

**Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.**  
**ΤΜΗΜΑ**  
**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**  
*Πτυχιακή Εργασία*

**Τίτλος: ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**  
**ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ**  
**ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**  
**ΧΟΥΛΙΑΡΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**  
**ΠΕΤΡΟΥΛΗ ΕΛΕΝΗ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:**  
**ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ**

**ΜΑΙΟΣ 2007**

**ΠΑΤΡΑ**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<b>Σελ.</b>
ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	7

## ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

### \* ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	10
1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ .....	12
1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	14

### \* ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1 ΑΙΤΙΟΠΑΘΙΟΓΕΝΕΙΑ .....	18
2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ .....	24

### \* ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1 ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ .....	30
3.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ .....	31
3.3 ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	34

### \* ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1 ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	36
-------------------	----

4.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	38
4.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	42
4.4 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	43

## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

### \* ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 Η ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ .....	48
1.1.1 ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΖΟΥΝ ΣΤΟ ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ.....	48
1.1.2 ΤΑ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥΣ.....	49
1.1.3 Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ.....	49
1.1.4 ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΓΙΑ ΤΟ ΞΕΠΕΡΑΣΜΑ ΤΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ.....	50
1.1.5 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ .....	51
1.1.6 ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ .....	52
1.1.7 ΠΩΣ ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΟΥΜΕ ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ .....	53
1.1.8 ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΝΙΚΗΘΕΙ ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΗ .....	54
1.1.9 ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΣ .....	55

* <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</b>	
2.1 ΣΤΙΓΜΑ, ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ .....	56
2.2 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ.....	58
2.3 ΜΥΘΟΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	59
2.4 ΜΥΘΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	62
2.5 ΕΡΕΥΝΕΣ-ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ .....	67
* <b>ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ</b> .....	72
* <b>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b> .....	83
* <b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b> .....	85
* <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	87

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στην εργασία αυτή θα προσπαθήσουμε να δώσουμε την εικόνα ενός ανθρώπου που πονά. Ενός ανθρώπου που αντιλαμβάνεται, σκέπτεται, αισθάνεται, εκφράζεται και συμπεριφέρεται, αλλά με έναν πόνο που είναι διάχυτος σε κάθε του κίνηση, έκφραση, αίσθημα, σκέψη, ομιλία, αντίληψη και συμπεριφορά.

Ενός ανθρώπου που πονά όχι όμως σωματικά αλλά ψυχικά. Ίσως είναι δύσκολο να διευκρινισθεί ο ψυχικός πόνος αν και οι περισσότεροι άνθρωποι τον νιώθουν καθημερινά.

Η ψυχική πλευρά είναι η άλλη όψη του νομίσματος πόνου και προσωπικά πιστεύουμε ότι είναι πιο επώδυνη. Μπορεί να εξαφανιστεί ο σωματικός πόνος, μέχρι ενός σημείου. Ο ψυχικός πόνος όμως, είναι δύσκολο, αν όχι ακατόρθωτο, να εξαφανισθεί, πολλές φορές ακόμα και να χαλιναγωγηθεί γιατί προέρχεται από ένα τραύμα που η επούλωσή του απαιτεί πολύ χρόνο και προσπάθεια και πολλές φορές αν και φαίνεται ότι η πληγή επουλώθηκε, ανοίγει απότομα, πλημμυρίζοντας στο αίμα και στον πόνο του ανθρώπου.

Τον πόνο αυτού του τραύματος θα προσπαθήσουμε να περιγράψουμε σε αυτή την εργασία και την αντανάκλασή του πάνω στον άνθρωπο, που πονά πιο πολύ από όλους. Αυτό αναφέρεται ως σχιζοφρένεια.

Θα προσπαθήσουμε να αναζητήσουμε τον τρόπο με τον οποίο έγινε το τραύμα αυτό και πως κατέληξε να γίνει μια μόνιμη ανοικτή πληγή

αναβλύζοντας ένα διαρκή πόνο. Το πως μπορεί να επουλωθεί αυτό το τραύμα αλλά και το πως μπορεί να αποφευχθεί, γιατί, ως γνωστόν, η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία. Το πως μπορεί να μετριασθεί ο πόνος που το προκαλεί, καθώς και ο τρόπος διάρκειας αυτού του πόνου που μετατρέπει τελικά τον άνθρωπο να νοσεί σε αυτόν που συνηθίζεται να αποκαλείται τρελλός, και όχι σχιζοφρενής.

Ίσως καταλάβουμε μέσω αυτής της εργασίας γιατί η χειρότερη αυτή μορφή πόνου είναι συνώνυμη της τρέλλας. Και επειδή η λέξη τρέλλα ακούγεται κάπως άσχημα θα αναφέρεται ως σχιζοφρένεια.<sup>1</sup>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Περίπου 1 στους 100 ανθρώπους πάσχουν από σχιζοφρένεια, μια από τις πιο πολύπλοκες και παρεξηγημένες ασθένειες. Η νόσος κατέχει δεσπόζουσα θέση στο φάσμα των ψυχικών διαταραχών. Δεν είναι τόσο η συχνότητα της που προβληματίζει, όσο το εύρος των λειτουργιών που προσβάλλει, η διάρκειά της καθώς επίσης οι ατομικές και κοινωνικές της επιπτώσεις.

Η σχιζοφρένεια επηρεάζει τις βασικές διανοητικές λειτουργίες του ατόμου, διαστρεβλώνοντας την αίσθηση της πραγματικότητας, ωθώντας σταδιακά στην εκδήλωση παράξενης συμπεριφοράς. Προκαλεί ταλαιπωρία, που επιδεινώνεται από το στίγμα που συνοδεύει την ασθένεια. Όπως και για πολλές άλλες ψυχικές νόσους, υπάρχουν πολλές απόψεις για τις αιτίες που προκαλούν την εκδήλωση της. Προφανώς στη γέννηση της εμπλέκεται ποικιλία παραγόντων όπως γενετικοί και βιοχημικοί παράγοντες, το οικογενειακό υπόβαθρο και γεγονότα ζωής.

Αποτελεί μια σοβαρή ψυχιατρική νόσο που απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα συμπτώματα μπορούν να υποχωρήσουν με τη χορήγηση

θεραπευτικής αγωγής και την υποστήριξη του οικογενειακού, φιλικού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Πολύ σημαντική είναι η συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής μετά την υποχώρηση της συμπτωματολογίας καθώς επίσης η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ασθενών για την οποία χρησιμοποιούνται μονάδες στέγασης όπως είναι τα οικοτροφεία, οι ξενώνες και τα προστατευόμενα διαμερίσματα και δομές αποκατάστασης

όπως προστατευόμενα εργαστήρια και κέντρα επαγγελματικής προεργασίας. Η εργασία παίζει σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση των ανθρώπων που αναρρώνουν από τη νόσο.<sup>2</sup>



# **ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ**

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

## 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η ιστορία της παραφροσύνης είναι μακρά όσο και το ανθρώπινο είδος. Υπάρχουν γραπτές μαρτυρίες από τον 15<sup>ο</sup> αιώνα π.χ. που περιγράφουν ψυχοπαθολογικές εικόνες που μοιάζουν με αυτό που αποκαλούμε σήμερα σχιζοφρένεια.

Ο Αρεταίος από την Καππαδοκία περιέγραψε μάλιστα διάφορες μορφές. Οι Έλληνες γιατροί του 1<sup>ο</sup> και 2<sup>ο</sup> αιώνα μ.χ περιέγραψαν διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών της προσωπικότητας, που παρατηρούνται και σήμερα στους σχιζοφρενείς ασθενείς. Ο Ιπποκράτης στο «Περί Ιεράς Νόσου» αποδίδει στο εγκέφαλο τις αιτίες τόσο των νευρολογικών όσο και των ψυχιατρικών ασθενειών: «Άλλοτε θολώνει το μυαλό του και ο άρρωστος φαντάζεται και πιστεύει πράγματα που δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και δίνουν τον ιδιαίτερο χαρακτήρα της ασθένειας με τα κοροϊδευτικά χαμόγελα και της παράξενες οπτασίες».

Ο Γαληνός αντικρούοντας την άποψη του Μωυσή, ότι η τρέλα και ο δαιμονισμός είναι το ίδιο πράγμα, αναφέρει: «απώλεια γαρ της συνέσεως η μόρωσης εστί». Η άποψη αυτή όμως επικράτησε στην Ευρώπη του μεσαίωνα μέχρι και τις αρχές του 18<sup>ου</sup> αιώνα. Αργότερα κάτω από την επίδραση του διαφωτισμού, άρχισε σταδιακά να διαμορφώνεται ξανά η ιατρική αντίληψη της «τρέλας» όπως στην αρχαιότητα. Οι άνθρωποι που

σφράγισαν με τις αντιλήψεις του την ιστορία της σχιζοφρένειας αλλά και της ψυχιατρικής υπήρξαν ο Kraepelin και ο Bleuler.

Ο Kraepelin χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο dementia praecox- πρώιμη άνοια- στην δεκαετία του 1890 και διέκρινε σαφώς την νόσο από την μανιοκαταθλιπτική ψύχωση. Υπό το όνομα αυτό κατέταξε τρεις μείζονες τύπους της διαταραχής που μέχρι τότε θεωρούνταν ξεχωριστοί: την παράνοια, την ηβηφρένεια και την κατατονία. Ο Kraepelin πίστευε ότι οι ασθενείς στο μεγαλύτερο ποσοστό τους καταλήγουν σε άνοια.

Ο Bleuler ήταν αυτός που καθιέρωσε τον όρο σχιζοφρένεια, που σημαίνει, αποσάθρωση του νου. Πίστευε, σε αντίθεση με τον Kraepelin, ότι η νοητική αποδιοργάνωση δεν ήταν αναγκαία και αναπόφευκτη κατάληξη της διαταραχής και διαχώρισε τα συμπτώματα σε θεμελιώδη- πρωτεύοντα και σε συνωδά-δευτερεύοντα. Στα θεμελιώδη συμπεριέβαλε την χάλαση του συνειρμού, το πλέον θεμελιώδες κατ' αυτόν σύμπτωμα, την διαταραχή του συναισθήματος, τον αυτισμό και την αμφιθυμία. Στα συνωδά συμπτώματα της νόσου περιέβαλε τις ψευδαισθήσεις και τα παραληρήματα. Διέκρινε τέσσερις μορφές της νόσου:

- Την παράνοια, που χαρακτηρίζονταν από επιμένοντα παραληρήματα και ψευδαισθήσεις.

- Την κατατονία, με κατατονικά συμπτώματα επικρατούντα συνεχώς, για άλλοτε, άλλο χρονικό διάστημα.

- ü Την ηβηφρένεια, με παραληρήματα και ψευδαισθήσεις που δεν επικρατούν όμως στην κλινική εικόνα συνεχώς.
- ü Την απλή σχιζοφρένεια, κατά την διάρκεια της πορείας, της οποίας, μόνο τα θεμελιώδη συμπτώματα μπορούν να ανεβρεθούν.

Ο Kurt Shneider διαίρεσε τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, σε πρώτη και δεύτερης τάξης συμπτώματα. Στα πρώτα τα οποία θεωρούσε μεγάλης σπουδαιότητας για την διάγνωση αλλά όχι παθογνώμονικα, συμπεριέβαλε τις γνωστικές ψευδαισθήσεις οι οποίες σχολιάζουν την συμπεριφορά του ασθενούς, τις σωματικές ψευδαισθήσεις, την ηχηρή σκέψη, τον έλεγχο της σκέψης, την διάχυση της σκέψης, την εμπειρία ελέγχου των πράξεων, το περιβάλλον και τα παραληρήματα. Στα δευτέρας τάξεως συμπτώματα συμπεριέβαλε άλλες μορφές ψευδαισθήσεων, διαταραχές από το συναίσθημα όπως σχιζοκατάθληψη και σχιζοευφορία, σύγχυση, και άμβλυση του συναίσθηματος.<sup>3</sup>

## **1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ**

Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική διαταραχή, για την οποία βρίσκουμε μαρτυρίες από την αρχαιότητα. Είναι μια πάθηση που έχει απασχολήσει την ανθρωπότητα, όσο λίγες παθήσεις, καθώς το δέος που

προκαλούσε στους ανθρώπους η τρέλλα και τους έκανε συχνά να την αποδίδουν σε θεική παρέμβαση, σε δαιμονισμό και σε άλλες μεταφυσικές αιτίες.

Ο όρος σχιζοφρένεια προτάθηκε από τον Eugene Bleuler το 1911 για να περιγράψει το σύνδρομο που νωρίτερα το 1860 ο Benedict Augustin Morel είχε ονομάσει πρώιμη άνοια *dementia praecox* –*dementia praecox* και που με το όνομα αυτό ο Emil Kraepelin το 1896 το διέδωσε σε όλο τον κόσμο.

Βέβαια, γρήγορα έγινε φανερό ότι δεν επρόκειτο για άνοια, που άρχιζε νωρίς και ότι επρόκειτο για βαριά ψυχωτική διαταραχή, για σχισμό του μυαλού, από όπου και ο όρος σχιζοφρένεια.<sup>4</sup>

Η σχιζοφρένεια δεν είναι μιας και μόνο μορφής ψυχική πάθηση. Αποτελεί πολυδιάστατη ασθένεια που εκδηλώνεται με πολλές μορφές. Οι ψυχίατροι την κατατάσσουν στην κατηγορία των ψυχώσεων και στα χαρακτηριστικά της περιλαμβάνονται τα πιο αντιπροσωπευτικά ψυχωτικά συμπτώματα.

Εξαιτίας του πολυμορφισμού των συμπτωμάτων της ασθένειας, μόνο λίγες γενικεύσεις είναι αληθείς και επιτρεπτές για τα άτομα που έχουν διαγνωσθεί ως σχιζοφρενή. Μερικές φορές, μπορεί κάποιος να εμφανίσει σχιζοφρενικά/ψυχωτικά συμπτώματα εξαιτίας μιας άλλης ασθένειας (και σωματικής ακόμη) εκτός της σχιζοφρένειας. Για το λόγο αυτό, οι ψυχίατροι, αφού πάρουν ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό, διενεργούν και τις απαραίτητες εργαστηριακές (αιματολογικές, βιοχημικές, νευροψυχολογικές) εξετάσεις, για να αποκλείσουν όλες τις

άλλες πιθανές αιτίες προέλευσης των συμπτωμάτων, προτού φθάσουν στο συμπέρασμα ότι κάποιος πάσχει από σχιζοφρένεια.<sup>5</sup>

### **1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Ορισμένες καλά μεθοδευμένες μελέτες, που στο σύνολο τους αφορούν σε αναπτυγμένες κοινωνίες, δείχνουν ότι η συχνότητα της σχιζοφρένειας κατά τη διάρκεια της ζωής στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 1-1,5%. Ως προς την επιδημιολογία της νόσου έχουν διερευνηθεί οι ακόλουθοι παράγοντες:

#### ***Δημογραφικά στοιχεία***

- **Ηλικία/φύλο**

Η νόσος σπάνια αρχίζει πριν από τα 10 ή μετά τα 50 έτη και γενικά θεωρείται ασθένεια της νεότητας. Φαίνεται ότι προσβάλλει εξίσου και τα δυο φύλα. Όμως έχει διαπιστωθεί πως η κλινική συμπτωματολογία αρχίζει πρωιμότερα στους άνδρες (μέση ηλικία έναρξης τα 20 έτη) σε σχέση με τις γυναίκες (μέση ηλικία έναρξης τα 30 έτη) και ότι προγνωστικά ευνοούνται οι γυναίκες. Επίσης οι περισσότεροι από τους παράγοντες επικινδυνότητας που αναφέρονται στη συνέχεια αφορούν σχεδόν αποκλειστικά στο άρρεν φύλο.

- Γεωγραφική και πληθυσμιακή κατανομή

Παρότι οι μελέτες δείχνουν ότι πρόκειται για νόσο οικουμενική και τα ποσοστά εμφάνισης στο γενικό πληθυσμό μεταξύ εθνών και πολιτισμών είναι συγκρίσιμα, φαίνεται ότι υπάρχουν διάφορες στην κατανομή των νοσούντων στις διάφορες περιοχές μιας χώρας. Στην Ελλάδα π.χ, έχει βρεθεί ότι ορισμένοι νομοί ορεινοί, απομακρυσμένοι, με κτηνοτροφική οικονομία και ενδογαμικό σύστημα ενδοοικογενειακών σχέσεων, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά σχιζοφρένειας (κυρίως στους άνδρες). Επίσης παρατηρείται ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν αυξημένη κοινωνική κινητικότητα προς τα αστικά κέντρα, είτε γιατί εκεί είναι συγκεντρωμένες οι κυριότερες υπηρεσίες υγείας, είτε διότι η ανωνυμία της μεγάλης πόλης διασφαλίζει την αποφυγή του στίγματος.

Παρόλα αυτά, μελέτες έδειξαν πως όταν μεταβλητές, όπως η ηλικία, το φύλο, η φυλετική σύσταση και η κοινωνική τάξη τίθενται υπό έλεγχο, τότε οι παραπάνω διάφορες κατανομής της νόσου εξισορροπούνται.

### ***Παράγοντες επικινδυνότητας (προδιαθεσικοί ή προκλητοί)***

- Προ- και περιγεννητικές επιπλοκές

Ανοξαιμικές καταστάσεις του εμβρύου (προεκλαμψία), τροφική στέρηση, ασυμβατότητα Rh, προγεννητικό stress, ιώσεις (κυρίως από Coxsackie B), σπασμοί, μειωμένο βάρος νεογνού, μειωμένο βάρος μητέρας καθώς επίσης η μικρότερη περίμετρος του κρανίου του νεογνού ανευρίσκονται συχνότερα στο ιστορικό των σχιζοφρενών σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό.

- Εποχή και σειρά γέννησης

Αν και μεθολογικά προβλήματα δεν επιτρέπουν την αξιολόγηση των παρακάτω ευρημάτων, έχει παρατηρηθεί ότι μεγαλύτερος συγκριτικά αριθμός σχιζοφρενών γεννιέται κατά τους χειμερινούς ή τους πρώτους μήνες της άνοιξης καθώς επίσης η νόσος απαντάται συχνότερα σε πρωτότοκα παιδιά ολιγομελών οικογενειών ή στα μικρότερα παιδιά των πολυτέκνων.

- Αναπτυξιακές ανωμαλίες

Μελέτες έδειξαν πως ένα ποσοστό 25-50% των παιδιών σχιζοφρενών γονέων, που ανήκουν σε κατηγορία αυξημένης επικινδυνότητας, παρουσιάζουν υποτονία, καθυστέρηση των σταδίων ανάπτυξης, αμβληχρά νευρολογικά σημεία καθώς επίσης διαταραχές προσοχής, ομιλίας και σχολικής επίδοσης.

- Μετανάστευση

Έχει καταχωρηθεί ως σημαντικός παράγοντας επικινδυνότητας για την εκδήλωση της νόσου, τόσο λόγω του ψυχοτραυματικού χαρακτήρα της διαδικασίας της μετανάστευσης όσο λόγω της συνύπαρξης διαφόρων επιμέρους διεργασιών (φύλο, κοινωνική τάξη, διαβίωση σε αστικά κέντρα κ.α).

- Κοινωνική τάξη

Η σχιζοφρένεια υπερεκπροσωπείται δυσανάλογα στα χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα του πληθυσμού.



- Χρήση ουσιών, οικογενειακή κατάσταση, αναπαραγωγικότητα

Η χρήση ουσιών, παρότι 75% των ασθενών καπνίζουν και 30-50% κάνουν χρήση χασίς ή άλλων ουσιών, φαίνεται πως δεν αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας αλλά μάλλον πρόκειται για επιφαινόμενο. Το ίδιο ισχύει και για την παρατήρηση ότι ένα μεγάλο ποσοστό σχιζοφρενών παραμένουν άγαμοι. Αντιθέτως, το γεγονός ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν μειωμένη αναπαραγωγικότητα συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό μπορεί να ερμηνευθεί ως αποτέλεσμα κοινωνικών και ψυχοπαθολογικών παραγόντων.

Συμπερασματικά, τα αναφερόμενα επιδημιολογικά δεδομένα παρουσιάζουν μια αξιοσημείωτη σχέση δυναμικής διαπλοκής. Ενώ κανείς από τους παράγοντες δεν μπορεί μεμονωμένα να οδηγήσει σε κάποιο ασφαλές και προεξάρχον επιδημιολογικό συμπέρασμα, η κατ' επανάληψη επισήμανση των περισσότερων από αυτούς σε άτομα πάσχοντα από σχιζοφρένεια, οδηγεί στην αλληλεπιδραστική θεώρηση της σημασίας τους και τη διαμόρφωση ενός προφίλ ατόμου με επικινδυνότητα για σχιζοφρένεια.

Το προφίλ αφορά σε νεαρό άνδρα, προερχόμενο από κάποια αγροτική και υποβαθμισμένη περιοχή -που πιθανώς εξ αυτού υπόκειται σε περιορισμένη περιγεννητική φροντίδα- ο οποίος μεταναστεύει σε ένα βιομηχανικά αναπτυγμένο αστικό κέντρο, όπου οι συνθήκες διαβίωσης είναι συναισθηματικά απρόσφορες και υπάρχει κίνδυνος απώλειας της πολιτισμικής του ταυτότητας, εντάσσεται στην εργατική τάξη, δεν παντρεύεται (ή αν παντρευτεί παραμένει άτεκνος) και κάνει χρήση καπνού ή άλλων ουσιών. <sup>6</sup>

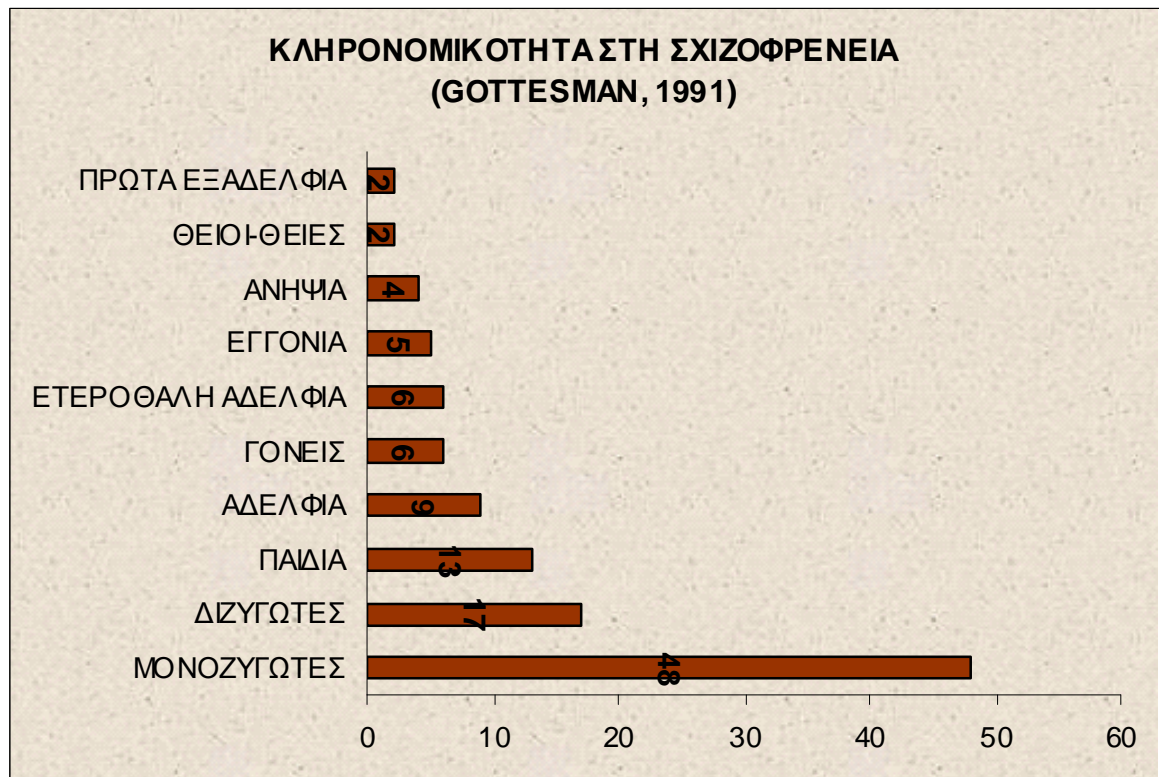
## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ**

### **2.1 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

#### ***α)Κληρονομικότητα***

Ο ρόλος της κληρονομικότητας στην αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας. Μελέτες οικογενειών έδειξαν ότι οι πρώτου βαθμού συγγενείς των σχιζοφρενών έχουν μέχρι και δεκαπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο σε σύγκριση με ομάδες έλεγχου. Παιδιά σχιζοφρενών γονέων έχουν 40% πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο, συγκριτικά με το ποσοστό 1% του γενικού πληθυσμού.

Τα υπάρχοντα δεδομένα καταδεικνύουν πως ο τρόπος κληρονομικής μεταβίβασης της νόσου δεν είναι αποτέλεσμα της επίδρασης ενός μεμονωμένου γονιδίου (επικρατητικού, ενδιάμεσου ή υπολειπόμενου). Το πλέον αποδεκτό σήμερα πρότυπο είναι ο συνδυασμός διαφόρων γονιδίων (πολυγονιδιακή θεώρηση) και η αλληλεπίδραση τους με τις περιβαλλοντικές συνθήκες.



### **β) Οργανική εγκεφαλική δυσλειτουργία**

Στο πλαίσιο αυτό περιλαμβάνονται οι ακόλουθες διαταραχές:

#### 1) Δομικές εγκεφαλικές βλάβες

Δεδομένα από μελέτες σε παθολογοανατομικά ευρήματα ασθενών και απεικονιστικά και ηλεκτροφυσιολογικά δεδομένα σε ζώντες πάσχοντες έδειξαν πως οι περιοχές του εγκεφάλου, οι οποίες κατεξοχήν παρουσιάζουν διαταραχές (άμεσα ελεγχόμενες ή έμμεσα εικαζόμενες), είναι οι μετωπιαίοι λοβοί, τμήματα του μεταιχμιακού συστήματος, καθώς και τα βασικά γάγγλια.

#### 2) Νευροχημικές διαταραχές

Στη σχιζοφρένεια υφίσταται μια διαταραχή των νευροδιαβιβαστικών συστημάτων, κυρίως του ντοπαμινεργικού (ντοπαμινική υπόθεση) και δευτερευόντως των υπολοίπων (σεροτονινεργικό, νοραδρενεργικό, GABA-

εργικό, γλουταμινεργικό). Η ντοπαμινική υπόθεση θεωρεί πως στη νόσο υπάρχει υπερλειτουργία του ντοπαμινεργικού συστήματος. Η εμπλοκή και των άλλων νευροδιαβιβαστικών συστημάτων στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας εικάζεται από τη βελτιωτική στη νόσο επίδραση των νεότερων άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων.

### 3) Ιογενείς/αυτοάνοσες διαταραχές

Επιδημιολογικά δεδομένα, εργαστηριακά ευρήματα και κλινικές παρατηρήσεις οδήγησαν στην άποψη ότι η νόσος ενδέχεται να είναι ιογενούς/αυτοάνοσης προέλευσης. Η υπόθεση αυτή δεν έχει επιβεβαιωθεί και εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο περαιτέρω διερεύνησης, στο πλαίσιο μιας γενικότερης θεώρησης που θα απαρτιώνει γενετικά, οργανικά, νευροχημικά και ανοσοβιολογικά δεδομένα.

### 4) Ενδοκρινικοί παράγοντες

Η συχνή έναρξη της νόσου κατά την εφηβεία στους άνδρες καθώς και η οψιμότερη έναρξη, ηπιότερη πορεία και καλύτερη πρόγνωση στις γυναίκες, θέτουν το ερώτημα της εμπλοκής του ορμονικού παράγοντα, χωρίς να έχουν δοθεί ως σήμερα σαφή αποτελέσματα.

## **γ) Ψυχογενετικές απόψεις**

- Ψυχαναλυτική προσέγγιση

Βασικός κορμός της προσέγγισης αυτής είναι η θεώρηση της νόσου ως προϊόντος μιας, μη επιλυθείσας τελικά, πρώιμης ενδοψυχικής διαπάλης και σύγκρουσης, η καταβολή της οποίας τοποθετείται στα αρχικά στάδια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης της προσωπικότητας. Η διαπάλη αυτή έγκειται σε προσπάθειες του «Εγώ», το οποίο την περίοδο αυτή δεν έχει προλάβει να

ολοκληρωθεί, να αντιρροπήσει και να συντονίσει τις ποικίλες ενορμήσεις (σεξουαλικές/επιθετικές) που εκπορεύονται από την αέναη πίεση των ένστικτων (του «Εκείνου»), με αυτές, κυρίως απαγορευτικές, που επιβάλλονται από τις ηθικές αναστολές (το «Υπερεγώ»).

Στο σχιζοφρενή, η διαπάλη αυτή καταλήγει στην αποδιοργάνωση του Εγώ και των λειτουργιών του, γεγονός που αναγκάζει το άτομο να ξαναγυρίσει σε πρωιμότερα στάδια της ψυχοσεξουαλικής του ανάπτυξης («επαναγωγή») προκειμένου να προσπαθήσει να βάλει ξανά κάποια σειρά εσωτερικής οργάνωσης. Μέσω της επαναγωγής, εμφανίζονται και υιοθετούνται από το άτομο αμυντικοί μηχανισμοί που δεν εξυπηρετούν πλέον την προσαρμοστικότητα που κάποτε εξυπηρετούσαν. Οι μηχανισμοί αυτοί, παρωχημένοι και αναποτελεσματικοί, οδηγούν σε μια νέα (παθολογική κάτω από αυτές τις συνθήκες) αντίληψη της πραγματικότητας. Στα πλαίσια αυτής της παθολογικής αντίληψης, παράγονται ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, όπως οι ψευδαισθήσεις, οι οποίες αντικατοπτρίζουν την αδυναμία του ατόμου να αντιμετωπίσει τη νέα πραγματικότητα και οι παραληρητικές ιδέες, οι οποίες υποδηλώνουν αποκαταστασιακές προσπάθειες δημιουργίας της νέας πραγματικότητας.

Η υιοθέτηση των πρώιμων αυτών μηχανισμών άμυνας οδηγεί προοδευτικά στη γενικότερη αναδιευθέτηση των συγκινησιακών επενδύσεων και των αντικειμενοτρόπων σχέσεων του ατόμου. Σταδιακά, το άτομο αποσύρει τις συναισθηματικές επενδύσεις, που έχει κάνει σε εσωτερικευμένα αντικείμενα αγάπης αλλά και σε υπαρκτά πρόσωπα του περιβάλλοντος, και τις επανατοποθετεί στον ίδιο πλέον τον εαυτό του, αποσυρόμενος τελικά από τον έξω κόσμο (αυτιστική συμπεριφορά).

- Οι απόψεις της διαταραγμένης ενδοοικογενειακής επικοινωνίας

Κοινό τους χαρακτηριστικό είναι η υιοθέτηση των βασικών αρχών της θεωρίας της επικοινωνίας.

- ΑΠΟΨΗ ΔΙΠΛΟΥ ΔΕΣΜΟΥ: Η έννοια του διπλού δεσμού διατυπώθηκε από τον Gregory Bateson (1956) για να περιγράψει μια υποθετική οικογένεια, όπου τα παιδιά λαμβάνουν αντικρουόμενα μηνύματα από τους γονείς ως προς τη συμπεριφορά, τα συναισθήματα και τον τρόπο ζωής. Η δημιουργούμενη σχέση μεταξύ του παιδιού και των γονέων χαρακτηρίζεται από αντιφατικότητα και λογική ασυμβατότητα, με αποτέλεσμα η επικοινωνία να είναι παθογόνος (σχιζοφρενικογόνος). Το παιδί, προκειμένου να δραπετεύσει από την άλυτη σύγχυση που του προκαλούν τέτοια «διπλά» μηνύματα, αποσύρεται και οδηγείται προοδευτικά σε εξωλογικούς τρόπους σκέψης και συμπεριφοράς, που επιδεινώνονται όταν αργότερα εκτίθεται στα συνηθισμένα κοινωνικά ερεθίσματα.

- ΑΠΟΨΗ ΔΙΑΣΥΖΥΓΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ: Ο Theodore Lidz θεώρησε πως βασικό ρόλο στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας παίζουν οι διαταραγμένες σχέσεις των γονέων. Περιέγραψε δυο διαταραγμένες μορφές διασυζυγικών σχέσεων ως τις πλέον παθογόνες. Στην πρώτη μορφή (το «σχισμικό ζεύγος») προεξάρχει η συναισθηματική διάσταση των γονέων, στην οποία κυριαρχούν η δυσπιστία, η εχθρικότητα και η αλληλοϋπονόμευση, με αποτέλεσμα το παιδί να αποτελεί το μέσο με το οποίο κάθε γονέας προσπαθεί να εξουδετερώσει τον άλλον. Στη δεύτερη μορφή (το «έκτροπο ζεύγος») απουσιάζει η ανοικτή σύγκρουση, υπάρχει όμως η ολοκληρωτική

επικυριαρχία του ενός και η συνακόλουθη αλλοτρίωση της προσωπικότητας του άλλου γονέα.

- ΑΠΟΨΗ ΨΕΥΔΟΑΜΟΙΒΑΙΟΤΗΤΑΣ: Ο Lyman Wynne περιέγραψε οικογένειες στις οποίες η επικοινωνία είναι αποστειρωμένη συναισθηματικά και χαρακτηρίζεται από την πλαστή, λεκτική κυρίως, χρησιμοποίηση ψευδοαμοιβαιότητας ή ψευδοεχθρικότητας. Κυριαρχεί η προσπάθεια να μη διασαλευθεί η φαινομενική ισορροπία της οικογένειας, μέσω της ανάπτυξης μη φυσιολογικής επικοινωνίας. Τα προβλήματα ανακύπτουν όταν το παιδί αρχίζει να επικοινωνεί με τον έξω κόσμο, εκτίθεται στο κοινωνικό σύνολο και καλείται να συμβιώσει με τους άλλους.

- ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΕΚΦΡΑΖΟΜΕΝΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ (expressed emotion): Συχνά το οικογενειακό περιβάλλον των σχιζοφρενών ασκεί έντονη κριτική, καθώς επίσης εκφράζει μεγάλη εχθρικότητα και συναισθηματική εμπλοκή, παρεμβαίνοντας συνεχώς στις δραστηριότητες του νοσούντος μέλους της οικογένειας.

- Συμπεριφορική προσέγγιση.

Οι πλέον πρόσφατες θεωρίες για τη μάθηση αποδίδουν τη νόσο σε μη προσαρμόσιμες συμπεριφορές που εμπεδώθηκαν κατά την πρώιμη παιδική ηλικία μέσα από ένα σύστημα λανθασμένων ενισχύσεων και στη συνέχεια γενικεύθηκαν, με αποτέλεσμα την εμπλοκή των ανώτερων λειτουργιών (αντίληψη, σκέψη), οι οποίες έτσι έχασαν τη διακριτική τους ικανότητα σε σχέση με τα εξωτερικά ερεθίσματα. Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση η νόσος μπορεί να αποδοθεί και σε πρώιμη παθολογική μίμηση διαταραγμένων πρότυπων (γονέων).

### **δ) Αλληλεπιδραστικές απόψεις**

Τα τελευταία χρόνια αυξάνουν οι υποστηρικτές του λεγόμενου πρότυπου «προδιάθεση/stress». Οι περισσότεροι συγκλίνουν στην άποψη της «ευαλωτότητας» ως προδιαθεσικού παράγοντα (γενετικής κατά βάση αρχής, μορφοποιούμενης αργότερα από επιγενείς επιδράσεις, όπως ουσιοεξαρτήσεις, ψυχοπίεση κ.α.). Επί του προδιαθεσικού αυτού παράγοντα επιδρούν, σε άλλοτε άλλη αναλογία και βαθμό, όλοι οι υπόλοιποι παράγοντες που αναφέρονται στην αιτιολογία της νόσου (βιολογικοί, ψυχογενείς και κοινωνικοί), αλληλεπιδρώντας μεταξύ τους εν σειρά, παράλληλα ή και με διαφορετική ιεράρχηση. Επιπρόσθετα, πιστεύεται ότι ο παράγοντας στρες ασκεί την επίδραση του ως προς το χρόνο έναρξης της νόσου, τη βαρύτητα και την πρόγνωση της.<sup>7</sup>

## **2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

1) **Διαταραχές της σκέψης**. Αποτελούν θεμελιώδη συμπτώματα της νόσου και διακρίνονται σε:

α) *Διαταραχές στη δομή και οργάνωση της σκέψης*

Αυτές εκφράζονται με χάλαση των συνειρμικών δεσμών, ασάφεια και αοριστία των λέξεων, συνωστισμό και συγχώνευση ιδεών. Οι λέξεις μπορεί



να χρησιμοποιούνται για να εκφράσουν άλλο νόημα από αυτό που έχουν, ενώ είναι δυνατή η κατασκευή νέων λέξεων (νεολογισμοί), η επανάληψη των φράσεων, η ασάφεια, η ασχετολογία, η μωρολογία και ο εκτροχιασμός του λόγου. Σε βαρύτερες περιπτώσεις υπάρχει ολοκληρωτική διάσπαση της σκέψης και ο λόγος γίνεται ουσιαστικά ακατανόητος.

*β) Διαταραχές στη ροή της σκέψης*

Κυρίως αφορά στην ανακοπή της σκέψης. Πρόκειται για βασικό και πρώιμο σύμπτωμα, κατά το οποίο η σκέψη και συνακόλουθα η ομιλία διακόπτεται απότομα για λίγο (σαν με μαχαίρι).

*γ) Διαταραχές στον έλεγχο και την κατοχή της σκέψης*

Εδώ υπάγονται το αίσθημα υποκλοπής της σκέψης, το αίσθημα παρεμβολής ξένων σκέψεων και το αίσθημα απώλειας της στεγανότητας της σκέψης.

*δ) Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης*

Εδώ εντάσσονται οι παραληρητικές ιδέες (λανθασμένες πεποιθήσεις, οι οποίες δεν ανασκευάζονται με λογική επιχειρηματολογία, το περιεχόμενο των οποίων επηρεάζεται από την πολιτισμική εμπειρία του ατόμου, και μπορεί να παρουσιάζει χαρακτήρα διωκτικό, μεγαλείου, υποχονδριακό, αποκαλυπτικό-κοσμογονικό, ερωτομανιακό, ζηλοτυπικό), οι ιδέες αυτοαναφοράς ή συσχέτισης (που φέρουν το άτομο να αποτελεί το επίκεντρο περιβαλλοντικών ερεθισμάτων τα οποία αποκτούν ιδιαίτερη σημασία) και οι ιδέες παθητικότητας ή επίδρασης (που φέρουν το άτομο να είναι έρμαιο των εξωτερικών επιδράσεων-μάγια, τηλεπάθεια κ.α. που επηρεάζουν τη συμπεριφορά ή τη σκέψη του).

2) **Διαταραχές της αντίληψης**. Εδώ ανήκουν οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις. Οι ψευδαισθήσεις είναι αντιλήψεις σε απουσία πραγματικού ερεθισμού. Αφορούν και στις πέντε αισθήσεις, κατά κύριο λόγο όμως την ακοή. Ο ασθενής «ακούει» φωνές, συνομιλίες με ποικίλο περιεχόμενο, παράδοξους ήχους ή και μουσική. Οι παραισθήσεις αφορούν σε παραποίηση υπαρκτών ερεθισμάτων. Ενδεχομένως συνδέονται δευτερογενώς με τις παραληρητικές ιδέες.

3) **Διαταραχές του συναισθήματος**. Εδώ υπάγονται κυρίως η αμφιθυμία, που αποτελεί βασικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας, η συναισθηματική απροσφορότητα και δυσαρμονία, η συναισθηματική έκπτωση καθώς επίσης η αδιαφορία, απάθεια και ακαμψία στην έκφραση του συναισθήματος.

4) **Διαταραχές της βούλησης και της ψυχοκινητικότητας**.

Στη σχιζοφρένεια παρατηρούνται συμπτώματα όπως αβουλησία και αμφιβουλησία, η κλινική διαπίστωση των οποίων γίνεται κυρίως με την παρατήρηση της ψυχοκινητικότητας του ασθενούς. Η κύρια διαταραχή της ψυχοκινητικότητας είναι η παρουσία άλλοτε άλλου βαθμού κατατονικών συμπτωμάτων που αφορούν στη στάση και θέση του σώματος (στερεότυπες θέσεις και στάσεις έως και «κηρώδη ευκαμψία» των μελών), την ομιλία (επανάληψη άχρωμα των λέξεων που ακούει- ηχωλαλία, αλαλία), την εκφραστικότητα του προσώπου (ανέκφραστο πρόσωπο ή παράδοξοι επαναλαμβανόμενοι μορφασμοί), τις κινήσεις (μίμηση πράξεων του εξεταστή, επανάληψη άσκοπα μιας αρχικά σκόπιμης κίνησης, στερεοτυπίες,

συσπάσεις μυών, αμφιταλαντεύσεις και ανακοπές της κίνησης). Οι πλέον σημαντικές διαταραχές από διαγνωστικής πλευράς είναι οι αναφερόμενες στο σύνολο της ψυχοκινητικότητας. Οι σημαντικότερες από αυτές είναι η κατατονική εμβροντησία (stupor), η κατατονική διέγερση, οι παρορμητικές πράξεις και ο αρνητισμός.

#### 5) **Διαταραχές από τις άλλες λειτουργίες.**

Η μνήμη: Παρατηρούνται ορισμένες μνημονικού τύπου διαταραχές δευτεροπαθώς, όπως σε χρόνιους ασθενείς που ζουν παρελθούσες εμπειρίες ως πρόσφατες ή παρουσιάζουν διαταραχές αναγνώρισης μνημονικού υλικού.

Η προσοχή: Συχνά παρατηρείται αδυναμία συγκέντρωσης και ευμεταβλητότητα της σταθερότητας της προσοχής.

Η συνείδηση: Δεν παρατηρούνται πρωτοπαθείς διαταραχές. Σε χρόνιους ασθενείς, λόγω της συνολικής απόσυρσης παρατηρείται μια ψευδοσυγχυτική εικόνα.

Ο προσανατολισμός: Οι ασθενείς είναι συνήθως προσανατολισμένοι ως προς το χώρο, το χρόνο και τα πρόσωπα.

#### 6) **Διαταραχές ειδικής προέλευσης.**

Πρόκειται για τον αυτισμό, την ανηδονία, την αντικοινωνικότητα και τα σωματικά ενοχλήματα. Τα τελευταία έχουν ιδιαίτερη σημασία γιατί συχνά αποτελούν τα αρχικά συμπτώματα εκδήλωσης της νόσου. Έτσι, παρατηρούνται κυρίως αντιδράσεις από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, ζαλάδες, αδυναμία, αναστροφή του βιολογικού ρολογιού, αγγειοκινητικές

διαταραχές και κεφαλαλγίες μη ειδικού τύπου. Μπορούν να εντοπισθούν και ορισμένα νευρολογικά ευρήματα, όπως η διαταραχή των απαλών κινήσεων παρακολούθησης των βολβών, η αύξηση του ρυθμού με τον οποίο ανοιγοκλείνουν τα βλέφαρα (διαταραχή που αντανakλά υπερντοπαμινεργική δραστηριότητα) καθώς επίσης η αφασία, η απραξία και η παρουσία αδιαφορίας για τη νόσο (συμπτώματα που αντανakλούν διαταραχή του βρεγματικού λοβού).

### **Κλινικές μορφές σχιζοφρένειας**

- *Παρανοειδής μορφή*

Η έναρξή της είναι όψιμη, συνήθως μετά την ηλικία των 30 ετών. Δεν αποδιοργανώνει την όλη λειτουργικότητα του ατόμου, αφού λόγω ηλικίας η κοινωνική προσαρμογή του ατόμου έχει ήδη ολοκληρωθεί, ενώ οι αμυντικοί του μηχανισμοί έχουν παγιωθεί. Χαρακτηρίζεται κατεξοχήν από την ύπαρξη παραληρητικών ιδεών ή και ψευδαισθήσεων ενώ απουσιάζουν τα αλλά συμπτώματα.

- *Αποργανωτική μορφή*

Χαρακτηρίζεται από πρώιμη έναρξη (συνήθως μεταξύ 13 και 25 ετών), συνεχή και προοδευτικά επιδεινούμενη κλινική πορεία καθώς παρουσιάζει σταδιακά αποργανούμενη ομιλία, σκέψη, συμπεριφορά, συναισθηματική επιπέδωση και απροσφορότητα.

- *Κατατονική μορφή*

Κυριαρχούν οι διαταραχές της βούλησης και της ψυχοκινητικότητας, που μπορούν να εμφανισθούν με την πλέον ήπια και

ατελή μορφή τους (μερική κατατονία) ή με την πλήρη κλινική τους έκφραση (κατατονική εμβροντησία ή διέγερση).

- *Αδιαφοροποίητη μορφή*

Πρόκειται για ασθενείς σαφώς πάσχοντες από τη νόσο, που δεν πληρούν όμως απόλυτα τα κριτήρια κατάταξης σε κάποια από τις υπόλοιπες κλινικές μορφές.

- *Υπολειμματική μορφή*

Πρόκειται για περιπτώσεις όπου υπάρχει στο ιστορικό του ασθενούς τουλάχιστον ένα σχιζοφρενικό επεισόδιο, αλλά στην παρούσα κλινική εικόνα απουσιάζει ή είναι εξαιρετικά μειωμένης έντασης μία πλήρης ομάδα συμπτωμάτων, με αποτέλεσμα να μην είναι επαρκή τα κριτήρια κατάταξης σε κάποιο τύπο σχιζοφρένειας.<sup>8</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ**

### **3.1 ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από διάφορες φάσεις. Τις φάσεις κατά τις οποίες ο ασθενής υποφέρει πολύ(οξεία φάση ή φάση ψυχωσικής εκδήλωσης) και τις φάσεις κατά τις οποίες τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι ελαχιστοποιημένα(φάση ανάρρωσης ή φάση σταθεροποίησης-χρόνια φάση)

#### **ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ**

Αυτή η φάση χαρακτηρίζεται από παραληρήματα, ψευδαισθήσεις, καθώς και διαταραχές σκέψης.

Επίσης εμφανίζονται συνήθως εναλλαγές στη διάθεση, διαταραχές συμπεριφοράς καθώς και αϋπνία(ή υπερβολικός ύπνος). Η φάση αυτή μπορεί να διαρκέσει μέχρι 6 μήνες. Μια καλή θεραπευτική αγωγή συμβάλλει στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και την ελάττωση της διάρκειας αυτής της φάσης.

#### **ΧΡΟΝΙΑ ΦΑΣΗ**

Κατά την φάση σταθεροποίησης οι περισσότεροι ασθενείς εξακολουθούν να παρουσιάζουν αρκετά συμπτώματα. Ωστόσο, τα συμπτώματα αυτά είναι λιγότερο εμφανή από τα συμπτώματα που παρουσιάζονται σε ένα ψυχωσικό επεισόδιο. Σε γενικές γραμμές, αφορούν ελαττωμένη ή βραδύτερη σκέψη, απομάκρυνση και έλλειψη πρωτοβουλίας.

Το 20% των ασθενών, εξακολουθούν να παρουσιάζουν παραληρήματα, ψευδαισθήσεις και σύγχυση, αλλά σε μικρότερο βαθμό από τη φάση ψυχωσικής εκδήλωσης.<sup>9</sup>

### **3.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που προσβάλλει πολλές ψυχικές λειτουργίες. Έτσι, χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα προέρχονται από διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης, της αίσθησης του εαυτού, της βούλησης, της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και σχέσης με το εξωτερικό περιβάλλον και της ψυχοκινητικότητας.

#### **ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ**

Τα ψυχωτικά συμπτώματα μπορούν να διακριθούν σε θετικά και αρνητικά.

α) Τα θετικά συμπτώματα περιλαμβάνουν τις παραληρητικές ιδέες, τις ψευδαισθήσεις, την αλλόκοτη συμπεριφορά, τη θετική τυπική διαταραχή της σκέψης και το απρόσφορο συναίσθημα. Τα δυο πρώτα ανιχνεύονται με ερωτήσεις, ενώ τα άλλα τρία ανιχνεύονται με την παρατήρηση.

β) Τα αρνητικά συμπτώματα - που μπορούν να συμβούν, όμως, και σε μη ψυχωτικές καταστάσεις (κατάθλιψη) - περιλαμβάνουν την αλογία, την αμβλύτητα του συναισθήματος (συναισθηματική επιπέδωση) την έλλειψη κινητοποίησης (αβουλία) /απάθεια, την ανηδονία/ μη κοινωνικότητα και την

υποπροσεξία. Τα δύο πρώτα ανιχνεύονται κυρίως με την παρατήρηση, τα επόμενα δύο με ερωτήσεις και το τελευταίο και με την παρατήρηση.

Απαριθμώντας συνοπτικά τα συμπτώματα θα ήθελα, ταυτόχρονα, να επιστήσω την προσοχή των αναγνωστών στο σύνδρομο της ταύτισης, δηλαδή στην τάση που διακατέχει όλους μας να βρίσκουμε ενοχλητικές ομοιότητες μεταξύ των συμπτωμάτων που ακολουθούν και των ιδιωμάτων του εαυτού μας ή οικείων μας προσώπων!

Φυγή: το άτομο αποφεύγει συστηματικά και με πληθώρα δικαιολογιών, στον εαυτό του και σε τρίτους, τις πολυποίκιλες κοινωνικοψυχολογικές δραστηριότητες που συνθέτουν και χαρακτηρίζουν την καθημερινή μας ζωή προτιμώντας να κλείνεται στον εαυτό του.

Συναισθηματικές διαταραχές: το άτομο διακρίνεται για την έντονη ψυχοσυναισθηματική του ρηχότητα και τις παράδοξες αντιδράσεις του σε συγκινησιακές καταστάσεις, π. χ. , γελά με τραγικά γεγονότα ή αναλύεται σε κλάμα με φαιδρότητες

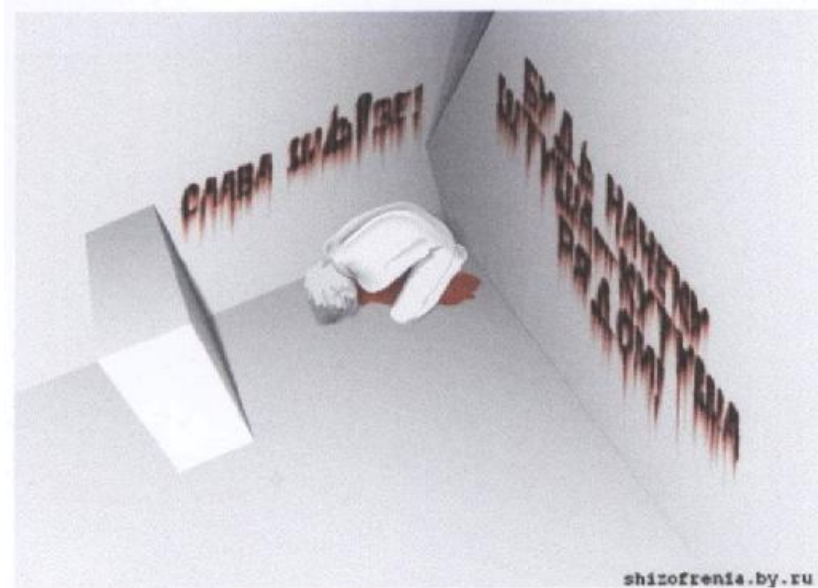
Αυτισμός: το άτομο διακατέχεται, σε διαρκή βάση, από προσωπικές φαντασιώσεις αδιαφορώντας για πρόσωπα και καταστάσεις του περιβάλλοντος.

Ανάρμοστη αντίδραση: Το άτομο χαρακτηρίζεται από παραξενιές στη σκέψη, τη διάνοηση, τις πράξεις, τη συμπεριφορά του ή και στη στάση του σώματός του.

Παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις: το άτομο αναφέρει συχνά παραισθήσεις συνήθως ακούει φωνές που μιλούν αποκλειστικά σ' αυτό, διακατέχεται από έντονα συμπλέγματα, π. χ. , μεγαλομανίας, καταδίωξης.



Διαταραχές λόγου-σκέψης: ο προφορικός και γραπτός λόγος του ατόμου παρουσιάζει προβλήματα νοήματος καθώς περιέχει ασυναρτησίες και νεολογισμούς ή, σε άλλες περιπτώσεις, το άτομο αρνείται να μιλήσει για μεγάλα χρονικά διαστήματα, ενώ όταν μιλά οι συνειρμοί δεν ακολουθούν τους κανόνες της λογικής και η πρόοδος της σκέψης είναι ευκρινώς διαταραγμένη.<sup>10</sup>



### **3.3 ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑΣ**

1. Αποδιοργανωμένος τύπος: Με χαρακτηριστικά συμπτώματα ασυναρτησία, χάλαση των συνειρμών, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα.
2. Κατατονικός τύπος: Με χαρακτηριστικά συμπτώματα κατατονική εμβροντησία (stupor) με σημαντική μείωση της αντίδρασης προς το περιβάλλον, του αυθορμητισμού και της δραστηριότητας, ή αλαλία. Κατατονικός αρνητισμός, κατατονική δυσκαμψία, διέγερση, ακατάλληλες ή παράξενες στάσεις.
3. Παρανοϊκός τύπος: Με χαρακτηριστικά συμπτώματα προκατάληψη με μια ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις σχετιζόμενες με ένα μόνο θέμα.

4. Αδιαφοροποίητος τύπος: Με συμπτώματα προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία ή πολύ αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.
5. Υπολειμματικός τύπος: Ο τύπος αυτός αναφέρεται σε περιπτώσεις όπου υπάρχει στο ιστορικό του αρρώστου τουλάχιστον ένα σχιζοφρενικό επεισόδιο αλλά στην παρούσα κλινική εικόνα κυριαρχούν τα αρνητικά συμπτώματα, και απουσιάζουν τα θετικά. Αν υπάρχουν θετικά συμπτώματα, τότε αυτά είναι εξαιρετικά μειωμένης έκτασης, διάρκειας και έντασης. Η μορφή αυτή μπορεί να παριστά το ενδιάμεσο μεταξύ εξάρσεων και υφέσεων της νόσου, συνήθως όμως διαρκεί μακρό χρονικό διάστημα με ή και χωρίς παροδικές εξάρσεις της συμπτωματολογίας.<sup>11</sup>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

## 4.1 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος βαριά και εξελίσσεται προοδευτικά. Από το σύνολο των ασθενών με σχιζοφρένεια περίπου οι μισοί δεν θα μπορέσουν να ζήσουν με στοιχειωδώς ικανοποιητική κοινωνική λειτουργικότητα. Θα παρουσιάζουν συχνές υποτροπές της νόσου και θα υποβάλλονται σε αλληπάλληλες ψυχιατρικές νοσηλείες και πιθανόν να παρουσιάσουν κάποιες από τις επιπλοκές της νόσου. Από τους υπόλοιπους οι μισοί (25% του συνόλου δηλαδή) θα μπορέσουν να έχουν κάποια κοινωνική λειτουργικότητα, θα υποφέρουν όμως από συμπτώματα μέχρι το γήρας, ενώ περιστασιακό θα παρουσιάζουν κάποια υποτροπή και θα χρειάζονται ψυχιατρική νοσηλεία. Το υπόλοιπο 25%, το χαρακτηρίζεται καλής πρόγνωσης, θα μπορέσει να έχει ικανοποιητική κοινωνικότητα, να αποφύγει τις συχνές υποτροπές, αν και χρειάζεται συνεχή ψυχιατρική παρακολούθηση και θεραπεία. Ως σημαντικότερα θετικά προγνωστικά σημεία για την πορεία της νόσου, θεωρούνται η έναρξη της νόσου σε μεγαλύτερη ηλικία και με αφορμή κάποιο ψυχοπιεστικό γεγονός της ζωής, το θετικό υποστηρικτικό περιβάλλον και η παρουσία παραγωγικών συμπτωμάτων (ψευδαισθήσεις, παραλήρημα).

Αντίθετα, σημαντικότεροι αρνητικοί προγνωστικοδείκτες είναι η πρώιμη έναρξη, η βραδεία και προοδευτική εισβολή των συμπτωμάτων, η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, τα αρνητικά συμπτώματα (αλογία, αθυμία, απραξία), η προσωπικότητα (με κοινωνική απόσυρση, απομόνωση

πριν την έναρξη της νόσου), η ύπαρξη και άλλου ατόμου με σχιζοφρένεια στην οικογένειά τους. Η σχιζοφρένεια εκτός του ότι εμποδίζει προοδευτικά το άτομο να λειτουργήσει κοινωνικά, μπορεί να το οδηγήσει σε πράξεις βίας ή στην αυτοκτονία. Οι πράξεις βίας απέναντι στους άλλους ανθρώπους, μολονότι αποτέλεσαν αντικείμενο συχνών αναφορών και ενδιαφέροντος από την πολιτεία, την κοινή γνώμη κ. ο. κ, δεν έχει αποδειχθεί ότι συμβαίνουν συχνότερα σε σχιζοφρενείς σε σχέση με το γενικό σύνολο. Αντίθετα, οι μισοί περίπου ασθενείς, κάποια στιγμή πέθανε ι από αυτοκτονία. Επειδή η σχιζοφρένεια είναι μια βαριά νόσος, και είναι σκόπιμο να γίνεται έγκαιρα η διάγνωσή της. Επίσης χρειάζεται τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση και θεραπεία, εκπαίδευση των ίδιων των ασθενών και των οικογενειών τους (μέσα από ειδικές τεχνικές ψυχοεκπαίδευσης) για την έγκαιρη διάγνωση των υποτροπών (ώστε να λαμβάνεται η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή και να αποφεύγεται η εκδήλωσή τους), καθώς και για την υποστήριξη των ίδιων και των οικογενειών τους. Επίσης, έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην οικοδόμηση ενός προστατευμένου πλαισίου κοινωνικών δραστηριοτήτων (επαγγελματική απασχόληση, κοινωνικές εκδηλώσεις ), ώστε οι ασθενείς αυτοί να εντάσσονται στο κοινωνικό σύνολο και να διατηρούν το μέγιστο δυνατό των δραστηριοτήτων που μπορούν. Δικαίως λέγεται ότι 50% για την έκβαση της νόσου παίζει η φαρμακευτική αγωγή και άλλο 50% η ύπαρξη της κατάλληλης υποστήριξης για την παραμονή των ασθενών εντός των κοινωνικών δραστηριοτήτων. <sup>12</sup>

## 4.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Για δεκαετίες ερευνητές σε όλο τον κόσμο προσπάθησαν και προσπαθούν να οριοθετήσουν διαγνωστικά τη σχιζοφρένεια, ιδιαίτερα γιατί η ακριβής διάγνωση της είναι πολύ σημαντική για την γενικότερη πρόγνωση και θεραπεία του αρρώστου.

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας δεν πρέπει να τίθεται όταν υπάρχουν και κυριαρχούν καταθλιπτικά ή μανιακά συμπτώματα, εκτός αν είναι σαφές ότι τα σχιζοφρενικά συμπτώματα έχουν προηγηθεί της συναισθηματικής διαταραχής. Επίσης, δεν πρέπει να τίθεται, όταν υπάρχει εμφανής εγκεφαλική νόσος ή τα συμπτώματα σημειώνονται κατά τη διάρκεια κατάστασης τοξίκωσης ή στέρησης από ναρκωτικά.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV.

### Διαγνωστικά κριτήρια κατά το DSM-IV

**A.** *Χαρακτηριστικά συμπτώματα:* Δυο (ή περισσότερα) από τα παρακάτω, το καθένα παρόν για σημαντικό χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 1 μηνός (ή λιγότερο αν θεραπεύτηκαν με επιτυχία):

1. παραλυτικές ιδέες
2. ψευδαισθήσεις
3. αποδιοργανωμένος λόγος (π.χ. συχνοί εκτροχιασμοί της ροής ή ασυναρτησία)

4. έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
5. αρνητικά συμπτώματα δηλ. συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλία

- B.** *Κοινωνική/επαγγελματική δυσλειτουργία:* Για σημαντικό χρονικό διάστημα από την έναρξη της διαταραχής ένας ή περισσότεροι μείζονες τομείς της λειτουργικότητας όπως η εργασία, οι σπουδές, οι διαπροσωπικές σχέσεις ή η αυτοφροντίδα είναι αξιοσημείωτα κάτω από το αναμενόμενο επίπεδο επιτυχίας.
- Γ.** *Διάρκεια:* Συνεχή σημεία της διαταραχής επιμένουν τουλάχιστον για έξι μήνες. Η περίοδος των έξι μηνών πρέπει να περιλαμβάνει ενεργό φάση (τουλάχιστον μιας εβδομάδας ή λιγότερο αν τα συμπτώματα θεραπεύτηκαν με επιτυχία) στην διάρκεια της οποίας υπήρχαν ψυχωτικά συμπτώματα.
- Δ.** *Αποκλεισμός Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής και Διαταραχή της Διάθεσης με Ψυχωτικά Στοιχεία:* Δηλαδή αν ένα μείζον καταθλιπτικό ή μανιακό σύνδρομο ήταν ποτέ παρόν στη διάρκεια μιας ενεργού φάσης της διαταραχής, η συνολική διάρκεια όλων των επεισοδίων ενός συνδρόμου διαταραχής της Διάθεσης ήταν βραχεία σε σχέση με τη συνολική διάρκεια των ενεργών και υπολειμματικών της διαταραχής.
- Ε.** *Αποκλεισμός ουσίας/γενικής ιατρικής κατάστασης:* Η Διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης φαρμάκου ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης).

**ΣΤ.** Σχέση με μια βαριά εκτεταμένη διαταραχή της ανάπτυξης: Αν υπάρχει ιστορικό Αυτιστικής Διαταραχής ή άλλης Βαριάς Εκτεταμένης Διαταραχής της Ανάπτυξης, η επιπρόσθετη διάγνωση της σχιζοφρένειας μπαίνει μόνο όταν υπάρχουν επίσης προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για ένα τουλάχιστον μηνά (ή λιγότερο αν θεραπεύτηκαν με επιτυχία).

## **ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΤΕΣΤ**

Ενδιαφέρουσα η συμβολή τους στη διάγνωση, ιδίως των ολιγοσυμπτωμικών ή των αρχόμενων μορφών της σχιζοφρένειας. Οι ψυχολογικές δοκιμασίες πρέπει να εντάσσονται στα πλαίσια μιας πλήρους εξέτασης προσαρμοσμένης στην κάθε περίπτωση. Τα αποτελέσματα τους πρέπει να γίνονται αντικείμενο από τον ψυχολόγο και τον ιατρό.

1. Οι δοκιμασίες νοημοσύνης έχουν περιορισμένο ενδιαφέρον. Χρησιμοποιούνται περιπτώσεις διαγνωστικού προβλήματος. Η διαπίστωση διανοητικής έκπτωσης είναι αρκετά συχνή στην σχιζοφρένεια.
2. Οι δοκιμασίες προσωπικότητας είναι πολύ πιο ενδιαφέρουσες, επειδή φέρουν στην επιφάνεια τις πρώιμες αλλοιώσεις της.



-Το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας M.M.P.I. παρουσιάζει μια πολύ χαρακτηριστική εικόνα, έτσι ώστε οι ψευδείς θετικές διαγνώσεις είναι πολύ σπάνιες. Πρόκειται για σοβαρές ανωμαλίες της <<ψυχωσικής τετράδας>>, οι οποίες καταγράφονται με χαρακτηριστικό τρόπο από τη δοκιμασία.

-Το τεστ Rorschach μπορεί να αποδειχθεί πολύτιμο για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο, εάν αναδείξει, αφενός τα στοιχεία που εκφράζουν την σχιζοφρένεια και αφετέρου τους μηχανισμούς που δεσπόζουν στην σχιζοφρενική σκέψη όπως: ο ορθολογισμός, η ιδεομόλυνση, η αφαιρετική σκέψη, η αποτυχία των μηχανισμών απώθησης, η ωριμότητα των απαντήσεων με σεξουαλικό, ανατομικό ή γυναικολογικό περιεχόμενο.<sup>13</sup>

## **ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Θα έλεγε κανένας ότι η ποικιλία και η ιδιαιτερότητα των συμπτωμάτων της κάνουν την διάγνωση της σχιζοφρενικής διαταραχής 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. Η διαφορική διάγνωση θα εξαρτηθεί από τα συμπτώματα που δεν υπάρχουν στην σχιζοφρένεια και από περιστασιακά κριτήρια, όπως η ηλικία που εισβάλλει η αρρώστια –πριν από τα 45 χρόνια- η διάρκεια της διαταραχής και το

επίπεδο λειτουργικότητας του αρρώστου, κυρίως στη δουλειά του και τις κοινωνικές του υποχρεώσεις, προτού κάνει την εμφάνιση της η διαταραχή.<sup>14</sup>

### **4.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η σύγχρονη θεραπευτική αγωγή των σχιζοφρενών συνδυάζει τη φαρμακοθεραπεία με τις ψυχοθεραπευτικές τεχνικές και τη θεραπεία της αποκατάστασης. Η πρώτη μορφή αγωγής συμβάλλει πολύ στην επιτυχία των άλλων δύο. Θα ήταν σφάλμα όμως να νομίσει κανείς ότι είναι δυνατόν να αναχθεί και να περιοριστεί η προσέγγιση του σχιζοφρενούς σε μία και μόνο θεραπευτική μέθοδο, αποκλειστικά χημική, διαπροσωπική ή κοινωνική. Θα πρέπει να ξέρουμε ότι η χορήγηση φαρμάκων συνιστά και πράξη ψυχοθεραπευτική, στα πλαίσια είτε της εξωνοσοκομειακής είτε της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας.

Οι σπουδαιότερες θεραπευτικές μέθοδοι που υπάρχουν σήμερα και εφαρμόζονται – κυρίως σε συνδυασμό μεταξύ τους – είναι οι εξής: Βιολογικές θεραπείες (αντιψυχωτικά) και Ψυχοκοινωνικές θεραπείες (θεραπεία συμπεριφοράς).

Χάρης σε αυτές τις θεραπείες, και ιδιαίτερα χάρις τα αντιψυχωτικά ψυχοφάρμακα, άλλαξε η όψη του ψυχιατρικού σκηνικού. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των σχιζοφρενών είναι αδιανόητη έξω από τα πλαίσια μιας πολυδιάστατης στρατηγικής. Ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπευτικών μεθόδων, επιτρέπει την επίτευξη ενός ποσοστού

<<κοινωνικών ιάσεων>> άνω του 50%. Η βελτίωση φτάνει μερικές φορές σε πολύ ικανοποιητικά επίπεδα.

Στις βασικές αρχές της θεραπευτικής αντιμετώπισης περιλαμβάνονται:

I. Η από την πρώτη στιγμή προσπάθεια εγκατάστασης επαφής με τον άρρωστο και καλής επικοινωνίας με την οικογένεια του

II. Η λεπτομερής μελέτη της προσωπικότητας, του οικογενειακού και κοινωνικού του ιστορικού

III. Η εξονυχιστική αναζήτηση των συμπτωμάτων, η χρονολογική τους οριοθέτηση και ιεράρχηση ως προς την ένταση τους

IV. Η αξιολόγηση της λειτουργικότητας του αρρώστου στο σύνολο της

V. Η εξατομίκευση κάθε θεραπευτικής προσπάθειας (θεραπεία του συγκεκριμένου αρρώστου και όχι της νόσου γενικώς).<sup>15</sup>

#### **4.4 ΠΡΟΛΗΨΗ**

Σήμερα δίδεται μεγάλη έμφαση στην πρόληψη των ψυχικών νοσημάτων όπως και κάθε άλλης διαταραχής της υγείας. Η σημασία της πρόληψης είναι τεράστια για μια αποδοτική περίθαλψη και προαγωγή της ψυχικής υγείας .

Η Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή καλύπτει τρία στάδια πρόληψης:

**Την πρωτογενή πρόληψη:** Περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες και διαδικασίες που αποβλέπουν στη μείωση του δείκτη της ψυχικής νοσηρότητας, δηλαδή μείωση του αριθμού νέων περιπτώσεων ψυχικά

αρρώστων σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Αυτό μπορεί να επιδιωχθεί με δύο τρόπους:

A) Μελέτη και εξακρίβωση των στρεσογόνων παραγόντων και συνθηκών ζωής, που προκαλούν απώλεια της ψυχικής ισορροπίας και διαταραχές στις διαπροσωπικές σχέσεις, με κίνδυνο αύξησης της επικινδυνότητας για ψυχική νόσηση.

B) Εφαρμογή μέσων και μέτρων βοήθειας των ατόμων, ώστε να γίνουν πιο ανθεκτικά στις ψυχοβλαπτικές επιδράσεις.

Η νοσηλευτική βρίσκεται στην πρώτη γραμμή της μάχης για τη πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Έχει την δυνατότητα η νοσηλευτική να παρέμβει στην ψυχολογική κρίση του ατόμου με προσωπική παρουσία και φροντίδα. Η φροντίδα γίνεται με θεραπευτικό υποστηρικτικό διάλογο, με καθοδήγηση στη λύση του υποκείμενου προβλήματος και με εκπαίδευση πώς να βγει το άτομο από την κατάσταση με αυξημένο δυναμικό για ψυχική υγεία. Νοσηλευτικές αρμοδιότητες με ευρύτατες προοπτικές είναι η αγωγή ψυχικής υγείας σε άτομα όλων των ηλικιών, η πληροφόρηση του κοινού για τη φύση της ψυχικής αρρώστιας, τις ψυχιατρικές θεραπείες, τις τεχνικές πρόληψης, παράκαμψης ή υπερκίνηση του στρες και τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

**Τη δευτερογενή πρόληψη:** Επιδιώκει την ανίχνευση των ψυχικά νοσοούντων, την έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία της ψυχικής διαταραχής, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η διάρκεια της, να προληφθούν οι παθολογικές επιπτώσεις της στα μέλη της κοινωνίας και η εγκατάσταση της ψυχικής αναπηρίας στους αρρώστους.

Στη δευτερογενή πρόληψη, η νοσηλευτική μπορεί να συντελέσει με την ανίχνευση και αναγνώριση αρχικών σημείων μιας ψυχικής διαταραχής τόσο στους σωματικά άρρωστους, όσο στους συνοδούς και στις οικογένειες τους, επίσης με την κατάλληλη αντιμετώπιση, καθοδήγηση και παραπομπή για θεραπεία, όταν χρειάζεται, υποστηρίζει ψυχοθεραπευτικά το άτομο και προλαμβάνει την μεγαλύτερη ψυχική του αποδιοργάνωση.

**Την τριτογενή πρόληψη:** Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει τα προγράμματα ψυχικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης, που διατηρούν και καλλιεργούν τις θετικές ψυχοκινητικές και κοινωνικές ικανότητες των ψυχικά αρρώστων και τους βοηθούν να επανενταχθούν στην κοινωνία στο συντομότερο δυνατό χρόνο, έτσι προλαμβάνονται η εγκατάσταση μόνιμης ψυχικής ανικανότητας και αναπηρίας στους αρρώστους, η καταστροφική ιδρυματοποίηση τους και η μακροχρόνια ή ισόβια αποκοπή τους από την οικογένεια και τους κοινωνικούς δεσμούς. Προς τον σκοπό αυτόν δημιουργούνται ενδιάμεσες δομές υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία ημέρας ή νύκτας, οι ψυχιατρικοί τομείς στα Γενικά νοσοκομεία, τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ξενώνες, τα προστατευμένα εργαστήρια, σταθμοί ψυχιατρικών πρώτων βοηθειών με ανοικτή τηλεφωνική γραμμή 24 ώρες το 24ωρο κ.α.

Για την εφαρμογή ενός προληπτικού προγράμματος στην κοινότητα ακολουθείται η εξής διαδικασία:

- ü Ορίζεται η κοινότητα
- ü Καθορίζονται τα χαρακτηριστικά της (σύνθεση πληθυσμού, ήθη, έθιμα, μορφωτικό επίπεδο κ.λ.π.)

- ü Εκτιμούνται τα προβλήματα και οι ανάγκες της κοινότητας
- ü Καθορίζεται και εκπαιδεύεται το κατάλληλο προσωπικό
- ü Εκτιμούνται οι πόροι που διαθέτουν
- ü Καθορίζονται τα θεραπευτικά και προληπτικά κέντρα που θα χρησιμοποιηθούν <sup>16</sup>

# **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ**

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

## 1.1 Η ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ

### 1.1.1 ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΖΟΥΝ ΣΤΟ ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ

Δυστυχώς, στις μέρες μας, ο θρίαμβος του ατομικισμού έχει οδηγήσει στο μαρασμό και στην εγκατάλειψη, κύριες αρχές της Δημοκρατίας. Η ισότητα και η αλληλεγγύη είναι ιδιαίτερα παραγκωνισμένες, ενώ η αλληλεγγύη και η κοινωνική δικαιοσύνη έχουν παραμεληθεί. Παρατηρείται, ολοένα και περισσότερο, η αύξηση της κοινωνικής ανισότητας και η έλευση της εποχής των απομονώσεων, των περιθωριοποιήσεων, των αποκλεισμών. Την τελευταία 20ετία, όλα τα ευρωπαϊκά κράτη ορθώνουν, διαδοχικά, τείχη προστασίας για της κυρίαρχες ομάδες, προκειμένου να κρατήσουν έξω και μακριά από αυτές, εκείνες των μη προνομιούχων πολιτών, όπως οι άστεγοι, οι άνεργοι μακράς διάρκειας, τα φτωχά νοικοκυριά, οι πρόσφυγες και όλα τα άτομα με ιδιαίτερες ανάγκες (Α.Μ.Ε.Α.) και ασφαλώς μεταξύ αυτών και τα άτομα με σχιζοφρένεια.



### 1.1.2 ΤΑ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥΣ

Είναι αληθές ότι η φροντίδα των σχιζοφρενών ασθενών αποτελεί για κάθε οργανωμένη κοινωνία πρόβλημα περίπλοκο και δυσεπίλυτο. Η σχιζοφρένεια εξακολουθεί να αποτελεί και σήμερα, για το μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού της Ελλάδας, «στίγμα» και «ντροπή». Επιπλέον, εξακολουθεί να φοβίζει τους ανθρώπους, που αντιδρούν με πολλαπλούς μηχανισμούς άμυνας απέναντι της. Στους μηχανισμούς αυτούς περιλαμβάνονται η απομόνωση, η αποβολή των ψυχικά πασχόντων από τους χώρους συναναστροφής και εργασίας, η περιθωριοποίησή τους, ο υπέρμετρος αναγκαστικός εγκλεισμός, ο δευτερογενής ιδρυματισμός, δηλ. ο κοινωνικός τους αποκλεισμός.

### 1.1.3 Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ

Με δεδομένα την κουλτούρα και την παραπάνω στάση της κοινωνίας μας, καθώς και τις σημαντικές ελλείψεις των κατάλληλων και απαραίτητων προνοιακών δομών και υπηρεσιών για την ολιστική αντιμετώπιση των προβλημάτων των ψυχικά μειονεκτούντων ατόμων στη χώρα μας, ο αποκλεισμός τους είναι διπλός. Δεν πρόκειται απλά μόνο για αποκλεισμό από την αγορά εργασίας αλλά ευρύτερα από το «κοινωνικό γίνεσθαι». Ο αποκλεισμός, λοιπόν, των χρόνιων ψυχικά ασθενών και των νοητικά υστερούντων από το «κοινωνικό γίνεσθαι» και την αγορά εργασίας είναι πλέον βαθύτερος και εντονότερος, σε σχέση με εκείνο άλλων μειονεκτούντων ατόμων, όπως π.χ. των κινητικά αναπήρων. Η

περιθωριοποίηση και η ανεργία των ατόμων με ψυχικές και νοητικές μειονεξίες δεν αποτελεί τίποτε το καινούργιο. Τα οδηγεί στην φτώχεια και στον κοινωνικό αποκλεισμό, χωρίς να έχουν τα απαραίτητα εφόδια για να αμυνθούν. Βρίσκονται μέσα σε ένα λαβύρινθο και είναι εγκλωβισμένα σε ένα σύστημα αλλοτρίωσης, απομόνωσης και χρονιοποίησης των προβλημάτων τους.

#### 1.1.4 ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΓΙΑ ΤΟ ΞΕΠΕΡΑΣΜΑ ΤΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

Πρέπει να δοθεί έμφαση στη διαρθρωτική φύση της διαδικασίας, που αποκλείει τα άτομα αυτά από οικονομικές και κοινωνικές ευκαιρίες. Το πρόβλημα εστιάζεται στο δικαίωμα ή μη, να έχουν το παραπάνω άτομα ίσες ευκαιρίες στη ζωή, ώστε να αποκατασταθούν στην κοινωνία και μέσω της κατάλληλης κατάρτισης σε ένα ανάλογο επάγγελμα.

Κοινή είναι η πεποίθηση ότι απαιτούνται εντατικές προσπάθειες, ώστε να καθιερωθούν ίσες ευκαιρίες συμμετοχής στην καθημερινή ζωή για τα άτομα με τις ψυχικές ή νοητικές μειονεξίες. Τα άτομα με αυτές τις ιδιαίτερες ένα ανάγκες, οι γονείς τους, οι ευαισθητοποιημένοι πολίτες, κάθε άλλος υποστηρικτής των ίσων δικαιωμάτων και ευκαιριών, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις, όλοι πρέπει να συνεργαστούν σταθερά και με συνέπεια, ενεργά στον προγραμματισμό και την εφαρμογή των μέτρων που επηρεάζουν τα πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές ή νοητικές μειονεξίες.

### 1.1.5 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ

Το στίγμα για το σχιζοφρενή ασθενή είναι η γενικά αρνητική στάση και διάθεση, που εκδηλώνεται από τους τρίτους προς το πρόσωπό του, εξαιτίας της κακής πληροφόρησης. Ο ασθενής με σχιζοφρένεια αντιμετωπίζεται με φόβο, με αντιπάθεια, χωρίς ανεκτικότητα, με έλλειψη εμπιστοσύνης, με ειρωνεία και εμπαιγμούς.

Το στίγμα είναι ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια για την επιτυχή αντιμετώπιση και διαχείριση της σχιζοφρένειας. Μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές διακρίσεις, που επιδεινώνουν άσκοπα τα προβλήματα των ατόμων με σχιζοφρένεια. Τέτοιες διακρίσεις οδηγούν στη μείωση των πόρων για την αντιμετώπιση της ασθένειας, στη μη διαθεσιμότητα χώρων στέγασης, σε λιγότερες ευκαιρίες για εργασία και κοινωνικές συναναστροφές. Έτσι, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια οδηγούνται σε ένα φαύλο κύκλο, καθώς τα προβλήματα αυτά, στη συνέχεια, αυξάνουν ακόμα περισσότερο το στίγμα που σχετίζεται με την ασθένεια. Ακόμη, το στίγμα που σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια, συχνά, στρεβλώνεται από άπειρους «ρεπόρτερς» των Μ.Μ.Ε. και από περιώνυμα πρόσωπα της Δημόσιας ζωής, με τις δημοσιοποιημένες απόψεις τους βοηθούν στη διαιώνιση των αρνητικών στερεοτύπων.

Το στίγμα, που συνοδεύει τον ασθενή, μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην πορεία και την έκβαση της ασθένειας του. Επιπλέον, το στίγμα της σχιζοφρένειας δεν επηρεάζει μόνο αυτούς που νοσοούν αλλά και τις οικογένειές τους και τους ανθρώπους που τους φροντίζουν.

### 1.1.6 ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ

Η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία έχει δώσει ένα κατάλογο από τις πιο γνωστές λαθεμένες αντιλήψεις, που επικρατούν για τη σχιζοφρένεια και συντηρούν το στίγμα για το σχιζοφρενή ασθενή. Τις παραθέτουμε στη συνέχεια:

- Ø Κανείς δεν γιατρεύεται από σχιζοφρένεια
- Ø Η σχιζοφρένεια είναι μία ασθένεια που δεν αντιμετωπίζεται επιτυχώς
- Ø Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι συνήθως βίαια κι επικίνδυνα
- Ø Τα άτομα με σχιζοφρένεια ενδέχεται να «μεταδώσουν» στους άλλους την τρέλα τους
- Ø Οι σχιζοφρενής είναι τεμπέληδες και αναξιόπιστοι
- Ø Η σχιζοφρένεια είναι το αποτέλεσμα μιας εσκεμμένης αδυναμίας της βούλησης (το άτομο θα μπορούσε να ξεπεράσει το πρόβλημα, αν ήθελε)
- Ø Οτιδήποτε λένε τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ανοησίες
- Ø Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν δίνουν αληθείς πληροφορίες σχετικά με τα αποτελέσματα της θεραπείας ή τις καταστάσεις που τους συμβαίνουν
- Ø Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι παντελώς ανίκανα να πάρουν λογικές αποφάσεις για τη ζωή τους και γενικώς είναι απρόβλεπτα
- Ø Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να εργαστούν
- Ø Τα άτομα με σχιζοφρένεια σταδιακά χειροτερεύουν, κατά τη διάρκεια της ζωής τους
- Ø Για τη σχιζοφρένεια υπεύθυνοι είναι οι γονείς.

### 1.1.7 ΠΩΣ ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΟΥΜΕ ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ

Για να περιορισθεί το στίγμα και οι διακρίσεις, που αφορούν τους σχιζοφρενείς, είναι αναγκαίο να βελτιωθούν οι θεραπείες, να αλλάξουν οι απόψεις των ανθρώπων μέσα από προγράμματα και εκπαιδευτικές εκστρατείες και τέλος, να αλλάξουν νόμοι και οι πολιτικές ρυθμίσεις, προκειμένου να ενισχυθεί η νομική προστασία των ψυχικά ασθενών. Κάποιες συγκεκριμένες στρατηγικές, που μπορούν να φανούν χρήσιμες στον περιορισμό του στίγματος και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια, αναφέρονται παρακάτω:

- Ø Βελτίωση και χρήση φαρμάκων, που ελέγχουν καλύτερα τα συμπτώματα, προλαβαίνουν τις υποτροπές, ενώ ταυτόχρονα μειώνουν τις παρενέργειες και διευκολύνουν τον ασθενή να συμμορφώνεται στη θεραπεία.
- Ø Εκστρατείες στις γειτονιές των πόλεων και στα χωριά με εφαρμογή των καταλλήλων και τους κατάλληλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας εκπαιδεύσεων του κοινού, με σκοπό την αλλαγή των λαθεμένων απόψεων που εξακολουθούν να επικρατούν.
- Ø Εκπαίδευση κατά του στίγματος στα σχολεία και τις υπηρεσίες υγείας.
- Ø Βελτίωση της ψυχοεκπαίδευσης των ασθενών και των οικογενειών τους, σχετικά με τους τρόπους που μπορούν να ζουν με την ασθένεια και να αντιπαλεύουν τις διακρίσεις.
- Ø Ενίσχυση κοινωνικών και νομικών ενεργειών για τον περιορισμό των διακρίσεων.

### 1.1.8 ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΝΙΚΗΘΕΙ ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΗ

Πολλοί ασθενείς δεν αντέχουν το στίγμα που προκαλεί αυτή η ασθένεια. Έτσι, αποφεύγουν μια εισαγωγή σε νοσοκομείο, γιατί ισοδυναμεί με την παραδοχή από τους ίδιους ότι υποφέρουν από μια ψυχική διαταραχή. Για να αποφύγουν το στίγμα, συχνά αρνούνται να συμμετάσχουν στη θεραπεία ή στα προγράμματα ψυχοκοινωνικής επαναπροσαρμογής και επανένταξης. Ο φόβος του στίγματος μπορεί ακόμη, να είναι η βαθύτερη ανησυχία των μη ρεαλιστικών ενεργειών τους, όπως είναι μια φαινομενικά ανόητη προσπάθεια για να προσεγγίσουν υψηλούς επαγγελματικούς στόχους (για παράδειγμα, ένας ασθενής με πολύ φτωχό λειτουργικό σύστημα έκανε αίτηση για να λάβει μέρος σε κατατακτήριες εξετάσεις για την εισαγωγή στη νομική σχολή). Αρκετές φορές, οι σχιζοφρενείς ζουν μια παράδοξη κατάσταση. Έχοντας το φόβο του στίγματος, αρνούνται την ασθένειά τους αλλά λαμβάνουν με τη θέλησή τους την αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή.

Ο φόβος του στίγματος μπορεί να είναι εντονότερος σε σχιζοφρενείς που είχαν καλή λειτουργικότητα πριν αρρωστήσουν, που προέρχονται από υψηλά κοινωνικό-οικονομικά στρώματα και που οικογένειές τους είχαν σημαντικό πρόβλημα να δεχτούν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Η αναγνώριση του στίγματος ομαλοποιεί τις εμπειρίες του ασθενούς, ενισχύει την αυτοεκτίμηση του και βοηθά να διασώσει την εικόνα του εαυτού του. Βοηθήστε τον/την ασθενή να αναγνωρίζει πόσο φυσιολογικός/ή είναι. Οι σχιζοφρενείς τείνουν να αποδίδουν όλα τους τα

προβλήματα στο γεγονός ότι είναι ασθενείς και η αντίληψη αυτή τους οδηγεί σε μεγαλύτερο φόβο για το στίγμα και καλλιεργεί την απομόνωση. Η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ομαλοποίηση των εμπειριών του ασθενούς μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμη. Πολλοί ασθενείς εξιδανικεύουν τη ζωή των φυσιολογικών ανθρώπων. αυτοί οι ασθενείς θα τα καταφέρουν πολύ καλύτερα στη ζωή τους, αν γνωρίζουν ότι πολλά από τα δικά τους βάσανα βιώνονται και από εκείνους που αποκαλούνται «φυσιολογικοί». <sup>17</sup>

### 1.1.9 ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΣ

Οι κυνηγοί του στίγματος!

Μια πρωτότυπη μορφή εθελοντισμού έχει ξεκινήσει εδώ και λίγα χρόνια στο πλαίσιο του Ελληνικού Προγράμματος Κατά του Κοινωνικού Στίγματος της Σχιζοφρένειας. Πρόκειται για ένα δίκτυο 55 ατόμων τα οποία έχουν επιδοθεί σε ένα ασυνήθιστο κυνήγι: σε καθημερινή βάση «ξετρυπώνουν» όλους όσοι πέφτουν σε ατοπήματα σε ό,τι αφορά την ορολογία που χρησιμοποιείται στα ΜΜΕ για τις ψυχικές ασθένειες. Στη συνέχεια ενημερώνουν τους αρμοδίους του Προγράμματος, οι οποίοι επικοινωνούν με τους υπευθύνους των μέσων προκειμένου να τους... επαναφέρουν στην τάξη. Μέχρι στιγμής τα «λαγωνικά» που εργάζονται για το Πρόγραμμα είναι 55 αλλά το δίκτυο ολοένα και μεγαλώνει. Οι αρμόδιοι του Προγράμματος ζητούν από όλα τα άτομα που ενδιαφέρονται να γίνουν εθελοντές να τηλεφωνήσουν στο 210 6170.822-824 ή να στείλουν e-mail στο [stigma@compulink.gr](mailto:stigma@compulink.gr). <sup>23</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ**

### **2.1 ΣΤΙΓΜΑ, ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ**

Στην ελληνική γλώσσα «στιγματίζω», σημαίνει κάνω σημάδι σε κάποιον που θέλω να ξεχωρίζω. Στο Μεσαίωνα στιγματίζαν κατά τρόπο εμφανή το σώμα των εγκληματιών ώστε να είναι αντιληπτό ότι πρόκειται για εγκληματίες. Κατά τη διάρκεια των αιώνων, η σημασία του στίγματος διαφοροποιήθηκε και κατέληξε να σημαίνει κάποιο κακό σημάδεμα.

Συχνά θεωρείται δεδομένο και ξεχωρίσουμε τις κοινωνικές ομάδες και να ονοματίσουμε αντίστοιχα τις κοινωνικές διαφορές. Όμως, κάθε διαχωρισμός των ομάδων απαιτεί μια υπεραπλοποίηση. Ακόμα και με φανερά χαρακτηριστικά, όπως το χρώμα του δέρματος, δεν υπάρχει ξεκάθαρη διαγνωστική γραμμή. Ακόμα λιγότερο ξεκάθαρη είναι η γραμμή μεταξύ ψυχικής υγείας και ψυχικής ασθένειας.

Σύμφωνα με τον Coffman το στίγμα χαρακτηρίζεται από ανεπιθύμητες συμπεριφορές που εκφράζουν βαθιά διάκριση και που κρίνουν ένα άτομο ως ακατάλληλο απόλυτης κοινωνικής αποδοχής. Ο ίδιος τονίζει την υποκειμενικότητα της αίσθησης του στίγματος, ότι δηλαδή συχνά δεν πρόκειται για μια πραγματικότητα, αλλά για μια αίσθηση διάκρισης που έχει ο παρατηρητής (ο ψυχωσικός) από τη δική του οπτική γωνία.

Η έννοια του στίγματος για τα άτομα με ψυχική νόσο, συνδυάζει δύο κύριες θεωρίες, του Corrigan και των συνεργατών του και των Link & Phelan. Ο Corrigan και οι συνάδελφοί του δίνουν έμφαση στα κύρια



γνωστικά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά του κοινωνικού στιγματισμού των ατόμων με ψυχική νόσο: στα στερεότυπα (δομές γνωστικής αντίληψης), την προκατάληψη (γνωστική και συναισθηματική συνέπεια στερεοτύπων) και τη διάκριση (συμπεριφορική συνέπεια της προκατάληψης).

Οι Link & Phelan υποστηρίζουν ότι το στίγμα υφίσταται όταν συνυπάρχουν στοιχεία ετικετοποίησης, στερεοτύπων, διαχωρισμού, απώλειας κοινωνικού κύρους και διάκρισης σε μια κατάσταση που ευνοεί την ανάπτυξη τέτοιων συμπεριφορών.

Τα τελευταία χρόνια, η λέξη «στίγμα» χρησιμοποιείται, συχνά για να δείξει ότι ορισμένες ασθένειες όπως η φυματίωση, ο καρκίνος και ιδιαίτερα ψυχική ασθένεια, καθώς και τα χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές των ασθενών, δημιουργούν προκατάληψη σε βάρος των ατόμων που πάσχουν από αυτές. Με βάση τα στερεότυπα, ο ψυχικά ασθενής έχει αντιμετωπίσει εκτός από την ίδια τη νόσο, την ημιμάθεια και το φόβο της κοινωνίας για το «άλλο» της πρόσωπο, η οποία τον βλέπει ως τρελό, κακό επικίνδυνο ή δαιμονισμένο.

Τα παραπάνω μπορεί να επιδεινώσουν άσκοπα τα προβλήματα των ατόμων με ψυχική νόσο, να μειώσουν τον αριθμό των πόρων για την αντιμετώπισή τους, τη διαθεσιμότητα χώρων στέγασης και τις κοινωνικές τους συναναστροφές, δημιουργώντας προβλήματα που στη συνέχεια αυξάνουν ακόμη περισσότερο το στίγμα που σχετίζεται με την ασθένεια. Οι πολίτες είναι λιγότερο πιθανό να προσλάβουν άτομα με ψυχική νόσο, να τους νοικιάσουν το διαμέρισμά τους και πολύ πιθανό να τους καταγγείλουν εσφαλμένα για βίαια εγκλήματα. Επιπλέον, το στίγμα που συνοδεύει τον

ψυχικά πάσχοντα μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην πορεία και την έκβαση της ασθένειας αυτής καθαυτής. Στην ουσία δεν επηρεάζονται μόνο οι ασθενείς, αλλά και οικογένειές τους, οι άνθρωποι που τους στηρίζουν, καθώς και οι παρέχοντες φροντίδα υγείας.

Στη διαμόρφωση του κοινωνικού στίγματος σημαντικό ρόλο παίζουν τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας ως βασικοί φορείς ενημέρωσης του κοινού. Δημιουργούν τη δημόσια εικόνα της τρέλας και προμηθεύουν τα στοιχεία εκείνα που συγκροτούν τα στερεότυπα, τα αναπαράγουν και τα διαιωνίζουν. Η εικόνα του σχιζοφρενούς έτσι όπως παρουσιάζεται από τα ΜΜΕ είναι μια εικόνα παραπλανητική. Πάντοτε άλλωστε τα στερεότυπα είναι υπεραπλουστευμένες, συχνά δε παραπλανητικές και παρερμηνευμένες έννοιες.<sup>18</sup>

## **2.2 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ**

Η αγωγή ψυχικής υγείας αφορά διαδικασίες ενδυνάμωσης της ικανότητας των ατόμων να προσδιορίζουν αυτόνομα τη ζωή τους και να προωθούν την ψυχική τους υγεία. Οι διαδικασίες αυτές αφορούν άτομα και κοινότητες

Οι βασικοί στόχοι της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι η μετάθεση του κέντρου βάρους της περίθαλψης από το άσυλο στην κοινότητα σε συνάρθρωση με την ανάπτυξη της ΠΦΥ και με την συνεχή διαδικασία αποϊδρυματισμού μέχρι την τελική κατάργηση των ψυχιατρείων.

Επιπρόσθετα, η εφαρμογή ενός προγράμματος για την ψυχική υγεία στον πληθυσμό στόχο μπορεί να λειτουργήσει αποτρεπτικά στην διαιώνιση του

«στίγματος» και της διαπόμπευσης των ψυχικά ασθενών. Το πρόγραμμα θα εκπαιδεύει, θα ενημερώνει και θα ευαισθητοποιεί τους πολίτες στην ψυχική νόσο μειώνοντας την προκατάληψη και τροποποιώντας τη συμπεριφορά τους απέναντι στους ψυχικά ασθενείς.

Το «στίγμα» ως έννοια, άλλωστε, καταδεικνύει μια ιδιαιτερότητα ή αλλιώς διαφορετικότητα που φέρει ένα άτομο σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνικής ομάδας στην οποία ανήκει. (Μαγριπλής 2002)

Γεγονός είναι ότι το ξεχωριστό συνεχίζει ακόμη και σήμερα να συγκρούεται με το κοινωνικά φυσιολογικό. Οι άνθρωποι όσο και αν επαγγέλλονται ή επιθυμούν το σεβασμό της διαφορετικότητας δεν το έχουν καταφέρει ούτε σε ατομικό ούτε σε συλλογικό επίπεδο.

Στην ψυχική νόσο όσο δεν υπάρχει ιατρική γνωμάτευση το υποκείμενο χαρακτηρίζεται ως ιδιόμορφο και δέχεται πολλές φορές τη συμπάθεια από τα υπόλοιπα μέλη της Κοινότητας. Εάν υπάρχει ιατρικό πόρισμα θεωρείται ψυχικά ασθενής και επισείει την προσοχή. Όταν μάλιστα έχει βιώσει και τον «εγκλεισμό» τότε εγείρει το φόβο και την αποφυγή.<sup>22</sup>

## **2.3 ΜΥΘΟΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Τα στερεότυπα και προκαταλήψεις που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές και η έλλειψη ενημέρωσης έχουν σοβαρές επιπτώσεις σε εκατομμύρια ανθρώπους που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Διαμορφώνουν ένα κοινωνικό στίγμα για τις ψυχικές διαταραχές που συχνά εμποδίζει τους ασθενείς από το να ζητήσουν βοήθεια. Η κατάρριψη των

μύθων που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές είναι ένα σημαντικό βήμα για την εξάλειψη των διακρίσεων.

**Μύθος:** Οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι στην πραγματικότητα ασθένειες, όπως είναι ο διαβήτης ή τα καρδιακά νοσήματα.

**Αλήθεια:** Οι ψυχικές διαταραχές είναι ασθένειες που χρειάζονται ιατρική αντιμετώπιση, όπως είναι ο διαβήτης ή τα καρδιακά νοσήματα. Η έρευνα έχει δείξει ότι για την εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών ενέχονται γενετικοί, βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.

**Μύθος:** Οι ψυχικές διαταραχές είναι το αποτέλεσμα κακής διαπαιδαγώγησης.

**Αλήθεια:** Δεν υπάρχουν δεδομένα που να αποδεικνύουν ότι το οικογενειακό περιβάλλον, η ελλιπής διαπαιδαγώγηση ή η κακή ανατροφή προκαλούν σχιζοφρένεια, ενώ αντίθετα υπάρχουν ερευνητικά στοιχεία που πιστοποιούν επαρκώς τα βιολογικά αίτια της νόσου.

**Μύθος:** Η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές δεν επηρεάζουν τα παιδιά και τους εφήβους.

**Αλήθεια:** Τα παιδιά και έφηβοι, όπως ακριβώς και οι ενήλικες, μπορούν να εκδηλώσουν σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Μάλιστα, τα προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και στην αυτοκτονία όταν δεν αντιμετωπίζονται έγκαιρα, για αυτό οποιαδήποτε κουβέντα γύρω από την αυτοκτονία πρέπει πάντα να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη.

**Μύθος:** Εάν κάποιος έχει μια ψυχική διαταραχή μπορεί να την αντιμετωπίσει μόνος του. Η επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας με σκοπό την αναζήτηση βοήθειας είναι δείγμα προσωπικής αποτυχίας και αδυναμίας.

**Αλήθεια:** Η σοβαρή ψυχική διαταραχή δεν είναι κάτι που μπορεί κανείς να αντιμετωπίσει μόνος του και το να αγνοεί κανείς το πρόβλημα επίσης δεν βοηθάει. Χρειάζεται θάρρος για να ζητήσει κανείς βοήθεια.

**Μύθος:** Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, γνωστή σαν ηλεκτροσόκ, είναι επίπονη και βάρβαρη.

**Αλήθεια:** Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, έχει βοηθήσει πολλούς ανθρώπους με σοβαρή κλινική κατάθλιψη που δεν υποχωρεί. Χρησιμοποιείται όταν άλλες θεραπείες, όπως η φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία, δεν έχουν καταφέρει να φέρουν αποτέλεσμα ή όταν δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Τα άτομα που λαμβάνουν αυτού του είδους θεραπεία στη σύγχρονη ιατρική πρακτική, λαμβάνουν επίσης αναισθησία και έτσι δεν υφίσταται πόνο ή οποιοδήποτε τραυματισμό κατά τη διάρκεια της.<sup>19</sup>

## **2.4 ΜΥΘΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

Στην περίπτωση της σχιζοφρένειας, πολλοί, αν και λανθασμένα, πιστεύουν τα παρακάτω:

**Μύθος:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι συνήθως βίαια και επικίνδυνα.

**Αλήθεια,** η πραγματικότητα για τη σχέση βίας και σχιζοφρένειας είναι πολύ διαφορετική από την εικόνα που αναπαράγουν τα στερεότυπα.

Αποτελέσματα ερευνών έχουν δείξει ότι:

Η συντριπτική πλειοψηφία των σχιζοφρενών δεν χρησιμοποιεί βία και γενικότερα τα άτομα αυτά δεν είναι περισσότερο επικίνδυνα σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό.

Τα άτομα με σχιζοφρένεια εμφανίζουν ελαφρά αυξημένους δείκτες στα εγκλήματα βίας η οποία βία όμως οφείλεται κυρίως στη μη λήψη των φαρμάκων ή στην ακαταλληλότητα της θεραπείας και στην έλλειψη στήριξης και αποδοχής.

Ο κίνδυνος για εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς αυξάνεται όταν συνυπάρχει κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ, αλλά και όταν το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών του ασθενή είναι απειλητικό για τη ζωή του. Συνεπώς η κατάλληλη θεραπεία των παραληρητικών ιδεών μειώνει αισθητά τον παραπάνω κίνδυνο.

Η βίαιη συμπεριφορά των ατόμων με σχιζοφρένεια τις περισσότερες φορές περιλαμβάνει βίαιες εκδηλώσεις που σχετίζονται με την επιβίωσή τους. Στην πραγματικότητα, οι ασθενείς συνήθως δεν είναι θύτες, αλλά θύματα βίαιης συμπεριφοράς ή κακοποίησης.

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, γενικότερα, της θεραπείας καθώς και η παράλληλη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων που απογοητεύουν και αποθαρρύνουν όσους αναζητούν βοήθεια για τα προβλήματά τους.

**Μύθος:** Σχιζοφρένεια σημαίνει πολλαπλή ή διχασμένη προσωπικότητα.

**Αλήθεια:** Η σχιζοφρένεια συγχέεται συχνά με τη «διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας», για το λόγο ότι τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια συχνά συμπεριφέρονται και λειτουργούν αντιφατικά. Υπάρχουν φορές που άλλα λένε, άλλα εννοούν και άλλα κάνουν, κι ενώ αυτό μπορεί κάποιες στιγμές να συμβεί στον καθένα, στα άτομα αυτά συμβαίνει συχνότερα. Στην πραγματικότητα, είναι μια διαταραχή του εγκεφάλου που επηρεάζει τη σκέψη και το συναίσθημα και όχι συνολικά την προσωπικότητα του ατόμου.

**Μύθος:** Για τη σχιζοφρένεια ευθύνονται οι γονείς και το οικογενειακό περιβάλλον.

**Αλήθεια:** Η οικογένεια δεν ευθύνεται για την ανάπτυξη της σχιζοφρένειας. Δεν υπάρχουν δεδομένα που να αποδεικνύουν ότι το οικογενειακό περιβάλλον, η ελλιπής διαπαιδαγώγηση ή η κακή ανατροφή προκαλούν σχιζοφρένεια, ενώ αντίθετα υπάρχουν ερευνητικά στοιχεία που πιστοποιούν επαρκώς τα βιολογικά αίτια της νόσου. Χιλιάδες γονείς υποφέρουν από συναισθήματα ντροπής και ενοχής γιατί θεωρούν ότι πιθανόν αυτοί με τη

συμπεριφορά τους προκάλεσαν την ασθένεια. Σήμερα, έχει αποδειχθεί ότι οι οικογενειακές σχέσεις μπορεί να μην ευθύνονται για τη γένεση της σχιζοφρένειας αλλά μπορεί να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά την εξέλιξή της. Επειδή το συναισθηματικό βάρος είναι τεράστιο για τα μέλη των οικογενειών, αυτό που χρειάζονται είναι κατανόηση, συμπαράσταση και υποστήριξη και σε καμία περίπτωση απόρριψη και ενοχοποίηση.

**Μύθος:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν νοητική στέρηση.

**Αλήθεια:** Πρόκειται για δύο διαφορετικές διαγνώσεις και καταστάσεις. Η σχιζοφρένεια προσβάλλει άτομα ανεξάρτητα από το νοητικό τους επίπεδο. Ένα άτομο με νοητική στέρηση δε σημαίνει απαραίτητα κάποια άλλη ψυχική διαταραχή, ούτε ότι ένα άτομο με σχιζοφρένεια, όταν εμφανίζει προβλήματα από τη σκέψη του, σημαίνει ότι έχει μειωμένη νοημοσύνη.

**Μύθος:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να κλείνονται στο ψυχιατρείο.

**Αλήθεια:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να νοσηλεύονται όταν και όσο το χρειάζονται πραγματικά. Αυτό γίνεται, κυρίως όταν κυριαρχούν τα οξέα συμπτώματα της νόσου, που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν σε εξωτερική βάση. Η σχιζοφρένεια σήμερα μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά και έξω από το ίδρυμα, στην κοινότητα, καθώς ο εγκλεισμός στο ίδρυμα στερεί τον ασθενή από τα κοινωνικά ερεθίσματα, τον οδηγεί στο περιθώριο και την κοινωνική απομόνωση και συμβάλλει έτσι στη διαιώνιση του στίγματος.



**Μύθος:** Οι άρρωστοι με σχιζοφρένεια δεν είναι ικανοί να πάρουν αποφάσεις για τη θεραπεία τους.

**Αλήθεια:** Οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν, αλλά και θέλουν να συμμετάσχουν στις αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία τους, απλά, η ικανότητά τους να λάβουν ανάλογες αποφάσεις δεν είναι πάντα η ίδια σε όλες τις φάσεις της ασθένειας. Υπάρχουν φάσεις όπως η έναρξη της νόσου ή οι υποτροπές όπου η ικανότητα αυτή περιορίζεται και άλλες φάσεις όπου ο ασθενής μπορεί να συμμετέχει ενεργά στη θεραπεία του. Οι έρευνες δείχνουν πως η συμμετοχή του ασθενή και της οικογένειάς του στη λήψη αποφάσεων, βοηθάει στην καλή συνεργασία με τον γιατρό και τους θεραπευτές, βελτιώνει το τελικό αποτέλεσμα και ενισχύει τη «συμμόρφωση» στη θεραπεία.

**Μύθος:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να εργαστούν.

**Αλήθεια:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια μπορούν να εργαστούν, ακόμη κι αν παρουσιάζουν συμπτώματα. Οι περισσότερες μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές ασθένειες βελτιώνονται πολύ όταν εργάζονται, καθώς η εργασία επιτρέπει στα άτομα με σχιζοφρένεια να έρχονται σε επαφή με ομάδες υγιών και αυξάνει τις πιθανότητες σχέσεων με τους άλλους.

**Μύθος:** Κανείς δεν θεραπεύεται από τη σχιζοφρένεια.

**Αλήθεια:** Κάθε ασθενής έχει διαφορετική εξέλιξη. Η σχιζοφρένεια έχει πολλές μορφές με διαφορετικό τρόπο έναρξης, με διαφορετική πορεία και έκταση και διαφορετική ανταπόκριση στη θεραπεία. Έχει διάφορα

συμπτώματα, μεταξύ των οποίων είναι η κοινωνική απόσυρση, οι ψευδαισθήσεις, οι παραπλανητικές ιδέες. Η γενίκευση ότι κανείς δεν θεραπεύεται από τη σχιζοφρένεια υπονοεί ότι η νόσος είναι σε όλες τις περιπτώσεις ανίατη, οδηγώντας σε απελπισία και απόγνωση ασθενείς και συγγενείς. Η φαρμακοθεραπεία και οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες έχουν βοηθήσει σημαντικά τα άτομα αυτά σε σημείο που να μπορούν να ζήσουν μια ικανοποιητική και παραγωγική ζωή.

**Μύθος:** Η σχιζοφρένεια προκαλείται από κακά πνεύματα και μάγια.

**Αλήθεια:** Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από κακά πνεύματα ούτε από μάγια, από κατάρες ή από «κακό μάτι». Δεν είναι η τιμωρία του θεού για τις αμαρτίες της οικογένειας, ούτε προκαλείται από έλλειψη θρησκευτικής πίστης.

Οι μύθοι για τη σχιζοφρένεια όμως δεν σταματούν εδώ. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι: Η σχιζοφρένεια δεν είναι το αποτέλεσμα ερωτικής απογοήτευσης, δεν οφείλεται στην υπερβολική μελέτη, δεν προκαλείται από τον αυνανισμό και φυσικά δεν είναι μεταδοτική.<sup>20</sup>

## **2.5 ΕΡΕΥΝΕΣ-ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Σε πρόσφατες έρευνες που έγιναν στο εξωτερικό με αντικείμενο το στίγμα της ψυχικής ασθένειας διαπιστώθηκαν τα παρακάτω:

Σε έρευνα του 2004 στο Λονδίνο, βρέθηκε ότι οι ψυχωσικοί ασθενείς και εκείνοι που ήταν εξαρτημένοι από κάποια ουσία ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν εμπειρίες φανερού στιγματισμού και διάκρισης και επηρεάζονταν περισσότερο από αυτές. Οι πιο συχνές συνέπειες των εμπειριών αυτών περιλάμβαναν συναισθήματα θυμού, κατάθλιψης, φόβου, άγχους, αισθήματα απομόνωσης, ενοχής, ντροπής, αμηχανίας, χαμηλής αυτοεκτίμησης. Επίσης είχαν σαν συνέπεια την παρεμπόδιση της ανάρρωσής τους ή την αποφυγή αναζήτησης θεραπείας ή κοινωνικής υποστήριξης και βοήθειας.

Σε έρευνα που έγινε στη Σουηδία το 2002 δόθηκε έμφαση στο στίγμα που υφίστανται οι συγγενείς των ψυχωσικών, αφού κατανοώντας το μηχανισμό με τον οποίο το στίγμα επηρεάζει τα μέλη της οικογένειας τόσο σε σχέση με τον ψυχικά πάσχοντα όσο και με την επαφή τους με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, μπορούν να βελτιωθούν οι αλληλεπιδράσεις εντός της οικογένειας προς όφελος του ασθενούς. Οι συγγενείς των ψυχωσικών (σύζυγοι, γονείς, παιδιά) λόγω της αίσθησης στιγματισμού τους από το πάσχον μέλος, μπορεί να επιθυμούσαν να μην είχε γεννηθεί ποτέ ο πάσχων, να είχαν αυτοκτονικούς ιδεασμούς ή να εμφάνιζαν οι ίδιοι ψυχιατρικά συμπτώματα και βεβαίως κοινωνικό αποκλεισμό.

Σε έρευνα του 2001 που αφορούσε ασθενείς με διπολική διαταραχή, βρέθηκε μετά από 7 μήνες που διαγνώστηκε η νόσος ότι η

κοινωνική τους λειτουργικότητα είχε σημαντική έκπτωση ως προς τις σχέσεις τους με άτομα εκτός οικογένειας, κάτι το οποίο δεν συνέβαινε με τις ενδοοικογενειακές σχέσεις. Οι ψυχικά πάσχοντες φαίνεται να ενδοβάλλουν και να εσωτερικεύουν συμπεριφορές διάκρισης και απαξίωσης, με αποτέλεσμα κάθε φορά που βιώνουν απόρριψη από το κοινωνικό σύνολο και διαχωρισμό, να αναπτύσσουν στρατηγικές αντιμετώπισης όπως μυστικοπάθεια, κρυψίνια, και αποφυγή κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, διαιωνίζοντας την κοινωνική τους απομόνωση και δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο.

Στην προσπάθεια να προσεγγίσουμε την έννοια του στίγματος της ψυχικής νόσου, δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε μαρτυρίες ασθενών για τον τρόπο με τον οποίο το βίωσαν οι ίδιοι.

Η κα Μ. από τον Καναδά αναφέρει: *«Η διάγνωση της σχιζοφρένειας έγινε όταν έμεινα έγκυος. Όταν η μητέρα μου μίλησε στους γείτονες για την εγκυμοσύνη μου, ρώτησαν: 'Και πότε θα γίνει η έκτρωση;' Αυτό είναι στίγμα. Μεγάλο στίγμα. Η κόρη μου τώρα είναι 6 ετών.»*

Η κα C. Από την Γερμανία, μια γυναίκα που υποφέρει από σχιζοφρένεια εδώ και 15 χρόνια, αναφέρει οδυνηρές αναμνήσεις από τη δεύτερη φορά που έπρεπε να επισκεφτεί μια ψυχιατρική κλινική: *«...και τότε είπα σε μια γειτόνισσά μου ότι έπρεπε να επιστρέψω στο νοσοκομείο και τη ρώτησα αν θα μπορούσε να καθαρίσει τις σκάλες για μένα, όταν θα ήταν η σειρά μου, και η απάντησή της ήταν η εξής: 'Τι κρίμα για το διαμέρισμά σου!', και μου έκλεισε την πόρτα κατάμουτρα. Ήμουν εντελώς μπερδεμένη...και οι σχέσεις μου με τους γείτονες άλλαξαν παντελώς. Θυμάμαι για παράδειγμα πόσο καλά τα πηγαίναμε για δεκαετίες, πως*

*πηγαίναμε μαζί διακοπές, πόσο συζητούσαμε και πως συμπεριφερόμασταν ο ένας στον άλλο. Όλα αυτά ήταν τελείως διαφορετικά πριν...και αυτό με πονάει τόσο πολύ...»*

Ο κος F. από Γερμανία, ο οποίος ζει με τη σχιζοφρένεια και απασχολείται ξανά με αμοιβή μετά από μια μακρά και σκληρή αναζήτηση εργασίας, θυμάται: «Όταν ανέκαμψα από το πρώτο μου ψυχωσικό επεισόδιο, προσπάθησα-βλακωδώς θα έλεγα- να έρθω σε επαφή με το προηγούμενο αφεντικό μου. Τότε προσπάθησα να τους εξηγήσω ότι δεν ήμουνα απόλυτα καλά και τα συναφή, και τόσο ενδιαφέρον έδειξαν ώστε με ρώτησαν αν η γυναίκα μου ήταν ακόμα μαζί μου. 'Δεν μπορούμε να κάνουμε τίποτα άλλο για σένα πια και ούτε μπορούμε να σε ξαναπροσλάβουμε...' και μετά διέκοψαν την κουβέντα. Ίσως θα ήταν καλύτερα να μην το είχα αναφέρει καν...».

Η κα Α. από Γερμανία επίσης, ο γιος της οποίας εμφάνισε πρόσφατα σχιζοφρένεια, αναφέρει τα παρακάτω: «Υπάρχει ανασφάλεια, θα έλεγα, αρκετή ανασφάλεια. Το παρατήρησα αυτό με τους φίλους μου, όταν με πλησίασαν, μετά από 3-4 εβδομάδες και μου είπαν: 'Δεν ξέρουμε στα αλήθεια πώς να το χειριστούμε όλο αυτό. Προσπαθούμε να ενημερωνόμαστε και τώρα αρχίζουμε να συνειδητοποιούμε πόσες πλευρές έχει αυτή η ασθένεια. Είναι όλα πολύπλοκα...' Αυτό που μας απογοητεύει λίγο είναι αυτή η ανασφάλεια προς το γιο μας, ότι σχεδόν πρέπει να τους παροτρύνουμε για να έρθουν σε επαφή, να τους πούμε: Γιατί δεν παίρνεται κανά τηλέφωνο;...Και η απάντηση: 'Τι θα μπορούσαμε να συζητήσουμε μαζί του, τι ερωτήσεις να του κάνουμε;' »

Ο Dr. Gurpratap Singh, ένας νεαρός γιατρός στην Ινδία, ο οποίος απολύθηκε από το Στρατιωτικό Νοσοκομείο όπου εργαζόταν, λόγω της ασθένειας του, αναφέρει: *«Οι γονείς μου είναι πολύ υποστηρικτικοί, αλλά δεν μπορούμε να μιλήσουμε σε κανένα από τους γείτονες για την ασθένειά μου. Θα επηρέαζε τις πιθανές ευκαιρίες της αδερφής μου για γάμο.»*

Η αντιμετώπιση του ζητήματος του αποσιγματισμού είναι ένα παγκόσμιο ζητούμενο. Πρόκειται για το πρώτο βήμα που μπορεί αν όχι να ανατρέψει τουλάχιστον να αποσταθεροποιήσει την κυριαρχία της προκατάληψης έτσι ώστε να αρχίσει να αλλάζει η στάση της κοινωνίας απέναντι στο πρόβλημα. Γιατί η προκατάληψη έχει πάντα την ίδια καταγωγή, την άγνοια. Η προσπάθεια να καταπολεμήσουμε το στίγμα από εκεί ακριβώς πρέπει να ξεκινήσει. Από την καταπολέμηση της άγνοιας. Κάτι τέτοιο καθίσταται δυνατό μόνο εφόσον εντείνουμε τις προσπάθειες μας στον τομέα της ενημέρωσης και της επιστημονικής πληροφόρησης. Προσπατείται βέβαια να κατανοήσουμε ότι δεν πρόκειται για μια εκδήλωση «φιλανθρωπίας», αλλά για την αποκατάσταση μιας κοινωνικής ανισότητας. Πρέπει πάντοτε να έχουμε στο νου μας ότι πρόκειται για συνανθρώπους μας που δεν έχουν την δυνατότητα να διεκδικήσουν όσα τους αναλογούν από την κοινωνία. Οι άνθρωποι αυτοί δεν διεκδικούν ειδική μεταχείριση, αλλά την ειδική μέριμνα που δικαιούνται προκειμένου να λειτουργήσουν ως ανθρώπινες οντότητες σε μια κοινωνία που οφείλει να μην αφαιρεί αλλά να προσθέτει δικαιώματα, να μην περιθωριοποιεί αλλά να ενθαρρύνει τις δυνατότητες ένταξης και δράσης όλων ανεξαιρέτως των πολιτών. Και η Πολιτεία θα πρέπει ασφαλώς να ενθαρρύνει και να συνεισφέρει σε αυτή την

προσπάθεια χωρίς διάθεση παρεμβατισμού, αλλά με εμπιστοσύνη στους ανθρώπους που θα διαχειριστούν την οργάνωση αυτής της προσπάθειας. <sup>21</sup>

## **ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

### **ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Όνοματεπώνυμο: Λ.Σ.

Ημερομηνία γεννήσεως:

Τόπος γεννήσεως:

Επάγγελμα: Οικογενειακή κατάσταση:

Οικείοι: Π.Λ.(υιός), Π.Ν.(εξαδέλφη), Δ.Κ.(ανιψιά).

Νοσηλείες: 1)

Συνολικός χρόνος νοσηλείας: Καταγεγραμμένες νοσηλείες 78 μηνών (6 ½ έτη)

Βασικές πληροφορίες: Από την εξαδέλφη της Ν.Π, 54 ετών, κάτοικο Θεσσαλονίκης, κοινωνική λειτουργό.

### **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Οι γονείς της απέκτησαν δύο κορίτσια, εκ των οποίων η Σ. ήταν η μικρότερη. Το πρώτο κορίτσι πέθανε σε πολύ μικρή ηλικία από σοβαρή ασθένεια. Ο πατέρας σκοτώθηκε σε ηλικία 25 ετών κατά την περίοδο του πολέμου με τους Γερμανούς, όταν η Σ. ήταν 2 ετών.

Η μητέρα της ξάναπαντρεύτηκε αργότερα. Ο πατριός της είχε από τον πρώτο του γάμο του δύο παιδιά. Το ζευγάρι απέκτησε άλλα τέσσερα παιδιά. Αναφέρεται πως η οικογένεια αντιμετώπιζε έντονο οικονομικό πρόβλημα και μετακινούνταν διαρκώς προς αναζήτηση εργασίας.



Η μητέρα της σκοτώθηκε σε αυτοκινητιστικό ατύχημα στην Γερμανία. Η μία αδελφή της αναφέρεται ότι νοσηλεύεται σε ψυχιατρείο στο Μόναχο, πάσχουσα από νοητική υστέρηση. Ο ένας αδελφός της ζει στην Αθήνα, πάσχει από σκλήρυνση κατά πλάκας, είναι κατάκοιτος και δεν έχει επαφή με συγγενείς.

Η Σ. έχει συχνές επαφές σήμερα με την πρώτη της εξαδέλφη Ν.Π.

## **ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

### Περιγεννητικό Ιστορικό, Πρώτα χρόνια ανάπτυξης:

Δεν υπάρχουν πληροφορίες. Αναφέρεται ότι από μικρή παρουσίαζε ελαφρά νοητική υστέρηση.

### Σχολική Περίοδος, Εξωσχολικές Δραστηριότητες:

Φοίτησε έως την τετάρτη Δημοτικού.

### Επαγγελματική Απασχόληση:

Δεν έχει καμία επαγγελματική κατάρτιση και ασχολούταν πάντα με τα οικιακά.

### Έγγαμη ή Ζευγαρωτή Ζωή:

Σε ηλικία 17 ετών (περίπου το 1957) παντρεύτηκε τον Κ.Λ. από την κοινότητα Καρτέρι Ηγουμενίτσας. Ο σύζυγος ήταν επιληπτικός, εν γνώσει της οικογενείας. Το ζευγάρι απέκτησε δύο αγόρια, τα οποία δόθηκαν για υιοθεσία λόγω του ακατάλληλου οικογενειακού περιβάλλοντος. Αργότερα ο σύζυγός της νοσηλεύτηκε στο Ψυχιατρικό

Νοσοκομείο Κέρκυρας. Απεβίωσε το 1989 από ανίατη ασθένεια. Ο ένας από τους γιους του τον είδε λίγο πριν τον θάνατό του.

Σεξουαλική Ζωή, Τάσεις και Εμπειρίες:

Σεξουαλικές σχέσεις εντός και εκτός γάμου. Σε περίοδο επιδείνωσης της νόσου περιφερόταν και είχε σχέσεις με διάφορους άντρες.

Κοινωνική Δραστηριότητα:

Δεν υπάρχουν στοιχεία.

Προηγούμενες Σωματικές Ασθένειες:

Δεν αναφέρονται.

Έξις:

Δεν έκανε χρήση καπνού, ουσιών ή αλκοόλης.

**ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΟΥ**

Α' Εισαγωγή στο Κρατικό Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων (Κ.Θ.Ψ.Π)Αθηνών (15/11/1978 - 14/06/1979)

Διακομίζεται στο νοσοκομείο, όντας στον 8<sup>ο</sup> μήνα εγκυμοσύνης, μεταφερόμενη από την μαιευτική κλινική Μ.Ηλιάδη, χωρίς να υπάρχει ενδιαφέρον για την κατάστασή της από κάποιο μέλος της οικογένειάς της. Διακατέχεται από παραληρητικές ιδέες διωκτικού περιεχομένου. Ωστόσο κατά την νοσηλεία της είναι ήρεμη και καλά προσανατολισμένη στο χώρο, το χρόνο και τα πρόσωπα. Γεννά στις 14/12/78 υγιές τέκνο-αγόρι, του οποίου την πατρότητα δε γνωρίζει, που δίδεται για υιοθεσία. Στο νοσοκομειακό ιστορικό της αναφέρεται

ότι το Φεβρουάριο του 1979 γίνονται ενέργειες για να εργαστεί ως οικιακή βοηθός, χωρίς άλλα στοιχεία. Εξέρχεται στις 14/06/1979 και επιστρέφει στο χωριό της.

Β' Εισαγωγή στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (07/02/1986 – 19/04/1990) με διάγνωση «Παρανοϊκή Ψύχωση». Λαμβάνει χωρίς άρνηση την φαρμακευτική της αγωγή. Σταδιακά παρουσιάζει βελτιωμένη εικόνα και εργάζεται στο κηροπλαστείο του νοσοκομείου. Εξέρχεται τον Απρίλιο του 1990, συνοδευόμενη από την εξαδέλφη της Ν.Π., και επιστρέφει στο χωριό όπου διαμένει με συγγενείς.

Μετά από κάποιο διάστημα αρχίζει να είναι ευερέθιστη, λεκτικά επιθετική, ανήσυχη, περιπλανείται άσκοπα και δείχνει να είναι υπό το κράτος παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων. Τον Αύγουστο του 1990 φεύγει από το χωριό και εξαφανίζεται. Εντοπίζεται τον Οκτώβριο του 1991 στην πλατεία Κοτζιά στην Αθήνα, όπου έχει σαν στέκι ένα καφενείο και κοιμάται στον δρόμο.

Γ' Εισαγωγή στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Ψ.Ν.Α) (23/10/1991 – 22/09/1992, οπότεν μεταφέρεται στο Ψ.Ν. Κέρκυρας).

Εισάγεται εκούσια στο Ψ.Ν.Α συνοδευόμενη από την εξαδέλφη και την ανιψιά της. Εμφανίζεται εξωτερικά ατημέλητη και απεριποίητη. Παρουσιάζει παραληρητικές ιδέες διωκτικού περιεχομένου. Εκφράζεται με έντονη χάλαση των συνειρμικών δεσμών, ασάφεια, αοριστία, συνωστισμό και συγχώνευση ιδεών, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η λήψη του ιστορικού. Είναι προσανατολισμένη στο χώρο και το χρόνο. Κατά τη συνέντευξη κοιτά

τα χέρια της όπου διαβάζει δήθεν τις απαντήσεις στις ερωτήσεις του ιατρού. Το συναίσθημά της είναι αμβλύ και ρηχό.

Στις 22/9/1992 μεταφέρεται στο Ψ.Ν. Κέρκυρας, ώστε να είναι πλησίον των συγγενών της. Εμφανίζεται ολιγόλογη, ήρεμη, συνεργάσιμη, με πτωχεία ιδεών.

Στις 17/6/1993 μεταβαίνει για φιλοξενία στον ξενώνα Ιωαννίνων της Ε.ΠΡΟ.Ψ.Υ.Η. και αργότερα (1994) σε Προστατευόμενο Διαμέρισμα.

## **ΠΑΡΟΥΣΑ ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

### Εμφάνιση της ασθενούς:

Η Σ. είναι υπέρβαρη, σε μεγάλο βαθμό, με αντίστοιχη δυσκολία κινήσεων. Η εμφάνισή της είναι περιποιημένη και ανάλογη της ηλικίας της. Παρουσιάζει τρόμο στο δεξί άνω άκρο.

### Συμπεριφορά - Κοινωνικότητα:

Δε λαμβάνει πρωτοβουλίες προσωπικών επαφών και οι κινήσεις της είναι επιβραδυνομένες (κυρίως λόγω βάρους). Συχνά είναι σε μεγάλο βαθμό αποσυρμένη.

### Ομιλία:

Γενικά δεν παρουσιάζονται προβλήματα. Σπάνια ο λόγος παρουσιάζεται ασυνάρτητος, ασαφής και ξαφνικά ανακόπτεται.

### Προσανατολισμός:

Δεν έχουν παρουσιαστεί διαταραχές. Πολύ καλά προσανατολισμένη ως προς το χώρο, το χρόνο και τα πρόσωπα.

### Σκέψη:

Επιβραδυνόμενη σκέψη με ελαφρά χάλαση συνειρμών. Υποτροπιάζει σε αραιά διαστήματα (1-2 έτη), οπότε και παρουσιάζει ήπιες διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης με ιδέες διωκτικού τύπου, κυρίως από τη γειτονιά και περί κλοπής των αντικειμένων της. Δεν παρουσιάζει διαταραχές ως προς τον έλεγχο και την κατοχή της σκέψης.

### Αντίληψη:

Σε περιόδους υποτροπής παρουσιάζει ακουστικές ψευδαισθήσεις με διωκτικό περιεχόμενο (φωνές γειτόνων που την απειλούν)

### Συναίσθημα:

Κυριαρχεί το ψευδοευφορικό συναίσθημα. Συναισθηματικά είναι ευμετάβλητη και αρκετά διακινούμενη.

### Βούληση και ψυχοκινητικότητα:

Συχνά είναι εναντιωματική στις προτροπές αλλά τελικά υπακούει. Παρουσιάζει αμφιβουλησία και άρνηση για κινητοποίηση. Απουσία κατατονικών συμπτωμάτων στη στάση και θέση του σώματος, την ομιλία, τις κινήσεις και την έκφραση του προσώπου της.

### Ιδεοληπτικά και Ψυχαναγκαστικά Συμπτώματα:

Κυρίως σε περιόδους υποτροπής, παρουσιάζει υποχονδριακή ενασχόληση.

Μνήμη:

Δεν έχουν παρατηρηθεί διαταραχές.

Προσοχή και Συγκέντρωση:

Ενίοτε παρουσιάζει αδυναμία συγκέντρωσης, δύναται όμως να φέρει εις πέρας αρκετές εργασίες, απαραίτητες για την καθημερινή διαβίωση.

Κρίση:

Η συμπεριφορά της είναι ικανοποιητικά στοχοκατευθυνόμενη και δρά αναλόγως των καταστάσεων.

Νοημοσύνη:

Φυσιολογική.

Γενικές Γνώσεις:

Ανάλογες του μορφωτικού της επιπέδου και της πορείας ζωής.

Επίγνωση του Νοσηρού:

Μερική ευαισθησία.

**ΔΙΑΜΟΝΗ ΣΤΟ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ**

Η Σ. διαμένει στο διαμέρισμα με άλλες δύο συγκατοίκους, περίπου της ίδιας ηλικίας, οι οποίες διατηρούν καλή λειτουργικότητα.

Περιστασιακά υπάρχει ένταση στη σχέση τους, χωρίς να έχουν δημιουργηθεί ποτέ σοβαρά προβλήματα. Ο βασικότερος λόγος των αντιπαραθέσεων είναι το γεγονός πως η Σ., σε περιόδους υποτροπής της νόσου, παρουσιάζει αρνητισμό. Αδιαφορεί για τις εργασίες της καθημερινότητας και χρειάζεται ιδιαίτερη προτροπή ώστε να

κινητοποιηθεί και να συνεργασθεί με τις συγκατοίκους. Εμφανίζει σταθερά στοιχεία απόσυρσης και αδιαφορίας καθώς επίσης έλλειψη ενδιαφέροντος για ανάπτυξη σχέσεων. Όταν βέβαια αναλαμβάνει να φέρει εις πέρας κάποια εργασία, τα καταφέρνει χωρίς να παρουσιάζει διάσπαση προσοχής.

Έχει αναπτύξει ιδιαίτερα στενή και αμφιθυμική σχέση με τη Δ., τη μία από τις δύο συγκατοίκους. Κυριαρχούν αντιθετικά συναισθήματα στην έκφραση και τη συμπεριφορά τους. Κατά τη διάρκεια της συμβίωσής τους, υπήρξε μία φορά όπου η Σ. παρουσίασε στοιχεία επακτής ψυχωσικής διαταραχής. Η Δ., ευρισκόμενη σε περίοδο υποτροπής, παρουσίαζε παραληρητικές ιδέες αναφοράς, το περιεχόμενο των οποίων υιοθέτησε και η Σ., χωρίς κατά τα άλλα η ίδια να παρουσιάζει κλινική εικόνα υποτροπής της νόσου.

Οι παραληρητικές ιδέες διωκτικού περιεχομένου είναι παρούσες και τις εκφράζει ανά διαστήματα, χωρίς να παρουσιάζουν ιδιαίτερη ένταση καθώς επίσης γίνεται πρόοδος στη σχέση της με τα πρόσωπα αναφοράς της δομής και το θεράποντα γιατρό στους οποίους φαίνεται να έχει εμπιστοσύνη.

Με τη φαρμακευτική της αγωγή συμμορφώνεται καλά. Η ζωή της στο διαμέρισμα φαίνεται να την ικανοποιεί. Επίσης δείχνει όλο και περισσότερα δείγματα πρωτοβουλιών. Είναι σαφώς βελτιωμένη από την έναρξη της φιλοξενίας της στη δομή.

## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Μελετώντας την πορεία της Σ. από την πρώτη της εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική μέχρι τη σημερινή της κατάσταση αναδύονται πολλά χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα της ασθένειας. Η έναρξή της νόσου είναι σχετικά όψιμη και η εγκατάστασή της σταδιακή. Το πρώτο επεισόδιο συνέβη στην ηλικία των 27 ετών σε συνθήκες μετανάστευσης. Είχαν προηγηθεί γεγονότα που λειτούργησαν ως συστατικά ψυχικής καταπόνησης. Έχασε τον πατέρα της σε ηλικία 2 ετών και η μητέρα της ξαναπαντρεύτηκε. Η ίδια παντρεύτηκε σε ηλικία 17 ετών ασθενή με επιληψία. Όσες φορές τεκνοποίησε, τα παιδιά της δόθηκαν για υιοθεσία.

Η νόσος της Σ. χαρακτηρίζεται κατεξοχήν από την ύπαρξη παραληρητικών ιδεών αναφοράς ή και ψευδαισθήσεων, ενώ απουσιάζουν τα αλλά συμπτώματα. Δεν αποδιοργανώνεται συνολικά η λειτουργικότητα της ασθενούς. Δεν υπάρχει κατατονική ή βαριά αποδιοργανωμένη συμπεριφορά. Όλα τα στοιχεία συνάδουν στον χαρακτηρισμό της νόσου ως «Παρανοειδούς μορφής σχιζοφρένεια». Σε περιόδους όπου υπήρχαν μεγάλα κενά στην παρακολούθηση της ασθενούς, λόγω εξαφάνισής της, παρατηρούνταν έντονη συμπτωματολογία και αναγκαιότητα εγκλεισμού της σε ψυχιατρεία. Στις περιόδους αυτές εμφάνιζε στοιχεία αποδιοργάνωσης, πολύπλοκες και οργανωμένες παραληρητικές ιδέες καθώς επίσης ασυναρτησία και άλλες διαταραχές στη δομή της σκέψης, αρνητισμό και απόσυρση. Παρουσιάζε βαριά χάλαση συνειρμού, ψυχοκινητική ανησυχία και



επίπεδο συναίσθημα. Παρόλη την ένταση των συμπτωμάτων, η αντιμετώπιση των οξέων συμβαμάτων ήταν ικανοποιητική και η βελτίωση της κλινικής εικόνας σταθερή.

Παρατηρώντας τα στοιχεία του ιστορικού, διαφαίνεται, σε ορισμένες φάσεις της νόσου, η ικανότητα της ασθενούς να παρουσιάζει στοιχεία ικανοποιητικής λειτουργικότητας (ενέργειες για να εργαστεί ως οικιακή βοηθός κατά τη διάρκεια νοσηλείας της στο Κ.Θ.Ψ.Π. Αθηνών, εργασία στο κηροπλαστείο του Ψ.Ν.Θεσσαλονίκης). Έτσι σταδιακά, η σκέψη για την Σ. ήταν η έξοδος της από το ψυχιατρείο και η διαμονή της στην κοινότητα - αρχικά η φιλοξενία της σε ξενώνα και στη συνέχεια η μεταφορά της σε κάποιο από τα προστατευόμενα διαμερίσματα των Ιωαννίνων. Η διαβίωση σε προστατευόμενο διαμέρισμα μπορεί να προσφέρει την αίσθηση οικογενειακής ατμόσφαιρας, ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων καθώς επίσης υπευθυνοποίηση για τις καθημερινές εργασίες στο σπίτι και συνακόλουθη δραστηριοποίηση. Το ζητούμενο είναι η δημιουργία εκείνων των συνθηκών που θα επιτρέψουν στη Σ. να ζει ως πλήρες μέλος σε μια κοινότητα ανθρώπων με τους οποίους συναλλάσσεται, δημιουργεί σχέσεις και αισθάνεται πως προσφέρει.

Αναφορικά με την παρούσα φαρμακευτική αγωγή της ασθενούς, χορηγείται ένας ανταγωνιστής των υποδοχέων της ντοπαμίνης (αλοπεριδόλη). Για την αντιμετώπιση των σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών της αλοπεριδόλης (ακαθισία, παρκινσονικού τύπου συμπτώματα δυσκινησίας και τρόμου, όψιμη δυσκινησία κ.α.) συγχορηγείται ένα αντιχολινεργικό φάρμακο (βιπεριδένη). Σε

περιόδους υποτροπής της νόσου, όπου μπορεί να παρατηρηθούν συμπτώματα ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, προστίθεται ένας εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (φλουοξετίνη) για τον έλεγχο των του συμπτωμάτων αυτών.<sup>25</sup>

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Προτείνονται κάποιες τεχνικές που σκοπό έχουν να περιορίσουν το **στίγμα** και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

- § ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΠΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥΝ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ ΜΕΙΩΝΟΥΝ ΤΙΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ.
- § ΕΝΑΡΞΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΤΗΝ ΜΕΤΑΣΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ.
- § ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΠΑΡΕΧΟΝΤΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.
- § ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΖΟΥΝ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.
- § ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΕΜΠΛΟΚΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΚΡΙΣΕΩΝ.

§ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ  
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΤΩΝ ΔΙΑΚΡΙΣΕΩΝ.

Όλα όσα αναφέρθηκαν είναι σημαντικό να αποτελέσουν έναυσμα, για οργανωμένες προσπάθειες, με σκοπό την μείωση ή εξάλειψη όλων αυτών των διακρίσεων σε βάρος των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια.<sup>11</sup>

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το γεγονός ότι το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική διαταραχή είναι ένα από τα κύρια εμπόδια τόσο, στην αναζήτηση και στην παροχή ουσιαστικής φροντίδας για τους ψυχικά ασθενείς όσο και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους, αναγνωρίζεται πλέον παγκόσμια.

Ειδικά για τη σχιζοφρένεια που θεωρείται η πιο βαριά, αινιγματική και μυστηριώδης νόσος με συμπτώματα που οι περισσότεροι άνθρωποι ταυτίζουν με την τρέλα, το στίγμα εκφράζεται με συμπεριφορές έντονων διακρίσεων που έχουν ως αποτέλεσμα την απόρριψη, την περιθωριοποίηση και την κοινωνική απομόνωση του αρρώστου, την πλημμελή θεραπευτική αντιμετώπιση ή τον εγκλεισμό σε ιδρύματα και εντέλει τον κοινωνικό εξοβελισμό.

Για τον λόγο αυτόν, το 1996 η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (ΠΨΕ), ξεκίνησε ένα παγκόσμιο πρόγραμμα για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων που συνοδεύουν την σχιζοφρένεια με βασικούς στόχους:

- Την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της κοινής γνώμης για την φύση της σχιζοφρένειας και την σύγχρονη θεραπεία της
- Την βελτίωση των αντιλήψεων και στάσεων του κοινού για τους ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια και τις οικογένειάς τους
- Την ανάπτυξη δράσεων για την μείωση των προκαταλήψεων και των διακρίσεων
- Το κεντρικό μήνυμα της εκστρατείας που έχει οργανώσει η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία είναι: <<Schizophrenia: Open the doors>> και για

την Ελλάδα επελέγη το : <<Σχιζοφρένεια: Ας ανοίξουμε τις πόρτες>>, ένα μήνυμα με έντονο συναισθηματικό περιεχόμενο που στοχεύει στην αλλαγή των στάσεων συμβάλλοντας στον αποστιγματισμό και στην τελική αποδοχή των ατόμων με σχιζοφρένεια από την κοινωνία, μια αποστολή εξαιρετικά δύσκολη στην επίτευξη της.

Όλοι γνωρίζουμε ότι ο σύγχρονος κοινωνικός ιστός έχει σε μεγάλο βαθμό διαρραγεί και ότι τα αντανακλαστικά μας ως κοινωνίας αμβλύνονται και ιδίως για ζητήματα που θεωρούμε ότι δεν μας αφορούν άμεσα. Πρέπει λοιπόν να γίνει συνείδηση ότι η σχιζοφρένεια μας αφορά όλους, ανεξάρτητα αν αντιμετωπίζουμε το πρόβλημα στο στενό μας περιβάλλον ή όχι. Ο αγώνας να αλλάξουμε την περί σχιζοφρένειας αντίληψη δεν μπορεί παρά να είναι κοινός. Προσπάθειες που θα συμβάλλουν στην καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος είναι το μεγάλο στοίχημα και η πρόκληση μιας κοινωνίας που θέλει να θεωρείται ευαίσθητη και δίκαιη, μιας κοινωνίας που δεν αφαιρεί αλλά προσθέτει δικαιώματα στους πολίτες της που δεν έχουν τη δυνατότητα να διεκδικήσουν όσα τους αναλογούν, μιας κοινωνίας που δεν περιθωριοποιεί αλλά ενθαρύνει την αποδοχή, ένταξη και δράση όλων των πολιτών.<sup>24</sup>

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΜΑΝΟΥ, Ν.(1997) *ΒΑΣΙΚΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ*, Θεσσαλονίκη Αναθεωρημένη Έκδοση
2. ΔΑΜΙΓΟΣ, Δ. (2003) *ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ*, Αθήνα: Παπαζήση,
3. ΓΟΥΡΖΗΣ, Φ.(1998) *ΜΕΛΕΤΗ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΔΡΟΜΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ, ΤΥΠΩΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ*, Πάτρα Διδακτορική διατριβή
4. ΠΙΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. (2000) *ΈΝΑΣ ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ ΚΟΝΤΑ ΣΟΥ*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
5. ΚΑΝΔΥΛΗΣ, Δ. ΚΑΠΡΙΝΗΣ, Σ. ΚΑΠΡΙΝΗΣ, Γ. (2006) *ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ, ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ*, Λάρισα
6. ΑΡΑΝΑ, W. (1994) *ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ*, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας
7. HARVEY, A. (2000) *ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ* Αθήνα: Παριζιάνου Α.Ε.
8. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ, Γ.Ν. ΑΛΕΒΙΖΟΣ, Β. ΜΑΥΡΕΑΣ, Β. (1996) *ΟΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ. ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ*, Γενεύη: Εκδόσεις Βήτα
9. [www.janssen-cilagfarmaceuticaLtda](http://www.janssen-cilagfarmaceuticaLtda), 2000-2006 ,5/4/07
10. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ, ΧΡ.(1996) *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, Αθήνα
11. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ,Π.(2000) *ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ-ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*, Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων Αθήνα
12. ΧΑΡΤΟΚΟΛΜΗΣ, Π. (1991) *ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*, Αθήνα: Θεμέλιο
13. ΚΑΛΑΝΤΖΗ, Α.(1988) *ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ*, Έκδοση Β
14. ΤΣΙΑΝΤΗΣ, Ι.(1988) *ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ-ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ*, Αθήνα: Καστανιώτη
15. ΛΙΑΚΟΣ, Α.(2001) *ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΝΗΛΙΚΩΝ-ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ*», Αθήνα: Παπαζήση
16. ΡΑΓΙΑ, Α.(2001) *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*», Αθήνα Έκδοση Γ

17. BRITTEN, N.(1998) *PSYCHIATRY, STIGMA AND RESISTANCE*», British Medical Journal
18. PERLICK, A.D. ROSENHEHECK, J. F. CLARKIN, JO A. SIREY, J. SALAH, E. L. STRUENING & B. G. ( 2001) *ADVERSE EFFECTS OF PERCEIVED STIGMA ON SOCIAL ADAPTATION OF PERSONS DIAGNOSED WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER*». Psychiatric Services
19. <http://www.msu.gr/files/enimerotika/Μύθοι.doc>,3/4/07
20. ZARRINPAR, A. (2002) *PSYCHIATRY AND STIGMATIZATION*, Journal of the American Medicine Association
21. ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Α., «Ψυχιατρική Νοσηλευτική». Εκδόσεις Η Ταβίθα. Αθήνα 1996
22. ΜΑΓΡΙΠΛΗΣ, Δ.Γ. (2002) *Η ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΩΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ ΑΠΑΛΟΙΦΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ*, Αθήνα Τετράδια Ψυχιατρικής
23. ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΟ ΒΗΜΑ, 10/08/2003, σ.Η06, Κωδικός άρθρου: Β13935Η061, ID: 257049
24. [www.openthedoors.com/greek](http://www.openthedoors.com/greek), 4/4/07
25. ΡΟΥΚΑ, Ε.(2005) *ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ*, Εργασία, Λάρισα