ήμουν το όργανο της...ζαλιζόμουνα, δεν ήξερα ποιος ήμουνα...είχα χάσει τον εαυτό μου...όταν έπαιζα κιθάρα ήταν σαν να ήταν τα χέρια της και όχι τα δικά μου...και η μάνα μου ήταν άρρωστη σαν κι εμένα...μου τραβούσε την ψυχή μου.»

Παράλληλα όμως λέει: «Η μάνα μου ήθελε να μου κάνει καλό, όχι κακό...ήταν πολύ καλή γυναίκα κι αν φώναζε δεν έλεγε και τίποτα κακό...από τα χάπια το έπαθα εγώ αυτό σου λέω...στο ψυχιατρείο ήταν κόλαση, δυο φορές πέρασα από αυτή τη κόλαση...τρωγόμασταν με τη μάνα μου σαν αντρόγυνο...κοιμόμουνα μαζί της επειδή με αγαπούσε...»

Ο Ν. αναφέρει ακόμα ότι η μητέρα του συνεχώς τον αποκαλούσε ανίκανο να παντρευτεί, αλλά όταν αγάπησε μια κοπέλα, αυτή αντιτέθηκε έντονα στο γάμο του.

Στο ιστορικό του αναφέρεται ότι πριν από το φόνο η ψυχική του κατάσταση χειροτερεύει. Απολύεται από τη δουλειά του και είναι αγχώδης και έντρομος καθώς πιστεύει ότι 'έρχεται το τέλος του κόσμου' και ότι 'την ψυχή του θα την πάρει ο διάβολος'. Λίγες μέρες πριν το έγκλημα ονειρεύεται ότι η μητέρα του ήθελε να του κάνει κακό και τη σκοτώνει. Ο Ν. αποδίδει τον φόνο στα χάπια που έπαιρνε και στην αρρώστια του: «Έπαιρνα χάπια, τα χάπια με κάνανε και τη σκότωσα, επειδή ήμουνα τρελός, από τρέλα το έκανα.» Άλλοτε πάλι αποδίδει τον φόνο στην ίδια τη μητέρα του: «Τη σκότωσα γιατί ήταν διάβολος. Μου έκανε μάγια. Ήθελε να πεθάνω. Μου έχανε τον εαυτό μου.» Για τη σκηνή του φόνου λέει ότι χτύπησε με ένα σκεπάρι το κεφάλι της μητέρας του πολλές φορές, γιατί φοβήθηκε ότι θα ξαναζωντάνευε και θα τον τιμωρούσε. Μετά τον φόνο αναφέρει ότι δεν αισθάνθηκε τίποτα. Πήγε στον εισαγγελέα λέγοντας: «Σκότωσα τη μάνα μου, στον ύπνο μου το είδα.»<sup>1</sup>

Συνοψίζοντας, αποδίδουμε στον φόνο του ανθρωποκτόνο σχιζοφρενή τα παρακάτω χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

- Εμφανίζεται δίχως ή με μηδαμινό κίνητρο, ακατανόητος και σε αντίθεση με τη συνηθισμένη φύση του δράστη.
- Η απόφαση διάπραξης της εγκληματικής πράξης είναι αιφνίδια και ακολουθείται αμέσως από το πέραςμα στην πράξη.
- Ο δράστης έχει συχνά την εντύπωση ότι δρα κάτω από την επίδραση μιας ξένης δύναμης.
- Το έγκλημα χαρακτηρίζεται από υπερβολική βιαιότητα.
- Μετά το έγκλημα ο σχιζοφρενής είναι συνήθως αδιάφορος και δεν εκφράζει τύψεις ή μεταμέλεια.<sup>1</sup>

#### 4.1.4.5. Ο ρόλος των παραληρητικών ιδεών και των ψευδαισθήσεων

Φαίνεται πως τα παραγωγικά συμπτώματα της νόσου, καθαυτά, αποτελούν συχνή αιτία διάπραξης εγκλήματος. Πολλές έρευνες επισημαίνουν τη σημασία του παραληρήματος (κυρίως του ζηλοτυπικού, του ερωτομανιακού και του διωκτικού), το οποίο συνδέεται αιτιωδώς με βίαιες (συχνά φονικές) πράξεις εκδικητικού ή αυτοπροστατευτικού χαρακτήρα. Σε μερικές, περιπτώσεις αιτία της πράξης είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις με τη μορφή εντολών.<sup>42</sup> Οι περισσότεροι από τους ασθενείς αυτούς, που προβαίνουν σε εγκληματική πράξη υπό το κράτος ακουστικών ψευδαισθήσεων ελέγχου, μπορούν να αναγνωρίσουν

την πηγή τους.<sup>43</sup> Σε κάθε περίπτωση πάντως, ακόμα και όταν η πράξη δεν οφειλόταν άμεσα σε παραγωγικά συμπτώματα της νόσου, η μεγάλη πλειοψηφία των σχιζοφρενών παραβατών την εποχή που διέπρατταν το έγκλημα, παρουσίαζαν ενεργό ψυχωτική συμπτωματολογία.

Ένας ασθενής π.χ. πυρπόλησε τα έπιπλα του ενώ βρισκόταν υπό την επήρεια θρησκευτικών παραληρητικών ιδεών και πίστευε ότι με αυτόν τον τρόπο θα εξαϋλωνόταν και θα ανέβαινε στον ουρανό (στο 30% των περιπτώσεων, το παραλήρημα και οι ψευδαισθήσεις συνδέονται άμεσα με την εγκληματική πράξη του εμπρησμού).<sup>42</sup>

Από το σύνολο πάντως των ασθενών που είχαν ως κίνητρο την ψυχωτική συμπτωματολογία, το 90% φαίνεται να έχει επηρεαστεί από τις παραληρητικές ιδέες και το υπόλοιπο 10% από τις ψευδαισθήσεις.<sup>43</sup>

Ο Shipkownsky παρομοιάζει τον σχιζοφρενή, που οδηγείται στο έγκλημα υπακούοντας στις αυταρχικές προσταγές φωνών, με ένα στρατιώτη που εκτελεί εντολές ανωτέρων του. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια, θα λέγαμε ότι ο σχιζοφρενής μετουσιώνεται σε ένα τυφλό όργανο ενός επιθετικού ενστίκτου που η νόσος διεγείρει. Πόσο αποκομμένο από την πραγματικότητα όμως είναι το παραλήρημα που οδηγεί στην πράξη αυτή;

Όπως διατύπωσαν πρώτοι και οι Freud, Bleuler, οι λανθασμένες ιδέες που συγκροτούν το παραλήρημα δεν είναι το προϊόν μιας ανεπάρκειας των νοητικών διεργασιών του ατόμου αλλά γεννιέται από μια εσωτερική συναισθηματική ανάγκη. Το παραλήρημα δηλαδή του εγκληματία σχιζοφρενούς έχει πάντα μια κρυμμένη δική της λογική και θα λέγαμε ότι είναι ένα είδος επικοινωνιακού μηνύματος, ένας τρόπος έκφρασης μιας απειλητικής ατμόσφαιρας που βιώνει ο σχιζοφρενής στο εκάστοτε κοινωνικό πλαίσιο.<sup>1</sup>

Μια μεταγενέστερη διαπίστωση είναι ακόμα πως η ψυχωτική πράξη είναι ευθέως ανάλογη με τον αριθμό των λογικών επεξεργασιών που σχετίζονταν με το κεντρικό θέμα του περιεχομένου του παραληρήματος.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το ακόλουθο: Ο ασθενής πιστεύει πως ο οδοντίατρος του (ποιος;) τοποθετεί ένα μικρόφωνο (τι;) στο δόντι του (που;) κατά τη διάρκεια της τελευταίας του επίσκεψης (πότε;). Το μικρόφωνο επιτρέπει στις αρχές (σε ποιους;) να τον παρακολουθούν έτσι ώστε να μπορούν να τον συλλάβουν όταν αυτοί το θελήσουν (γιατί;) κ.ο.κ.

Στο μικρό αυτό απόσπασμα ιστορικού διακρίνονται επτά λογικές επεξεργασίες. Κάτω από αυτό το πρίσμα η βίαιη συμπεριφορά των σχιζοφρενών μπορεί να θεωρηθεί σαν μια λογική αντίδραση απέναντι σε παράλογες πεποιθήσεις ή παραληρητικές ιδέες.<sup>43</sup>

Υποστηρίζοντας όμως πως οι παραληρητικές ιδέες μπορούν να οδηγήσουν στη βία, δεν σημαίνει και πως οι παραληρητικοί ασθενείς είναι πιο επικίνδυνοι από τους άλλους ψυχασθενείς ή από τον γενικότερο πληθυσμό. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί πως ορισμένες βίαιες πράξεις διαπράττονται σπανιότερα από παραληρητικούς σχιζοφρενείς. Αυτό πιθανόν να συμβαίνει γιατί μόνο συγκεκριμένα παραληρήματα συνδέονται με τη βία ενώ στα άλλα είτε απουσιάζει μια τέτοιου είδους συσχέτιση είτε δημιουργούν στον ασθενή φόβο και την ανάγκη για προστασία (σωματικά). Έτσι ο ρόλος του παραληρήματος ως προβλεπτή βίαιης συμπεριφοράς παραμένει αδιευκρίνιστος καθώς και στο αν η σχέση παραληρημάτων και βίας ισχυροποιείται από την παρουσία της κακομεταχείρισης της ανθρώπινης υπόστασης ή από την απουσία της συμπτωματολογικής θεραπείας. Παλαιότερες έρευνες έχουν υποστηρίξει πως μία συγκεκριμένη ομάδα

παραληρημάτων και ψευδαισθήσεων (π.χ. ελέγχου, διωκτικές), απεικονίζει ένα σημαντικό υψηλό παράγοντα κινδύνου όσον αφορά την εκδήλωση βίας εξαιτίας της καχυποψίας των ασθενών προς τους άλλους και της παρορμητικότητας που τους χαρακτηρίζει.

Από την άλλη πλευρά όμως και σύμφωνα με μια τελευταία έρευνα που διεξήχθη το 2000 από την ECA, οι παραληρητικοί ασθενείς έχουν και μικρότερη επιθυμία και λιγότερες πιθανότητες να διεξάγουν ανθρώπινες σχέσεις μέσα στην κοινωνία, των οποίων η ενδεχόμενη αλληλεπίδραση θα μπορούσε να οδηγήσει στη βία. Αυτό βέβαια δεν αναιρεί την πεποίθηση των κλινικών που υποστηρίζει ότι οι ασθενείς που έχουν δράσει βίαια στο παρελθόν υπό το κράτος των παραληρημάτων τους έχουν αυξημένες πιθανότητες να το ξανακάνουν. Ούτε επίσης αβλεπτεί στην πιθανότητα εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς από κάποιον έντονα αποσταθεροποιημένο παραληρητικό ασθενή, του οποίου το ιστορικό βίας είναι άγνωστο. Απλώς υποστηρίζει πως ο υποθετικός κίνδυνος βίας συνδεδεμένος με την ύπαρξη παραληρημάτων, καθαυτό, δεν αιτιολογεί την ιδρυματοποίηση ενός σχιζοφρενή όταν υπάρχει απουσία άλλων δεικτών επικινδυνότητας ή άλλων λόγων που επιβάλλουν την εισαγωγή του στην ψυχιατρική κλινική.<sup>44</sup>

#### 4.1.4.6. Αυτοκτονία

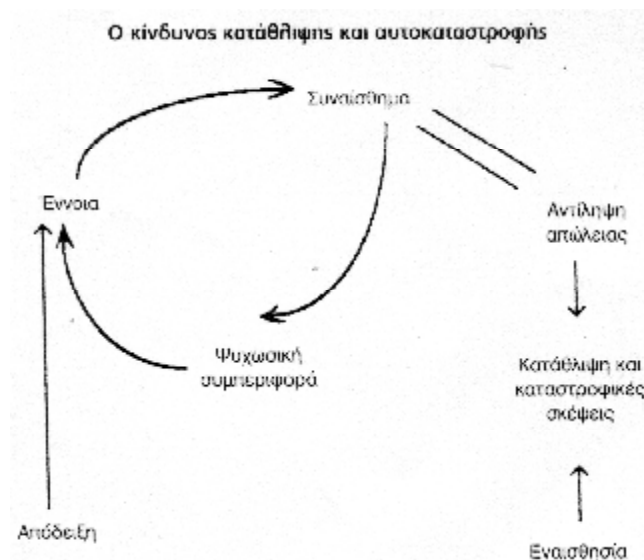
Από πολλούς ψυχολόγους ερευνητές περιγράφεται ως ιδιαίτερη μορφή επιθετικότητας και επιθετικής δραστηριότητας, η αυτοκαταστροφική διάθεση και η αυτοτιμωρητική πράξη με ακραία μορφή το αυτοκτονικό εγχείρημα. Υπάρχουν κλινικές και βιοχημικές ενδείξεις για την τάση να μεταστρέφεται η οργή σε κατάθλιψη και η επιθετικότητα σε αυτοκαταστροφικότητα. Συχνά αυτές οι αντιδράσεις έχουν μια κυκλική ανατροφοδοτούμενη αιτιώδη σχέση μεταξύ τους: οι καταστάσεις οργή-επιθετικότητα-ενοχή-αυτοτιμωρία-οργή προκαλούν και διαδέχονται η μια την άλλη.



Συνήθως το αφόρητο αγχώδες βίωμα της επικείμενης διάλυσης της προσωπικότητας συνοδεύεται από έντονες αυτοκαταστροφικές ενορμήσεις. Το

άτομο αμύνεται, προκειμένου να καταπραΰνει την εσωτερική του αγωνία, μέσω της βίαιης πράξης και αμέσως μετά μέσω της αυτοκτονίας, η οποία δείχνει καθαρά την βαθύτερη αυτοκαταστροφική του τάση.<sup>42</sup> Οι σχιζοφρενείς πολλές φορές διαπράττουν αυτοκτονία και για να μετριάσουν την φονική τάση που τους καταβάλλει. Ο κίνδυνος για απόπειρα αυτοκτονίας στην σχιζοφρένεια είναι πολύ υψηλός: 10-13% των ασθενών διαπράττουν αυτοκτονία ενώ το 20-40% έχουν επιχειρήσει να αυτοκτονήσουν. Η πλειοψηφία αυτών που αυτοκτόνησαν είχαν επιχειρήσει και άλλες φορές στο παρελθόν.

Κάποιες έρευνες έχουν υποδείξει μια σχέση ανάμεσα σε κάποιες δημογραφικές και κλινικές μεταβλητές και στη διάπραξη αυτοκτονίας στους σχιζοφρενείς ασθενείς. Οι άνδρες, για παράδειγμα, αυτοκτονούν πιο συχνά από τις γυναίκες, όμως όσον αφορά τις απόπειρες αυτοκτονίας δεν διαφέρουν από τις γυναίκες. Επίσης, οι περισσότεροι άρρωστοι επιχειρούν να αυτοκτονήσουν μέσα στα πρώτα 10 χρόνια της ασθένειας με το 80% αυτών μέσα στα 5. Ο κίνδυνος αυξάνει ακόμα περισσότερο μετά από ένα οξύ επεισόδιο και μέσα στους πρώτους 6 μήνες της ιδρυματοποίησης. Η κατάθλιψη θεωρείται ως η κύρια αιτία απόπειρας αυτοκτονίας του σχιζοφρενικού ασθενή και η αμέσως επόμενη είναι ο χαμός ενός συζύγου ή εραστή.<sup>45</sup> Η αναλογία των ατόμων που επιχειρούν να δώσουν τέλος στη ζωή τους λόγω της παγίδευσής τους στο φαύλο κύκλο της ψύχωσής τους (ψευδαισθήσεις>φόβος>απόσυρση>ψευδαισθήσεις) είναι χαμηλότερη από όσο θα περίμενε κανείς, ενώ λίγοι είναι οι ασθενείς που το κάνουν εξαιτίας του διασυρμού της υπόληψης τους. Τέλος, λιγότεροι φαίνονται να είναι αυτοί που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν εξαιτίας της ύπαρξης στρεσογόνων παραγόντων στη ζωή τους όπως ανεργία, περιορισμένοι στόχοι.<sup>18,45</sup>



#### 4.1.4.7. Νομική αντιμετώπιση

Σύμφωνα με το άρθρο 14 Π.Κ. ο 'καταλογισμός' αποτελεί στοιχείο της έννοιας του εγκλήματος και συνεπώς, αναγκαία προϋπόθεση για την επιβολή της ποινής. Ο καταλογισμός συνιστά μια αξιολογική κρίση αποδοκιμασίας του δράστη

για την παράβαση της νομικής επιταγής. Οι ουσιαστικές προϋποθέσεις του καταλογισμού είναι

α) η ικανότητα προς καταλογισμό (βιολογικό στοιχείο)

β) η προσωπική στάση του δράστη απέναντι στην πράξη, δηλαδή η ύπαρξη δόλου ή αμέλειας (ψυχολογικό στοιχείο)

γ) η απουσία στην συγκεκριμένη περίπτωση λόγων που καθιστούν τον δράστη συγγνωστό (δεοντολογικό στοιχείο).

Ο νομοθέτης ξεκινά από την αρχή, ότι κάθε άνθρωπος που βρίσκεται σε κανονική ψυχική κατάσταση έχει την ικανότητα προς καταλογισμό. Η έλλειψη ικανότητας προς καταλογισμό αποτελεί την εξαίρεση.

Ο νόμος θεωρεί μη ικανούς για καταλογισμό:

1. τους ανήλικους ηλικίας 7-12 ετών (άρθρο 126 Π.Κ.)

2. τους κωφάλαλους (άρθρο 33 Π.Κ.)

3. εκείνους που βρίσκονται σε νοσηρή διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών ή διατάραξη της συνειδήσεως (άρθρο 34 Π.Κ.), εφόσον, λόγω της κατάστασης τους, δεν έχουν την ικανότητα να αντιληφθούν το άδικο της πράξης τους ή να ενεργήσουν σύμφωνα με την προς αυτό αντίληψη τους.

Ο νόμος καθιερώνει δυο 'βιολογικά' στοιχεία αποκλεισμού ή μειώσεως της ικανότητας προς καταλογισμό: 'νοσηρή διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών' και 'διατάραξη της συνειδήσεως' με το ψυχολογικό επακόλουθο 'ο δράστης δεν είχε την ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψη του για το άδικο αυτό.' Με τον όρο 'νοσηρή διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών' νοούνται όλες οι μορφές φρενοπάθειας ή παραφροσύνης. Με τον όρο 'διατάραξη της συνείδησης' νοούνται όλες οι ψυχικές διαταραχές που δεν πηγάζουν από παθολογική κατάσταση (μέθη, υπνοβασία κ.α.) Οι ακαταλόγιστοι εγκληματίες δεν έχουν ποινική ευθύνη, υποβάλλονται όμως σε μέτρα ασφαλείας (άρθρο 69, 70 Π.Κ.).

Σε περίπτωση που οι ικανότητες 'διάκρισης' και 'συμμόρφωσης' δεν λείπουν τελείως από το δράστη αλλά έχουν μειωθεί σημαντικά, υπάρχει μειωμένη ικανότητα προς καταλογισμό και επιβάλλεται ελαττωμένη ποινή (άρθρο 83 Π.Κ.). Δυσχέρεια παρουσιάζει το θέμα της ικανότητας προς καταλογισμό των ψυχοπαθητικών. Γίνεται δεκτό πως ο ψυχοπαθητικός δράστης έχει συνήθως την 'ικανότητα διάκρισης', στερείται όμως την 'ικανότητα συμμόρφωσης'. Στην περίπτωση αυτή ο δικαστής οφείλει να του επιβάλλει ποινή ελαττωμένη (άρθρο 36 Π.Κ.) και προβλέπεται 'περιορισμός του σε ψυχιατρικό κατάστημα' (άρθρο 37, 38 Π.Κ.) ή η 'φύλαξη του σε θεραπευτικό κατάστημα' (άρθρο 69 Π.Κ.), εάν θεωρηθεί 'επικίνδυνος'. Δεν αποκλείεται ενίοτε να ελλείπει τελείως από τον δράστη η ικανότητα προς καταλογισμό, οπότε ο δικαστής τον κρίνει 'ακαταλόγιστο' (άρθρο 34 Π.Κ.).<sup>41</sup>

Η διαφορετική νομική αντιμετώπιση των ψυχικά νοσούντων υπήρχε ανέκαθεν. Στο βιβλίο IX των Νόμων, ο Πλάτων προτείνει μειωμένες ποινές για τους παραβάτες του νόμου που είναι παράφρονες. Ο Δημοσθένης στον 'Περί Στεφάνου' λόγο αναφέρει ότι στην αθηναϊκή κοινωνία, ο νόμος προέβλεπε ότι η διαθήκη ήταν άκυρη, αν γινόταν από άτομο σε κατάσταση ψυχικής διαταραχής. Στην αρχαία Ρώμη, αρκετοί νόμοι αναφέρονταν στους ψυχικά πάσχοντες (furiosi, amentes). Έτσι π.χ. η lex duodecim tabularum ρύθμιζε τον τρόπο διαχείρισης της περιουσίας τους.

Στο Βυζάντιο, ο Ιουστινιάνειος Corpus Juris Civilis θεσμοθέτησε τον μη αξιόποιο χαρακτήρα των παραβατικών πράξεων που διέπρατταν οι ψυχοπαθείς και προέβλεπε μέτρα προστασίας της κοινωνίας από τέτοιες πράξεις. Κατά την διάρκεια του Μεσαίωνα σε πολλές χώρες της δυτικής Ευρώπης ίσχυαν νόμοι, οι οποίοι ρύθμιζαν τη νομική ευθύνη, τη δικαιοπρακτική ικανότητα και την αντιμετώπιση της επικινδυνότητας των ψυχοπαθών. Στα χωριά οι ψυχοπαθείς συχνά αντιμετωπιζόνταν με ανεκτικότητα ακόμα και με σεβασμό, όμως στις πόλεις η μοίρα τους ήταν σκληρότερη. Αποβάλλονταν από την κοινότητα και είτε παραδίδονταν σε ναυτικούς ('πλοία των τρελών' που διέσχιζαν τα ποτάμια της Ευρώπης), είτε εντάσσονταν σε караβάνια προσκυνητών. Κατά τον όψιμο Μεσαίωνα, κοντά στους τόπους προσκυνήματος κτίστηκαν οικήματα (ιδρύματα) όπου διαβιούσαν μαζί άτομα με ψυχικές διαταραχές, σωματικές αναπηρίες και άποροι.

Η ποινική μεταχείριση των ψυχοπαθών κατά τον Μεσαίωνα, στην δυτική Ευρώπη συνδέεται με την κυριαρχία της Εκκλησίας στην πολιτικοκοινωνική ζωή και την δαιμονολογική αντίληψη για τις ψυχικές διαταραχές. Τα εκκλησιαστικά δικαστήρια αντιμετώπιζαν τους ψυχικά ασθενείς που είχαν διαπράξει αδίκημα, με την μέθοδο της Θεοδικίας (π.χ. έριχναν ένα άτομο δεμένο με ένα βάρος στο νερό, πιστεύοντας πως αν ήταν αθώο, ο Θεός θα το βοηθούσε να επιπλεύσει), του εξορκισμού ή του εξαγνισμού με τον δια πυρός θάνατο. Κατά τις περιόδους του κυνηγιού των μαγισσών πολλά άτομα με ψυχικές διαταραχές (π.χ. κατατονική σχιζοφρένεια) αντιμετωπίστηκαν με τον ίδιο τρόπο.<sup>42</sup>



*Έργο του 17<sup>ου</sup> αιώνα που δείχνει μια καταδίκη στην πυρά. Η τελευταία εκτέλεση αυτού του τύπου έγινε στην πόλη του Μεξικού το 1815.*

Παράλληλα και ιδιαίτερα κατά τον 17<sup>ο</sup> αιώνα, αρχίζει να καλλιεργείται μια άλλα προσέγγιση, πιο επιστημονική, η οποία ξεκινά από τον Ιπποκράτη και συνδέει τις ψυχικές διαταραχές με ποσοτικές και ποιοτικές αποκλίσεις ή ανωμαλίες της κίνησης των χυμών του σώματος και κατ' επέκταση και τα 'πάθη' του ψυχασθενή με τους χυμούς αυτούς.<sup>36,42</sup> Άραβες ιατροφιλόσοφοι (Ραζής, Αβιέννας), βυζαντινοί συγγραφείς (Νίκαιος, Αιγινήτης), διανοητές και καθηγητές των πρώτων Ευρωπαϊκών πανεπιστημίων (Μέγας Αλβέρτος, Θωμάς Ακουινάτης) συνέβαλαν στην διατήρηση της προσέγγισης αυτής.<sup>42</sup>

Ο Richard Burton και στη συνέχεια ο Paolo Zacchia τονίζουν τη σημασία του συναισθηματικού παράγοντα και υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα της θεώρησης του ψυχασθενή ως συγκεκριμένου προσώπου και όχι ως κενού φορμαλισμού του νόμου. Π.χ. οι μανιακοί ασθενείς παρουσιάζουν διαλείμματα καθαρότητας μυαλού κατά τα οποία θα μπορούσαν να εκτελέσουν κάποια υπεύθυνη εργασία. Επίσης, όποιος ψυχικά άρρωστος διέπραττε φόνο, το έκανε γιατί ήταν καταβεβλημένος από υπερβολικό πάθος και έτσι θα έπρεπε να έχει το δικαίωμα πολλών ελαφρυντικών.<sup>36</sup>

Η διάδοση των ιδεών του Διαφωτισμού, η εξάπλωση του φιλανθρωπισμού, βοήθησαν στο να πνεύσει ένας νέος άνεμος στην αντιμετώπιση των ζητημάτων που αφορούσαν το Δίκαιο και την Ψυχιατρική. Η δημιουργία μιας νομοθεσίας με εξορθολογισμό του τρόπου απονομής της δικαιοσύνης, τον μετριάσμο και την εξατομίκευση των ποινών και τη μεταρρύθμιση του σωφρονιστικού συστήματος υποστηρίχθηκαν από γιατρούς, νομικούς και κορυφαίους πνευματικούς παράγοντες της εποχής π.χ. Montesquieu. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές συνδυάστηκαν με αλλαγές στην νομοθεσία για τον εγκλεισμό, έτσι ώστε να διασφαλιστούν περισσότερο τα δικαιώματα των ασθενών και να περιοριστούν οι άθλιες συνθήκες της διαβίωσης τους.

Ο όρος 'ψυχιατρική' χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1808 από τον γερμανό γιατρό Johann Reil. Η πρόοδος της ψυχιατρικής κατά τον 18<sup>ο</sup> και 19<sup>ο</sup> αιώνα, η εμφάνιση συγγραμμάτων, που δημιούργησαν τις βάσεις της ψυχιατρικής, ως θετικής επιστήμης και της Νομικής Ψυχιατρικής ως ανεξάρτητου κλάδου της (π.χ. το έργο του Pinel) έθεσαν εκ νέου το ζήτημα της διαμόρφωσης ιατρικών επιστημονικών κριτηρίων κατά την αναζήτηση του καταλογισμού.

Ο γαλλικός Ποινικός Κώδικας του 1810 στο άρθρο 64, που ισχύει μέχρι σήμερα, ορίζει: «Δεν υπάρχει έγκλημα ή πλημμέλημα, εάν ο κατηγορούμενος βρισκόταν σε κατάσταση παραφροσύνης κατά το χρόνο της πράξης ή εξαναγκάστηκε από μια δύναμη στην οποία δεν μπόρεσε να αντισταθεί.» Μια άλλη κατηγορία προβλημάτων που απασχόλησαν την νομική και την ψυχιατρική σκέψη κατά τον 19<sup>ο</sup> αιώνα, αφορούσε την περαιτέρω μεταχείριση των ακαταλόγιστων παραβατών που παρουσίαζαν ψυχικές διαταραχές και ήταν επικίνδυνοι για την δημόσια ασφάλεια.

Τα άτομα αυτά έπρεπε να ζουν υπό επιτήρηση σε θεραπευτικό περιβάλλον καθώς τα ψυχιατρικά άσυλα δεν θεωρούνταν πλέον κατάλληλοι χώροι φύλαξης των παραβατών, κάτι που ισχύει μέχρι και σήμερα.

Στην Ελλάδα, η ανάπτυξη της Νομικής Ψυχιατρικής είναι πολύ περιορισμένη. Το ερευνητικό έργο σε αυτό τον τομέα είναι περιορισμένο και το

αίτημα της ίδρυσης ενός Ινστιτούτου Δικαστικής Ψυχιατρικής δεν έχει υλοποιηθεί. Είναι ευνόητο ότι η καθυστέρηση αυτή επηρεάζει την ποιότητα των δικαστικών (ιδίως των ποινικών) αποφάσεων, την λειτουργία του ποινικού συστήματος, την εξέλιξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης καθώς και την εφαρμογή μίας εγκληματοπροληπτικής πολιτικής.<sup>42</sup>

Αρχαία Ελλάδα, Ρώμη, Βυζάντιο	Περιορισμός της ποινικής, της αστικής ευθύνης, των αστικών δικαιωμάτων των ψυχοπαθών.
Μεσαίωνας	Δαιμονική προσέγγιση της τρέλας. Εκκλησιαστικά δικαστήρια. Θεοδικία, εξορκισμός, εξαγνισμός.
Αναγέννηση	Αναγέννηση της ιπποκράτειας παράδοσης, Hohannes Weyer: De Prestigiis Demonum. Ο ιατρός είναι συναρμόδιος για τις ψυχικές διαταραχές. Paulus Zacchias: Questiones Medicolegales. Σύζευξη της ψυχιατρικής νοσολογίας με τη νομική κατάσταση του πάσχοντος.
17ος αιώνας	Μαζικός εγκλεισμός ψυχοπαθών, μαζί με άλλες κατηγορίες αποκλινόντων σε άσυλα. Διαφωτισμός. Κίνηση για ορθολογικοποίηση
18ος αιώνας	Μεταρρύθμιση στην δημόσια υγιεινή (Frank, Fodere) Αλλαγές στην ασυλιακή ψυχιατρική ( Pinel, Tuke, Jolly, Langerman) Οι ιατροί πραγματογνώμονες στις ποινικές δίκες. Γαλλικός ποινικός κώδικας, κανόνες Mc Naughton για τον καταλογισμό Μετατροπή των ασύλων σε ψυχιατρεία. Νομική ρύθμιση του εγκλεισμού (Ray, Esquirol, γαλλικός νόμος της 30
19ος αιώνας	Ψυχιατρική νοσολογία, θεωρίες για την ηθική 'τρέλα' και τις μονομανίες. (Rush από τον 18ο αιώνα, Prichard, Pinel, Esquirol) Γέννηση της Εγκληματολογίας ( Lombroso, Garofalo, Ferri). Θεωρίες της γενικής και της ειδικής πρόληψης Αστυφιλία, μετανάστευση, βιομηχανική επανάσταση. Νέο κύμα εγκλεισμών στα ψυχιατρεία Νέα Κοινωνική Άμυνα ( Grammatica, Aniel). Εναλλακτικές ποινές, αγωγή των καταδίκων. Δίκαιο των Ανηλίκων Αντιψυχιατρικό κίνημα ( Cooper, Szasz, Laig). Κριτική Εγκληματολογία (Taylor, Sellin, Foucault).
20ος αιώνας	Κοινωνική ψυχιατρική. Αποιδρυματισμός. Εξωνοσοκομειακές δομές ψυχιατρικής περίθαλψης. Νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις ( π.χ. θεραπευτικές κοινότητες, ομάδες αλληλοβοήθειας). Διεπιστημονικά προγράμματα έρευνας και παρέμβασης για αντιμετώπιση της εγκληματικότητας. Η Νομική Ψυχιατρική αυτοτελής κλάδος επιστημονικής ειδίκευσης.

*Ορισμένες φάσεις της ιστορικής εξέλιξης στον «κοινό χώρο» Ψυχιατρικής και Δικαίου*



#### 4.1.4.8. Θεώρηση του εγκλήματος από τον ίδιο το ασθενή

Οι περισσότεροι παραβατικοί σχιζοφρενείς νομιμο-ποιούν την πράξη τους, υποστηρίζοντας ότι αυτή ήταν δίκαιη ή αναπόφευκτη. Το έγκλημα έτσι καταλήγει να γίνεται από τον δράστη σαν ένα φυσιολογικό γεγονός, επιβεβλημένο από τα γεγονότα και απόλυτα δικαιολογημένο. Το φαινόμενο αυτό συνιστά μια θεμελιακή εγκληματογόνο διαδικασία που συναντιέται σε κάθε εγκληματία. Μελετητές του φαινομένου αυτού, ο De Greef και ο Hesnard αναφέρουν ότι ο εγκληματίας στηρίζεται σε μια μυθική, εγωκεντρική 'ψευδοθητική' και γίνεται δικαιοδότης, θεωρώντας τον εαυτό του θύμα προτού γίνει εκδικητής.

Η νομιμοποίηση της πράξης γίνεται συνήθως μέσα από τους παρακάτω τρόπους:

α) Νόμιμη άμυνα, όπου συνήθως οι εγκληματικές ενέργειες γίνονται κάτω από την επίδραση παραληρήματος, όπου το θύμα είναι ο διώκτης.

β) Απόδοση άδικης συμπεριφοράς στο θύμα

γ) Άρνηση της πραγματικότητας.

δ) Παραποίηση της πραγματικής υπόστασης του θύματος ή του ιδίου του δράστη.

ε) Αναφορά στην ψυχική ασθένεια και στο ανεύθυνο των πράξεων π.χ. «*Ημουν άρρωστος, δεν ήξερα τι έκανα*» το οποίο και αναφέρεται από τους περισσότερους.

Ακόμα και στα σχιζοφρενικά άτομα λοιπόν, τα άτομα δηλαδή που χαρακτηρίζονται από μια έντονη αποδιοργάνωση της προσωπικότητας, χρειάζεται να υπερνικηθούν οι αντιστάσεις εκείνες που εναντιώνονται στην διάπραξη μιας βίαιης, παραβατικής πράξης, μέσα από την αναζήτηση μιας αιτίας. Με την νομιμοποίηση της πράξης τους, αμύνονται ενάντια στην ενοχή που θα τον κατέκλυζε μετά την διάπραξη του εγκλήματος. Η αυτοδικαιολόγηση της πράξης μπορεί να εκφράζει μια αυθόρμητη απενοχοποιητική διεργασία. Σημασία όμως έχει το γεγονός ότι το φαινόμενο αυτό συνιστά μια βασική αρχή του ψυχισμού του κάθε ατόμου που διαπράττει έγκλημα, ανεξάρτητα αν αυτό πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια ή όχι. Κατά συνέπεια η αυτοδικαιολόγηση της πράξης από τον ασθενή μπορεί να θεωρηθεί ένα θεμελιακό σημείο σύγκλισης ανάμεσα στον παθολογικό και τον μη παθολογικό εγκληματία.

Από την άλλη πλευρά, η δικαιολόγηση της εγκληματικής πράξης χρησιμοποιείται από κάθε εγκληματία, σχιζοφρενικό και μη, σαν μια 'τεχνική εξουδετέρωσης' (technique of neutralization) του ελέγχου που ασκούν επάνω του οι εσωτερικευμένοι κοινωνικοί κανόνες. Διευκολύνει, έτσι, το πέρασμα στην εγκληματική πράξη και επιτρέπει στον ίδιο να διατηρεί τους δεσμούς του με το κυρίαρχο σύστημα κοινωνικών κανόνων και κατ' επέκταση με την ευρύτερη κοινωνική ομάδα, γεγονός που αποτελεί βασικό προσεγγιστικό σημείο ανάμεσα στον σχιζοφρενικό και φυσιολογικό εγκληματία.

Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης και η ταύτιση του σχιζοφρενή με την επικινδυνότητα και το ανεξέλεγκτο της πράξης του, εξαιτίας της διείσδυσης του κυρίαρχου κοινωνικού στερεότυπου της σχιζοφρένειας στον ψυχισμό τους. Η τάση αυτή τροφοδότησε σε πολλές περιπτώσεις νομιμοποιητικά πλαίσια για το πέρασμα στην εγκληματική πράξη, διευκολύνοντας παράλληλα την πραγματοποίησή του.<sup>1</sup>

Macedonian Press Agency: News in Greek, 00-07-27

Macedonian Press Agency: Brief News in ASCII Greek Directory - Previous Article - Next Article

From: The Macedonian Press Agency at <http://www.mpa.gr> and <http://www.hri.org/MPA>.

*11 ΧΡΟΝΙΑ ΦΥΛΑΚΗ ΣΕ ΡΩΣΟ ΔΙΠΛΩΜΑΤΗ ΓΙΑ ΚΑΤΑΣΚΟΠΕΙΑ ΥΠΕΡ ΤΗΣ ΒΡΕΤΑΝΙΑΣ*

*Μόσχα, 27 Ιουλίου 2000 (19:35)*

*Ο πρώην διπλωμάτης της Ρωσίας, Platon Ομπρογκοφ, καταδικάστηκε σε κάθειρξη 11 ετών, όταν βρέθηκε ένοχος για κατασκοπεία για λογαριασμό της Βρετανίας.*

*Ο κ. Ομπρογκοφ, γιος ενός πρώην υφυπουργού Εξωτερικών, συνελήφθη το 1996. Κατά τη διάρκεια της δίκης υποστήριξε πως υπέφερε από σχιζοφρένια για να αποδείξει την αθωότητα του.*

*Ωστόσο, οι ρωσικές αρχές πιστεύουν πως ο Ομπρογκοφ έστειλε μηνύματα στην βρετανική μυστική υπηρεσία Μ16, χρησιμοποιώντας κρυφό διαβιβαστή, με αποτέλεσμα να τον καταδικάσουν.<sup>48</sup>*

## 4.2. ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ



### 4.2.1. Τι είναι

Στιγματίας: Αρχαία ελληνική λέξη. Αυτός που φέρνει στίγματα στο πρόσωπο ή στο σώμα, τα οποία έχουν δημιουργηθεί από χάραγμα, χτύπημα με οξύ όργανο ή καυτηριασμό.

Μεταφορικά: Αυτό που έχει κάποιο κοινωνικό ελάττωμα ή παραβατική συμπεριφορά. Ο προκαλών ντροπή, καταισχύνη.

Στιγματίζω: Προξενώ σημάδια, στίγματα. Σφραγίζω με πυρακτωμένη σφραγίδα τον εγκληματία. Χαρακτηρίζω κάποιον ως άτιμο και τις πράξεις του ανέντιμες και ανήθικες.<sup>49</sup>

Many people don't understand it is an illness. They say: 'Can't you just discipline your thinking?' But you can't discipline a virus, cancer cells, or a broken leg."

Dean Kernohan



Πολλοί μύθοι και παρεξηγημένες αντιλήψεις για τη σχιζοφρένεια συνεχίζουν να επικρατούν ακόμα και σήμερα. Ποιο είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα των σχιζοφρενών; Οι περισσότεροι μιλούν για το γεγονός πως ακόμα κι όταν αισθάνονται καλά, ο κόσμος δεν τους αποδέχεται. Όταν ένας φυσιολογικός άνθρωπος εισαχθεί στο νοσοκομείο για μια εγχείρηση, όλοι οι φίλοι του και οι συγγενείς θα τον επισκέπτονταν ή θα του τηλεφωνούσαν. Όταν, όμως, εισαχθεί στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, οι φίλοι και ορισμένοι συγγενείς νιώθουν άβολα στην παρουσία του και πολλές φορές μένουν μακριά του. Οι άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια, νιώθουν το στίγμα της διάκρισης σε όλα σχεδόν όσα κάνουν. Καταλήγουν, με αυτόν το τρόπο, απομονωμένοι και ξεκομμένοι από την κοινωνία. Οι περισσότεροι συναντούν δυσκολία στο να βρουν φίλους, ένα σύζυγο ή κάποιον που να νοιάζεται για αυτούς. Το στίγμα μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές διακρίσεις που επιδεινώνουν άσκοπα τα προβλήματα των ατόμων με σχιζοφρένεια. Τέτοιες διακρίσεις μειώνουν τον αριθμό των πόρων για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, τη διαθεσιμότητα χώρων στέγασης, τις ευκαιρίες για εργασία και κοινωνικές συναναστροφές, δημιουργώντας προβλήματα που στην συνέχεια αυξάνουν ακόμα περισσότερο το στίγμα που σχετίζεται με την ασθένεια.

'Τρελός', 'μουρλός', 'ψυχάκιας' κ.α. είναι λέξεις που ακούμε καθημερινά. Αλλά, όπως πολλές άλλες ταπεινωτικές και προκατειλημμένες λέξεις, η χρησιμοποίησή τους προσβάλλει και πληγώνει αυτή την πολύ συγκεκριμένη ομάδα ανθρώπων. Το πιο σημαντικό όμως είναι ότι εξαιτίας της επιδημιολογίας της, που την κάνει αρκετά πολυσύχναστη ασθένεια (1 στους 100 κάποια στιγμή στη ζωή τους θα νοσήσουν), δεν μπορεί να είναι ποτέ κανείς σίγουρος ότι δεν θα παρουσιαστεί και στον ίδιο ή σε κάποιο αγαπητό του πρόσωπο. Αυτό που ο κόσμος δεν γνωρίζει είναι πως η σχιζοφρένεια προλαμβάνεται και θεραπεύεται με αποτέλεσμα να τους καταλαμβάνει ο φόβος του στίγματος και έτσι να αργούν να ζητήσουν βοήθεια. Το στίγμα που συνοδεύει αυτόν που έχει σχιζοφρένεια μπορεί να έχει επίσης αρνητική επίδραση στην πορεία και την έκβαση της ίδιας της ασθένειας. Εντέλει το στίγμα δεν επηρεάζει μόνο αυτούς που έχουν τη νόσο αλλά και τις οικογένειές τους, τους ανθρώπους που τους φροντίζουν καθώς και τους παρέχοντες φροντίδα υγείας.<sup>50</sup>

#### 4.2.2. Αίτια

##### α) Η άγνοια

Η άγνοια θεωρείται η κυριότερη αιτία ύπαρξης του στίγματος. Είναι φυσικό επακόλουθο της έλλειψης επαρκούς ενημέρωσης και γνώσης σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές, πως δηλαδή αυτές λειτουργούν, τι επηρεάζουν, εάν

θεραπεύονται και πως. Υπάρχει η αντίληψη στο κοινό ότι η σχιζοφρένεια είναι το ίδιο με τον "διχασμό της προσωπικότητας" - κάτι σαν τον Dr Jekyll και Mr Hyde, ένα φαινόμενο τελείως διαφορετικό από τη σχιζοφρένεια (σύνδρομο της διχασμένης ή πολλαπλής προσωπικότητας). Ακόμα και οικογένειες των ασθενών βλέπουμε να έχουν πλήρη άγνοια της κατάστασης του άρρωστου μέλους τους καθώς δεν επιθυμούν να το φροντίσουν μέσα στο σπίτι τους για μεγάλο χρονικό διάστημα με την πρόφαση της 'επικινδυνότητας'.

Επίσης, προσπαθούν να κρατήσουν την ασθένεια του κρυφή από το περιβάλλον τους, από φόβο μην επηρεαστεί η κοινωνική τους θέση, και σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμα και από τους ίδιους τους συγγενείς τους. Παράλληλα, πολλά στελέχη ψυχικής υγείας στερούνται κατάλληλης ή πλήρους εκπαίδευσης με αποτέλεσμα αφενός να αγνοούν τις επιπτώσεις του στίγματος στον ασθενή και αφετέρου να μην θεωρούνται ικανά να ενημερώσουν τις οικογένειες των σχιζοφρενικών ατόμων.<sup>32</sup>

### β) Ο ρόλος των MME

Όταν δολοφονήθηκε ο John Kennedy, κάποιος αμερικανός δημοσιογράφος έγραψε στην εφημερίδα του: «Ο John F. Kennedy δολοφονήθηκε από έναν σχιζοφρενή, τον Lee Harvey Oswald, ο οποίος είχε ορκιστεί πίστη και αφοσίωση στον παρανοϊκό Fidel Castro. Και ο Oswald με τη σειρά του δολοφονήθηκε από έναν άλλο ψυχοπαθή, τον Jack Ruby.» Τρεις ψυχιατρικές διαγνώσεις σε πέντε γραμμές. Από έναν δημοσιογράφο, εκφραστή και διαμορφωτή της κοινής γνώμης που εκφράζει την ανάγκη της μάζας να διώξει από πάνω της το βάρος της ντροπής και του φόβου, αποδίδοντας κάθε αποτρόπαια και απωθητική πράξη στην ψυχική ασθένεια του δράστη, πραγματική ή υποτιθέμενη.

Τα MME ανταποκρίνονται στην ανάγκη του εντυπωσιασμού, στα πλαίσια του ανταγωνισμού. Στην πραγματικότητα είναι ένας σπασμωδικός τρόπος συγκράτησης κοινού, που ελκύονται προς αυτά μέσω της στόχευσης περιοχών ερεθισμού των πιο χαμηλών ενστίκτων. Τελικά παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην αναπαραγωγή, την διαμόρφωση και διαίωνιση των αρνητικών στερεότυπων καθώς και στην δημιουργία αποδιοπομπαίων τράγων που είναι κατά κανόνα οι σχιζοφρενείς.<sup>41</sup>

"Most people think it's some Dr. Jekyll and Mr. Hyde thing. Every serial killer and axe murderer on TV is said to have schizophrenia. That kind of ignorance just makes it worse for people who live it."

Alvin Vieira



**Τρελός:** Το θέμα της λέξης προέρχεται από το ρήμα τρέω, από την σανσκριτική ρίζα -τρεσ- που σημαίνει φοβάμαι, σείομαι, τρέπομαι εις φυγήν εκ φόβου. Από την ίδια ρίζα -τρεσ- έχουμε στα ελληνικά τις λέξεις τρέμω, τρόμος.<sup>41</sup>

### 4.2.3. Προτάσεις καταπολέμησης του

Το να υποστηρίζεις κάποιον με σχιζοφρένεια είναι μια δύσκολη και μακρόχρονη προσπάθεια, η οποία μπορεί να γίνει αρκετά δύσκολη. Η παρουσία ενός σχιζοφρενή στο σπίτι έχει επίδραση στην οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας, στην επαγγελματική δραστηριότητα των μελών της και είναι αρκετά ψυχοφθόρα, ιδιαίτερα στην περίπτωση υποτροπής της ασθένειας.

Παρά τα προβλήματα αυτά όμως, τα μέλη της οικογένειας και οι φίλοι του σχιζοφρενούς θεωρούνται οι καταλληλότεροι να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα στον άρρωστο και να βοηθήσουν στην ομαλή επανένταξη του στην κοινωνία. Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, ο στόχος των οικογενειών, σε συνεργασία με το σύστημα υγείας τους, είναι να βοηθήσουν το άτομο να λειτουργεί ανεξάρτητο και να καθοδηγεί το ίδιο τη ζωή του.

Τα μέλη της οικογένειας του σχιζοφρενούς μπορούν να επωφεληθούν και να ενημερωθούν για την ασθένεια και τη θεραπεία της από ένα οικογενειακό σύμβουλο που παρέχει συναισθηματική υποστήριξη και πρακτικές συμβουλές στο πώς να χειριστείς την συμπεριφορά του άρρωστου μέλους.<sup>27</sup> Οι εξηγήσεις που κινούνται στον άξονα γύρω από τον οποίο τονίζεται ότι υπάρχουν ενδείξεις για τον γενετικό παράγοντα στην πιθανή αιτιολογία της νόσου, αλλά δεν είναι επιστημονικά γνωστός ο τρόπος μετάδοσης του γενετικού υλικού, έτσι ώστε κανένας άμεσος συγγενής δεν πρέπει να ευθύνεται για αυτό. Αυτή η προσέγγιση στοχεύει στην επιστημονικά ορθή ενημέρωση, άρα και πιθανή αποενοχοποίηση της οικογένειας για το άρρωστο μέλος της. Οι ενοχές άλλωστε, είναι ένα αρνητικό συναίσθημα που βιώνει ο ασθενής συνεχώς. Η χρησιμοποίηση του “μοντέλου του σακχαρώδους διαβήτη” εξηγεί την ανάγκη της συνεχούς φροντίδας και, από την άλλη μεριά, αποτελεί ένα παράδειγμα ότι ο ψυχικά άρρωστος, όπως και ο διαβητικός, μπορεί να συμμετέχει στην κοινωνική ζωή της κοινότητας, να εργάζεται, να χαίρεται κανονικά τον ελεύθερο χρόνο του. Τονίζεται, τέλος, ότι όπως ο διαβητικός άρρωστος μπορεί μόνο με διαίτα να ρυθμίζει το σάκχαρο στο αίμα του, έτσι και ο σχιζοφρενής μπορεί κάποια στιγμή στο μέλλον να λειτουργεί χωρίς φάρμακα.<sup>18</sup>

Οικογενειακοί υποστηρικτικοί σύλλογοι επίσης μπορεί να γίνουν ένα πολύ καλό μέσο ενημέρωσης για ασθενείς και τις οικογένειες τους καθώς βελτιώνουν τις ικανότητες επικοινωνίας και διδάσκουν στρατηγικές χειρισμού καταστάσεων. Με τη βοήθεια αυτών, αντιμετωπίζονται τα συμπτώματα της ασθένειας και αυξάνεται η λειτουργικότητα του ατόμου. Τα περισσότερα άτομα με σχιζοφρένεια μπορούν να ενταχθούν ξανά και να λειτουργήσουν ικανοποιητικά στην κοινωνία εάν τα μέλη των οικογενειών τους και οι φίλοι τους τα αντιμετωπίσουν απλά σαν ‘ανθρώπους’.

Η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρία ξεκίνησε το 1986 ένα πρόγραμμα για την καταπολέμηση του στίγματος.

Σκοπός του προγράμματος είναι:

- Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου.
- Η βελτίωση των αντιλήψεων και των στάσεων του κοινού απέναντι στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια και τις οικογένειες τους.
- Η ανάπτυξη δράσεων προκειμένου να εξαλειφθούν οι διακρίσεις.<sup>27</sup>

"The friends I had in high school were great. They never treated me differently even though I was certainly acting differently. They knew I needed help and were there to help me."

Simon Adamson



Εξίσου σημαντικός όμως είναι ο αποστιγματισμός της ασθένειας από τον ίδιο τον πάσχοντα. Η εξάλειψη, η μείωση των βιωμάτων της κοινωνικής αντίδρασης και της αντίληψης του στίγματος από τον ασθενή αποτελούν τη βασική ψυχοθεραπευτική διεργασία στην σχιζοφρένεια. Η ετικετοποίηση είναι ένα αρνητικό βίωμα που παλινδρομεί τον άρρωστο και ενισχύει την ψυχοπαθολογική του συμπεριφορά. Ο ασθενής εισάγεται στην έννοια της αλλαγής από μια κατάσταση υγείας σε μια κατάσταση αρρώστιας και προσπαθεί να αντιληφθεί τι ξαφνικά του συνέβη. Προκειμένου να το αντιμετωπίσει πρέπει να καταλάβει ότι η αρρώστια του δεν είναι μια καταστροφική κατάσταση αλλά κάτι που αντιμετωπίζεται.<sup>18</sup>

NAMI.

Η Εθνική Συμμαχία για τον Ψυχικά Ασθενή (NAMI) και παρόμοιες ομάδες, είναι ομάδες στήριξης για τις οικογένειες και τους φίλους ψυχικά πασχόντων ατόμων, όπως και για τους ίδιους τους ασθενείς. Τέτοιοι οργανισμοί προσφέρουν συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη και συμβουλές για τον τρόπο αναζήτησης φροντίδας σε ένα υπερβολικά πολύπλοκο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η NAMI είναι συχνά μια ομάδα υποστήριξης, όπου απευθύνονται μέλη οικογενειών. Η NAMI έχει επίσης διενεργήσει εκστρατείες για τον αποστιγματισμό της ψυχικής νόσου και για την ενημέρωση των κυβερνήσεων σε σχέση με τις ανάγκες και τα δικαιώματα των ασθενών και των οικογενειών τους.<sup>3</sup>

#### 4.2.4. Συμπεράσματα

1. Η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων με ψυχική ασθένεια δεν χρησιμοποιεί βία και γενικότερα τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν είναι περισσότερο επικίνδυνα αν συγκριθούν με τον υγιή πληθυσμό.
2. Οι ασθενείς εμφανίζουν ελαφρά αυξημένους δείκτες στα εγκλήματα βίας. Η βία όμως που σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια οφείλεται κυρίως στη μη λήψη των φαρμάκων ή στην ακαταλληλότητα της θεραπείας και στην έλλειψη στήριξης και αποδοχής.
3. Οι παράγοντες που θεωρείται ότι ενισχύουν τη χρήση βίας τόσο στον υγιή πληθυσμό όσο και στα άτομα με σχιζοφρένεια είναι το αντρικό φύλο, η κοινωνική απόρριψη και απομόνωση, ιστορικό προηγούμενης βίαιης συμπεριφοράς και η κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ.

4. Οι παραληρητικές ιδέες που το περιεχόμενο τους είναι απειλητικό για τη ζωή του ασθενή αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς, συνεπώς η κατάλληλη θεραπεία των παραληρητικών ιδεών μειώνει αισθητά τον παραπάνω κίνδυνο.

5. Τα εγκλήματα βίας που διαπράττονται από τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν διαφορετικό κίνητρο και διαφορετικά θύματα σε σχέση με αυτά που διαπράττονται από τους λεγόμενους 'υγιείς'. Συνήθως στα πρώτα θύματα τους περιλαμβάνονται άτομα του στενού οικογενειακού τους περιβάλλοντος και ακολουθούν τα πρόσωπα εξουσίας, όπως γιατροί, πολιτικοί ή δικαστές.

6. Ο μόνος τρόπος για να μειωθεί η εκδήλωση βίαιης και επικίνδυνης συμπεριφοράς στους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι η πρόσβαση σε θεραπευτικές υπηρεσίες, η λήψη της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής και η παράλληλη μείωση του στίγματος που απογοητεύει και αποθαρρύνει τους νοσούντες.<sup>46</sup>

### 4.3. ΜΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΛΕΞΗ

*«Έχει σημασία να προσπαθήσουμε να μην κλείσουμε μέσα μας μια συγκεκριμένη εικόνα σχιζοφρενικού. Οι κλινικές εικόνες - οι άνθρωποι - παρουσιάζουν πολύ μεγάλη ποικιλία, από την έντονη διέγερση ως την απάθεια και την απόσυρση, από την απλή εκκεντρικότητα ως την πιο αλλόκοτη συμπεριφορά. Τα στερεότυπα πρέπει να αποβληθούν οριστικά από τη ζωή μας και κυρίως να μην ξεχνούμε ότι οι σχιζοφρενικοί άρρωστοι είναι απλώς άρρωστοι, δεν είναι 'λεπροί' ούτε 'σειριακοί δολοφόνοι'.»<sup>33</sup>*



# Ειδικό μέρος



# ΜΕΛΕΤΗ

## 1. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

### A. Σχεδιασμός της έρευνας.

Η μέθοδος μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή.

### B. Πληθυσμός δείγμα.

Τον πληθυσμό-δείγμα αποτέλεσαν άτομα και των δυο φύλων, ανεξαρτήτου καταγωγής, μορφωτικού επιπέδου, οικογενειακής και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Αναλυτικότερα:

α) 60 άτομα, ηλικίας 18-50, από το ευρύτερο κοινό της Πάτρας.

β) Νοσηλεύόμενοι (παρανοϊκού, αποδιοργανωμένου και αδιαφοροποίητου τύπου) εκ των οποίων:

10 στην ψυχιατρική κλινική του Ρίου, σε οξεία φάση της νόσου και

6 στο νοσοκομείο ημέρας του 'Αγ. Ανδρέα', σε προσπάθεια κοινωνικής επανένταξης.

Για την συλλογή των δεδομένων από το κοινό χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, μέσω συνέντευξης, ανώνυμο, που περιλάμβανε 17 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Από αυτές 10 είναι διχοτομικές (ναι-όχι) και 7 εναλλακτικών απαντήσεων.

Για τους νοσηλευόμενους, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, μέσω συνέντευξης και λήψης στοιχείων από τα ιατρικά ιστορικά, ανώνυμο, που περιλάμβανε 17 ερωτήσεις κλειστού, και 1 ανοικτού τύπου. Από τις ερωτήσεις κλειστού τύπου 12 είναι διχοτομικές (ναι-όχι) και 5 εναλλακτικών απαντήσεων.

### Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας.

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε στην πόλη της Πάτρας, την περίοδο Νοεμβρίου-Ιανουαρίου 2004.

### Δ. Συλλογή δεδομένων.

Η πιλοτική μας έρευνα στηρίχθηκε στην διεθνή βιβλιογραφία προκειμένου να εξασφαλισθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 15 λεπτά της ώρας για το κοινό και 30 λεπτά για τους νοσηλευόμενους.

Τα αποτελέσματα του πιλοτικού μοντέλου ανακοινώθηκαν στο 32<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Θεσσαλονίκης.

### **Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων.**

Χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια. Στο πρώτο στάδιο της έρευνας έγινε προκαταρκτική μελέτη με σκοπό να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν τυχόν παραλείψεις, ασάφειες ή λάθη στο υλικό που συλλέχθηκε. Εφόσον δεν παρατηρήθηκε τίποτα από τα παραπάνω, χρησιμοποιήθηκαν όλα τα στοιχεία.

### **ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής.**

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των δικαιωμάτων των ανθρώπων (πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας, εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης, καθώς και κατά φυσικής, συγκινησιακής κτλ. βλάβης).

Για το λόγο αυτό πριν την συμπλήρωση κάθε ερωτηματολογίου, έγινε ενημέρωση όσον αφορά το σκοπό της έρευνάς μας, την ανωνυμία του ερωτηματολογίου, τον τυχαίο πληθυσμό δείγμα και τον φορέα της έρευνας (σχολή φοίτησης μας).

Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα της παρούσας μελέτης.

### **Ζ. Κωδικοποίηση και Στατιστική ανάλυση.**

Κάθε πιθανή απάντηση σε μια ερώτηση κωδικοποιήθηκε με έναν ακέραιο αριθμό ανάλογα τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μια ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε, για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και την στατιστική επεξεργασία τους μέσω γραφικών παραστάσεων, ήταν το Excel.

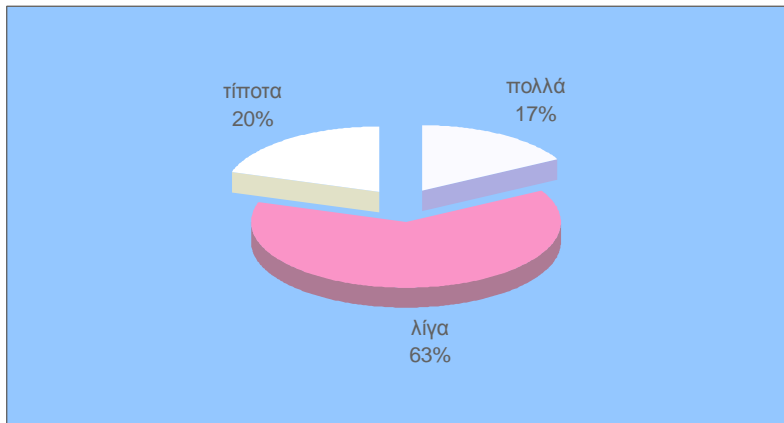
## 2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Απόψεις κοινού για την σχιζοφρένεια

#### Σχήμα 1

##### **Πόσα γνωρίζετε για τη σχιζοφρένεια;**

Κατανομή 60 ατόμων σχετικά με τις γνώσεις τους όσον αφορά τη σχιζοφρένεια.



Όπως φαίνεται στο σχήμα 1 το μεγαλύτερο ποσοστό (63%) δείχνει να γνωρίζει 'λίγα' για τη νόσο.

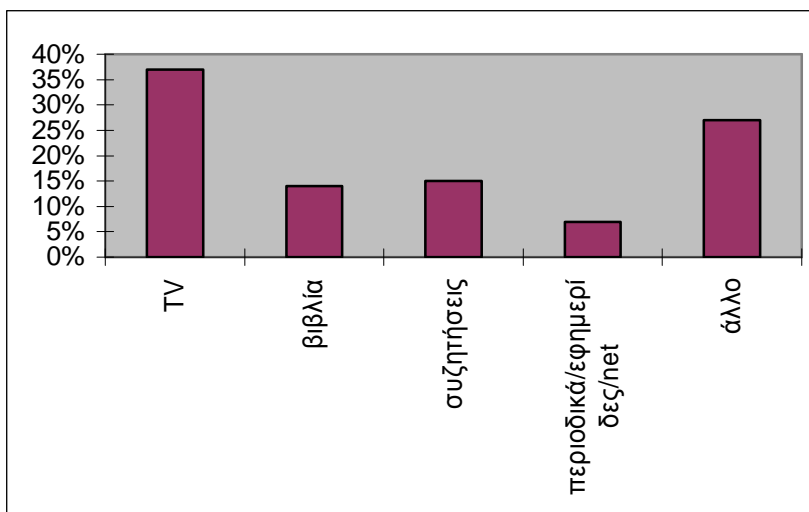
Ακολουθεί το ποσοστό του 20% που δεν γνωρίζει 'τίποτα'.

Τέλος, το μικρότερο ποσοστό (17%) φαίνεται να γνωρίζει 'πολλά'.

#### Σχήμα 2

##### **Ποια η πηγή πληροφόρησής σας;**

Κατανομή 60 ατόμων σε σχέση με την πηγή πληροφόρησής τους για την ασθένεια.



Όπως φαίνεται στο σχήμα 2 το μεγαλύτερο ποσοστό (37%) δηλώνει ως βασική πηγή πληροφόρησής τους την 'τηλεόραση'.

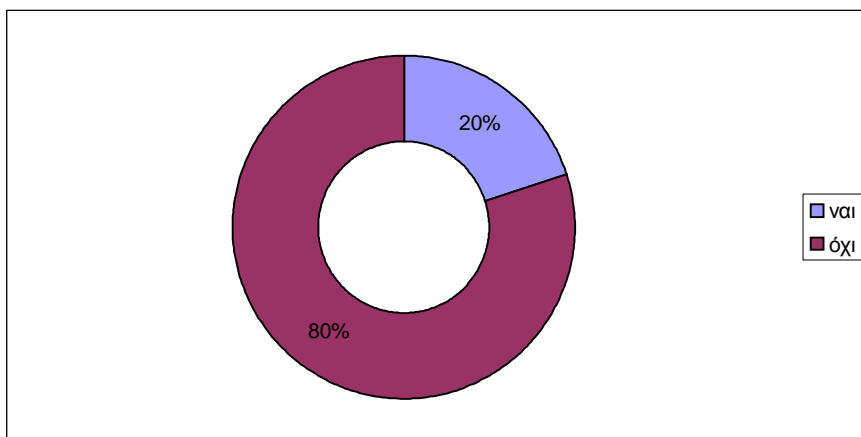
Ακολουθεί το ποσοστό του 27% με κάποια 'άλλη' πηγή πληροφόρησής τους.

Ένα ποσοστό (17%) έχει πληροφορηθεί από ‘συζητήσεις’.  
Έπειτα, το ποσοστό του 13% δηλώνει ως πηγή πληροφόρησης του τα ‘βιβλία’.  
Τέλος, το μικρότερο ποσοστό (7%) φαίνεται να έχει πληροφορηθεί από  
‘επιστημονικά περιοδικά’, ‘εφημερίδες’ και ‘internet’.

### Σχήμα 3

#### **Πιστεύετε πως η πηγή πληροφόρησης σας είναι έγκυρη;**

Κατανομή 60 ατόμων σχετικά με την αντίληψη τους όσον αφορά την εγκυρότητα της πηγής πληροφόρησης τους.



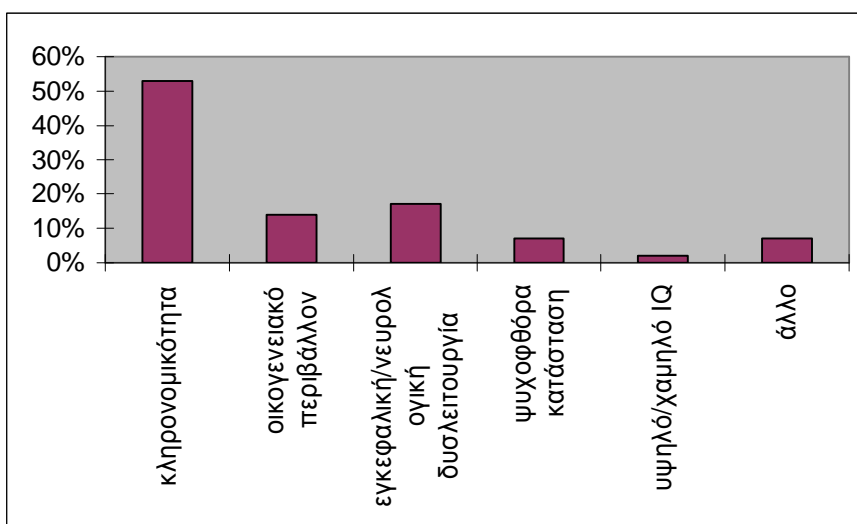
Όπως φαίνεται στο σχήμα 3 το μεγαλύτερο ποσοστό (80%) δείχνει να πιστεύει πως οι γνώσεις του για τη νόσο δεν ανταποκρίνονται πλήρως στην πραγματικότητα.

Ακολουθεί το ποσοστό του 20% που πιστεύει στην εγκυρότητα της πηγής πληροφόρησης του.

### Σχήμα 4.

#### **Ποια πιστεύετε πως είναι η αιτία της νόσου;**

Κατανομή 60 ατόμων σχετικά με την γνώση τους για την αιτία της ασθένειας.



Όπως φαίνεται στο σχήμα 4 το μεγαλύτερο ποσοστό (53%) αποδίδει την αιτιολογία της νόσου στην ‘κληρονομικότητα’.

Ακολουθεί το ποσοστό του 17% να θεωρεί ως αιτία της ασθένειας κάποια ‘εγκεφαλική/ νευρολογική δυσλειτουργία’

Ένα ποσοστό του 14% δηλώνει ως αιτία το ‘οικογενειακό περιβάλλον’.

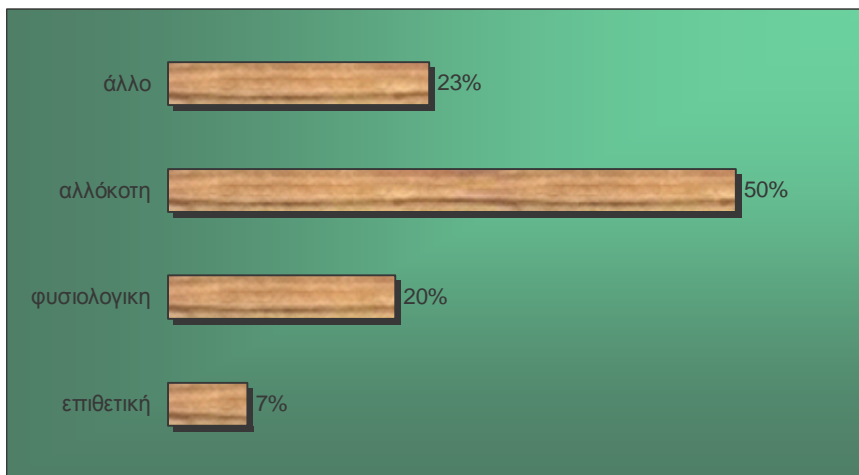
Έπειτα, το ίδιο ποσοστό του 7% φαίνεται να αποδίδει την νόσο σε μια ‘ψυχοφθόρα κατάσταση’ ή σε κάποια ‘άλλη’ αιτία.

Τέλος, το μικρότερο ποσοστό (2%) δηλώνει ως αιτία το ‘υψηλό/ χαμηλό IQ’.

#### Σχήμα 5.

**Ποια πιστεύετε ότι θα ήταν η αντίδραση ενός σχιζοφρενή σε ένα πιθανό διάλογο μαζί του;**

Κατανομή 60 ατόμων σε σχέση με την αντίληψη τους όσον αφορά την αντίδραση ενός σχιζοφρενή σε ένα πιθανό διάλογο μαζί του.



Όπως φαίνεται στο σχήμα 5 το μεγαλύτερο ποσοστό (50%) πιστεύει πως η αντίδραση ενός ασθενή σε έναν πιθανό διάλογο θα ήταν ‘αλλόκοτη’ Ακολουθεί το ποσοστό του 23% που θεωρεί πως η αντίδραση του ασθενή θα ήταν κάποια ‘άλλη’ από τις δεδομένες απαντήσεις.

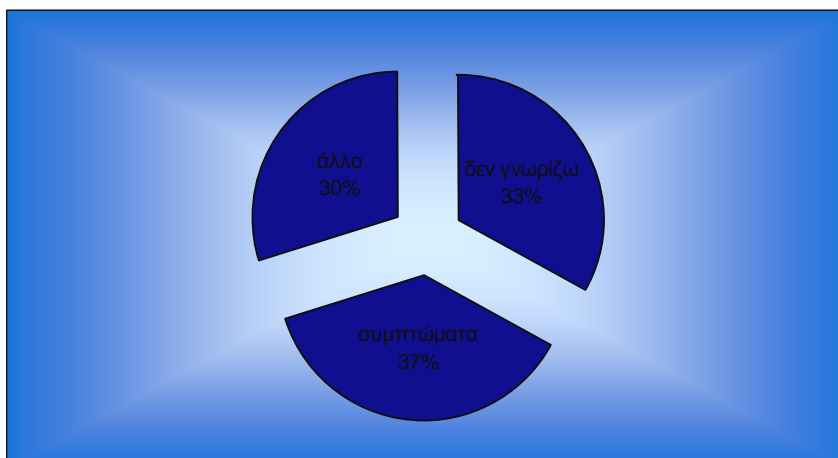
Ένα 20% πιστεύει πως η αντίδραση θα ήταν ‘φυσιολογική’.

Τέλος, το μικρότερο ποσοστό (7%) πιστεύει πως θα ήταν ‘επιθετική’.

#### Σχήμα 6

**Που οφείλεται η παραβατική/βίαιη συμπεριφορά ενός σχιζοφρενή;**

Κατανομή 60 ατόμων σχετικά με την αιτιολογία μιας πιθανής παραβατικής/βίαιης συμπεριφοράς ενός σχιζοφρενή.

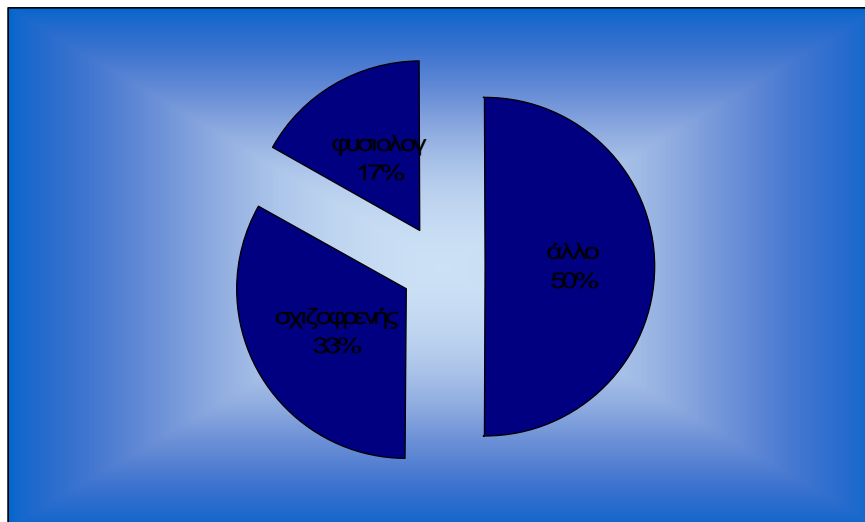


Όπως φαίνεται στο σχήμα 6 το μεγαλύτερο ποσοστό (37%) αποδίδει την αιτία μιας πιθανής παραβατικής/βίαιης συμπεριφοράς ενός ασθενή στα 'συμπτώματα' της νόσου. Ακολουθεί το ποσοστό του 33% που 'δεν γνωρίζει' που μπορεί να οφείλεται. Τέλος, το μικρότερο ποσοστό (30%) αποδίδει την παραβατική/βίαιη συμπεριφορά σε κάποια 'άλλη' αιτία (εξωτερική επίδραση).

### Σχήμα 7

**Στο άκουσμα της είδησης ότι κάποιος τεμάχισε την γυναίκα του και την έβαλε στην κατάψυξη, η πρώτη σας σκέψη είναι ότι πρόκειται:**

Κατανομή 60 ατόμων σχετικά με την πρώτη τους σκέψη στο άκουσμα της παραπάνω είδησης.



Το μεγαλύτερο ποσοστό (50 %) δηλώνει ότι η πρώτη του σκέψη είναι πως πρόκειται για κάποιο άτομο με 'άλλη' διαταραχή

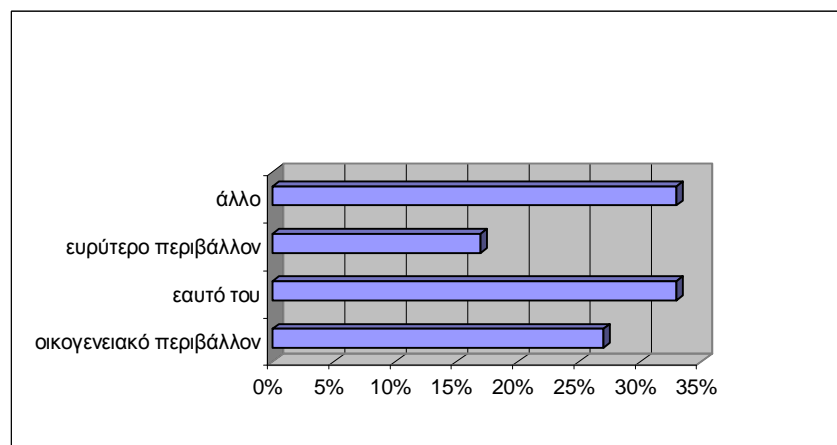
Ακολουθεί το ποσοστό του 33% που δηλώνει πως πρόκειται για κάποιον ασθενή που νοσεί από 'σχιζοφρένεια'.

Τέλος, το μικρότερο ποσοστό (17%) θεωρεί ότι πρόκειται για ένα 'φυσιολογικό' άτομο.

### Σχήμα 8

**Σε ποιόν πιστεύετε πως θα έκανε πιο εύκολα κακό ένας σχιζοφρενής;**

Κατανομή 60 ατόμων σε σχέση με το ποιόν θα έβλαπτε ευκολότερα ένας σχιζοφρενής.



Όπως φαίνεται στο σχήμα 8 το μεγαλύτερο ποσοστό (34%) δείχνει να πιστεύει πως ο ασθενής θα έβλαπτε πιο εύκολα τον 'εαυτό του'.

Ακολουθεί ένα ποσοστό του 32% που θεωρεί ότι ο ασθενής θα έκανε ευκολότερα κακό σε κάποιον 'άλλο'.

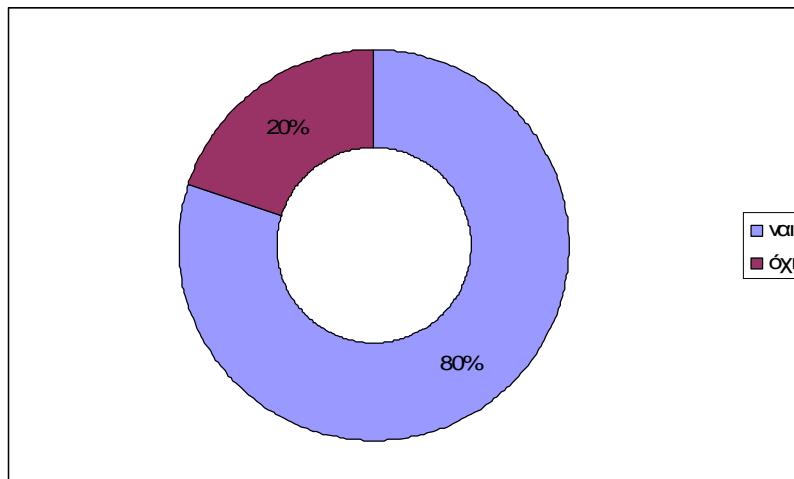
Έπειτα το ποσοστό του 27% πιστεύει ότι θα έβλαπτε κάποιον από το 'οικογενειακό του περιβάλλον'.

Τέλος, το μικρότερο ποσοστό (17%) δηλώνει κάποιον από το 'ευρύτερο του περιβάλλον'.

#### Σχήμα 9

##### **Θα μένατε σε μια γειτονιά που υπάρχει ίδρυμα;**

Κατανομή 60 ατόμων σχετικά με το αν θα τους ενοχλούσε το να υπάρχει κάποιο ίδρυμα κοντά στο σπίτι τους.



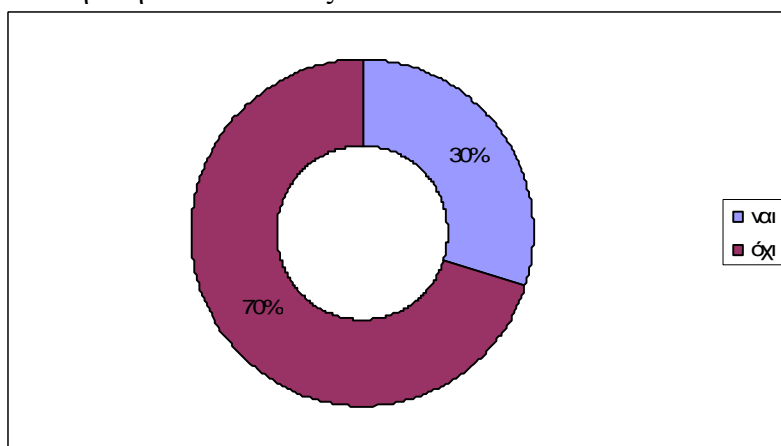
Όπως φαίνεται στο σχήμα 9 το μεγαλύτερο ποσοστό (80%) δείχνει να μην ενοχλείται με την ιδέα να μένει κοντά σε κάποιο ίδρυμα.

Το μικρότερο ποσοστό (20%) δηλώνει πως θα τους ενοχλούσε κάτι τέτοιο.

#### Σχήμα 10

##### **Θα δίνετε ποτέ δουλειά σε κάποιον που πάσχει από σχιζοφρένεια;**

Κατανομή 60 ατόμων σχετικά με το αν θα είχαν πρόβλημα στο να προσλάβει έναν ασθενή στην δουλειά τους.



Όπως φαίνεται στο σχήμα 10 το μεγαλύτερο ποσοστό (70%) δεν θα έδινε δουλειά σε κάποιον που πάσχει από την ασθένεια.

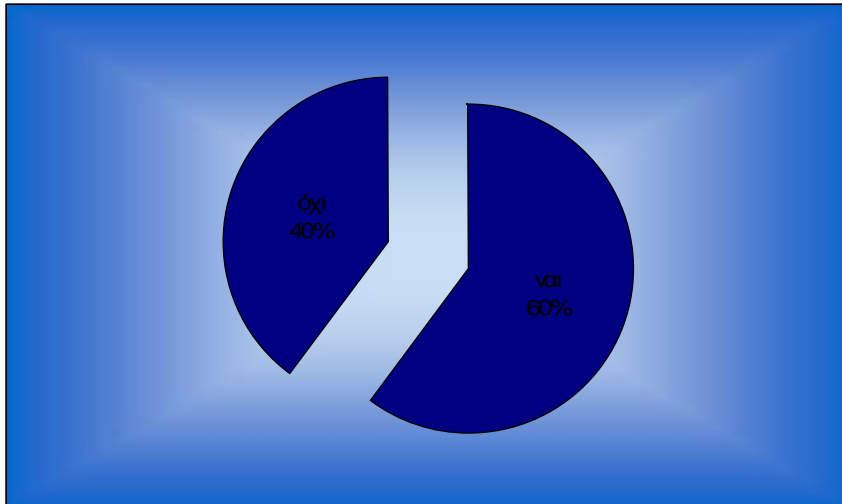


Το μικρότερο ποσοστό (30%) δηλώνει πως δεν θα είχε πρόβλημα να προσλάβει έναν ασθενή.

#### Σχήμα 11

##### **Θα καθίσουν στο λεωφορείο δίπλα σε έναν σχιζοφρενή;**

Κατανομή 60 ατόμων σχετικά με το αν θα τους ενοχλούσε να καθίσουν στο λεωφορείο δίπλα σε έναν σχιζοφρενή.

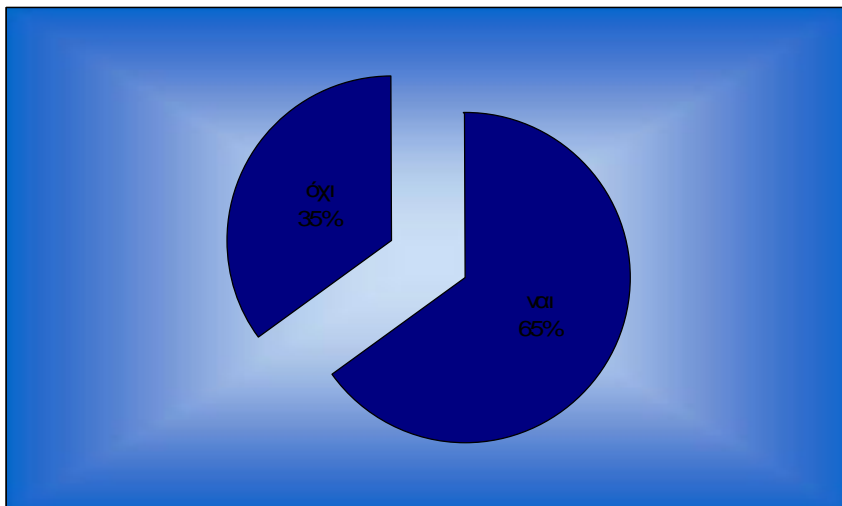


Όπως φαίνεται στο σχήμα 11 το μεγαλύτερο ποσοστό (60%) δεν θα τους ενοχλούσε η ιδέα να καθίσουν στο λεωφορείο δίπλα σε κάποιον που πάσχει από την ασθένεια. Το μικρότερο ποσοστό (40%) δηλώνει πως θα τον ενοχλούσε.

#### Σχήμα 12

##### **Η ιδέα να βρεθείς σε ένα μικρό χώρο (π.χ. ασανσέρ) με κάποιον σχιζοφρενή σε τρομάζει;**

Κατανομή 60 ατόμων σχετικά με το αν θα τους φόβιζε η ιδέα να βρεθούν σε έναν μικρό χώρο με κάποιον ασθενή.

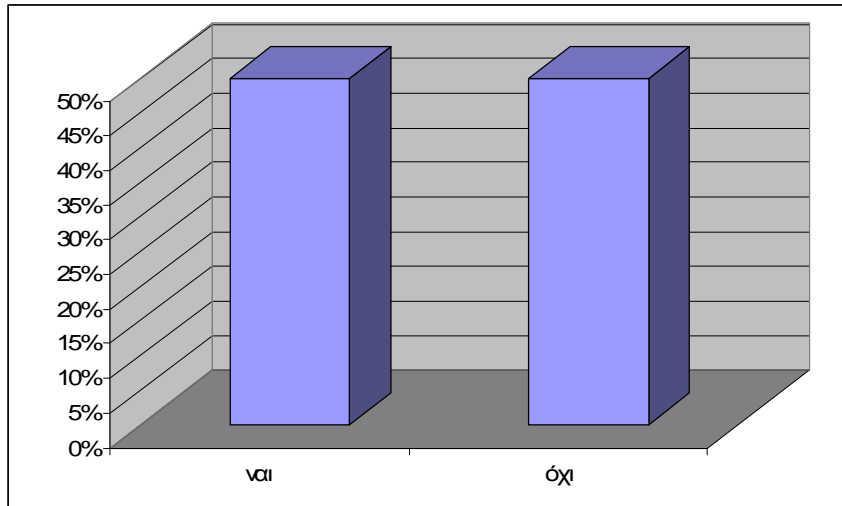


Όπως φαίνεται στο σχήμα 12 το μεγαλύτερο ποσοστό (65%) δηλώνει πως θα τους τρόμαζε η ιδέα να βρεθούν σε έναν μικρό χώρο με κάποιον που πάσχει από την ασθένεια. Το μικρότερο ποσοστό (35%) δηλώνει πως θα τον τρόμαζε.

Σχήμα 13

**Ένας σχιζοφρενής έχει και διχασμένη προσωπικότητα;**

Κατανομή 60 ατόμων σχετικά με το αν κάποιος που πάσχει από σχιζοφρένεια συνεπάγεται πως έχει και διχασμένη προσωπικότητα.

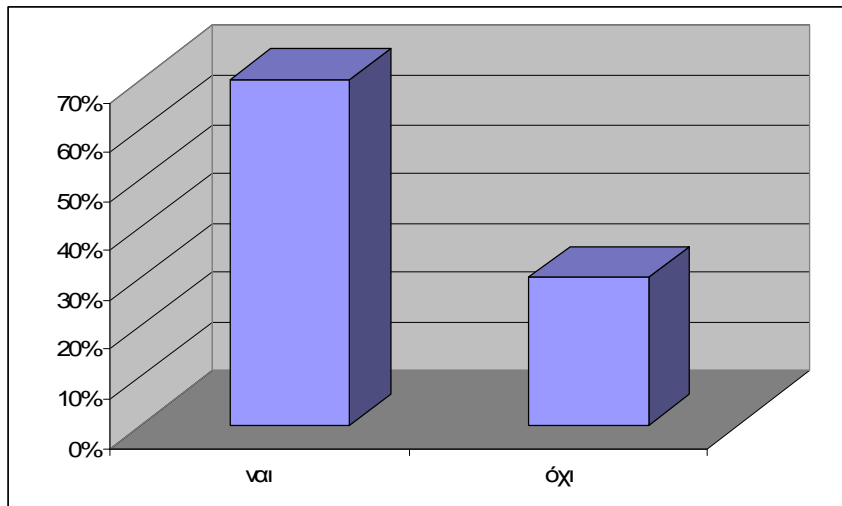


Όπως φαίνεται στο σχήμα 13 το ίδιο ποσοστό του 50% δηλώνει ότι κάποιος που πάσχει από σχιζοφρένεια έχει απαραίτητα και διχασμένη προσωπικότητα ενώ αντίστοιχα το υπόλοιπο 50% δηλώνει πως δεν έχει.

Σχήμα 14

**Πιστεύετε πως κάποιος που νοσεί από σχιζοφρένεια μπορεί πιο εύκολα να προβεί σε εγκληματική πράξη πιο εύκολα από κάποιον που δεν νοσεί;**

Κατανομή 60 ατόμων σχετικά με το ποιος πιστεύουν ότι θα διέπραττε πιο εύκολα μια εγκληματική πράξη.



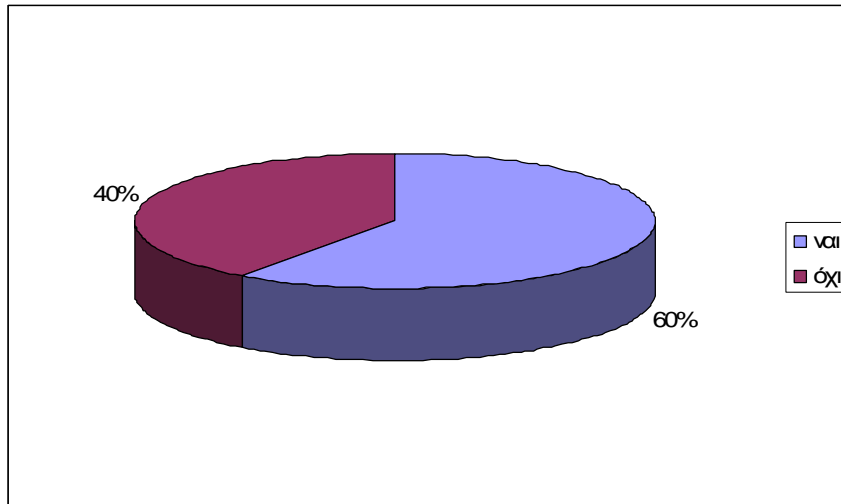
Όπως φαίνεται στο σχήμα 14 το μεγαλύτερο ποσοστό (70%) δηλώνει πως ένας ασθενής θα διέπραττε πιο εύκολα μια εγκληματική πράξη από ότι ένας που δεν πάσχει από την νόσο.

Το μικρότερο ποσοστό (30%) θεωρεί πως έχουν τις ίδιες πιθανότητες να προβούν σε εγκληματική ενέργεια.

### Σχήμα 15

**Τα εγκλήματα που διαπράττουν οι σχιζοφρενείς είναι πιο φρικιαστικά από ότι εκείνα που διαπράττουν αυτοί που δεν νοσούν;**

Κατανομή 60 ατόμων σχετικά με το αν σχιζοφρενείς διαπράττουν πιο φρικιαστικά εγκλήματα από αυτά των μη νοσούντων.

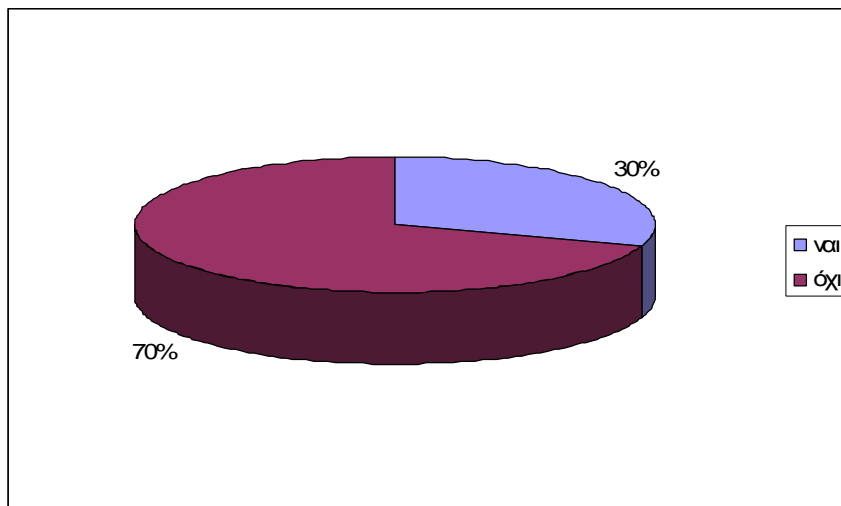


Όπως φαίνεται στο σχήμα 15 το μεγαλύτερο ποσοστό (60%) δηλώνει πως τα εγκλήματα των σχιζοφρενών είναι πιο φρικιαστικά από εκείνα των υγιών. Το μικρότερο ποσοστό (40%) θεωρεί πως δεν υπάρχει διαφορά.

### Σχήμα 16

**Είναι σίγουρο ότι κάποιος με σχιζοφρένεια θα εκδηλώσει βίαιη συμπεριφορά κάποια στιγμή;**

Κατανομή 60 ατόμων σχετικά με την αντίληψη πως ένας ασθενής θα εκδηλώσει κάποια στιγμή στη ζωή του βίαιη συμπεριφορά.

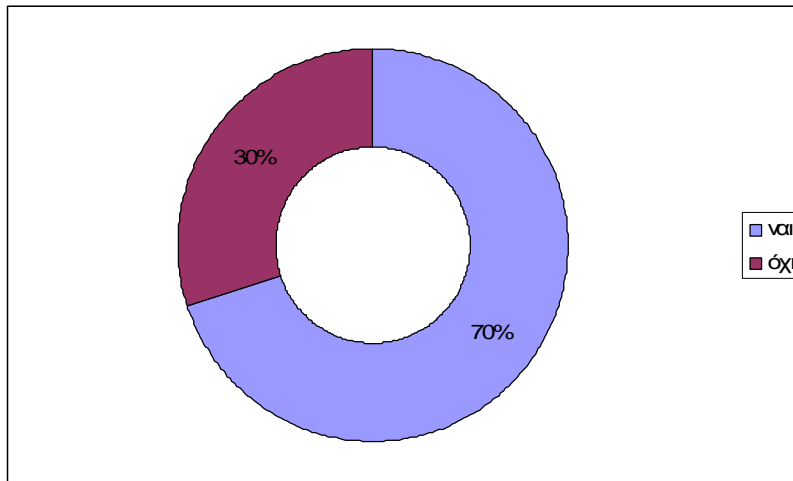


Όπως φαίνεται στο σχήμα 16 το μεγαλύτερο ποσοστό (70%) δείχνει να πιστεύει πως δεν είναι απαραίτητο ότι ένας ασθενής θα εκδηλώσει βίαιη συμπεριφορά κάποια στιγμή στη ζωή του.

Το μικρότερο ποσοστό (30%) θεωρεί πως είναι σίγουρο.

Σχήμα 17

**Πιστεύετε ότι οι σχιζοφρενείς πρέπει να κλείνονται σε ψυχιατρεία;**  
Κατανομή 60 ατόμων σχετικά με την αντίληψή τους για το πώς πρέπει να αντιμετωπίζονται οι ασθενείς αυτοί.



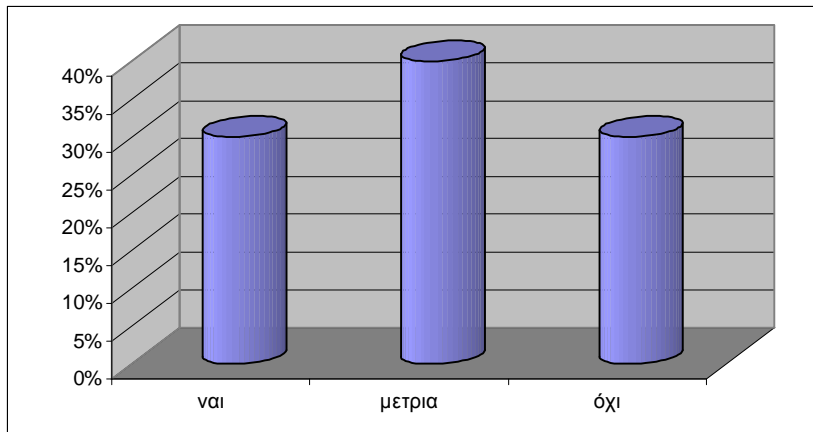
Όπως φαίνεται στο σχήμα 17 το μεγαλύτερο ποσοστό (70%) δείχνει να πιστεύει πως οι ασθενείς είναι απαραίτητο να νοσηλευτούν σε ψυχιατρεία. Το μικρότερο ποσοστό (30%) φαίνεται πως δεν συμφωνεί.

**Σημεία ασθενών σε οξεία φάση.**  
Όλοι τους εμφάνιζαν παραληρήματα.

Σχήμα 1

**Έχεις επίγνωση της ασθένειάς σου;**

Κατανομή 10 ασθενών σε οξεία φάση της νόσου σχετικά με την εναισθησία τους.

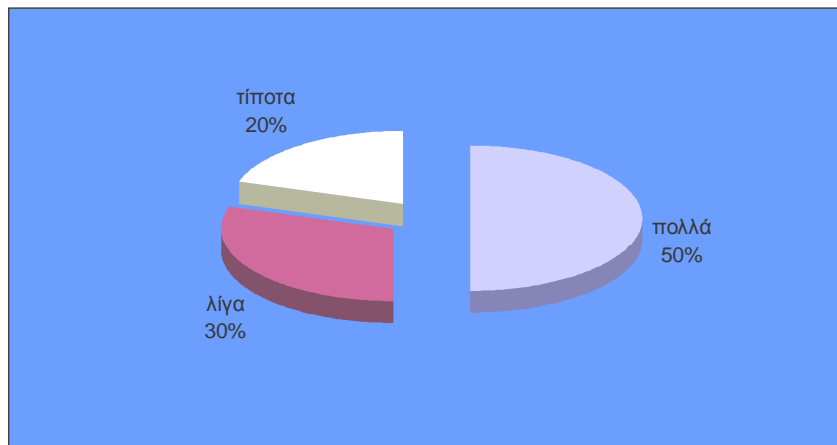


Όπως φαίνεται από το σχήμα 1 το μεγαλύτερο ποσοστό (40%) είχε 'μέτρια' εναισθησία. Ακολουθούν τα ίδια ποσοστά του 30% με 'πλήρη' εναισθησία και αντίστοιχα 'χωρίς'.

Σχήμα 2

**Τι γνωρίζεις για αυτήν;**

Κατανομή 10 ασθενών σε οξεία φάση της νόσου σχετικά με τις γνώσεις τους για την ασθένειά τους.



Όπως φαίνεται από το σχήμα 2 το μεγαλύτερο ποσοστό (50%) γνώριζε 'πολλά' για την νόσο.

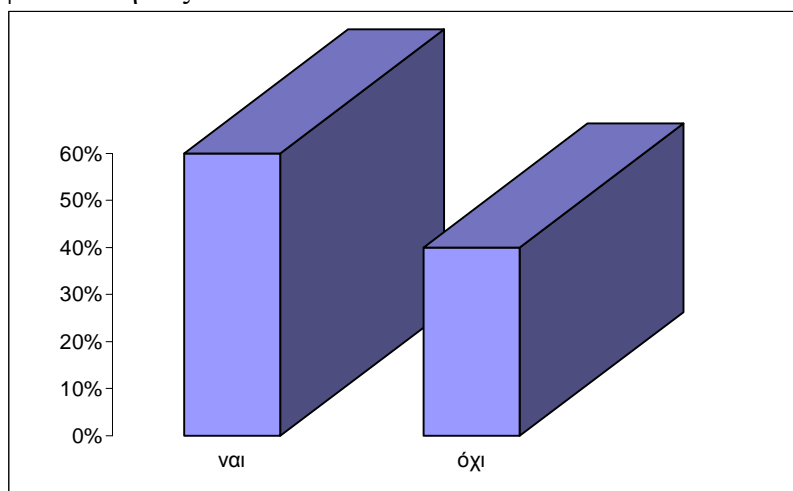
Ακολουθεί το ποσοστό του 30% που γνώριζε 'λίγα'.

Τέλος, το μικρότερο ποσοστό (20%) δεν γνώριζε τίποτα.

### Σχήμα 3

#### **Έχεις ψευδαισθήσεις;**

Κατανομή 10 ασθενών σε οξεία φάση της νόσου σχετικά με το αν παρουσίαζαν ψευδαισθήσεις.



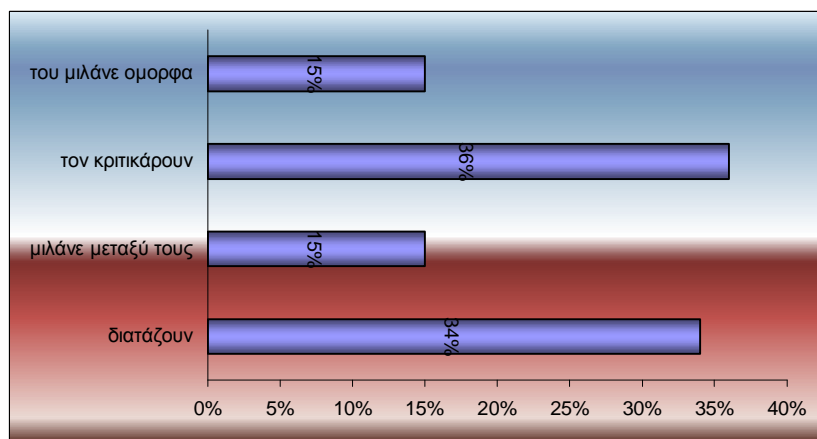
Όπως φαίνεται από το σχήμα 3 το μεγαλύτερο ποσοστό (60%) παρουσίαζε ψευδαισθήσεις.

Το μικρότερο ποσοστό (40%) δεν παρουσίαζε το σύμπτωμα.

### Σχήμα 4

#### **Τι σου λένε οι φωνές που ακούς;**

Κατανομή 10 ασθενών σε οξεία φάση της νόσου σχετικά με το πώς τους συμπεριφέρονται οι φωνές που ακούνε.



Όπως φαίνεται από το σχήμα 4 στο μεγαλύτερο ποσοστό (36%) οι φωνές 'κριτικάρουν' τους ασθενείς.

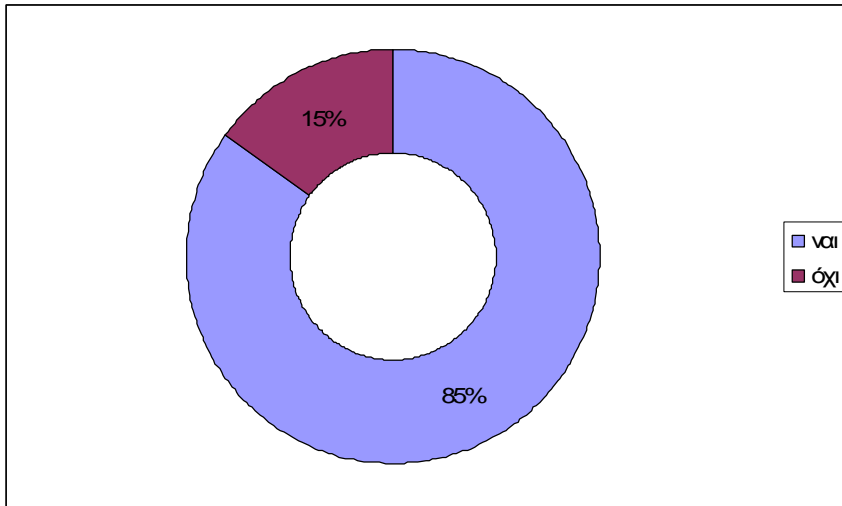
Ακολουθεί το ποσοστό του 34% όπου οι φωνές 'διατάζουν'.

Τέλος, στο ίδιο ποσοστό (15%) οι φωνές 'μιλάνε όμορφα' και αντίστοιχα 'μιλάνε μεταξύ τους'.

### Σχήμα 5

#### **Οι φωνές σε φοβίζουν;**

Κατανομή 10 ασθενών σε οξεία φάση της νόσου σχετικά με το αν τους φοβίζουν οι φωνές που ακούνε.



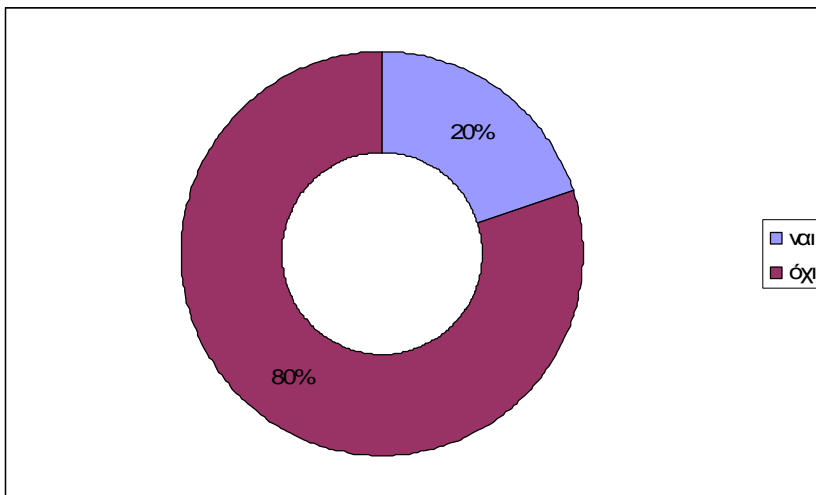
Όπως φαίνεται από το σχήμα 5 το μεγαλύτερο ποσοστό (85%) το φοβίζονται οι φωνές που ακούνε.

Το μικρότερο ποσοστό (15%) δεν το φοβίζονται.

### Σχήμα 6

#### **Οι φωνές που ακούς σε έχουν αναγκάσει ποτέ να γίνεις βίαιος;**

Κατανομή 10 ασθενών σε οξεία φάση της νόσου σχετικά με το αν οι φωνές που ακούνε τους έχουν αναγκάσει ποτέ να προβούν σε κάποια βίαιη πράξη.



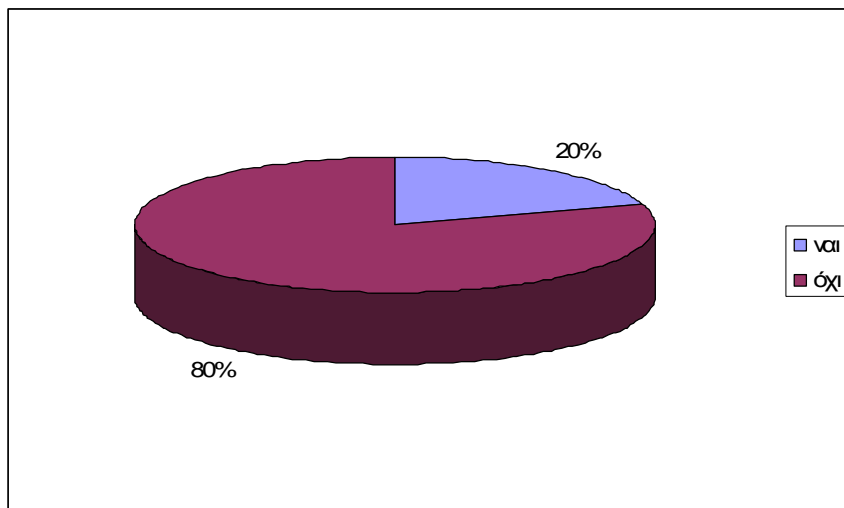
Όπως φαίνεται από το σχήμα 6 το μεγαλύτερο ποσοστό (80%) δεν έχει αναγκαστεί.

Το μικρότερο ποσοστό (20%) έχει αναγκαστεί από τις φωνές να πράξει βιασπραγία..

### Σχήμα 7

**Οι φωνές που ακούς σε έχουν αναγκάσει ποτέ να κάνεις κακό στον εαυτό σου;**

Κατανομή 10 ασθενών σε οξεία φάση της νόσου σχετικά με το αν οι φωνές που ακούνε τους έχουν αναγκάσει ποτέ να αυτοτραυματιστεί ή να αποπειραθεί να αυτοκτονήσει.

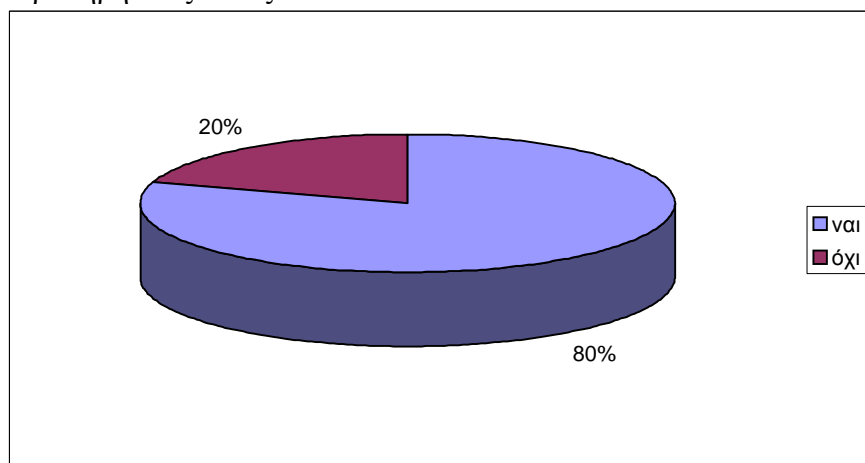


Όπως φαίνεται από το σχήμα 7 το μεγαλύτερο ποσοστό (80%) δεν έχει αναγκαστεί. Το μικρότερο ποσοστό (20%) έχει αναγκαστεί να βλάψει τον εαυτό του.

### Σχήμα 8

**Έχεις παραλητικές ιδέες δίωξης;**

Κατανομή 10 ασθενών σε οξεία φάση της νόσου σχετικά με το αν παρουσιάζουν παραληρητικές ιδέες.



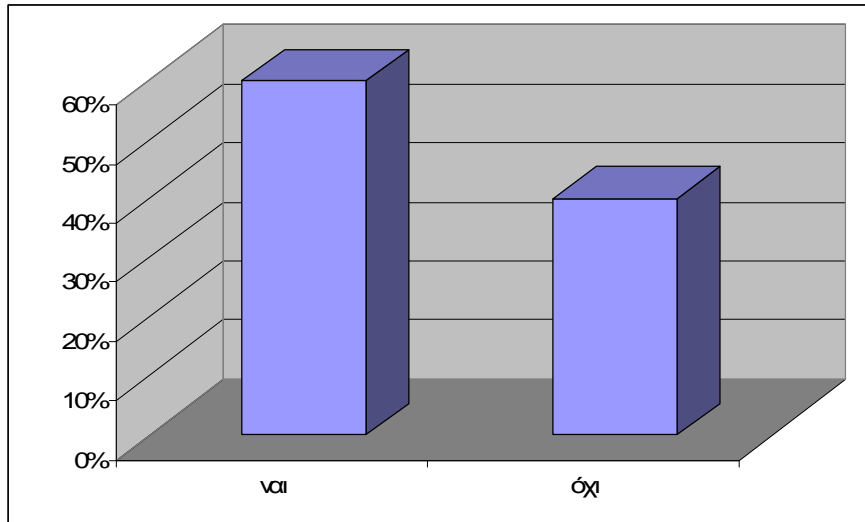
Όπως φαίνεται από το σχήμα 8 το μεγαλύτερο ποσοστό (80%) παρουσιάζει. Το μικρότερο ποσοστό (20%) δεν παρουσιάζει αυτό το σύμπτωμα.



### Σχήμα 9

**Έχεις επιτεθεί ποτέ λεκτικά ή ήπια σωματικά σε κάποιον άλλο;**

Κατανομή 10 ασθενών σε οξεία φάση της νόσου σε σχέση με το αν έχουν πραγματοποιήσει ποτέ λεκτική ή ήπια σωματική επίθεση έναντι άλλου.

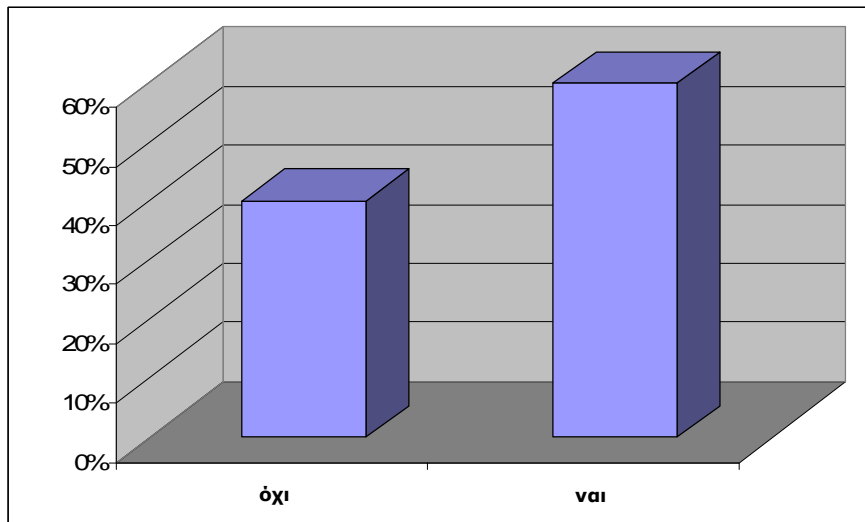


Όπως φαίνεται από το σχήμα 9 το μεγαλύτερο ποσοστό (60%) έχει πραγματοποιήσει. Το μικρότερο ποσοστό (40%) δεν έχει επιτεθεί ποτέ εναντίον κάποιου άλλου.

### Σχήμα 10

**Έχεις αυτοτραυματιστεί ή αποπειραθεί να αυτοκτονήσεις ποτέ;**

Κατανομή 10 ασθενών σε οξεία φάση της νόσου σε σχέση με το αν έχουν αυτοτραυματιστεί ή αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν .

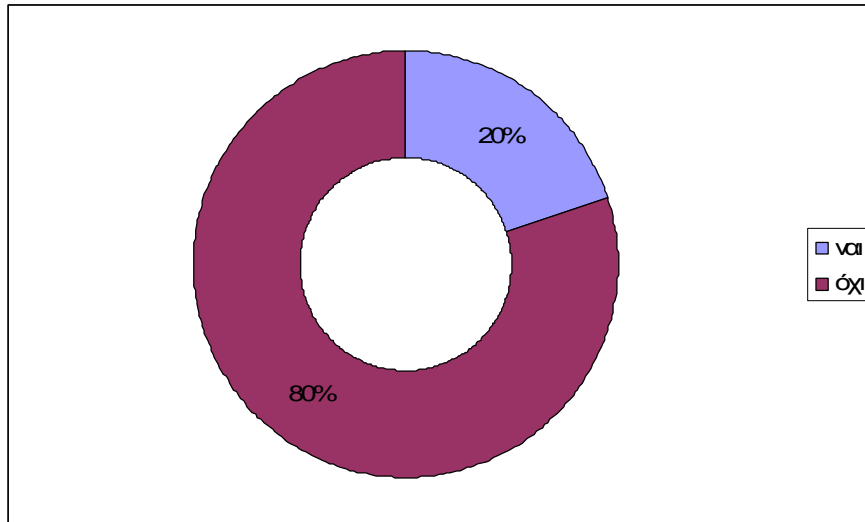


Όπως φαίνεται από το σχήμα 10 το μεγαλύτερο ποσοστό (60%) το έχει επιχειρήσει. Το μικρότερο ποσοστό (40%) δεν έχει βλάψει ποτέ τον εαυτό του.

### Σχήμα 11

#### **Έχεις κάνει ποτέ ισχυρή σωματική επίθεση σε κάποιον;**

Κατανομή 10 ασθενών σε οξεία φάση της νόσου σε σχέση με το αν έχουν πραγματοποιήσει ισχυρή σωματική επίθεση σε κάποιον.



Όπως φαίνεται από το σχήμα 11 το μεγαλύτερο ποσοστό (80%) δεν το έχει πραγματοποιήσει.

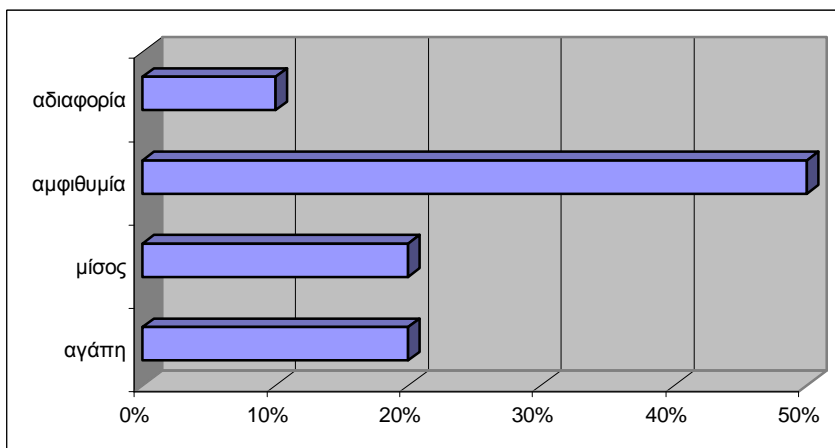
Το μικρότερο ποσοστό (20%) έχει προσπαθήσει να προξενήσει ισχυρή σωματική βλάβη σε κάποιον.

Ως αιτίες (Ερώτηση 11) αναφέρονται: «με πίεζε», «αυτός φταίει για όλα», «έτσι μου ήρθε.»

### Σχήμα 12

#### **Πώς νιώθεις για αυτό το άτομο;**

Κατανομή 10 ασθενών σε οξεία φάση της νόσου σχετικά με τα αισθήματα που τρέφουν για τα θύματα τους.



Όπως φαίνεται από το σχήμα 12 το μεγαλύτερο ποσοστό (50%) νιώθει 'αμφιθυμία'.

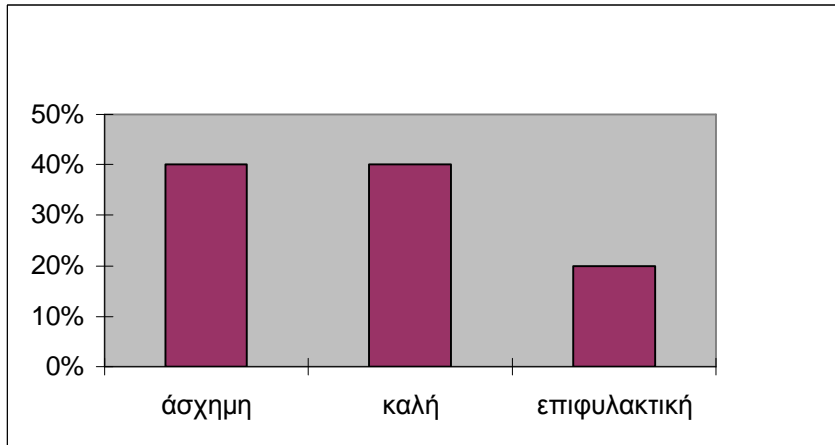
Ακολουθεί ένα ίδιο ποσοστό του 20% που το χαρακτηρίζει 'μίσος' και 'αγάπη' αντίστοιχα.

Τέλος, το μικρότερο ποσοστό (10%) δηλώνει απλά 'αδιαφορία'.

### Σχήμα 13

#### **Ποια είναι η αντιμετώπιση του κόσμου απέναντι σου;**

Κατανομή 10 ασθενών σε οξεία φάση της νόσου σχετικά με την αντιμετώπιση του κόσμου απέναντι τους.



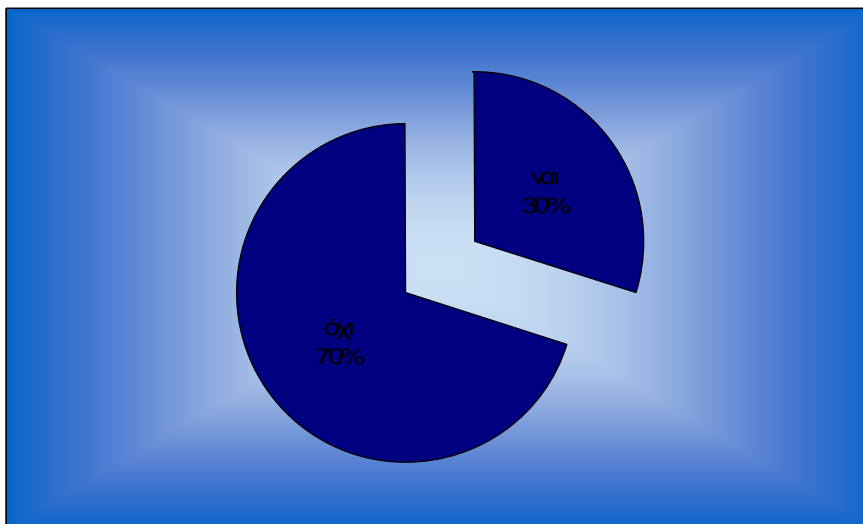
Όπως φαίνεται από το σχήμα 13 ένα ίδιο ποσοστό του 40% δηλώνει 'άσχημη' και αντίστοιχα 'καλή'.

Τέλος, το μικρότερο ποσοστό (20%) δηλώνει 'επιφυλακτική'.

### Σχήμα 14

#### **Ο κόσμος σε φοβάται;**

Κατανομή 10 ασθενών σε οξεία φάση της νόσου σχετικά με το αν ο ασθενής εμπνέει φόβο στο περιβάλλον του.



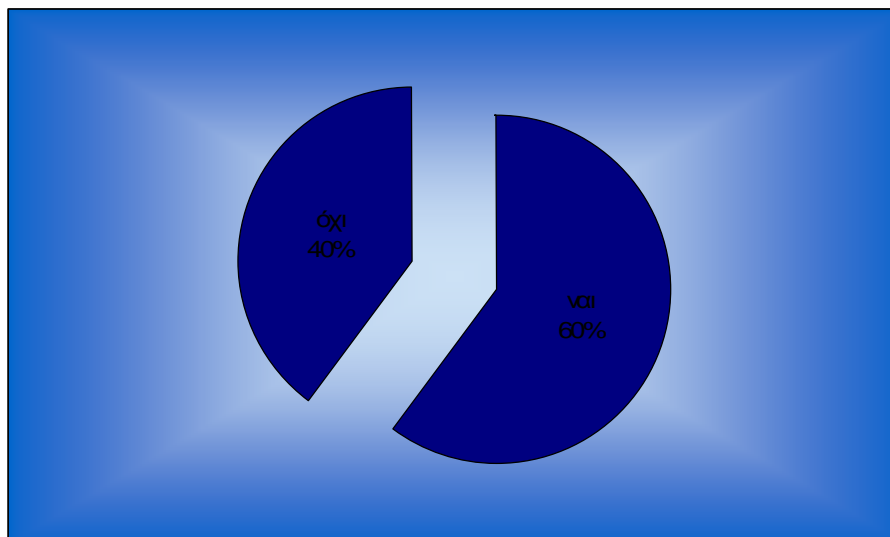
Όπως φαίνεται από το σχήμα 14 το μεγαλύτερο ποσοστό (70%) δηλώνει πως δεν έχουν αντιμετωπίσει κάτι τέτοιο.

Το μικρότερο ποσοστό (30%) δηλώνει πως εμπνέουν φόβο.

### Σχήμα 15

#### **Φοβάσαι τον κόσμο;**

Κατανομή 10 ασθενών σε οξεία φάση της νόσου σχετικά με το αν ο ασθενής τρομοκρατείται από τον κόσμο.



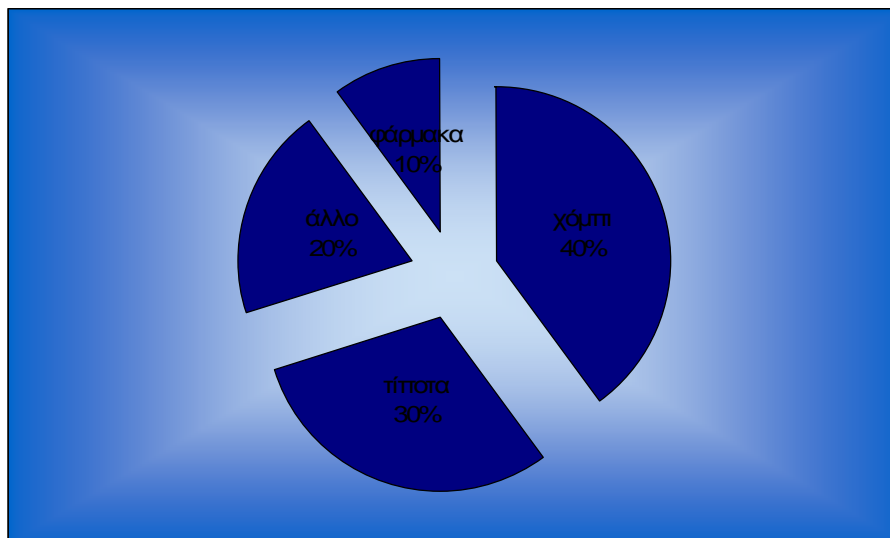
Όπως φαίνεται από το σχήμα 15 το μεγαλύτερο ποσοστό (60%) δηλώνει πως τον φοβίζει ο κόσμος.

Το μικρότερο ποσοστό (40%) φαίνεται πως δεν νιώθει το ίδιο.

### Σχήμα 16

#### **Τι σε κάνει να νιώθεις καλύτερα;**

Κατανομή 10 ασθενών σε οξεία φάση της νόσου σε σχέση με το τι μπορεί να τους ανακουφίσει.



Όπως φαίνεται από το σχήμα 16 το μεγαλύτερο ποσοστό (40%) δηλώνει πως ανακουφίζεται από τα συμπτώματα του όταν ασχολείται με κάποιο 'αντικείμενο ενασχόλησης/χόμπι'.

Ακολουθώς, ένα 30% φαίνεται να μην μπορεί να ικανοποιηθεί με κάτι.

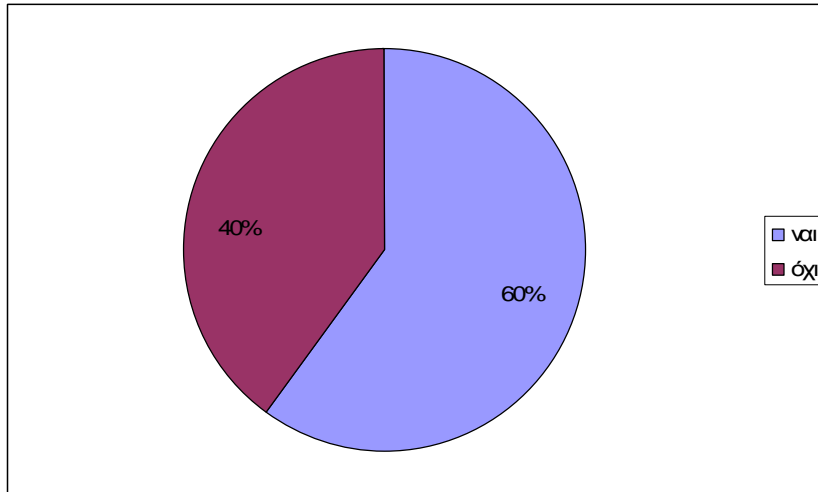
Επίσης, ένα 20% ανακουφίζεται όταν ασχολείται με κάτι 'άλλο' (π.χ. πρόσωπο, αντικείμενο)

Τέλος, το μικρότερο ποσοστό (10%) δηλώνει πως τα 'φάρμακα' τον κάνουν να νιώθει καλύτερα.

### Σχήμα 17

#### **Είσαι συνεπής στην φαρμακευτική σου αγωγή;**

Κατανομή 10 ασθενών σε οξεία φάση της νόσου σχετικά με την συνέπεια τους όσον αφορά την φαρμακευτική τους αγωγή.



Όπως φαίνεται από το σχήμα 17 το μεγαλύτερο ποσοστό (60%) δείχνει πως είναι συνεπές στην φαρμακευτική του αγωγή.

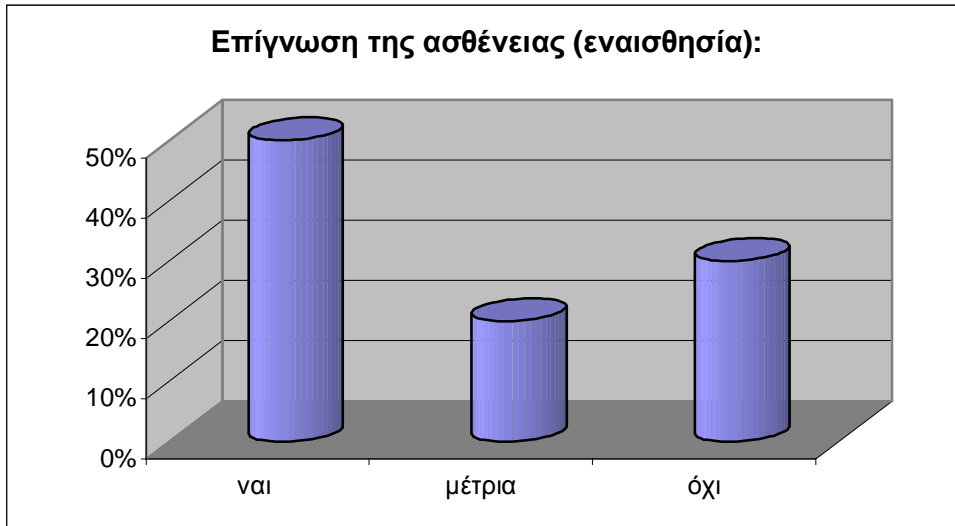
Το μικρότερο ποσοστό (40%) φαίνεται να μην είναι.

## Σημεία ασθενών που βρίσκονται σε προσπάθεια επανένταξης

### Σχήμα 1

#### Έχεις επίγνωση της ασθένειάς σου;

Κατανομή 6 ασθενών σε προσπάθεια επανένταξης σχετικά με την εναισθησία τους.

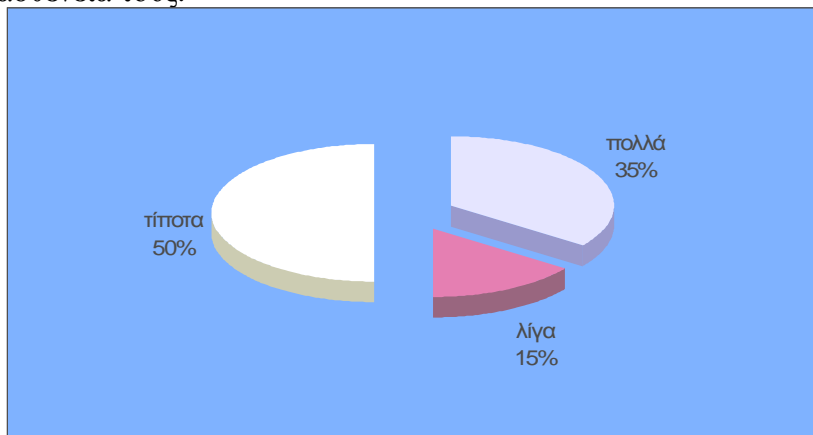


Όπως φαίνεται από το σχήμα 1 το μεγαλύτερο ποσοστό (50%) είχε 'πλήρη' εναισθησία. Ακολουθεί το ποσοστό του 30% που χαρακτηρίζεται 'χωρίς' εναισθησία. Τέλος, το μικρότερο ποσοστό (20%) παρουσιάζει 'μέτρια'.

### Σχήμα 2

#### Τι γνωρίζεις για αυτήν;

Κατανομή 6 ασθενών σε προσπάθεια επανένταξης σχετικά με τις γνώσεις τους για την ασθένειά τους.

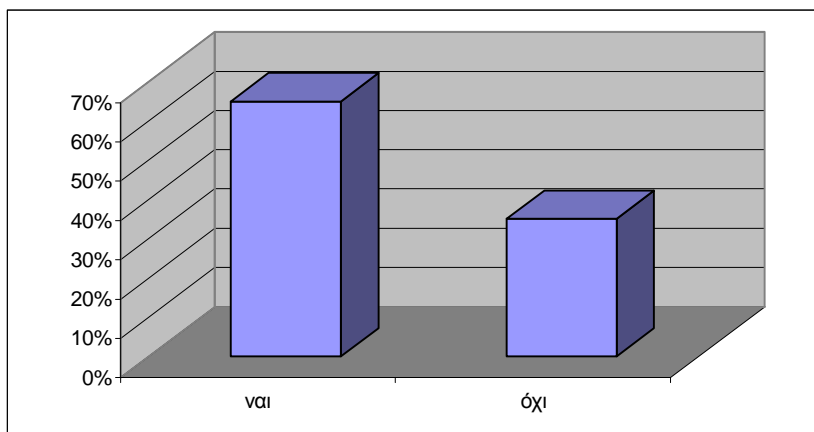


Όπως φαίνεται από το σχήμα 2 το μεγαλύτερο ποσοστό (50%) δεν γνώριζε 'τίποτα' για την νόσο. Ακολουθεί το ποσοστό του 35% που γνώριζε 'πολλά'. Τέλος, το μικρότερο ποσοστό (15%) γνώριζε 'λίγα'.

### Σχήμα 3

#### **Έχεις ψευδαισθήσεις;**

Κατανομή 6 ασθενών σε προσπάθεια επανένταξης σχετικά με το αν παρουσίαζαν ψευδαισθήσεις.



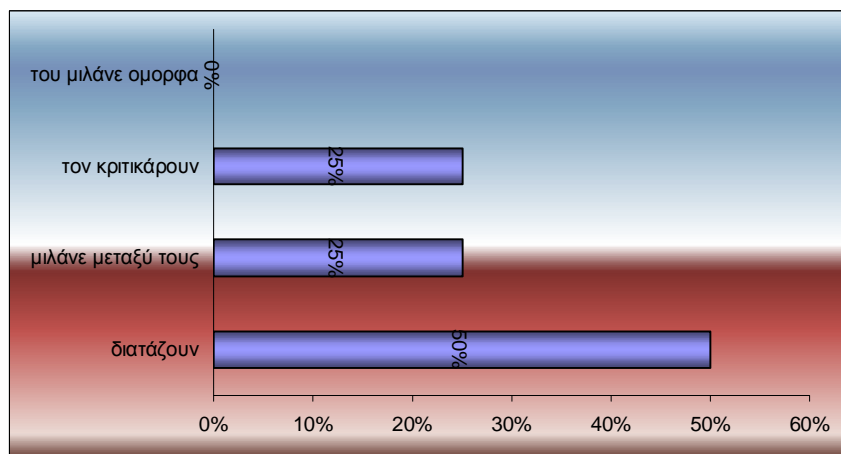
Όπως φαίνεται από το σχήμα 3 το μεγαλύτερο ποσοστό (60%) παρουσίαζε ψευδαισθήσεις.

Το μικρότερο ποσοστό (40%) δεν παρουσίαζε το σύμπτωμα.

### Σχήμα 4

#### **Τι σου λένε οι φωνές που ακούς;**

Κατανομή 6 ασθενών σε προσπάθεια επανένταξης σχετικά με το πώς τους συμπεριφέρονται οι φωνές που ακούνε.



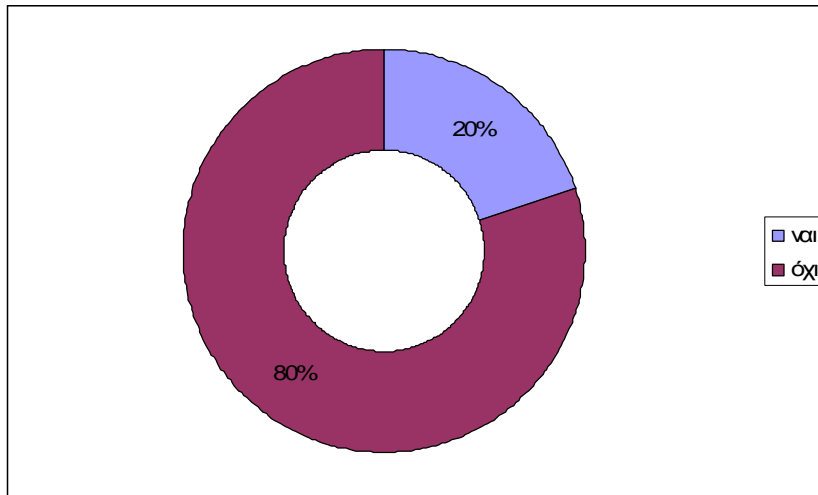
Όπως φαίνεται από το σχήμα 4 στο μεγαλύτερο ποσοστό (50%) οι φωνές 'διατάζουν' τους ασθενείς.

Ακολουθεί το ίδιο ποσοστό του 25% όπου οι φωνές 'κριτκάρουν' και 'μιλάνε μεταξύ τους' αντίστοιχα.

### Σχήμα 5

#### **Οι φωνές σε φοβίζουν;**

Κατανομή 6 ασθενών σε προσπάθεια επανένταξης σχετικά με το αν τους φοβίζουν οι φωνές που ακούνε.



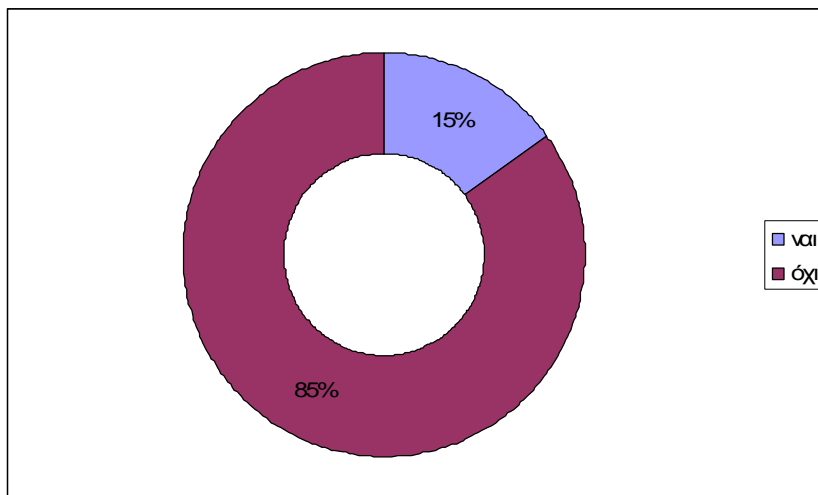
Όπως φαίνεται από το σχήμα 5 το μεγαλύτερο ποσοστό (80%) δεν το φοβίζονται οι φωνές που ακούνε.

Το μικρότερο ποσοστό (20%) το φοβίζονται.

### Σχήμα 6

#### **Οι φωνές που ακούς σε έχουν αναγκάσει ποτέ να γίνεις βίαιος;**

Κατανομή 6 ασθενών σε προσπάθεια επανένταξης σχετικά με το αν οι φωνές που ακούνε τους έχουν αναγκάσει ποτέ να προβούν σε κάποια βίαιη πράξη.



Όπως φαίνεται από το σχήμα 6 το μεγαλύτερο ποσοστό (85%) δεν έχει αναγκαστεί.

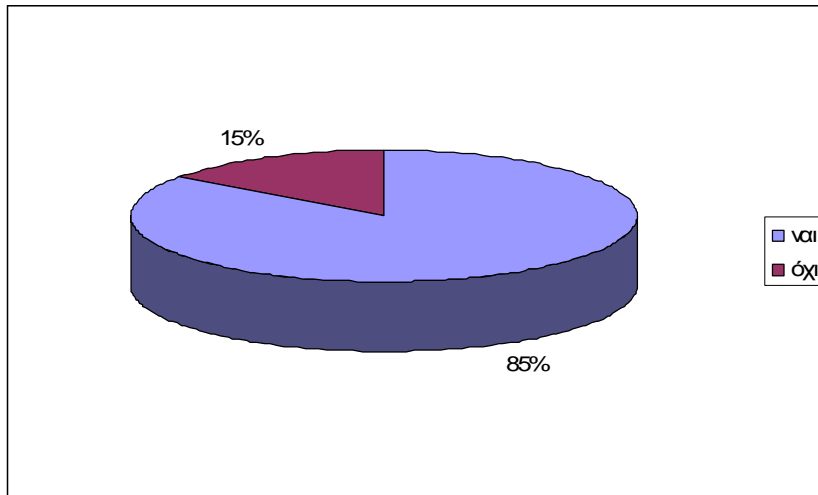
Το μικρότερο ποσοστό (15%) έχει αναγκαστεί από τις φωνές να πράξει βιαιοπραγία..



### Σχήμα 7

**Οι φωνές που ακούς σε έχουν αναγκάσει ποτέ να κάνεις κακό στον εαυτό σου;**

Κατανομή 6 ασθενών σε προσπάθεια επανένταξης σχετικά με το αν οι φωνές που ακούνε τους έχουν αναγκάσει ποτέ να αυτοτραυματιστεί ή να αποπειραθεί να αυτοκτονήσει.

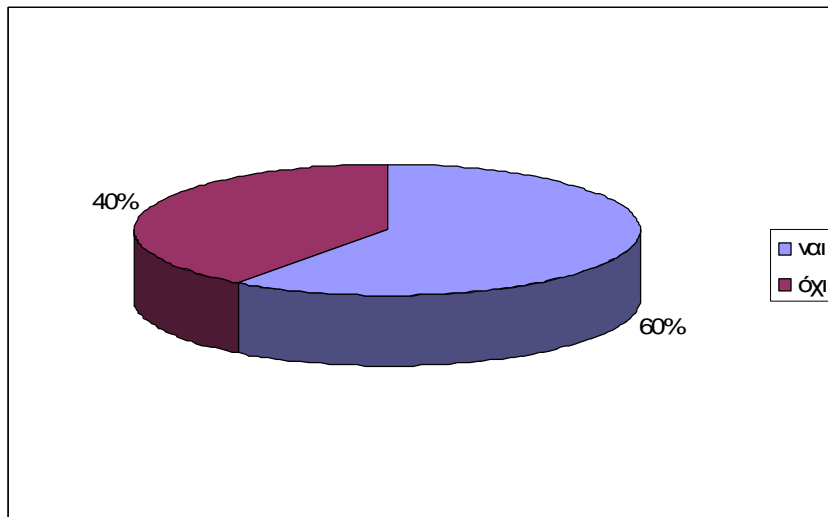


Όπως φαίνεται από το σχήμα 7 το μεγαλύτερο ποσοστό (85%) έχει αναγκαστεί. Το μικρότερο ποσοστό (15%) δεν έχει αναγκαστεί να βλάψει τον εαυτό του.

### Σχήμα 8

**Έχεις παραλητικές ιδέες δίωξης;**

Κατανομή 6 ασθενών σε προσπάθεια επανένταξης σχετικά με το αν παρουσιάζουν παραληρητικές ιδέες.

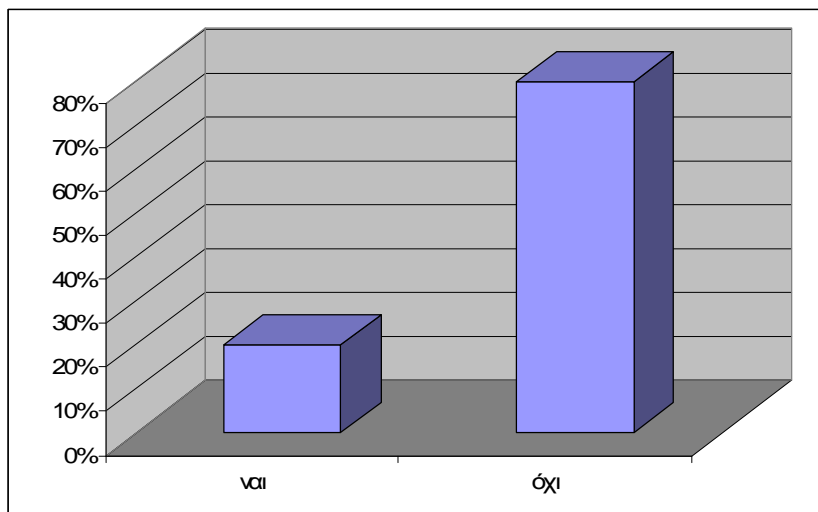


Όπως φαίνεται από το σχήμα 8 το μεγαλύτερο ποσοστό (60%) παρουσιάζει. Το μικρότερο ποσοστό (40%) δεν παρουσιάζει αυτό το σύμπτωμα.

### Σχήμα 9

**Έχεις επιτεθεί ποτέ λεκτικά ή ήπια σωματικά σε κάποιον άλλο;**

Κατανομή 6 ασθενών σε προσπάθεια επανένταξης σε σχέση με το αν έχουν πραγματοποιήσει ποτέ λεκτική ή ήπια σωματική επίθεση έναντι άλλου.

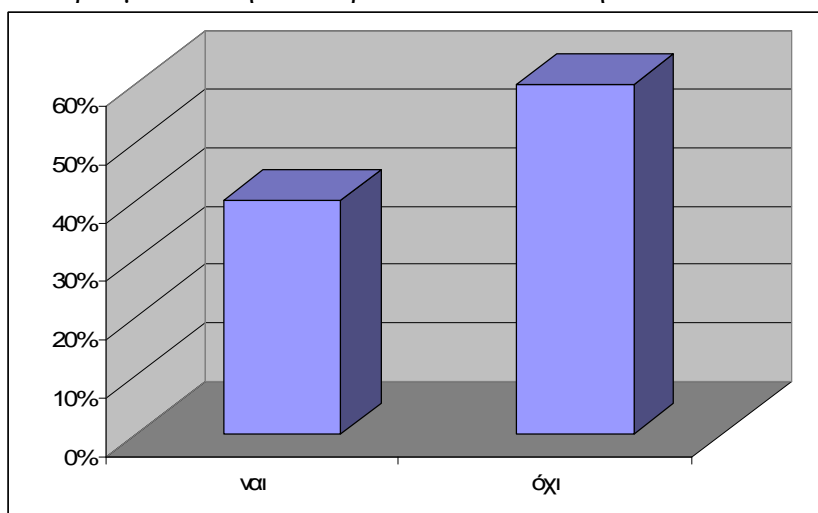


Όπως φαίνεται από το σχήμα 9 το μεγαλύτερο ποσοστό (80%) δεν έχει πραγματοποιήσει. Το μικρότερο ποσοστό (20%) έχει επιτεθεί εναντίον κάποιου άλλου.

### Σχήμα 10

**Έχεις αυτοτραυματιστεί ή αποπειραθεί να αυτοκτονήσεις ποτέ;**

Κατανομή 6 ασθενών σε προσπάθεια επανένταξης σε σχέση με το αν έχουν αυτοτραυματιστεί ή αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν .

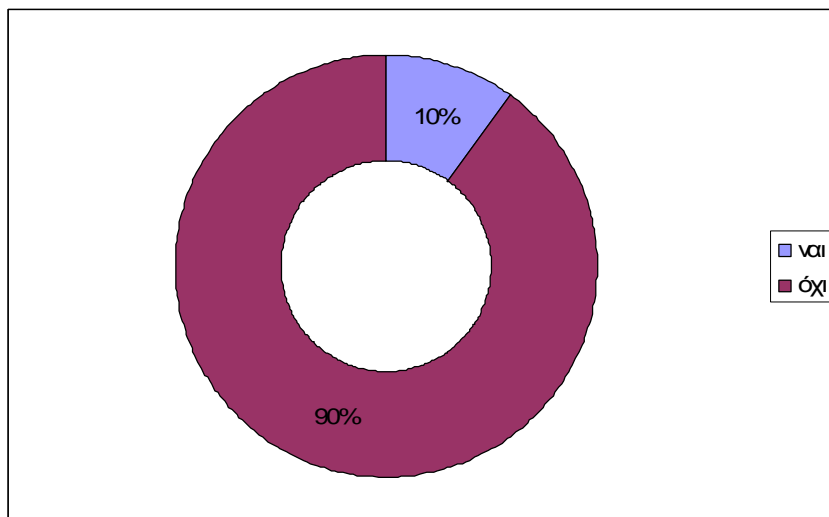


Όπως φαίνεται από το σχήμα 10 το μεγαλύτερο ποσοστό (60%) δεν το έχει επιχειρήσει. Το μικρότερο ποσοστό (40%) έχει βλάψει τον εαυτό του.

### Σχήμα 11

#### **Έχεις κάνει ποτέ ισχυρή σωματική επίθεση σε κάποιον;**

Κατανομή 6 ασθενών σε προσπάθεια επανένταξης σε σχέση με το αν έχουν πραγματοποιήσει ισχυρή σωματική επίθεση σε κάποιον.



Όπως φαίνεται από το σχήμα 11 το μεγαλύτερο ποσοστό (90%) δεν το έχει πραγματοποιήσει.

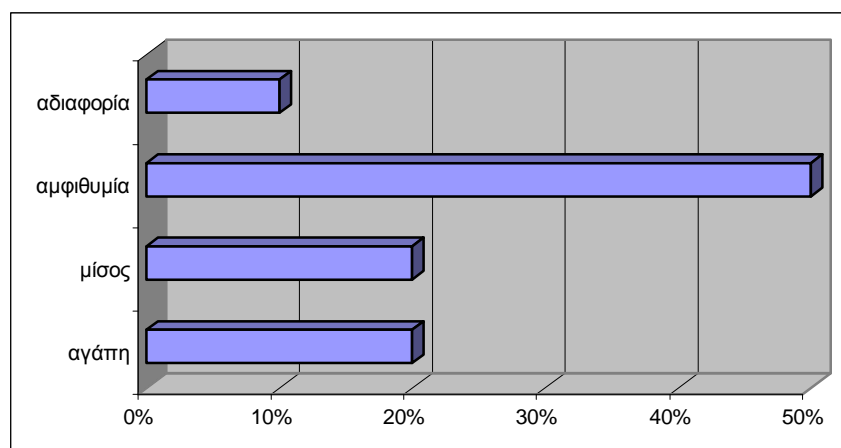
Το μικρότερο ποσοστό (10%) έχει προσπαθήσει να προξενήσει ισχυρή σωματική βλάβη σε κάποιον.

Ως αιτίες (Ερώτηση 11) αναφέρονται: «με πίεζε», «αυτός φταίει για όλα», «έτσι μου ήρθε.»

### Σχήμα 12

#### **Πώς νιώθεις για αυτό το άτομο;**

Κατανομή 6 ασθενών σε προσπάθεια επανένταξης σχετικά με τα αισθήματα που τρέφουν για τα θύματα τους.



Όπως φαίνεται από το σχήμα 12 το μεγαλύτερο ποσοστό (50%) νιώθει 'αμφιθυμία'.

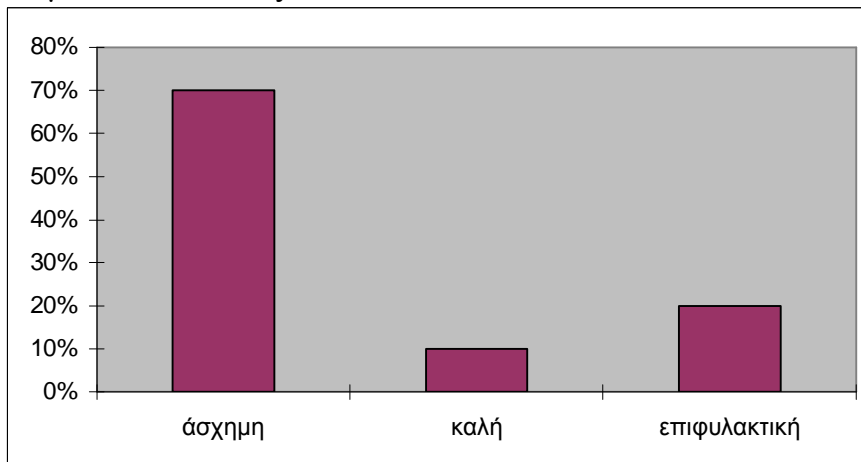
Ακολουθεί ένα ίδιο ποσοστό του 20% που το χαρακτηρίζει 'μίσος' και 'αγάπη' αντίστοιχα.

Τέλος, το μικρότερο ποσοστό (10%) δηλώνει απλά 'αδιαφορία'.

### Σχήμα 13

#### **Ποια είναι η αντιμετώπιση του κόσμου απέναντι σου;**

Κατανομή 6 ασθενών σε προσπάθεια επανένταξης σχετικά με την αντιμετώπιση του κόσμου απέναντι τους.



Όπως φαίνεται από το σχήμα 13 το μεγαλύτερο ποσοστό (70%) δηλώνει 'άσχημη'.

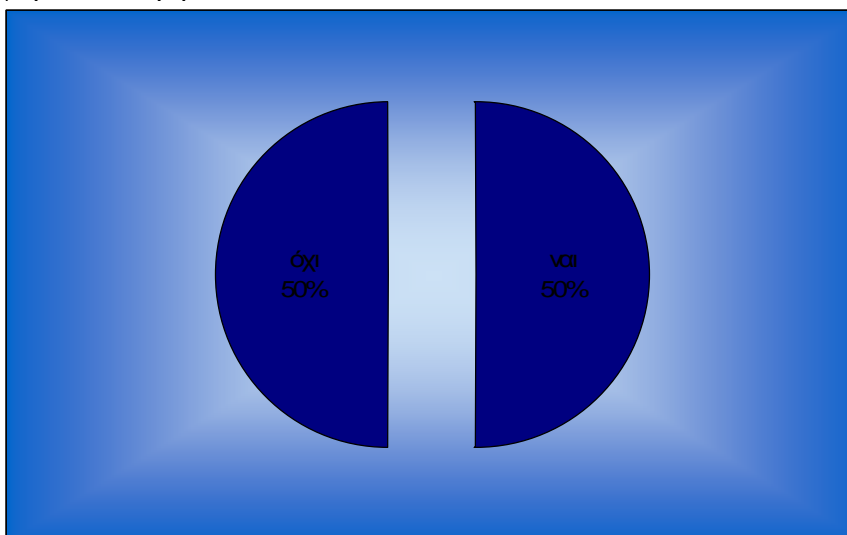
Ακολουθεί ένα ποσοστό του 20% που απαντά 'επιφυλακτική'.

Τέλος, το μικρότερο ποσοστό (10%) δηλώνει 'καλή'.

### Σχήμα 14

#### **Ο κόσμος σε φοβάται;**

Κατανομή 6 ασθενών σε προσπάθεια επανένταξης σχετικά με το αν ο ασθενής εμπνέει φόβο στο περιβάλλον του.

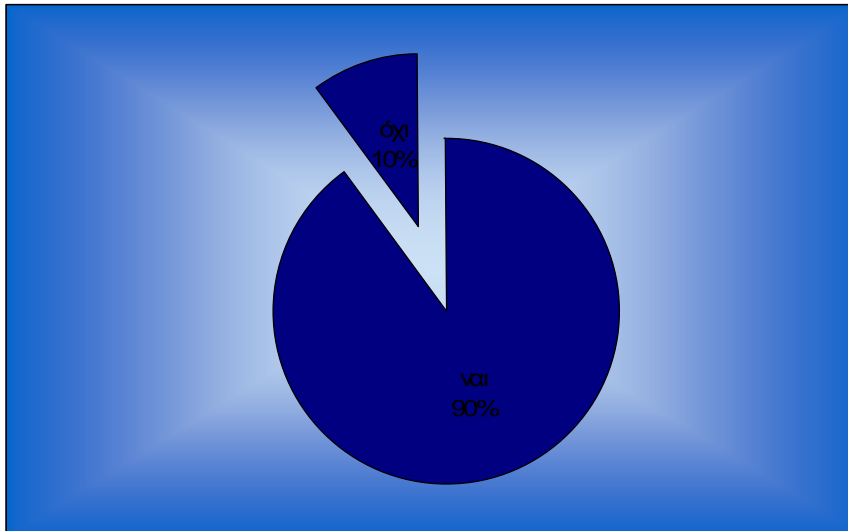


Όπως φαίνεται από το σχήμα 14 υπάρχει ίδιο ποσοστό (50%) που δηλώνει πως δεν έχουν αντιμετωπίσει κάτι τέτοιο και πως έχουν αντίστοιχα.

Σχήμα 15

**Φοβάσαι τον κόσμο;**

Κατανομή 6 ασθενών σε προσπάθεια επανένταξης σχετικά με το αν ο ασθενής τρομοκρατείται από τον κόσμο.



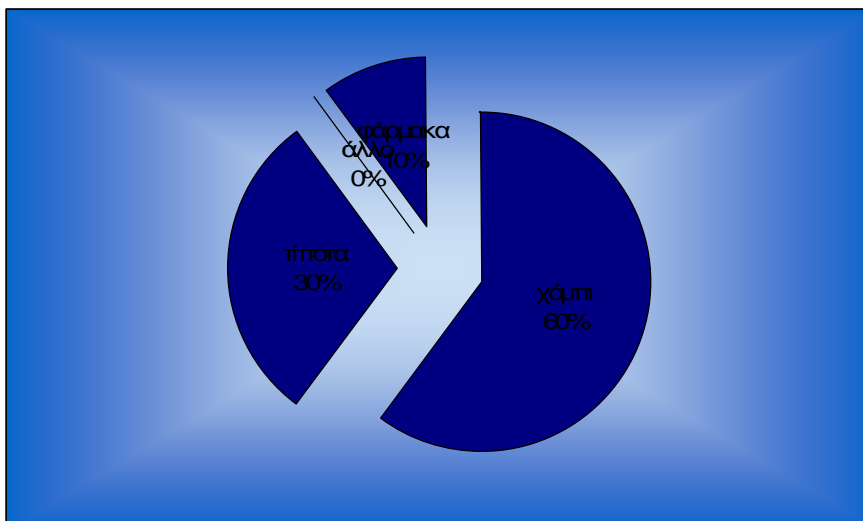
Όπως φαίνεται από το σχήμα 15 το μεγαλύτερο ποσοστό (90%) δηλώνει πως τον φοβίζει ο κόσμος.

Το μικρότερο ποσοστό (10%) φαίνεται πως δεν νιώθει το ίδιο.

Σχήμα 16

**Τι σε κάνει να νιώθεις καλύτερα;**

Κατανομή 6 ασθενών σε προσπάθεια επανένταξης σε σχέση με το τι μπορεί να τους ανακουφίσει.



Όπως φαίνεται από το σχήμα 16 το μεγαλύτερο ποσοστό (60%) δηλώνει πως ανακουφίζεται από τα συμπτώματα του όταν ασχολείται με κάποιο 'αντικείμενο ενασχόλησης/χόμπι'.

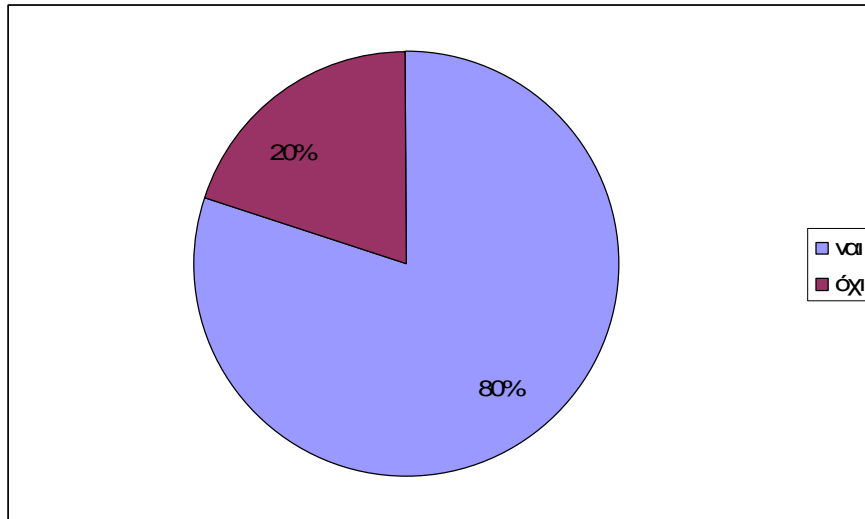
Ακολούθως, ένα 30% φαίνεται να μην μπορεί να ικανοποιηθεί με κάτι.

Τέλος, το μικρότερο ποσοστό (10%) δηλώνει πως τα 'φάρμακα' τον κάνουν να νιώθει καλύτερα.

### Σχήμα 17

#### **Είσαι συνεπής στην φαρμακευτική σου αγωγή;**

Κατανομή 6 ασθενών σε προσπάθεια επανένταξης σχετικά με την συνέπεια τους όσον αφορά την φαρμακευτική τους αγωγή.



Όπως φαίνεται από το σχήμα 17 το μεγαλύτερο ποσοστό (80%) δείχνει πως είναι συνεπές στην φαρμακευτική του αγωγή.

Το μικρότερο ποσοστό (20%) φαίνεται να μην είναι.

### 3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

‘Σχιζοφρένεια’...στο άκουσμα της πολλοί διστάζουν. Άλλοι φοβούνται. Όλοι νομίζουν πως είναι κάτι πολύ μακρινό από αυτούς. Το σίγουρο είναι πως ελάχιστοι πραγματικά γνωρίζουν περί τίνος πρόκειται. Επιλέγουν όμως να παραμένουν στην άγνοια τους...

Η έρευνα μας είχε ως σκοπό να επιχειρήσει να προσφέρει εξειδικευμένη ενημέρωση σχετικά με την ασθένεια καθώς και να επιβεβαιώσει ή όχι το κοινωνικό στίγμα που τη διακρίνει.

Ένας ακόμη σκοπός μας ήταν να προσπαθήσουμε να προσδιορίσουμε την φύση της σχέσης μεταξύ της βίας και της σχιζοφρένειας.

Φαίνεται λοιπόν πως το κοινό δείχνει να έχει επίγνωση της άγνοιας του γύρω από τη νόσο αφού το μεγαλύτερο ποσοστό (63%) δηλώνει πως γνωρίζει λίγα.

Αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στην ελλιπή ενημέρωση γύρω από το θέμα καθώς και στις πηγές πληροφόρησης τους, οι οποίες κατά το μεγαλύτερο ποσοστό είναι αναξιόπιστες (37% τηλεόραση και 17% συζητήσεις). Ένα πολύ μικρό ποσοστό μόνο δείχνει να ενημερώνεται από έγκυρες πηγές (7% εφημερίδες, internet, επιστημονικά περιοδικά).

Η φτωχή γνώση γύρω από την ασθένεια φαίνεται και από την αντίληψη του κοινού γύρω από την αιτιολογία της (17% εγκεφαλική/ νευρολογική δυσλειτουργία) καθώς και από την πεποίθηση πως ένας σχιζοφρενής έχει απαραίτητα και διχασμένη προσωπικότητα (50%).

Σύγχυση επικρατεί και όσον αφορά την συμπεριφορά ενός σχιζοφρενή. Το μεγαλύτερο ποσοστό (50%) πιστεύει πως η αντίδραση ενός ασθενή σε έναν πιθανό διάλογο θα ήταν αλλόκοτη. Επίσης, ένα μεγάλο ποσοστό της τάξης του 33% ακούγοντας την είδηση πως κάποιος τεμάχισε την γυναίκα του και την έβαλε στην κατάψυξη, η πρώτη του σκέψη είναι πως πρόκειται για κάποιο σχιζοφρενικό άτομο. Αξιοσημείωτο είναι, ακόμα, πως το μεγαλύτερο ποσοστό (70%) πιστεύει πως ένας ασθενής θα διέπραττε πιο εύκολα μια εγκληματική πράξη απ’ ότι ένας που δεν νοσεί και μάλιστα ένα άλλο ποσοστό του 70% δείχνει να πιστεύει πως είναι σίγουρο ότι ο ασθενής θα εκδηλώσει σίγουρα βίαιη συμπεριφορά.

Τέλος, συνεπακόλουθη κατάσταση της ελλιπής ενημέρωσης του κοινού είναι ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών. Το μεγαλύτερο ποσοστό της τάξης του 70% δεν θα έδινε δουλειά σε κάποιον που πάσχει από την ασθένεια, άλλο μεγαλύτερο ποσοστό (70%) πιστεύει πως είναι απαραίτητος ο εγκλεισμός των σχιζοφρενών στα ψυχιατρεία και τέλος, ένα 65% δηλώνει πως θα τους φόβιζε η ιδέα να βρεθούν σε ένα μικρό χώρο με κάποιον ασθενή. Στις απαντήσεις αυτές διακρίνεται ο φόβος που γεννά το κοινωνικό στίγμα.

Όλα αυτά έχουν τρομακτική επίπτωση πάνω στους ασθενείς που βρίσκονται σε οξεία φάση της νόσου με αποτέλεσμα ίσα ποσοστά ασθενών (40%) να λαμβάνουν άσχημη και αντίστοιχα επιφυλακτική συμπεριφορά από τον κόσμο και τελικά το μεγαλύτερο ποσοστό (60%) να δηλώνει ότι τον φοβίζει η επαφή με τον κόσμο.

Σε αντίθεση με το κοινό, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (50%) φαίνεται να έχει γνώσεις γύρω από την σχιζοφρένεια, παρά τις δυσκολίες που του δημιουργεί αυτή στην αντίληψη και στην σκέψη.

Παρά τις πεποιθήσεις του κόσμου για την υποτιθέμενη βία που τους χαρακτηρίζει, παρατηρούμε πως μόνο ένα 20% έχει επιχειρήσει να προξενήσει ισχυρή σωματική βλάβη σε κάποιον. Συναντάτε βέβαια ένα ποσοστό του 60% το οποίο έχει πραγματοποιήσει λεκτικές ή ήπιες σωματικές επιθέσεις εναντίον άλλων καθώς και ένα άλλο 60% που έχει

αυτοτραυματιστεί, κάτι όμως, το οποίο δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να σταθεί ικανό να χαρακτηρίσει τον σχιζοφρενή ως ένα εν δυνάμει εγκληματικό άτομο.

Όσον αφορά τους ασθενείς που βρίσκονται στην φάση της επανένταξης, σημειώθηκαν ορισμένες διαφορές συγκριτικά με εκείνους που βρισκόντουσαν στην οξεία φάση. Στην ερώτηση π.χ. 'οι φωνές σε φοβίζουν' το μεγαλύτερο ποσοστό (85%) αυτών υπό οξεία φάση απάντησε 'ναι' ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (80%) εκείνων υπό επανένταξη, απάντησε 'όχι'. Από εδώ φαίνεται καθαρά ότι οι ασθενείς εφόσον ακολούθησαν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα, αποδέχτηκαν και ελαχιστοποίησαν τα συμπτώματα τους σε σημείο αυτά να μην τους φοβίζουν πια. Ακόμα, όσον αφορά ισχυρές σωματικές επιθέσεις εναντίον άλλων, το ποσοστό μειώθηκε ακόμα περισσότερο (10%) σε σχέση με εκείνο των ασθενών υπό οξεία φάση (20%). Περί αυτοτραυματισμού και λεκτικής ή ήπιας σωματικής επίθεσης, παρατηρείται συνακόλουθη μείωση των ποσοστών (40% και 20% αντίστοιχα) συγκριτικά με εκείνα των ασθενών υπό οξεία φάση (60% και 60% αντίστοιχα). Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι το ποσοστό των ασθενών που δηλώνει ότι λαμβάνει 'άσχημη' κοινωνική αντιμετώπιση αυξάνεται (70%) σε σχέση με εκείνο των ασθενών υπό οξεία φάση (40%) και ότι το ποσοστό των ασθενών που φοβάται τον κόσμο αυξάνεται σε 90% από το 60% των ασθενών υπό οξεία φάση. Τα αποτελέσματα αυτά οφείλονται καθαρά στην μεσολάβηση της θεραπευτικής αγωγής των ασθενών, χάρη στην οποία πραγματοποιήθηκε βελτίωση της κλινικής εικόνας, της σκέψης, κρίσης και αντίληψης των ασθενών.

Σημαντικό ρόλο στην έκβαση της νόσου, διαδραματίζει μια ολοκληρωμένη θεραπευτική μέθοδος, η οποία ανακουφίζει τον ασθενή από τα συμπτώματα. Βλέπουμε λοιπόν πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (60%) δηλώνει πως νιώθει καλύτερα κατά την ενασχόληση του με κάποιο αντικείμενο/χόμπι, κάτι που προσφέρεται σε ορισμένα είδη ψυχοθεραπειών.



#### 4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.

Εξάγοντας τα βασικά συμπεράσματα της εργασίας μας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι:

- Το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού έχει παρερμηνεύσει τη νόσο και τα σχετιζόμενα με αυτή. Κρίνεται, έτσι, επιτακτική η ανάγκη ενημέρωσης του κοινού σχετικά με την επιστημονικά παραδεκτή συμπεριφορά της νόσου.
- Η εγκληματικότητα που χαρακτηρίζει τον σχιζοφρενή, αποτελεί έναν μύθο.
- Οι λανθασμένες αντιλήψεις που περιβάλλουν τα προβλήματα ψυχικής υγείας ευθύνονται για την ντροπή που νιώθουν οι πάσχοντες και οι οικογένειες τους και συμβάλλουν στο να μην αναζητούν την θεραπεία που χρειάζεται.
- Η θεραπεία της ψυχικής υγείας συνήθως συνδέεται με τα ψυχιατρεία, ιδρύματα τα οποία συνήθως παραβιάζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα. Υπάρχουν στην διάθεση μας πολλές θεραπευτικές μέθοδοι και η δυνατότητα φροντίδας σε διάφορες δομές, η οποία εάν και εφόσον ακολουθηθούν με συνέπεια επιτυγχάνεται η βελτίωση της κλινικής τους συμπεριφοράς και η μερική ή η πλήρης αποκατάσταση.
- Λόγω του κοινωνικού στίγματος οι ασθενείς δυσκολεύονται να επανενταχθούν στην κοινωνία, να βρουν στέγη και εργασία και να έχουν μια φυσιολογική κοινωνική ζωή με αποτέλεσμα για κάποιον που μόλις εξήλθε από το ψυχιατρείο, ένας τέτοιος αποκλεισμός να τον οδηγήσει πίσω σε αυτό.
- Πρέπει να. θυμόμαστε ότι οι άνθρωποι με ψυχικές ασθένειες υποφέρουν, όχι μόνο λόγω της πάθησης τους, αλλά συχνά υποφέρουν εξαιτίας του στίγματος που ακολουθεί την ψυχική ασθένεια.

*«ακόμα κι αν λέγεται τρέλα, έχει τη λογική της»  
Ουίλιαμ Σαίξπηρ*

## 5. ΠΕΡΙΛΗΨΗ.

**Εισαγωγή:** Έχει παρατηρηθεί ότι γύρω από τις ψυχικές ασθένειες επικρατεί η άποψη που θέλει να ταυτίζει τον ψυχικά ασθενή με ένα εν δυνάμει εγκληματικό άτομο. Από όλες αυτές τις απόψεις, θα λέγαμε ότι εκείνη που έχει υποστεί την μεγαλύτερη εννοιολογική αλλοίωση και τον ευτελέστερο κοινωνικό στιγματισμό αφορά τη σχιζοφρένεια.

**Σκοπός:** Εξειδικευμένη ενημέρωση σχετικά με τη σχιζοφρένεια.

Επιβεβαίωση ή όχι του κοινωνικού στίγματος που τη διακρίνει.

Προσδιορισμός της φύσης της σχέσης μεταξύ βίας και σχιζοφρένειας.

**Υλικό-Μέθοδος:** Η πιλοτική μας έρευνα στηρίχθηκε στην διεθνή βιβλιογραφία.

Το δείγμα μας αποτελούν:

α) 60 άτομα, ηλικίας 18-50, από το ευρύτερο κοινό της Πάτρας.

β) Νοσηλεύομενοι (παρανοϊκού, αποδιοργανωμένου και αδιαφοροποίητου τύπου) εκ των οποίων

10 στην ψυχιατρική κλινική του Ρίου, σε οξεία φάση της νόσου και

6 στο νοσοκομείο ημέρας του 'Αγ. Ανδρέα', σε προσπάθεια κοινωνικής επανένταξης.

Συμπληρώθηκε ερωτηματολόγιο ανώνυμο κλειστού τύπου με 17 ερωτήσεις για το κοινό και με 18 ερωτήσεις κλειστού και ανοικτού τύπου για τους νοσηλεύομενους.

Η μέθοδος λήψης δεδομένων ήταν συνέντευξη για το κοινό και συνέντευξη και λήψη στοιχείων από τα ιατρικά ιστορικά για τους ασθενείς.

Όσον αφορά την επεξεργασία δεδομένων πραγματοποιήθηκε η επεξεργασία, κωδικοποίηση και απεικόνιση τους, μέσω του προγράμματος Excel, σε γραφικές παραστάσεις.

**Αποτελέσματα:** Το μεγαλύτερο ποσοστό (70%) του πληθυσμού έχει παρερμηνεύσει τη νόσο και τα σχετιζόμενα με αυτή, με αποτέλεσμα να συνδέει απόλυτα τη βία με τη σχιζοφρένεια.

Ασθενείς σε ποσοστό 90% που ακολουθούν μια ολοκληρωμένη θεραπεία συμπεριλαμβανόμενης και την τακτικής λήψης της φαρμακευτικής τους αγωγής, παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση της κλινικής τους συμπεριφοράς.

Το κοινωνικό στίγμα δεν επιτρέπει στους ασθενείς να εργασθούν σε ποσοστό (80%) καθώς και να επανενταχθούν στην κοινωνία (70%).

**Συμπεράσματα:** Η εγκληματικότητα που χαρακτηρίζει τον σχιζοφρενή, αποτελεί έναν μύθο.

Κρίνεται επιτακτική η ανάγκη ενημέρωσης του κοινού σχετικά με την επιστημονικά παραδεκτή συμπεριφορά της νόσου.

# Παράρτημα

## Παράρτημα



## Α' μέρος

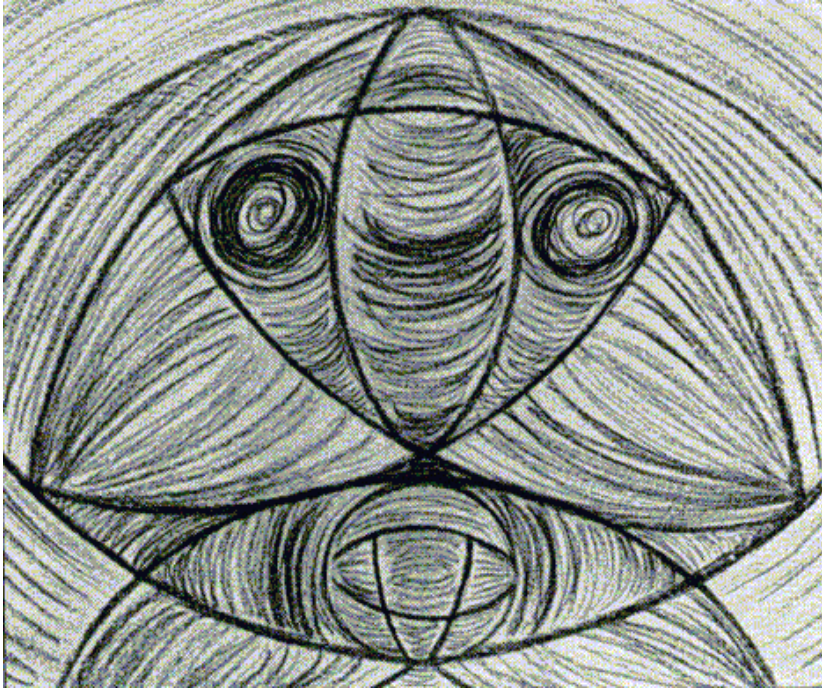
### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΟΙΝΟΥ:

1. Πόσα γνωρίζετε για τη σχιζοφρένεια;  
α) πολλά β) λίγα γ) τίποτα
2. Ποια η πηγή πληροφόρησής σας;  
α) τηλεόραση β) βιβλία γ) περιοδικά/ εφημερίδες/ internet δ) συζητήσεις  
ε) άλλο
3. Πιστεύετε πως η πηγή ενημέρωσής σας είναι έγκυρη;  
α) ναι β) όχι
4. Ποια πιστεύετε πως είναι η αιτία της νόσου;  
α) κληρονομικότητα β) εγκεφαλική/ νευρολογική δυσλειτουργία  
γ) ψυχοφθόρα κατάσταση δ) οικογενειακό περιβάλλον ε) IQ στ) άλλο
5. Ποια πιστεύετε ότι θα ήταν η αντίδραση ενός σχιζοφρενή σε ένα διάλογο μαζί του;  
α) επιθετική β) φυσιολογική γ) αλλόκοτη δ) άλλο
6. Που οφείλεται η παραβατική/ βίαιη συμπεριφορά ενός σχιζοφρενή;  
α) στα συμπτώματα της ασθένειας του β) σε άλλο λόγο (εξωτερική επίδραση)  
γ) δεν γνωρίζω
7. Στο άκουσμα της είδησης ότι κάποιος τεμάχισε την γυναίκα του και την έβαλε στην κατάψυξη η πρώτη σας σκέψη είναι ότι πρόκειται για:  
α) φυσιολογικός β) σχιζοφρενής γ) ψυχικά διαταραγμένος;
8. Σε ποιον πιστεύετε ότι θα έκανε πιο εύκολα κακό ένας σχιζοφρενής;  
α) στον εαυτό του β) στο οικογενειακό του περιβάλλον γ) στο ευρύτερο περιβάλλον του δ) άλλο
9. Θα μένατε σε μια γειτονιά όπου υπάρχει ίδρυμα;  
α) ναι β) όχι
10. Θα δίνατε ποτέ δουλειά σε έναν σχιζοφρενή;  
α) ναι β) όχι
11. Θα καθόσασταν ποτέ στο λεωφορείο δίπλα σε έναν σχιζοφρενή;  
α) ναι β) όχι
12. Η ιδέα να βρεθείτε σε ένα μικρό χώρο (π.χ. ασανσέρ) σας τρομάζει;  
α) ναι β) όχι
13. Ένας σχιζοφρενής έχει και διχασμένη προσωπικότητα;  
α) ναι β) όχι
14. Πιστεύετε πως κάποιος που νοσεί από σχιζοφρένεια μπορεί να προβεί σε εγκληματική πράξη πιο εύκολα από ότι κάποιος που δεν νοσεί;  
α) ναι β) όχι
15. Τα εγκλήματα που διαπράττουν οι σχιζοφρενείς είναι πιο φρικιαστικά από αυτά των φυσιολογικών;  
α) ναι β) όχι
16. Είναι σίγουρο ότι κάποιος με σχιζοφρένεια θα εκδηλώσει βίαιη συμπεριφορά κάποια στιγμή;  
α) ναι β) όχι
17. Πιστεύετε ότι οι σχιζοφρενείς πρέπει να κλείνονται σε ψυχιατρεία;  
α) ναι β) όχι

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ:

1. Έχεις επίγνωση της ασθένειάς σου (εναισθησία);  
α) ναι β) μέτρια γ) όχι
2. Τι γνωρίζεις για αυτήν;  
α) πολλά β) λίγα γ) τίποτα
3. Έχεις ψευδαισθήσεις;  
α) ναι β) όχι
4. Οι φωνές: α) σε διατάζουν β) σου μιλάνε όμορφα γ) σε κριτικάρουν δ) μιλάνε μεταξύ τους
5. Οι φωνές σε φοβίζουν;  
α) ναι β) όχι
6. Σε έχουν αναγκάσει ποτέ να γίνεις βίαιος;  
α) ναι β) όχι
7. Σε έχουν αναγκάσει να κάνεις ποτέ κακό στον εαυτό σου;  
α) ναι β) όχι
8. Έχεις παραληρητικές ιδέες δίωξης;  
α) ναι β) όχι
9. Έχεις επιτεθεί ποτέ λεκτικά ή ήπια σωματικά σε κάποιον άλλον;  
α) ναι β) όχι
11. Έχεις αυτοτραυματιστεί ή αποπειραθεί να αυτοκτονήσεις ποτέ;  
α) ναι β) όχι
12. Έχεις κάνει ποτέ ισχυρή σωματική επίθεση σε κάποιον;  
α) ναι β) όχι
13. Γιατί;  
13. Πώς νιώθεις για αυτό το άτομο;  
α) αγάπη β) μίσος γ) αμφιθυμία δ) αδιαφορία
14. Ποια η αντιμετώπιση του κόσμου απέναντι σου;  
α) καλά β) επιφυλακτικά γ) άσχημα
15. Ο κόσμος σε φοβάται;  
α) ναι β) όχι
16. Εσύ τους φοβάσαι;  
α) ναι β) όχι
17. Τι σε κάνει να νιώθεις καλύτερα;  
α) κάποιο αντικείμενο β) κάποιο πρόσωπο γ) τα φάρμακα δ) άλλο
18. Είσαι συνεπής στην φαρμακευτική σου αγωγή;  
α) ναι β) όχι

## Β' μέρος



Πίνακας που απεικονίζει ένα έντονο βλέμμα. Δημιουργήθηκε από τον διάσημο χορευτή μπαλέτου Vaslav Nijinsky (σχιζοφρενής), κατά την νοσηλεία του σε ψυχιατρική κλινική.

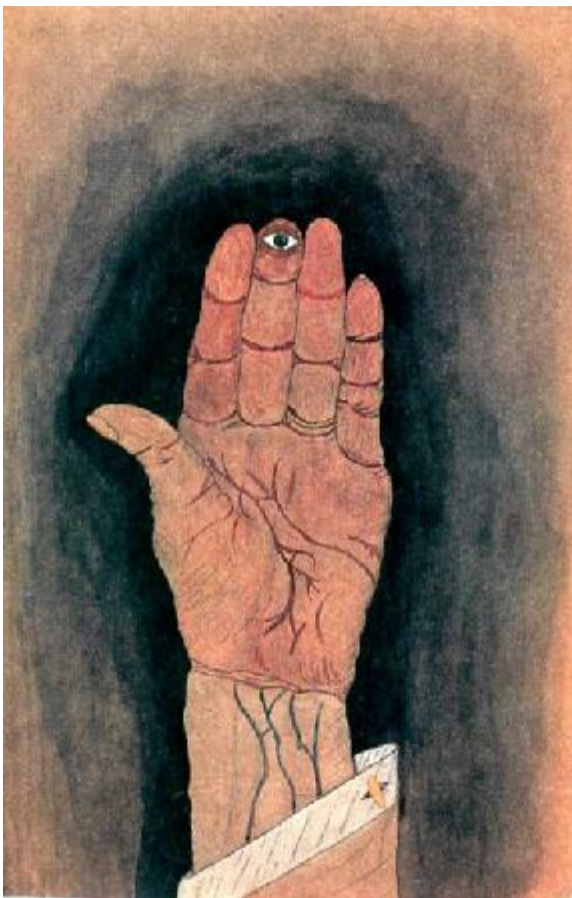


Σχιζοφρενής με ακουστικές ψευδαισθήσεις, ζωγράφησε αυτή την εικόνα κατά τη διάρκεια εργοθεραπείας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί το βλέμμα του κεντρικού προσώπου.



Η λυπημένη, χωρίς πρόσωπο, γυναίκα στην πρώτη εικόνα μας δείχνει την απώλεια της ταυτότητας και του νοήματος. Δημιουργήθηκε από έναν νεαρό σχιζοφρενή κατά την έναρξη της ασθένειας του.

Από κάτω, ένας άλλος σχιζοφρενικός ασθενής, ζωγράφισε την γη να χωρίζεται στα δυο από έναν κεραυνό-ίσως να είναι η προσπάθεια του ατόμου να απεικονίσει τον δικό του προσωπικό διαμελισμό.







Οι προσωπικές φαντασιώσεις των ασθενών συχνά απεικονίζονται στα έργα τέχνης τους. Οι πίνακες αυτοί έχουν δημιουργηθεί κατά την περίοδο 1930-1940 από σχιζοφρενικούς ασθενείς, νοσηλευόμενους σε διάφορα ψυχιατρικά νοσοκομεία της Ευρώπης.

## Γ' μέρος

### Τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου

Ένα σπουδαίο θέμα στη νοσηλευτική φροντίδα της ψυχικής υγείας είναι η αναγνώριση, ο σεβασμός, η προστασία και η υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά αρρώστων. Αυτό υπαγορεύεται από την ευαίσθητη συνείδηση και ανθρωπιά του νοσηλευτού, τη νοσηλευτική δεοντολογία και τη φύση της ψυχικής διαταραχής. Αυτή επηρεάζει τη θέληση του αρρώστου, την κρίση, την αποφασιστικότητα, την ικανότητα να χειρίζεται την προσωπική του ελευθερία με ασφάλεια και να διεκδικεί όσα δικαιούται.

*Τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου είναι:*

1. Δικαίωμα σε κατάλληλη θεραπεία και σε λιγότερο κατά δυνατό περιοριστικό περιβάλλον.
2. Δικαίωμα σε εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, υποκείμενο σε αναθεώρηση και επανεκτίμηση. Να συμπεριλαμβάνεται και εκτίμηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που χρειάζονται μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.
3. Δικαίωμα σε ενεργό συμμετοχή του στη θεραπεία με συζήτηση των θεραπειών και των φαρμάκων, των ωφελειών, ενδεχομένων κινδύνων και παρενεργειών καθώς και των διαθέσιμων εναλλακτικών θεραπειών.
4. Δικαίωμα να δώσει ή να μη δώσει τη συγκατάθεσή του. Και να αντιμετωπισθεί χωρίς την προσωπική του συγκατάθεση μόνο σε επείγουσα περίπτωση ή με τη συγκατάθεση ενός κηδεμόνα, όταν διαπιστωθεί η ανικανότητά του από το δικαστήριο.
5. Δικαίωμα να μη υποβληθεί σε ερευνητικό πειραματισμό, εκτός αν αυτός ακολουθεί τις συστάσεις της Εθνικής Επιτροπής για την προστασία των ανθρωπίνων υπάρξεων που χρησιμοποιούνται ως ερευνητικά υποκείμενα.
6. Δικαίωμα να είναι ελεύθερος από περιορισμούς εκτός σε μια επείγουσα ανάγκη και εφόσον τα περιοριστικά μέτρα αποτελούν ειδικό μέρος του θεραπευτικού προγράμματος, πάντοτε σύμφωνα με τις απαιτήσεις της συμμετοχής και συναίνεσής του. Αυτά να εφαρμόζονται και στις τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς, που περικλείουν περιοριστικά μέτρα και απομόνωση του αρρώστου.
7. Δικαίωμα για αξιοπρεπή φροντίδα σε ανθρωπιστικό περιβάλλον.
8. Δικαίωμα στην εχεμύθεια σχετικά με τις πληροφορίες για την ψυχική του υγεία.
9. Δικαίωμα πρόσβασης στο προσωπικό αρχείο της θεραπείας του, εκτός αν δύο επιστήμονες ψυχικής υγείας το κρίνουν Βλαπτικό.
10. Δικαίωμα σε όσο το δυνατό μεγαλύτερη ελευθερία για να ασκεί τα πολιτικά του δικαιώματα, να ανήκει κάπου και να εκφράζεται. Περιορισμός ειδικών επισκεπτών επιτρέπεται μόνο αν τεκμηριώνεται ανοιχτά και αποτελεί μέρος της θεραπευτικής αγωγής.

11. Δικαίωμα σε γραπτή και προφορική πληροφόρηση για τα δικαιώματα αυτά, με κατανοητό τρόπο, στην αρχή της θεραπείας και περιοδικά, έπειτα.
12. Δικαίωμα έκφρασης παραπόνων με μηχανισμό, που περικλείει τη δυνατότητα να φθάσει στο δικαστήριο.
13. Δικαίωμα να εξασφαλίσει Βοήθεια δικηγόρου.
14. Δικαίωμα να κριτικάρει ή να παραπονεθεί για τις συνθήκες ή υπηρεσίες περίθαλψής του, χωρίς το φόβο να υποστεί αντίποινα ή άλλες αντεκδικήσεις.
15. Δικαίωμα παραπομπής σε άλλη υπηρεσία, προκειμένου να συμπληρωθεί το σχέδιο εξόδου του από το νοσοκομείο.

Τα παραπάνω δικαιώματα έχουν νομοθετηθεί από το Αμερικανικό Κοινοβούλιο το 1980 ύστερα από πολλές μελέτες. Βάσει αυτών έχουν διατυπωθεί και αναλυτικότερα όπως: Το δικαίωμα του ψυχικά αρρώστου να κάνει ψώνια, να χειρίζεται την περιουσία του, να σπουδάζει, να επικοινωνεί με πρόσωπα εκτός του νοσοκομείου με αλληλογραφία, τηλεφωνήματα και επισκέψεις. Αυτά να περιορίζονται μόνο με ενυπόγραφη οδηγία του υπεύθυνου θεραπευτού. Επίσης έχει το δικαίωμα σε θρησκευτική ελευθερία, να διορισθεί σε εργασία αν είναι δυνατό, να κάνει μήνυση, να πληρώνεται για οποιαδήποτε εργασία του που συντελεί στη λειτουργία και συντήρηση του νοσοκομείου.

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας οφείλουν να γράφουν με ανάλογη τεκμηρίωση τη νοσηλευτική φροντίδα στο φύλλο νοσηλείας του αρρώστου, όχι μόνο για την εξασφάλιση συνέχειας της φροντίδας αλλά και για τυχόν νομικό έλεγχο.

### Γιατί...

Οι «δικοί μας άνθρωποι» είναι παιδιά γλυκά με ευαισθησία στην ψυχή τους, που θέλουν αγάπη, αναγνώριση, στήριξη, αποδοχή.

Η ψυχική ασθένεια αλλάζει τη ζωή,  
δεν την καταστρέφει.

Αυτό που συνέβη, είναι πολύ δυσάρεστο.....  
αλλά κ α ν ε ί ς δεν ευθύνεται πραγματικά γι' αυτό.

Ό,τι δεν καταφέρνει να σε καταβάλλει.....  
σε κάνει πιο δυνατό!

Η ψυχική ασθένεια δεν είναι αθεράπευτη.  
**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ.**

Αρ. Λογ. Εμπορικής Τράπεζας: 57779756  
Διεύθυνση Επικοινωνίας  
Κέντρο Ψυχικής Υγείας  
Επιδάφρου 8 (κοντά στο Ξεν. Δελφίν)  
Τηλ. 6945147522  
6947837554  
6977452647

  
**Optical Gallery**  
ΓΕΟΡΓΙΑΔΗΣ

ΧΟΡΗΓΟΙ

Συστήματα Τεντών  
Χολής Σταμούλης  
Πανεπιστημίου 59 - Πάτρας  
Τηλ. 2610 434 192

### ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΠΑΤΡΑΣ



Δεν θα τραβήξουμε  
μπροστά ένας-ένας,  
αλλά δυό.  
Κι αν γνωρίζομαστε δυό-δυό  
θα γνωριστούμε όλοι....  
*Paul Elyard*

### Λίγα λόγια για μας....

Ο Σύλλογος οικογενειών για την Ψυχική Υγεία Πάτρας ιδρύθηκε το 2003. Δημιουργήθηκε από την ανάγκη και την επιθυμία πολλών οικογενειών που ένα μέλος τους πάσχει από ψυχική ασθένεια:

- να μοιραστούν την κοινή τους εμπειρία με άλλες οικογένειες που αντιμετωπίζουν παρόμοιο πρόβλημα
- να στηριχθούν ο ένας στον άλλον, ώστε να βρουν τη δύναμη και το κουράγιο να αντιμετωπίσουν την ασθένεια, τις δυσκολίες της και την αγωνία τους για το μέλλον
- να σταματήσουν να προχωρούν μόνοι και ενωμένοι να υπερασπίζονται τα δικαιώματά τους

Ο Σ.Ο.Ψ.Υ. είναι μη κερδοσκοπικό σωματείο.  
Τακτικά μέλη του είναι συγγενείς ατόμων με ψυχικά προβλήματα  
Πρόσεδρα μέλη είναι άτομα που εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας  
Αρωγά μέλη είναι άτομα με ευαισθησία στα ψυχικά προβλήματα

Το Δ.Σ. του Σ.Ο.Ψ.Υ. εκλέγεται από τα τακτικά του μέλη και επικουρείται από Επιστημονική Επιτροπή, η οποία υποστηρίζει το έργο του, συνεισφέροντας με τις απαραίτητες επιστημονικές γνώσεις.

### Οι στόχοι μας....

- Η καλλιέργεια και σόφισξη σχέσεων αλληλεγγύης και αλληλοβοήθειας των μελών.
- Η προαγωγή κάθε μορφής υποστήριξης, ενίσχυσης και προστασίας των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους.
- Η υπεύθυνη ενημέρωση για την ψυχική ασθένεια, τις σύγχρονες θεραπείες και το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Η ευαισθητοποίηση του κοινού γύρω από την ψυχική νόσο, ώστε να μειωθεί το στίγμα που τη συνοδεύει.
- Η καταπολέμηση των διακρίσεων σε βάρος των ψυχικά ασθενών, η οικοδόμηση μιας θετικής εικόνας για τον ψυχικά άρρωστο και η αποδοχή του από την κοινωνία.
- Η ίδρυση και λειτουργία ζενόντων.
- Η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου των ασθενών (άθληση, κατασκηνώσεις, ψυχαγωγικές εκδηλώσεις).



### Ο Σ.Ο.Ψ.Υ.

Οργανώνει :  
ενημερωτικές εκδηλώσεις, διαλέξεις και συνέδρια  
ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες οικογενειών, όπου μπορεί κανείς να πάρει πληροφορίες για την ψυχική ασθένεια και να μάθει να την αντιμετωπίζει αποτελεσματικά  
ομάδες αυτοβοήθειας και υποστήριξης των οικογενειών

ΑΡΧΕΙΟ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

2. ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

3. ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

4. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

5. ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

7. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ:

8. ΣΥΝΟΔΟΣ:

9. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

10. ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:

11. ΜΗ ΨΥΧ/ΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ:

12. ΨΥΧ/ΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ:

13. ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΕ:

14. ΕΝΑΡΞΗ ΝΟΣΟΥ:

15. ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ ΨΥΧ/ΚΕΣ:

16. ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ:

17. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

18. ΘΕΡΑΠΙΩΝ:

19. ΗΜ/ΝΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ:

20. ΕΦΗΜΕΡΕΥΩΝ:

21. ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ:

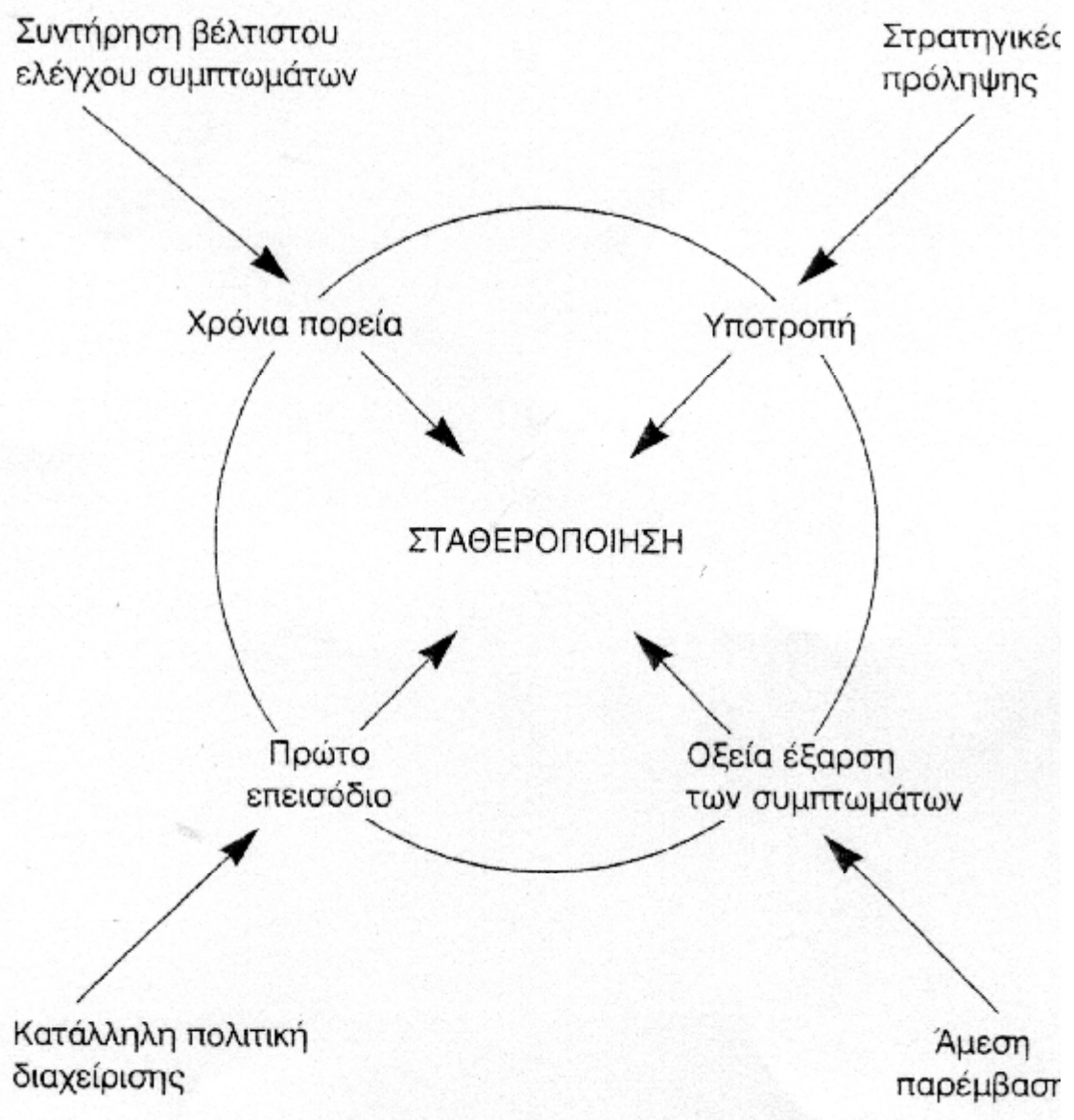
22. ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

23. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:

24. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ:

Κάρτα ψυχιατρικού ασθενή που συμπληρώνεται κατά την εισαγωγή του στο τμήμα επειγόντων περιστατικών.

### Ο κύκλος της σχιζοφρένειας



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Τσαλικόγλου-Κωστοπούλου Φωτεινή.** 'Σχιζοφρένεια και φόνος', Επίτομος, 1<sup>η</sup> έκδοση, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1984, σ.28-77, 106-147, 195-212 .
2. **Στεφανής Κ. και συν.** 'Θέματα Ψυχιατρικής', Επίτομος, Αθήνα, σ.125-127, 155-206.
3. **Kaplan I. Harold, M.D., Sadock J. Benjamin, M.D., Grebb A. Jack, M.D.** 'Psychiatry', second volume, 7<sup>th</sup> edition, Published by Lippincott Williams and Wilkins, σ.671-710.
4. **Davison and Neale.** 'Abnormal Psychology', unique volume, 6<sup>th</sup> edition, Published by John Wiley and Sons Inc, 1994, σ.389-408.
5. **Χριστοδούλου Γ. Ν. και συν.** 'Ψυχιατρική', α' τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, σ.263-292.
6. **Mitsuda Hisatoshi, M.D. and Fukuda Tetsuo, M.D.** 'Biological mechanisms of schizophrenia like psychoses', unique volume, Published by Georg Thieme Publishes Stuttgart, Tokyo 1974, σ.112.
7. **Μάνος Νίκος.** 'Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής', Επίτομος, αναθεωρημένη έκδοση, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997, σ.132-149.
8. **Γεωργιάς Κ. Ανδρέας.** 'Συνοπτική Ψυχιατρική', Επίτομος, 1<sup>η</sup> έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1972, σ.124
9. **Ιωαννίδης Δ.Ι.** 'Παιδαγωγική Ψυχολογία, προσαρμογή-προσωπικότητα', α' τόμος, Εκδόσεις Κορφή, Αθήνα 1996, σ.222.
10. **Στεφανής Ν. Κωνσταντίνος.** 'Ψυχικές Διαταραχές, ο γνωστός άγνωστος', Ε' ιατρικά, Ελευθεροτυπία, τεύχος 81, Αθήνα 2003, σ.17.
11. **Oltmanns F. Thomas, Emery E. Robert.** 'Abnormal Psychology', unique volume, Published by Prentice Hall Inc., USA 1995, σ.155, 411-421.
12. **Χαρτοκόλλης Πέτρος.** 'Εισαγωγή στην Ψυχιατρική', Επίτομος, 2<sup>η</sup> έκδοση αναθεωρημένη, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1991, σ.169-175.
13. **ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-LILLY ΑΕΒΕ.** Εκπαιδευτικό υλικό 'Zyprexa'. α' τόμος, Αθήνα 2003, σ.32-48,60-81.
14. **Sue Sue Sue.** 'Understanding Abnormal Behaviour', unique volume, 5<sup>th</sup> edition, Published by Houghton Mifflin Company, USA 1992, σ.395-429.
15. **Barlow and Durand.** 'Ψυχολογία και παθολογική συμπεριφορά, μια σύνθετη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση', μτφ. Μπαρμπάτση Μαρία, επιμέλ. Μεσσήνης Λάμπρος, Μπίρης Αργύρης, β' τόμος, 2<sup>η</sup> έκδοση, Εκδόσεις Ελλην, Αθήνα 2002, σ.253-278.
16. **Alloy B. Lauren, Jacobson S. Neil, Acocella Joan.** 'Abnormal Psychology, Current perspectives', unique volume, 8<sup>th</sup> international edition, Published by Mc. Craw-Hill Co., USA 1999, σ.378-389.
17. **Μεϊμάρης Γ. Ιωάννης, Κοκαρίδα Κωνσταντίνα, Χαραλάμπους Αντώνης.** 'Κατάθλιψη στη σχιζοφρένεια', Τετράδια ψυχιατρικής, Νο83, Εκδόσεις Ηλεκτρονικές Τέχνες Ε.Π.Ε., Αθήνα 2003, σ.82-83
18. **Μαδιανός Γ. Μιχάλης.** 'Κλινική Ψυχιατρική', Επίτομος, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2004, σ.196-197, 227-235
19. **Tasman Allan, Kay Jerald, Lieberman A. Jeffrey.** 'Psychiatry', unique volume, 2<sup>th</sup> edition, Published by Willey, England 2003, σ.1135-1161



20. **Ρασιδάκι Κ. Ν.** 'Στοιχεία Ψυχιατρικής', Επίτομος, 5<sup>η</sup> έκδοση, Εκδόσεις Ε-Μ Μωραΐτου-Σιδερίδη, Αθήνα 1979, σ.79-81
21. **Οικονόμου Φ.**, 'Εγχειρίδιον Ψυχιατρικής', Επίτομος, 4<sup>η</sup> έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992, σ.142-150
22. **Κατσάγγελος Γιώργος.** 'Σιωπή', Επίτομος, έκδοση Ψυχιατρικού νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 2001, σ.47
23. **Ραγιά Χ. Αφροδίτη.** 'Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική νοσηλευτική', Επίτομος, 8<sup>η</sup> έκδοση βελτιωμένη, Αθήνα 2004, σ.214,235-262
24. **Ahlbom Anders, Ph.D, Norell Staffan, M.D., Ph.D.** 'Εισαγωγή στην σύγχρονη επιδημιολογία', μτφ-επιμέλ. Δημολιάτης Γιάννης, Χουλιάρα Σπυριδούλα, Αναστασόπουλος Παναγιώτης, Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992, σ.26-29,170.
25. [www.hri.org/news/greek/era/2004/04-02-03\\_2.era.html](http://www.hri.org/news/greek/era/2004/04-02-03_2.era.html).
26. [www.zeus.hri.org/news/greek/mpeb/2002/02-01-25.mpeb.html#15](http://www.zeus.hri.org/news/greek/mpeb/2002/02-01-25.mpeb.html#15).
27. [www.openthedoors.com/greek/03\\_07.html](http://www.openthedoors.com/greek/03_07.html).
28. **Barondes Samuel.** 'Στοιχεία Μοριακής Νευροβιολογίας και Βιολογικό Υπόστρωμα Ψυχικών Διαταραχών', μτφ-επιμέλ. Καστελλάκης Α. Α., Παναγής Γ.Θ., Επίτομος, Εκδόσεις Ελλήν , Αθήνα 1997, σ.185-194.
29. [www.hyper.gr/mauthes/951127/51127f16.html](http://www.hyper.gr/mauthes/951127/51127f16.html).
30. **Κακούρος Ευθύμιος, Μανιαδάκη Κατερίνα.** 'Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Αναπτυξιακή προσέγγιση', Επίτομος, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα 2003, σ.369
31. **Βιννάι Γκέρχαντ.** 'Η κοινωνική ψυχολογία της εργατικής τάξης. Η διαταραχή της προσωπικότητας στη διαδικασία της ανατροφής', μτφ. Δερμιτζάκης Μπάμπης, Επίτομος, Εκδόσεις Γερ. Αναγνωστίδη. σ.15-19.
32. <http://www.stress.gr/disorders/schizo3.html>
33. [www.psychologia.gr/disorders/schizophrenia.htm](http://www.psychologia.gr/disorders/schizophrenia.htm)
34. **Χριστοδούλου Ν. Γ. & Κονταξάκης Π. Β.,** 'Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής', Επίτομος, επιμελημένη έκδοση, Κέντρο ψυχικής υγιεινής, Αθήνα 1994, σ.73-76
35. [www.geocities.com/dimphysyc/scizophrenia.htm](http://www.geocities.com/dimphysyc/scizophrenia.htm)
36. Εγκυκλοπαίδεια **Υγεία.** 'Νευρικό σύστημα, Ψυχιατρική, Ψυχανάλυση', 8<sup>η</sup> τόμος, Εκδόσεις Δομική Ο.Ε. Γκούμας-Κωτισιόπουλος, Ελλάδα 1989, σ.724-725.
37. **Καλαντζή-Αζίζι Α., Δέγλερης Ν.** 'Θέματα ψυχοθεραπείας της συμπεριφοράς', Επίτομος, 3<sup>η</sup> έκδοση, Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1992, σ.178-180
38. **Warner Richard,** 'Recovery from Schizophrenia', unique volume, 2<sup>nd</sup> edition, Published by Routledge, New York 1994, σ.215-217
39. **Ραγιά Χ. Αφροδίτη.** 'Ψυχιατρική νοσηλευτική, Θεμελιώδεις Αρχές', Επίτομος, Εκδόσεις αδελφότητας Έυνική, Αθήνα 1978, σ.162-163
40. **Coler Simon Marga, Goyette Vincent Karen.** 'Ψυχιατρική νοσηλευτική φροντίδα', μτφ. Αποστόλη Ισμήνη, Επίτομος, Εκδόσεις Ελλήν, Αθήνα 2001, σ.78-84
41. **Τσαλικογλου Φωτεινή, Κακκάλης Πέτρος, Κουβέλης Φώτης.** 'Επικινδυνότητα και κοινωνική Ψυχιατρική', Επίτομος, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1990, σ.45-69, 206-207
42. **Λειβαδίτης Δ. Μίλτος.** 'Ψυχιατρική και δίκαιο', Επίτομος, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1994, σ.160-172, 251-274, 301.

43. Αλεβιζόπουλος Γιώργος. 'Δικαστική Ψυχιατρική', Επίτομος, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισσιανός, Αθήνα. σ.13-25, 38
44. Appelbaum S. Paul, M.D., Robbins Clark Pamela, B.A., Monahan John, Ph.D.. 'Violence and Delusions: Data from the MacArthur. Violence Risk Assessment Study', The American Journal of Psychiatry', Volume 157, No4, Copyright American Psychiatric Association 2000, σ.566-571.
45. Harkavy-Friedman M. Jill, M.D., Restifo Kathleen, Ph.D., Malaspina Dolores, M.D., Kaufmann A. Charles, M.D., Amador F. Xavier, Ph.D., Yale A. Scott , M.S.W, and Gormann M. Jack, M.D.'Suicidal Behavior in Schizophrenia: Characteristics of Individuals who had and had not attempted Suicide',The American Journal of Psychiatry, Volume 156, No8, Copyright American Psychiatric Association 1999, σ.1276-1279.
46. [www.patris.gr/archive/2002/7/7/8th.html](http://www.patris.gr/archive/2002/7/7/8th.html)
47. [www.hellenic.org/news/greek/ant1/96-07-07.ant.html](http://www.hellenic.org/news/greek/ant1/96-07-07.ant.html)
48. <http://www.google.com.gr/search?q=cache:f+13zesxsj:www.hre.organinews.greeh/mpeb/2000/00-07-27.mpeb.html+schizophrenia&hl=e1>
49. Μπουγάς Ν., Γκότζου Α., Καλογερίνη Θ.. 'Νέο Λεξικό της Ελληνικής', Επίτομος, Εκδόσεις Σταφυλίδη, Αθήνα 1995, σ.1178-1179.
50. [www.schizophrenia.com/stories](http://www.schizophrenia.com/stories)