



ΑΝΩΤΕΡΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία :

**« Διαταραχές Λόγου στη Σχιζοφρένεια – Μελέτες
Περιστατικών »**



Daehyun Kim, "I always go back to me"

Σπουδάστρια: Ζιάκη Δικαία Α.Μ. 14974

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Σιαφάκα Βασιλική

Οκτώβριος 2015

Ιωάννινα

*«Η τρέλα είναι η πιστότερη σύντροφος της ελευθερίας,
ακολουθεί την κίνηση της σαν σκιά.»*

J. Lacan

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική πραγματεύεται τη μελέτη των επικοινωνιακών διαταραχών που απαντώνται σε ασθενείς με διάγνωση σχιζοφρένειας, με έμφαση κυρίως στις διαταραχές του λόγου, με προεκτάσεις στον ρόλο του λογοθεραπευτή στα πλαίσια μιας διεπιστημονικής θεραπευτικής διαχείρισης της νόσου. Αρχικά, γίνεται μια ιστορική ανασκόπηση του όρου, ενώ δίνεται με συνοπτικό αλλά περιεκτικό τρόπο το συνολικό προφίλ της σχιζοφρένειας από πλευράς αιτιολογίας, διάγνωσης, κλινικής συμπτωματολογίας και θεραπευτικής αντιμετώπισης μέσα από την προσέγγιση της ιατρικής, της ψυχοθεραπείας και της λογοθεραπείας. Στο πρώτο κεφάλαιο, αναλύεται διεξοδικά ο «σχιζοφρενικός λόγος», ξεκινώντας από τη δομή, με προεκτάσεις στις διαταραχές της σκέψης (δεδομένου ότι σκέψη και λόγος αλληλεπιδρούν και αλληλοεπηρεάζονται), αντίληψης και συναισθήματος. Στο δεύτερο κεφάλαιο καταγράφεται μια μελέτη επιλεγμένων ασθενών με σχιζοφρένεια του κέντρου ημέρας «Κορωνίς», με ευρήματα που προέκυψαν από την κλινική παρατήρηση, τη λήψη δειγμάτων λόγου και μια άτυπη αξιολόγηση του λόγου αυτών. Τέλος γίνεται μια σύνοψη των συμπερασμάτων που προέκυψαν κατά τη σύνθεση της εργασίας αυτής και δίνονται προτάσεις για περαιτέρω μελέτες και έρευνες στο μέλλον.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Κρατώντας πλέον αυτό το εκπόνημα στα χέρια μου, νιώθω την ανάγκη να αποδώσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου και κυρίως στη μητέρα μου για τη μαγική τριάδα στήριξης, πίστης και δύναμης που μου χαρίζει σε κάθε εγχείρημα της ζωής μου.

Ακόμη, δεν θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια της πτυχιακής μου, Σιαφάκα Βασιλική, για την ανελλιπή καθοδήγηση της, την ενθάρρυνση και το ενδιαφέρον της, τις πολύτιμες παρατηρήσεις και παρεμβάσεις της, τη σχέση εμπιστοσύνης που μοιράστηκε μαζί μου, αλλά κυρίως για το πρότυπο ανθρώπου και επαγγελματία που αποτελεί για μένα μέχρι σήμερα.

Ευχαριστώ επίσης όλο το προσωπικό του κέντρου ημέρας «Κορωνίς» για τη συνεργασία κατά τη διάρκεια της παραμονής και μελέτης μου εκεί καθώς επίσης για την άμεση ανταπόκριση τους στα αιτήματα μου.

Κι ένα τελευταίο αλλά εξίσου μεγάλο ευχαριστώ στην επόπτρια της πρακτικής μου άσκησης, Μπέλλα Σταυρούλα για τις συμβουλές της, καθώς επίσης και σε όλους όσους ήταν κοντά μου και συνέβαλαν με τον τρόπο τους στην ολοκλήρωση του έργου αυτού.

Δικαία Ζ.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ:	
ΕΛΙΝ ΣΑΚΣ – ΜΙΑ ΙΣΤΟΡΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΕΚ ΤΩΝ ΕΣΩ	7
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^Ο : ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ</u>	
1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	12
<i>1.1.1. Η ΠΟΡΕΙΑ ΩΣ ΤΟΝ 19^Ο ΑΙΩΝΑ</i>	12
<i>1.1.2. ΑΠΟ ΤΗΝ «DEMENTIA PRAECOX» ΤΟΥ ΚΡΑΕΡΕΛΙΝ ΣΤΗ «ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ» ΤΟΥ BLEULER</i>	13
1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ – ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ	18
<i>1.2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ Ή ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ</i>	18
<i>1.2.2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ Ή ΟΙ ΣΥΧΝΟΤΕΡΟΙ ΜΥΘΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ</i>	20
1.3. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	22
1.4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	23
<i>1.4.1. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</i>	23
<i>1.4.2. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ</i>	24
<i>1.4.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</i> ..	25
<i>1.4.4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΝΟΥ</i>	26
1.5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	28
<i>1.5.1. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM –V</i>	28
1.6. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	31
<i>1.6.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ</i>	31
<i>1.6.1.1. ΘΕΤΙΚΑ Ή ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</i>	31
<i>1.6.1.2. ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</i>	32
<i>1.6.1.3. ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</i>	33
<i>1.6.1.4. ΔΙΕΓΕΡΣΗ</i>	33
<i>1.6.1.5. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ</i>	34
<i>1.6.2. ΟΞΕΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ</i>	34

1.6.3. ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	34
1.6.4. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ	38
1.7. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΛΟΓΟΣ	41
1.7.1. Η ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΔΟΜΗ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	41
1.7.1.1. ΦΩΝΗΤΙΚΗ & ΦΩΝΟΛΟΓΙΑ	41
1.7.1.2. ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ & ΣΥΝΤΑΞΗ	42
1.7.1.3. ΣΗΜΑΣΙΟΛΟΓΙΑ	43
1.7.1.4. ΠΡΑΓΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	46
1.8. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ	49
1.8.1. ΦΑΡΜΟΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	49
1.8.2. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	51
1.8.3. ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

2.1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	55
2.2. ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ	56
2.3. ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	59
2.4. ΔΕΙΓΜΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ	59
2.5. ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	60
2.5.1. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	61
2.5.2. ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ

<u>ΕΡΕΥΝΕΣ</u>	76
-----------------------------	-----------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	78
---------------------------	-----------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	81
--	-----------

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Έλιν Σακς: Μια ιστορία ψυχικής ασθένειας εκ των έσω

(απόσπασμα από την ομιλία TedTalks)

“Λοιπόν, είμαι μια γυναίκα με χρόνια σχιζοφρένεια. Έχω περάσει εκατοντάδες μέρες σε ψυχιατρεία. Μπορεί να κατέληγα να περάσω το μεγαλύτερο μέρος της ζωής μου στην πίσω πτέρυγα ενός νοσοκομείου, αλλά η ζωή μου δεν κατέληξε έτσι. Στην πραγματικότητα, κατάφερα να μείνω μακριά από νοσοκομεία για σχεδόν τρεις δεκαετίες, ίσως το μεγαλύτερο επίτευγμά μου. Αυτό δεν σημαίνει ότι κρατήθηκα μακριά απ' όλους τους ψυχιατρικούς αγώνες. Όταν αποφοίτησα από τη Νομική Σχολή του Γιέιλ και βρήκα την πρώτη μου δουλειά ως νομικός, ο ψυχαναλυτής μου στο Νιού Χέιβεν, ο Δρ Γουάιτ, μου ανακοίνωσε ότι θα έκλεινε το ιατρείο του σε τρεις μήνες, αρκετά χρόνια νωρίτερα απ' όσο υπολόγιζα να εγκαταλείψω το Νιού Χέιβεν. Ο Γουάιτ με είχε βοηθήσει πάρα πολύ, και η σκέψη της αναχώρησής του με συνέτριψε.

Ο καλύτερός μου φίλος, ο Στηβ, αντιλαμβανόμενος ότι κάτι δεν πήγαινε καθόλου καλά, ήρθε αεροπορικώς στο Νιού Χέιβεν για να είναι μαζί μου. Τώρα θα σας διαβάσω μερικά από τα γραπτά μου: «Άνοιξα την πόρτα του μικρού διαμερίσματός μου. Αργότερα ο Στηβ θα μου έλεγε ότι, απ' όλες τις φορές που με είχε δει ψυχωτική, τίποτα δεν θα μπορούσε να τον προετοιμάσει γι' αυτό που είδε εκείνη την ημέρα. Για μια εβδομάδα, ίσως και περισσότερο, σχεδόν δεν είχα φάει. Ήμουν κάτισχνη. Περπατούσα λες και είχα ξύλινα πόδια. Το πρόσωπό μου έδειχνε και το ένιωθα σαν μάσκα. Είχα κλείσει όλες τις κουρτίνες του διαμερίσματος, έτσι στο καταμεσήμερο το διαμέρισμα ήταν σχεδόν ολοσκότεινο. Ο αέρας ήταν δύσοσμος, το δωμάτιο ένα χάος. Ο Στηβ, δικηγόρος και ψυχολόγος, έχει κουράρει πολλούς ασθενείς με σοβαρές ψυχικές παθήσεις, και μέχρι σήμερα λέει ότι ήμουν η χειρότερη περίπτωση που είχε δει. “Γεια” είπα και επέστρεψα στον καναπέ, όπου κάθισα σιωπηρή για αρκετές στιγμές. “Ευχαριστώ που ήρθες, Στηβ. Λέξη, φωνή, κόσμος που καταρρέει. Πες στα ρολόγια να σταματήσουν. Είναι η ώρα. Έχει έρθει η ώρα.” “Φεύγει ο Γουάιτ” είπε ο Στηβ σκυθρωπά. “Νιώθω να με σπρώχνουν στον τάφο. Η κατάσταση είναι πολύ σοβαρή” βόγκηξα. “Η βαρύτητα με τραβάει προς τα κάτω. Φοβάμαι. Πες τους να φύγουν.”»

Ως νεαρή γυναίκα, βρέθηκα σε ψυχιατρείο σε τρεις διαφορετικές περιπτώσεις για μεγάλο διάστημα. Οι γιατροί μου διέγνωσαν χρόνια σχιζοφρένεια, και έκαναν

πρόγνωση «πολύ σοβαρή». Δηλαδή, στην καλύτερη το αναμενόμενο ήταν να ζήσω σε κέντρο περίθαλψης και να εργαστώ σε ασήμαντες δουλειές. Ευτυχώς, στην πραγματικότητα δεν επιβεβαίωσα εκείνη την σοβαρή πρόγνωση. Αντιθέτως, έχω έδρα Καθηγήτριας Νομικής, Ψυχολογίας και Ψυχιατρικής στη Νομική Σχολή Γκουλντ του USC, έχω πολλούς στενούς φίλους έχω κι έναν πολυαγαπημένο σύζυγο, τον Γουίλ, που είναι μαζί μας σήμερα. (...)

Θα ήθελα να μοιραστώ μαζί σας πώς συνέβη αυτό, και επίσης να περιγράψω την εμπειρία μου ως ψυχωτική. Βιάζομαι να προσθέσω ότι είναι η δική μου εμπειρία, επειδή καθένας γίνεται ψυχωτικός με τον τρόπο του.

Ας αρχίσουμε με τον ορισμό της σχιζοφρένειας. Η σχιζοφρένεια είναι μια πάθηση του εγκεφάλου. Το καθοριστικό στοιχείο της είναι η ψύχωση, ή αλλιώς το να χάνεις την επαφή με την πραγματικότητα. Αυταπάτες και παραισθήσεις είναι χαρακτηριστικά γνωρίσματα της πάθησης. Οι αυταπάτες είναι πάγιες εσφαλμένες πεποιθήσεις που δεν ανταποκρίνονται σε αποδείξεις, και οι παραισθήσεις είναι εσφαλμένες αισθητηριακές εμπειρίες. Για παράδειγμα, όταν είμαι ψυχωτική συχνά έχω την αυταπάτη ότι έχω σκοτώσει εκατοντάδες χιλιάδες ανθρώπους με τις σκέψεις μου. Μερικές φορές έχω την εντύπωση ότι όπου να 'ναι θα γίνουν πυρηνικές εκρήξεις στο μυαλό μου. Περιστασιακά, έχω παραισθήσεις, όπως εκείνη τη φορά που γύρισα και είδα έναν άνδρα μ' ένα υψωμένο μαχαίρι. Φανταστείτε να έχετε εφιάλη ενώ είσαστε ζύπνιοι.

Συχνά, η ομιλία και η σκέψη αποδιοργανώνονται σε σημείο ασάφειας. Χαλαροί συνειρμοί είναι η ένωση λέξεων που μπορεί να ακούγονται αρκετά όμοιες αλλά δεν βγάζουν νόημα, και αν μπερδευτούν πολύ οι λέξεις, αυτό ονομάζεται «λεκτική σαλάτα». Αντίθετα με την κοινή αντίληψη, η σχιζοφρένεια δεν είναι το ίδιο με τη διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας ή τη διχασμένη προσωπικότητα. Το μυαλό του σχιζοφρενούς δεν είναι χωρισμένο, είναι διαλυμένο.

Όλοι έχουν δει έναν άνθρωπο στο δρόμο απεριποίητο, πιθανώς υποσιτισμένο, να στέκεται έξω από ένα κτίριο μουρμουρίζοντας ή φωνάζοντας. Αυτό το άτομο πιθανώς έχει κάποια μορφή σχιζοφρένειας. Αλλά η σχιζοφρένεια παρουσιάζεται σε ένα μεγάλο εύρος κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, και υπάρχουν άνθρωποι με την ασθένεια που εργάζονται κανονικά με μεγάλες ευθύνες. Πριν πολλά χρόνια, αποφάσισα να καταγράψω τις εμπειρίες μου και το προσωπικό μου ταξίδι, και θέλω να μοιραστώ λίγη ακόμα από την ιστορία μου μαζί σας σήμερα για να σας μεταδώσω την εικόνα από μέσα.

Λοιπόν το επόμενο επεισόδιο συνέβη την έβδομη εβδομάδα του πρώτου εξαμήνου του πρώτου έτους στη Νομική στο Γιέλ. Παραθέτω από το γραπτό μου: «Οι δύο συμμαθήτριές μου, Ρέμπελ και Βαλ, κι εγώ είχαμε κανονίσει να συναντηθούμε στην βιβλιοθήκη της Νομικής την Παρασκευή το βράδυ για να δουλέψουμε μαζί πάνω στην εργασία μας για το υπόμνημα. Αλλά δεν είχαμε προχωρήσει πολύ όταν άρχισα να μιλάω ακαταλαβίστικα.

“Τα υπομνήματα είναι επισκέψεις” τις πληροφόρησα. “Κάνουν συγκεκριμένες παρατηρήσεις. Η παρατήρηση είναι στο κεφάλι σας. Η Πατ το έλεγε αυτό. Έχεις σκοτώσει κανέναν;” Η Ρέμπελ και η Βαλ με κοίταζαν λες και εκείνες ή εμένα μας είχε καταβρέξει κάποιος με κρύο νερό. “Για τι πράγμα μιλάς, Έλιν;” “Ξέρεις, τα συνηθισμένα. Ποιος είναι τι, ποιος είναι ποιος, περί ανέμων και υδάτων. Ας βγούμε στην ταράτσα. Είναι επίπεδη. Είναι ασφαλής.” Η Ρέμπελ και η Βαλ ακολούθησαν και ρωτούσαν τι με είχε πιάσει. “Αυτός είναι ο πραγματικός μου εαυτός” ανακοίνωσα, κουνώντας τα χέρια πάνω από το κεφάλι μου. Έπειτα, αργά μια Παρασκευή βράδυ, στη στέγη της Νομικής Σχολής του Γιέλ, άρχισα να τραγουδάω, μάλλον δυνατά. “Έλα στην ηλιόλουστη Φλόριντα. Θέλεις να χορέψεις;” “Έχεις πάρει ναρκωτικά;” ρώτησε κάποιος. “Είσαι φτιαγμένη;” “Φτιαγμένη; Εγώ; Με τίποτα, όχι ναρκωτικά. Έλα στην ηλιόλουστη Φλόριντα, όπου υπάρχουν λεμόνια, όπου φτιάχνουν δαίμονες.” “Με τρομάξεις” είπε η μια, και η Ρέμπελ και η Βαλ γύρισαν πίσω στην βιβλιοθήκη. Σήκωσα τους ώμους αδιάφορα και τις ακολούθησα.

Όταν ήμουν πάλι μέσα, ρώτησα τους συμφοιτητές μου αν είχαν την ίδια εμπειρία να πηδούν οι λέξεις γύρω από τις υποθέσεις μας, όπως συνέβη σε εμένα. “Νομίζω ότι κάποιος έχει διεισδύσει στα αντίγραφα των υποθέσεών μου” είπα. “Πρέπει να βάλουμε σε θήκη το σύνδεσμο. Δεν πιστεύω στους συνδέσμους, αλλά πραγματικά κρατούν το σώμα ενωμένο.” -- Είναι ένα παράδειγμα χαλαρών συνειρμών. -- «Τελικά κατευθύνθηκα πίσω στο δωμάτιό μου, και από τη στιγμή που βρέθηκα εκεί, δεν μπορούσα να ησυχάσω. Το κεφάλι μου ήταν τόσο γεμάτο με θορύβους, γεμάτο πορτοκαλιές και νομικά υπομνήματα που δεν μπορούσα να γράψω και μαζικές δολοφονίες για τις οποίες γνώριζα ότι θα ήμουν υπεύθυνη. Καθισμένη στο κρεβάτι μου, κουνιόμουν μπρος-πίσω, βογκώντας φοβισμένη και απομονωμένη.» Αυτό το επεισόδιο οδήγησε στην πρώτη εισαγωγή μου σε νοσοκομείο στην Αμερική. Είχε συμβεί δυο φορές παλαιότερα στην Αγγλία. (...)

Τα πάντα γύρω απ' αυτή την αρρώστια λένε ότι δεν θα έπρεπε να βρίσκομαι εδώ, αλλά να 'μαι. Και είμαι, σκέφτομαι, για τρεις λόγους: Πρώτον, είχα άριστη

θεραπεία. Τέσσερις με πέντε μέρες την εβδομάδα ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία για δεκαετίες, και διαρκή και εξαιρετική ψυχοφαρμακολογία. Δεύτερον, έχω πολλούς στενούς συγγενείς και φίλους που με ξέρον και ξέρουν την αρρώστια μου. Αυτές οι σχέσεις έχουν δώσει νόημα στη ζωή μου και βάθος, και με βοήθησαν να κατευθύνω τη ζωή μου όταν εμφανίζονταν τα συμπτώματα. Τρίτον, δουλεύω σ' ένα τρομερά υποστηρικτικό περιβάλλον στη Νομική του USC. Αυτό το μέρος όχι μόνο καλύπτει τις ανάγκες μου αλλά ουσιαστικά τις αγκαλιάζει. Επίσης είναι ένα μέρος που κεντρίζει το πνεύμα, και η απασχόληση του μυαλού μου με περίπλοκα προβλήματα είναι η καλύτερη, ισχυρότερη και πιο αξιόπιστη άμυνα απέναντι στην ψυχασθένειά μου.

Ακόμα και με όλα αυτά --εξαιρετική θεραπεία, υπέροχη οικογένεια και φίλους, υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον-- δεν δημοσιοποίησα την ασθένειά μου παρά μόνο σχετικά πρόσφατα, και αυτό επειδή το στίγμα απέναντι στην ψυχασθένεια είναι τόσο ισχυρό που δεν ένιωθα ασφαλής να ξέρει ο κόσμος. Αν δεν ακούσατε τίποτε άλλο σήμερα, παρακαλώ ακούστε αυτό: Δεν υπάρχουν «σχιζοφρενείς». Υπάρχουν άνθρωποι με σχιζοφρένεια, και αυτοί οι άνθρωποι μπορεί να είναι ο σύζυγος, μπορεί να είναι το παιδί σας, μπορεί να είναι ένας γείτονας, μπορεί να είναι ένας φίλος, μπορεί να είναι ένας συνάδελφος.

Αφήστε με, λοιπόν, να μοιραστώ μαζί σας μερικές τελευταίες σκέψεις. Είναι απαραίτητο να επενδύσουμε περισσότερα κεφάλαια στην έρευνα και θεραπεία της ψυχασθένειας. Όσο καλύτερα καταλάβουμε αυτές τις ασθένειες, τόσο καλύτερες θεραπείες μπορούμε να παρέχουμε, και όσο καλύτερες θεραπείες παρέχουμε, τόσο περισσότερη φροντίδα μπορούμε να προσφέρουμε, και να μην χρειάζεται να χρησιμοποιούμε βία. Επίσης, πρέπει να σταματήσουμε να ενοχοποιούμε τις ψυχασθένειες. Είναι εθνική τραγωδία και σκάνδαλο το ότι η φυλακή του Λος Άντζελες είναι η μεγαλύτερη ψυχιατρική εγκατάσταση στις ΗΠΑ. Οι αμερικανικές φυλακές είναι γεμάτες από ανθρώπους που υποφέρουν από σοβαρότατες ψυχασθένειες και πολλοί απ' αυτούς βρίσκονται εκεί επειδή ποτέ δεν έλαβαν επαρκή θεραπεία. Θα μπορούσα εύκολα να έχω καταλήξει εκεί ή στους δρόμους. Ένα μήνυμα για την βιομηχανία ψυχαγωγίας και τον τύπο: Γενικά, έχετε κάνει υπέροχη δουλειά πολεμώντας το στίγμα και την προκατάληψη σε πολλά πράγματα. Παρακαλώ, συνεχίστε να μας δείχνετε χαρακτήρες στις ταινίες σας, τα θεατρικά σας, τις στήλες σας, χαρακτήρες που υποφέρουν από σοβαρές ψυχασθένειες. Παρουσιάστε τους συμπονετικά, παρουσιάστε τους με όλο τον πλούτο και το βάθος της εμπειρίας τους σαν ανθρώπους και όχι σαν διαγνώσεις.

Πρόσφατα, ένας φίλος έκανε μια ερώτηση: Αν υπήρχε ένα χάπι που θα μπορούσα να πάρω και να θεραπευτώ, θα το έπαιρνα; Στον ποιητή Ράινερ Μαρία Ρίλκε προσέφεραν ψυχανάλυση. Την απέρριψε λέγοντας, «Μην μου παίρνετε τους δαίμονές μου, γιατί μπορεί να φύγουν και οι άγγελοί μου». Από την άλλη, η ψύχωσή μου, είναι ένας ζωντανός εφιάλτης όπου οι δαίμονές μου είναι τόσο τρομακτικοί που όλοι οι άγγελοί μου έχουν τραπεί σε φυγή. Οπότε, θα το έπαιρνα το χάπι; Αμέσως. Λέγοντας αυτό, δεν θέλω να θεωρήσετε ότι μετανιώνω για τη ζωή που θα μπορούσα να έχω αν δεν ήμουν ψυχασθενής, ούτε και επιζητώ τον οίκτο. Αυτό που θέλω να πω είναι ότι η ανθρωπιά που έχουμε όλοι μας είναι πιο σημαντική από την ψυχασθένεια που ίσως να μην έχουμε. Αυτό που θέλουν όσοι από εμάς υποφέρουν από ψυχασθένειες είναι αυτό που όλοι θέλουν: όπως είπε ο Σίγκμουντ Φρόυντ, «δουλειά και αγάπη».”

(πηγή ομιλίας: <https://www.ted.com/>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

1.1. Ιστορική Ανασκόπηση της Σχιζοφρένειας

1.1.1. Η πορεία ως τον 19^ο αιώνα

Παρά το γεγονός ότι ο όρος «σχιζοφρένεια» εισάγεται ουσιαστικά στην ιατρική στα τέλη του 19^ο αιώνα, η ψυχοπαθολογική εικόνα και η κλινική συμπεριφορά που ανταποκρίνεται σε αυτήν, πέρασε κατά καιρούς και ανά το πέρασμα της ιατρικής και μη ιστορίας από ποικίλες ονομασίες, ορισμούς και περιγραφές (π.χ. φρενοβλάβεια, παράνοια, παραφροσύνη κ.α.) μέχρι να καταλήξει στην ισχύουσα, με τα σημερινά δεδομένα, ονομασία της^{1,2,3}.

Η σχιζοφρένεια είναι ήδη γνωστή ως «τρέλα» από την αρχαιότητα, από τη Βίβλο με την παλαιότερη αναφορά να χρονολογείται σε αιγυπτιακούς παπύρους του 1550 π.Χ.^{2,4}. Εμφανίζεται φυσικά από πολύ νωρίς και στην ελληνική αρχαιότητα τόσο μυθολογικά όσο και ιατρικά με αναφορές από τον Ιπποκράτη αλλά και φιλοσοφικά από τον Αριστοτέλη και πιο συγκεκριμένα από τον 2^ο π.Χ. αιώνα, όταν περιγράφεται από τους αρχαίους Έλληνες ιατρούς Αρεταίο Καππαδόκη και Σωρανό Εφέσιο².

Οι περιγραφές των επεισοδίων της σχιζοφρένειας όμως αρχίζουν και εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα και επισημότητα από τον 17^ο αιώνα και περιλαμβάνουν ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις, καθώς επίσης και εκκεντρική συμπεριφορά, διατηρούν όμως μέχρι και τότε έναν δεισιδαιμονικό χαρακτήρα που ακολουθεί την νόσο για πολλά χρόνια ακόμα^{2,4}.

Η πορεία που ακολουθεί η σχιζοφρένεια στα επόμενα χρόνια συνδέεται άρρηκτα με την αντίστοιχη και μακροχρόνια εξελικτική πορεία της ανθρώπινης σκέψης γύρω από την παραφροσύνη αλλά και των ψυχώσεων εν γένει, ενώ λαξέυεται ανά τις ιστορικές περιόδους που ακολουθούν τόσο από την κατασκευή και ανατροπή μύθων όπως αυτές του Μεσαίωνα, όσο και από την γένεση και επικράτηση του βιοϊατρικού μοντέλου από τον 18^ο αιώνα και μετά.¹

Ειδικότερα, κατά την μεσαιωνική περίοδο επικρατεί η αντίληψη των αντιμαχόμενων δυνάμεων του καλού και του κακού, με τα αντίστοιχα πνεύματα να συμπαρασύρουν τον άνθρωπο σε αυτόν τον πόλεμο μεταξύ πνευμάτων, με

αποτέλεσμα τη γένεση ενός μεταφυσικού προτύπου τρέλας, όπου ο άνθρωπος εξουσιάζεται από δαιμόνια από την κατοχή των οποίων προέρχεται η παρεκκλίνουσα συμπεριφορά που τους οδηγεί τελικά σε άσυλα- φυλακές με τιμωρητικό χαρακτήρα^{1,2,3}.

Λόγω της παράξενης συμπεριφοράς αλλά και των τρομακτικών για την εποχή συμπτωμάτων της ασθένειας, τα άτομα αυτά αντιμετωπίζονται ως δαιμονισμένοι ή ακόμη και τιμωρημένοι από θεϊκές δυνάμεις και ως εκ τούτου υπόκεινται (εντός και εκτός ασύλων) σε εξορκισμούς, μαστιγώματα, ασιτία ακόμη και πυρά, ενώ σε κάποιους από αυτούς σκάβονται τρύπες στο κρανίο σε μια προσπάθεια να εξωθηθούν τα πνεύματα^{2,3}. Συχνή αποτελεί, επίσης, η μέθοδος της αφαιμάξης, κατά την οποία γίνονται τομές στις φλέβες του ασθενή και αφήνεται να αιμορραγήσει για λίγο ώστε φύγει το λεγόμενο «κακό αίμα». Όπως είναι φυσικό, πολλοί ασθενείς με σχιζοφρένεια πεθαίνουν κατά καιρούς λόγω των παραπάνω μεθόδων.^{2,3}

Την εποχή του Διαφωτισμού, μαζί με την ανάδυση της ιδεολογίας της ατομικής ελευθερίας, ο γάλλος ψυχίατρος Pinel (1793) προωθεί τον τερματισμό της σκοταδιστικής θεώρησης του ψυχασθενούς με την αποφυλάκιση των ψυχασθενών αφενός και με την αντικατάσταση, αφετέρου, των ασύλων από ψυχιατρεία. Από εκεί και ως τον 19 αιώνα, το μεταφυσικό περίβλημα του ασθενή εξαλείφεται και αντικαθίσταται με μια νέα επιστημονική θεώρηση κατά την οποία δεν αντιμετωπίζεται ως ένα πρόσωπο αλλά πλέον ως ένα σύνολο συμπτωμάτων¹. Το βιοϊατρικό μοντέλο εξάλλου, όπως και η θεώρηση του πως η ψυχή και το σώμα δεν είναι ενότητες ξεχωριστές, οδηγεί την ψυχιατρική έρευνα στην αναζήτηση της σχέσης ανάμεσα στην ανατομική-εγκεφαλική βλάβη και την ψύχωση, μεταξύ αυτών και της σχιζοφρένειας¹.

1.1.2. Από την « Dementia Praecox» του Kraepelin στη «Σχιζοφρένεια» του Bleuler

Τον αιώνα που ακολουθεί, και συγκεκριμένα το 1860, ο Morel παρατηρεί ότι η «άνοια» (démance), που είχε ήδη περιγράψει ο Esquirol από το 1816 (επίκτητη διανοητική διαταραχή με βαθμιαία εξασθένηση της διανοητικής απόδοσης, μείωση

της κριτικής ικανότητας, μείωση επικοινωνιακών δεξιοτήτων και διαταράζουσες για την κοινωνική ζωή συμπεριφορές, εκδηλώνεται κατά το γήρας και ευθύνεται σε εγκεφαλικές βλάβες, εκφυλισμό των νευρικών κυττάρων και διαταραχές της κυκλοφορίας του αίματος στον εγκέφαλο), εμφανίζεται όχι σε γέροντες, αλλά σε νέους ανθρώπους¹. Έτσι, ο Morel εισάγει για πρώτη φορά τον όρο «πρώιμη άνοια» (*dementia praecox*). Με τον προδρομικό αυτό όρο της σχιζοφρένειας, περιγράφεται αυτού του τύπου η ψυχοπαθολογία που εκδηλώνεται σε νέους από 20 ως 30 ετών και οδηγεί ραγδαία το άτομο μέσα σε λίγα χρόνια σε ψυχοδιανοητική αποδιοργάνωση, για την αιτία της οποίας ο Morel στρέφεται στους κληρονομικούς παράγοντες, τις σεξουαλικές καταχρήσεις και τον αλκοολισμό¹.

Παρότι η μορελική θεώρηση επεκτείνεται, εμπλουτίζεται και διευκρινίζεται περαιτέρω στα χρόνια που ακολουθούν με τις συμβολές των Hecker και Kahlbaum, και την εισαγωγή των όρων «ηβηφρένεια» και «κατατονία» να θεωρούνται αντίστοιχα ως διαγνωστικές υποκατηγορίες της πρώιμης άνοιας⁵, ωστόσο ο Γερμανός ψυχίατρος Kraepelin (1856- 1926) είναι εκείνος που εφαρμόζει τελικά τον όρο «πρώιμη άνοια» (*dementia praecox*) και επιχειρεί να συνθέσει το έργο των προαναφερθέντων, τοποθετώντας τις ποικίλες ψυχωτικές διαταραχές που περιέγραψαν κάτω από την ίδια ομπρέλα ενός μόνο συνδρόμου.^{1,2,5} Αν και οι παραπάνω υποκατηγορίες διαφέρουν ως προς τα συμπτώματά τους, ο Kraepelin θεωρεί πως έχουν κοινό παρονομαστή την πρώιμη ηλικία έναρξης και την προοδευτική αναπόφευκτη, για εκείνον, νοητική επιδείνωση⁵.

Κατά τον Kraepelin λοιπόν, ο όρος «πρώιμη» προκύπτει από την ηλικία έναρξης (νωρίς στην ενήλικη ζωή και πιθανότατα στην εφηβεία), ενώ η «άνοια» από τη χαρακτηριστική νοητική και γνωστική έκπτωση που συνοδεύει τους ασθενείς με αυτήν την ψυχοπαθολογία^{2,5,6}. Επίσης, η επιλογή αυτής της ονομασίας δείχνει μια προοδευτικά επιδεινούμενη ασθένεια που αποκλείει την επιστροφή του ατόμου στα προνοσηρά επίπεδα λειτουργικότητας^{7,8}.

Στο “*Dementia Praecox and Paraphrenia*” ο Kraepelin δεν βλέπει την πρώιμη άνοια ως μια νόσο εξωγενή αλλά θεωρεί πως οφείλεται σε ενδογενείς παράγοντες¹ ενώ δηλώνει πως η διαφορά της με τις άλλες ψυχικές νόσους έγκειται στο γεγονός πως η γνωστική έκπτωση επέρχεται σταδιακά, ακόμη κι αν μέχρι σήμερα η έκπτωση δεν επιβεβαιώνεται ως προϋπάρχουσα αλλά ως παρεπόμενο των αντιψυχωσικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη σχιζοφρένεια.⁵ Ακολουθώντας βέβαια το επιστημονικό ρεύμα της εποχής του, αναζητά κι αυτός την αιτιολογία της σε

οργανικές βλάβες του εγκεφάλου κι έπειτα σε διαταραχές του μεταβολισμού, με το ερευνητικό του ενδιαφέρον όμως να προσανατολίζεται κατά κύριο λόγο στη δομή κι όχι στο περιεχόμενο του ψυχικού αυτού φαινομένου, με αποτέλεσμα να επικεντρώνεται στις συνέπειες τις διαταραχής και όχι στα αίτια της¹.

Η παραπάνω προσέγγιση σε συνδυασμό με την βιοϊατρική θεώρηση της ψυχικής ασθένειας που επικρατεί αυτή την περίοδο, αλλά και την δεδομένη κι αναπόφευκτη πορεία της νόσου στο τελικό στάδιο, οδηγεί στην πλασματική απομόνωση του αρρώστου από τον κοινωνικό του περίγυρο ενώ ταυτόχρονα, περιβάλλει τη νόσο με μοιρολατρικό χαρακτήρα τρώπω τινά αποθαρρυντικό για ενδεχόμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Παρόλα αυτά τόσο η συνολική θεώρηση της εποχής αυτής όσο και το έργο του Kraepelin συμβάλλουν σημαντικά στην απομαγικοποίηση της ψυχικής ασθένειας και την απαλλάσσουν από τον μεταφυσικό χαρακτήρα που ως τώρα την περιβάλλει^{1,2}

Σύντομα, ο όρος σχιζοφρένεια (> «σχίζειν») με την έννοια που νοείται μέχρι και σήμερα, εισέρχεται να αντικαταστήσει την «πρώιμη άνοια», όταν χρησιμοποιείται επίσημα για πρώτη φορά το 1911 από τον Ελβετό ψυχίατρο και σύγχρονο του Kraepelin, δρ. Paul Eugen Bleuler(1857-1939)^{1,6,8}.

Ο Bleuler χρησιμοποιεί τον όρο «σχιζοφρένεια» (=σχίσσιμο του μυαλού / διάσπαση νοητικών συνειρμών) για τονίσει το σχίσσιμο που υφίσταται στις ψυχονοητικές λειτουργίες της προσωπικότητας (splitting of the psychic functions), αφού για κείνον το εξέχον χαρακτηριστικό της νόσου είναι η αποδιοργάνωση της διαδικασίας της σκέψης κατά την οποία το άτομο «διασπάται» από την πραγματικότητα και βιώνει διαταραχές στη συνοχή τόσο της σκέψης όσο και των συναισθημάτων^{1,6,9}. Ακόμη, στο βιβλίο που εκδίδει την ίδια χρονιά μιλάει για αυτή την επιλογή αυτή λέγοντας⁹: «*Αποκαλώ την dementia praecox «σχιζοφρένεια» καθώς (όπως και ελπίζω να καταδείξω) ο διαχωρισμός (splitting) των διαφορετικών ψυχικών λειτουργιών είναι ένα από τα πλέον σημαντικότερα χαρακτηριστικά της*».

Αξίζει να σημειωθεί ότι από τα παραπάνω δεδομένα, τόσο λόγω ορολογίας όσο και των φωνών που ακούν οι ασθενείς που πάσχουν από τη νόσο, γεννήθηκε και ο μύθος που συγγεί τη σχιζοφρένεια με τη διαταραχή της πολλαπλής προσωπικότητας (multiple personality disorder που σήμερα καλείται dissociative identity disorder), γεγονός που απασχόλησε για πολλά χρόνια την ψυχιατρική κοινότητα, χωρίς ωστόσο μέχρι στιγμής να έχει αποδεδειγμένο αντίκρουσμα^{2,6,9}.

Ο Bleuler γρήγορα διαφοροποιείται από τον Kraepelin σε δύο κυρίως σημεία: τη νοητική έκπτωση ως παντοτινό και μόνιμο γνώρισμα του τελικού σταδίου της νόσου, καθώς επίσης και την ηλικία έναρξης της. Ταυτόχρονα προσθέτει την απλή (simplex) μορφή της σχιζοφρένειας στις κλινικές που έχει ήδη εισάγει ο Kraepelin (ηβηφρένεια, κατατονία, παρανοειδής ψύχωση)^{1,5,7,9}.

Ο Bleuler τότε, δεδομένου ότι πλέον η ηλικία εμφάνισης της διαταραχής και η εκφύλιση δεν είναι καθοριστικά, έρχεται αντιμέτωπος με ένα εννοιολογικό πρόβλημα⁵: Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας διαφέρουν σημαντικά από ασθενή σε ασθενή, επομένως οφείλει να εξηγήσει τη λογική με την οποία τους κατατάσσει σε μία μόνο κατηγορία, να βρει δηλαδή έναν νέο κοινό παρονομαστή ώστε να συνδέσει τις ποικίλες διαταραχές και το κάνει μιλώντας για τη «ρήξη των συνειρμικών αλυσίδων»⁵. Σύμφωνα με αυτήν, οι συνειρμικές αλυσίδες συνδέουν όχι μόνο τις λέξεις αλλά και τις σκέψεις, άρα η παραγωγική και στοχοκατευθυνόμενη σκέψη και επικοινωνία είναι εφικτές μόνο όταν οι αλυσίδες αυτές παραμένουν ακέραιες.⁵ Η υπόθεση, λοιπόν, της ρήξης των συνειρμικών αλυσίδων στους ασθενείς με σχιζοφρένεια χρησιμοποιείται στη συνέχεια για να ερμηνεύσει όλο το φάσμα των δυσκολιών.⁵

Την ίδια χρονιά (1911) ο Bleuler διακρίνει στο βιβλίο του ένα σύστημα ταξινόμησης των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας με δύο τρόπους, που θα υιοθετηθεί σε παγκόσμια κλίμακα^{1,7,9}: Πρώτον, σε θεμελιώδη (fundamental) και συνοδά συμπτώματα (accessory), με τα πρώτα να αφορούν τα εξολοκλήρου χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας και τα δεύτερα αυτά που μοιράζονται με άλλες διαταραχές. Δεύτερον, σε πρωταρχικά (primary) συμπτώματα, τα οποία απορρέουν απευθείας από οργανικό έλλειμμα και συνιστούν τον πυρήνα της νόσου, και δευτερεύοντα (secondary), τα οποία προκύπτουν από τα πρώτα. Στα πρωταρχικά συμπτώματα ανήκουν η ασυναρτησία της σκέψης (associative disturbance), η αμφιθυμία (ambivalence), η απάθεια-συναισθηματική απροσφορότητα (affective disturbance), ενώ στα δευτερεύοντα ανήκουν κατά κύριο λόγο οι ψευδαισθήσεις, οι παραισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες και οι κατατονικές εκδηλώσεις.

Ο Bleuler υπογραμμίζει την ασυναρτησία του λόγου, καθώς θεωρεί πως αποτελεί ένα εξέχον σύμπτωμα της νόσου που ξεχωρίζει και κυριαρχεί στην κλινική της εικόνα, συγκριτικά με τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας^{1,9}. Διαπιστώνει πως η διαταραχή εκδηλώνεται στη σκέψη με τη χαλάρωση των συνειρμικών δεσμών, με δυσμενείς επιπτώσεις στην επικοινωνία, αφού ο λόγος του

ασθενούς βρίθκει από αφηρημένες έννοιες με κυρίαρχα γνωρίσματα την αοριστία και την ασάφεια¹. Καθίσταται φανερό πως η χαλάρωση των δεσμών και το «σχίσμα» αποτελούν τα πλέον σημαντικότερα χαρακτηριστικά αυτού που ο Bleuler αποκαλεί σχιζοφρένεια⁹.

Ανάμεσα στα άλλα, ο Bleuler εστιάζει σε άλλες δύο έννοιες που τοποθετεί στο κέντρο της σχιζοφρενικής συμπτωματολογίας, την αμφιθυμία, (ταυτόχρονη συνύπαρξη αλληλοσυγκρουόμενων συναισθημάτων ή στάσεων απέναντι στο ίδιο αντικείμενο) και τον αυτισμό (απομάκρυνση της πραγματικότητας και διείσδυση της φαντασίωσης σε αυτήν)¹. Η συναισθηματικότητα (affectivity) ωστόσο, είναι εκείνη στην οποία τελικά δίνει μεγαλύτερη έμφαση, ακόμη και περισσότερο από τα προαναφερθέντα δύο χαρακτηριστικά, εστιάζοντας σε συναισθηματικά φορτισμένα συμπλέγματα που βρίσκονται στο επίκεντρο της φύσης της σχιζοφρένειας⁹. Σημειώνει για παράδειγμα, ότι για να κατανοήσει κανείς τον αυτισμό, απαραίτητη προϋπόθεση είναι να τον εξετάσει σε σχέση με την συναισθηματικότητα και την χαλάρωση των δεσμών, και ως εκ τούτου συγκαταλέγεται στις δευτερεύουσες εκδηλώσεις.⁹

Αυτό που έκανε το έργο του Bleuler να ξεχωρίσει ανάμεσα στα άλλα είναι η προσπάθεια του να υπερβεί την ως τότε φαινομενολογική προσέγγιση της νόσου, η οποία οφειλόταν στο κλίμα που καλλιέργησε το βιοϊατρικό μοντέλο των χρόνων εκείνων και να ασχοληθεί για πρώτη φορά με το ρόλο που διαδραματίζουν τα ψυχικά φαινόμενα στην πρόκληση αυτής^{1,9}. Υποστηρίζει πως το σύμπτωμα καθεαυτό δεν έχει τόση σημασία όσο ο βαθμός της έκτασης και της έντασης του αλλά και τη σχέση του με το ψυχολογικό περιβάλλον¹.

Έτσι ενώ Kraepelin, ο οποίος όντας βαθιά επηρεασμένος από τις φυσικές επιστήμες ανέπτυξε μια ψυχιατρική νοσολογία, στηρίζεται εξολοκλήρου στην πεποίθηση ότι οι ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε οργανικές αιτίες, ο Bleuler στον αντίποδα αποδυναμώνει την οργανική αυτή θεώρηση και αναζητά μέσω μιας πιο επαγωγικής προσέγγισης, συσχετίσεις της σχιζοφρένειας με τις διεργασίες του σχίσματος και του ασυνειδήτου^{1,8,9}. Επιδιώκει έτσι, την καινοτόμα διερεύνηση της δομής και της λειτουργίας του ανθρώπινου ψυχισμού και ωθείται από την επιθυμία του να καταλάβει τους ασθενείς με τους οποίους δουλεύει, ξοδεύοντας όσο περισσότερο χρόνο μπορεί παρατηρώντας, συζητώντας μαζί τους και καταγράφοντας τον λόγο και την συμπεριφορά.^{1,9} Τα συμπεράσματα του προκύπτουν επαγωγικά από

τις εκτεταμένες και προσεκτικά καταγεγραμμένες κλινικές παρατηρήσεις ιδωμένες ταυτόχρονα μέσα από ψυχολογικές προσεγγίσεις.⁹

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι, παρά την πρόοδο που σημειώνεται μέχρι τα μέσα του 20^{ου} αιώνα αναφορικά με τη φροντίδα των ασθενών με σχιζοφρένεια και τις συνθήκες των ιδρυμάτων που βελτιώνονται σταδιακά, απέχουν εντούτοις πολύ ακόμη από τα ισχύοντα σημερινά δεδομένα αν αναλογιστεί κανείς πως η θεραπεία της σχιζοφρένειας και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών περιλαμβάνει μεταξύ άλλων ηλεκτροσόκ (ECT) και λοβοτομές, όπου κομμάτια του εγκεφάλου αφαιρούνται χειρουργικά^{1,3,8,9}.

Ο Bleuler καταλήγει τελικά πως η συναισθηματική διαταραχή που συναντάται στη σχιζοφρένεια, προϋποθέτει πράγματι λειτουργική οργανική διαταραχή του εγκεφάλου.¹ Παρότι ο Bleuler δεν καταφέρνει να απεγκλωβιστεί εντελώς από το βιοϊατρικό πνεύμα της εποχής και παραδέχεται και ο ίδιος ότι η ψυχογενετική υπόθεση που διατύπωσε δεν είναι αρκετή για να καλύψει πλήρως την αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας, συνεισφέρει εντούτοις με το έργο του στην καλλιέργεια θεραπευτικών μεθόδων έξω από το πλαίσιο του ασύλου αλλά και στην ευρύτερη αντίληψη της διαταραχής, με φανερή επιρροή στις ΗΠΑ^{1,5}. Ταυτοχρόνως, θέτει σε παγκόσμια κλίμακα καίρια ερωτήματα στην ψυχιατρική κοινότητα όπως η σχέση των ψυχικών αιτιών τόσο με τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας όσο και με την δημιουργό αιτία της νόσου, καθώς επίσης και τον ρόλο που διαδραματίζει το περιβάλλον στην εκδήλωση της σχιζοφρένειας^{1,5,8,9}.

Σε αυτά τα προαναφερθέντα ερωτήματα συνοψίζεται ένα μεγάλο μέρος από το φάσμα των αξιολογικών πολυμορφικών αντιπαραθέσεων και θεωριών γύρω από την αιτιολογική προσέγγιση της σχιζοφρένειας από τον 20 αιώνα που τέθηκαν μέχρι και σήμερα^{1,9}.

1.2. Ορισμοί & Εννοιολογικές Επισημάνσεις

1.2.1. Ορισμός ή Τι είναι η Σχιζοφρένεια;

Η σχιζοφρένεια είναι από τις σοβαρότερες ψυχικές νόσους και τα άτομα που πάσχουν από αυτήν χάνουν κατά περιόδους την επαφή με την πραγματικότητα, την αίσθηση της λογικής και του εαυτού τους¹². Συνιστά επίσης μια από τις πιο

αμφιλεγόμενες ψυχιατρικές διαγνώσεις, διότι μέχρι και σήμερα τίθενται ερωτήματα σχετικά με την ύπαρξη της ως ξεχωριστή διαταραχή με αυτό το όνομα, την εκδήλωση της ως αποτέλεσμα περιβαλλοντικών ή γενετικών παραγόντων, αλλά και την αντιμετώπιση της μέσω φαρμακευτικών, κοινωνικών και ψυχολογικών προσεγγίσεων⁷.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρής μορφής ψυχική διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από έντονη αποδιοργάνωση της σκέψης, πλήττοντας τη γλώσσα, την αντίληψη και συνείδηση του εαυτού¹⁰. Συχνά περιλαμβάνει ψυχωτικές εμπειρίες όπως άκουσμα φωνών και παραισθήσεις, ενώ έχει επιπτώσεις στην λειτουργικότητα του ατόμου είτε στερώντας του την ικανότητα να εργάζεται και να κερδίζει τα προς το ζην με αυτονομία είτε εμποδίζοντας τις σπουδές του¹⁰. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια βιώνουν συχνά έλλειψη κινήτρων και φιλοδοξιών, διαταραχή των διαπροσωπικών τους σχέσεων, της παραγωγικότητας, του αυτοσεβασμού τους αλλά και τον σεβασμό των άλλων προς το πρόσωπό τους, με τις επιπτώσεις της νόσου να εκδηλώνονται σε κάθε πλευρά της ζωής του¹⁰. Επομένως η σχιζοφρένεια αφορά σε έναν συνδυασμό διαταραχών της σκέψης, της αντίληψης, της συμπεριφοράς, του συναισθήματος και της κοινωνικής λειτουργικότητας¹³.

Η σχιζοφρένεια έχει ως τυπική ηλικία έναρξης το τέλος της εφηβικής περιόδου ή την πρώιμη ενήλικη ζωή¹⁰. Υπάρχουν σήμερα αποτελεσματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις για τους ανθρώπους που πάσχουν από σχιζοφρένεια που τους βοηθούν να αποκτήσουν μια παραγωγική ζωή και να αφομοιωθούν ολοκληρωμένα στην κοινωνία¹⁰.

Είναι γεγονός πως η σχιζοφρένεια πλήττει περισσότερους από 21 εκατομμύρια ανθρώπους σε παγκόσμιο επίπεδο¹⁰. Πρόκειται όμως για διαταραχή που δέχεται θεραπευτική αντιμετώπιση, παρότι ένας στους δύο πάσχοντες δεν λαμβάνει θεραπεία για την κατάσταση του¹⁰. Η φροντίδα των ατόμων με σχιζοφρένεια παρέχεται με την συμβολή τόσο μιας ενεργοποιημένης κοινωνίας όσο και μια αντίστοιχη συμμετοχή της οικογένειας τους^{5,6,7,10}.

Ακολουθούν περιγραφές της Σχιζοφρένειας όπως έχουν διατυπωθεί και βιωθεί από γονείς και ασθενείς¹⁴:

«Μια ασθένεια που αλλάζει τον χαρακτήρα. Μια ασθένεια που αφήνει τον ασθενή ανίκανο να αντιμετωπίσει προβλήματα ή να εργασθεί ή να αντιμετωπίσει κάποια κρίση...» - Μητέρα

«Μια φυσική αλλά ανεξέλεγκτη τάση, να αφήνεις τη φαντασία να διαχωρίζεται από τους περιορισμούς της λογικής, τα λογικά συμπεράσματα, τον κοινό νου και τα αποδεκτά συμπεριφερσιολογικά πρότυπα. Δεν ξέρω εάν είναι νόσος ή ασθένεια, θλίψη ή ανικανότητα...» - Γυναίκα ασθενής

«Μια φυλακή χωρίς κάγκελα...» - Άνδρας ασθενής

«Μια από τις πολλές ασθένειες που καθιστούν ανίκανους και τους δύο, ασθενή και γονείς (...) δεν τελειώνει ποτέ. Ένα συνεχές ενδιαφέρον και γονείς που νοιάζονται...» - Μητέρα

1.2.2. Εννοιολογικές Επισημάνσεις ή Οι Συχνότεροι Μύθοι για τη Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια αποτελεί ως θέμα τόσο έναν πόλο έλξης ενδιαφέροντος όσο και πηγή παρερμηνειών και μύθων⁶. Στην προηγούμενη ενότητα έγινε αναφορά στη σύγχυση που προκάλεσε στην επιστημονική κοινότητα η περιγραφή της σχιζοφρένειας του Bleuler, καθώς η αναφορά του στο εσωτερικό «σχίσμα» (splitting) οδήγησε πολλούς στο συμπέρασμα - μύθο ότι υπήρχε μια υπόνοια συσχέτισης της σχιζοφρένειας με τη Διαταραχή της Πολλαπλής Προσωπικότητας^{8,9}. Ο Bleuler όμως δεν έκανε λόγο για διχασμό της προσωπικότητας, αλλά ως σχίσμα εννοούσε τον διαχωρισμό του ατόμου από την πραγματικότητα^{6,8,9}.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχει επίσης η λανθασμένη εντύπωση πως οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια είναι δολοφόνοι^{1,5}. Η αλήθεια είναι πως η σχιζοφρενική διαταραχή ενδέχεται να διευκολύνει το πέρασμα στην εγκληματική πράξη κάτω από ορισμένες συνθήκες¹, ωστόσο οι ασθενείς αυτοί αποτελούν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο για τον εαυτό τους παρά για τους άλλους, αφού οι απόπειρες αυτοκτονίας λόγω της κατάθλιψης και του αισθήματος ανέλπιστου που βιώνουν είναι πολύ συχνότερο φαινόμενο από ότι η δολοφονική πράξη, με τα ποσοστά αυτοκτονίας να είναι

υπερβολικά υψηλά, περίπου 10-13%, ενώ εκτιμάται ότι ως τότε γίνονται 2-5 απόπειρες^{1,6,11,12}.

Μάλιστα, από δημογραφικής άποψης, τα άτομα με σχιζοφρένεια που συνδέονται με αυτοκτονική συμπεριφορά είναι συνήθως νέοι στα πρώτα στάδια της διαταραχής, είναι κυρίως άνδρες που προέρχονται από υψηλό κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, με υψηλό δείκτη ευφυΐας και μεγάλες προσδοκίες, άγαμοι, υπολείπονται κοινωνικής στήριξης, έχουν επίγνωση των συμπτωμάτων τους και έχουν πρόσφατα βγει από το νοσοκομείο.¹² Επίσης οι αυτόχειρες με αυτή τη νόσο, είναι προσωπικότητες με χαμηλή αυτοπεποίθηση, θύματα του στίγματος, έχουν βιώσει κάποια πρόσφατη απώλεια ή άγχος, νιώθουν απόγνωση και απομόνωση ενώ δεν συμμορφώνονται με τη θεραπεία τους και κάνουν χρήση ουσιών¹².

Ακόμη, από κλινικής πλευράς, η κατάθλιψη είναι το κύριο χαρακτηριστικό που ωθεί τους ασθενείς σε αυτοκτονική συμπεριφορά ενώ συμβάλλουν σε αυτήν σοβαρά ψυχωτικά συμπτώματα και συμπτώματα πανικού¹².

Η δολοφονία από την άλλη πλευρά, υπόκειται σε ποικίλες προϋποθέσεις που συνήθως δεν σχετίζονται με την ασθένεια καθαυτή, αλλά περισσότερο με παράγοντες όπως η αποχή από τη φαρμακευτική αγωγή, οι συνθήκες διαβίωσης και φροντίδας με αλληπάλληλους ψυχιατρικούς εγκλεισμούς, παθολογικό οικογενειακό σύστημα επικοινωνίας, συμβιωτική και αμφιθυμική σχέση με τη μητέρα και ανάπτυξη εξαρτημένης προσωπικότητας, άγχος αποπροσωποποίησης που εστιάζεται σε πρόσωπο, έτσι ώστε η ανθρωποκτονία λειτουργεί ως αμυντικός μηχανισμός που στοχεύει ασυνείδητα στην απαλλαγή από αυτό.^{1,6,11}

Ακόμη, αποτελεί ανακριβή άποψη πως η σχιζοφρένεια πλήττει αποκλειστικά τους ηλικιωμένους⁵. Αντίθετα, σύμφωνα με τον APA, η μέση ηλικία έναρξης της νόσου είναι η όψιμη εφηβεία και η πρόωμη ενήλικη ζωή (περίπου στα 30 έτη) και σε κάποιες περιπτώσεις στην εφηβεία^{6,13}.

Τέλος, η μεγαλύτερη σύγχυση επικρατεί σε ό,τι αφορά την αιτιολογία της σχιζοφρένειας: παρότι οι θεωρίες περί αιτιοπαθογένειας είναι πολλές και ποικίλλουν (βλέπε ενότητα 1.4.), εντούτοις δεν είναι γνωστό ακόμη με βεβαιότητα τι είναι τελικά αυτό που προκαλεί τη σχιζοφρένεια, πώς προλαμβάνεται ή πως αντιμετωπίζεται θεραπευτικά^{1,5,6,7,13}. Αυτό που είναι σίγουρο πάντως, είναι πως η σχιζοφρένεια δεν οφείλεται αποκλειστικά και μόνο σε δύσκολα χρόνια ή χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη ή προγεννητική εγκεφαλική βλάβη είτε σε αίτια που σχετίζονται με χρωμοσώματα ή και περιβαλλοντικές τοξίνες⁶.

1.3 Συχνότητα και Επιδημιολογία

Η σχιζοφρένεια είναι από τις σοβαρότερες ψυχικές νόσους και περίπου 1% του πληθυσμού προσβάλλεται από αυτήν κατά τη διάρκεια της ζωής του^{5,13,15}.

Σύμφωνα με τον APA⁶, το 0.5-1.5% του πληθυσμού των ΗΠΑ προσβάλλεται από τη νόσο, ενώ περισσότερο από δύο εκατομμύρια Αμερικανοί εκδηλώνουν τη νόσο κάθε χρόνο¹⁵. Επίσης, κατά τους Kosten & Ziedonis (1997), φαίνεται πως το 50% του συνόλου των ατόμων με σχιζοφρένεια, κάνει παράλληλα κατάχρηση ουσιών⁵.

Παρά το γεγονός ότι η Σχιζοφρένεια δεν κάνει διακρίσεις, ωστόσο έχει υποστηριχθεί από τον APA (2000)⁶, ότι υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης της νόσου, αν ισχύουν δηλαδή ένα η περισσότερα από τα ακόλουθα: να είναι κανείς άγαμος, να προέρχεται από δυτική ή βιομηχανοποιημένη κοινωνία, χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη, να ζει σε αστικό περιβάλλον, να είχε προβλήματα κατά την ανάπτυξη του στην εμβρυϊκή φάση, να γεννήθηκε χειμερινούς μήνες ή να έχει βιώσει πρόσφατα κάποιο σοβαρό ψυχοπιεστικό γεγονός.

Η σχιζοφρένεια πλήττει εξίσου τους άνδρες και τις γυναίκες σε όλα τα έθνη και χώρες του κόσμου, ωστόσο η διαταραχή φαίνεται νωρίτερα στους άνδρες, συνήθως στην όψιμη εφηβεία ή λίγο μετά τα 20, ενώ στις γυναίκες κυμαίνεται από τα 20 μέχρι και τα πρώτα χρόνια μετά τα 30 έτη^{5,6,7,15,16,17}. Αυτή η διαφορά στην ηλικία εκδήλωσης, σε συνδυασμό με άλλα ευρήματα που εξετάζονται από τον D.J. Castle, (όπως το ότι οι γυναίκες πληρούν τα αυστηρά διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας λιγότερο από τους άνδρες ή ότι η μεγαλύτερη ηλικία εκδήλωσης στις γυναίκες οφείλεται ενδεχομένως στις ψυχοκοινωνικές διαφορές με τους άνδρες ή ότι οι καμπύλες έναρξης διαφέρουν για τους άνδρες και τις γυναίκες) εκφράζουν την άποψη πως υπάρχουν πειστικές ενδείξεις για μια ενδεχόμενη αληθινή διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, που όμως χρειάζεται περαιτέρω εξέταση και ανασκόπηση¹⁷.

Η διαταραχή είναι πολύ σπάνιο να εμφανιστεί μετά τα 45 χρόνια, ενώ κάποιες περιπτώσεις με περιστατικά παιδιών ως 5 ετών έχουν αναφερθεί¹⁵. Παιδιά άνω των 5 ετών μπορεί να αναπτύξουν σχιζοφρένεια, είναι όμως πολύ σπάνιο πριν την εφηβεία, αν και ομολογουμένως τα ενήλικα άτομα με σχιζοφρένεια να διέφεραν ως παιδιά από τους συνομήλικους τους^{5,15}. Τα συμπτώματα ψύχωσης πάντως είναι εξαιρετικά σπάνια πριν την εφηβεία¹⁵.

Κάποιες έρευνες έχουν υποστηρίξει, δεδομένου ότι η διαταραχή διαγιγνώσκεται συχνότερα σε κάποιες ομάδες όπως οι Αφροαμερικανοί και οι Πορτορικανοί των ΗΠΑ, υπάρχει σε αυτές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης της σχιζοφρένειας, ωστόσο δεν είναι ιδιαίτερα ξεκάθαρο αν πρόκειται για πραγματικό επιδημιολογικό στοιχείο η οφείλεται σε προκαταλήψεις κλινικών^{5,6}.

Εν γένει, η σχιζοφρένεια βρίσκεται στις πρώτες δέκα διαταραχές που προκαλούν χρόνια αναπηρία, δεν κάνει διακρίσεις ανάμεσα σε χώρες, φυλές ή φύλα, τείνει να αναπτύσσεται από τα 16 ως τα 30 χρόνια και συνήθως ακολουθεί το άτομο για την υπόλοιπη ζωή του με επιπτώσεις σε όλη την έκφανση αυτής¹⁶.

1.4. Αιτιολογία της Σχιζοφρένειας

1.4.1. Γενετικοί Παράγοντες

Είναι βέβαιο πλέον στις μέρες μας ότι τα γονίδια σχετίζονται με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας, συνιστώντας έναν παράγοντα προδιάθεσης^{5,6,7}, ενώ υπάρχει σε κάποιο βαθμό κληρονομική επιβάρυνση, ειδικότερα σε περιπτώσεις όπου υπάρχει πρώτου βαθμού συγγένειας με κάποιον πάσχοντα.¹⁴ Κατά ένα μεγάλο ποσοστό, οι πιθανότητες να εκδηλώσει κάποιος σχιζοφρένεια αυξάνεται εφόσον υπάρχει συγγενής α' βαθμού με αυτή τη διάγνωση¹⁸. Σύμφωνα με τον Gottesman (1991), ο αριθμός των γονιδίων που μοιράζεται κανείς με πάσχοντα είναι αναλογικό με την πιθανότητα εκδήλωσης της νόσου αυτής⁶.

Μελέτες διδύμων και μελέτες υιοθεσίας. Οι ισχυρές γενετικές ενδείξεις με τη μεγαλύτερη βάση κατά μεγάλη πλειοψηφία προέρχονται από έρευνες που χρησιμοποιούν τη μέθοδο των οικογενειών, τη μέθοδο των διδύμων και των υιοθεσιών⁵. Οι περισσότερες μελέτες σε μονοζυγωτικούς διδύμους για παράδειγμα, με 100% ίδιο γενετικό υλικό, υποδεικνύουν ότι τα επίπεδα εμφάνισης της σχιζοφρένειας κυμαίνονται από 30 – 40 % και σε διζυγωτικούς μεταξύ 10-15%, δείχνοντας πως οι γενετικοί παράγοντες αφενός παίζουν σημαντικό ρόλο στην μετάδοση της σχιζοφρένειας από γενιά άσε γενιά, αφετέρου δεν υποδηλώνουν απαραίτητα γενετική αιτιολογία^{6,7}. Αυτό το συμπέρασμα εντείνεται από τις μελέτες υιοθεσίας, όπου όπως φαίνεται υπάρχει σαφώς γενετική μετάδοση της σχιζοφρένειας όμως το περιβάλλον διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο.^{6,18}

Σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν το 2000 και χρησιμοποιήθηκαν τα ίδια δεδομένα (Tienari et al, και Wahlberg et al.)⁷, διαπιστώθηκε ότι τα υιοθετημένα παιδιά με μητέρες που είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια ήταν τέσσερις φορές πιθανότερο να εμφανίσουν σχιζοφρένεια, ωστόσο αυτό δεν οφειλόταν εξολοκλήρου σε γενετικούς παράγοντες: Τα παιδιά που υιοθετήθηκαν από οικογένειες που είχαν καλή επικοινωνία μεταξύ τους είχαν πολύ μικρότερες πιθανότητες να εμφανίσουν σχιζοφρένεια, σε αντίθεση με τα παιδιά που υιοθετήθηκαν από οικογένειες με ενδείξεις προβληματικής επικοινωνίας, γεγονός που σημαίνει ότι ο κίνδυνος αυξάνεται με την ύπαρξη γενετικού υποστρώματος, αλλά εξίσου και από ελλείμματα επικοινωνίας των θετών οικογενειών^{5,6,7}.

Αξιολογητικά, φαίνεται πως οι έρευνες που χρησιμοποιούν τη μέθοδο των διδύμων και των οικογενειών είναι δύσκολο να ερμηνευτούν τελικά διότι δεν διαχωρίζουν άμεσα την επίδραση των γονιδίων από εκείνη του περιβάλλοντος, για αυτό και η μέθοδος των υιοθετημένων είναι καταλληλότερες για αυτού του είδους τον διαχωρισμό⁵.

Προγεννητικοί και περιγεννητικοί παράγοντες. Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι πιθανόν να έχουν υποστεί προβλήματα στην προγεννητική περίοδο όπως κατάθλιψη της μητέρας και ιογενή λοίμωξη με γρίπη, ενώ στους περιγεννητικούς κινδύνους περιλαμβάνεται το περιγεννητικό τραύμα, ο παρατεταμένος τοκετός, η ισχιακή προβολή, η χρήση εμβρυολορικών, ανοξία^{6,7,18,19}. Η ανοξία μάλιστα, μπορεί να οδηγήσει σε νωρίτερη έναρξη της ψύχωσης εξαιτίας των πρώιμων διακοπών των συνάψεων στον φλοιό^{18,20}.

1.4.2. Βιολογικοί Μηχανισμοί

Η υπόθεση της ντοπαμίνης και οι άλλοι νευροδιαβιβαστές^{5,6,7,13,14}
Σύμφωνα με την θεωρία της ντοπαμίνης, η σχιζοφρένεια οφείλεται είτε σε υπερδραστηριότητα αυτής σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου είτε σε υπερευαισθησία των υποδοχέων της, το οποίο έχει ως αποτέλεσμα να πυροδοτείται συχνότερα ντοπαμίνη από ότι θα έπρεπε. Ωστόσο, η θεωρία της ντοπαμίνης εξηγεί αφενός την εκδήλωση της σχιζοφρένειας, αφετέρου όμως δεν είναι αρκετή ως μοναδική εξήγηση για να καλύψει την αιτιοπαθογένεια της νόσου, αφού δεν

ανταποκρίνονται όλοι οι ασθενείς στα τυπικά αντιψυχωσικά φάρμακα που μειώνουν τα επίπεδα της ντοπαμίνης, καθώς και επίσης αυτά με τη σειρά τους χορηγούνται και σε άλλα ψυχικά νοσήματα, στη μανία και σε μικρότερη δοσολογία στις διαταραχές άγχους. Με αυτά τα δεδομένα, οι ερευνητές δεν εγκαταλείπουν την θεωρία της ντοπαμίνης, στρέφονται όμως και στη μελέτη και άλλων διαβιβαστών, και συγκεκριμένα της σεροτονίνης και του γλουταμινικού οξέος που φαίνονται να εμπλέκονται με την εκδήλωση της σχιζοφρένειας καθώς επίσης και η αλληλεπίδραση αυτών, και ειδικά της σεροτονίνης με την ντοπαμίνη.

Νευρολογικό υπόστρωμα- δομή και λειτουργία του εγκεφάλου^{5,6,7,13,14, 21.}

Απεικονίσεις από MRI έχουν δείξει πως ο εγκέφαλος των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι μειωμένος σε όγκο συγκριτικά με τους άλλους, καθώς επίσης έχουν παρατηρηθεί μικρού έως μεγάλου βαθμού κοιλίες (: κενά ή κοιλότητες με εγκεφαλονωτιαίο υγρό). Ένα ακόμη εύρημα των MRI είναι το μειωμένο μέγεθος του μεταιχμιακού συστήματος και ειδικότερα του θαλάμου, του ιππόκαμπου και της αμυγδαλής, περιοχές που έχουν άμεση σχέση με τις γνωστικές λειτουργίες και το συναίσθημα.

Άλλα αίτια^{5,6,7}. Έρευνες μεταξύ άλλων έχουν δείξει ότι υπάρχουν κάποιοι παράγοντες προδιάθεσης που σχετίζονται με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας όπως η ιογενής λοίμωξη, το άγχος της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη και η κατάχρηση τοξικών ουσιών (π.χ. κάνναβη).

1.4.3. Κοινωνικοπολιτισμικοί και Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες^{5,6,7}

Το ζήτημα της κοινωνικής αιτιότητας ή κοινωνικής ολίσθησης. Οι έρευνες για την αιτία της σχιζοφρένειας έχουν εξετάσει επίσης και τον ρόλο που διαδραματίζει το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας^{5,6,7}. Ειδικότερα έχει βρεθεί (Eaton et al. 1989) ότι άτομα των ανώτερων κοινωνικά και οικονομικά στρωμάτων έχουν τρεις φορές λιγότερη πιθανότητα να νοσήσουν από ότι αυτοί που ανήκουν στα χαμηλότερα, εύρημα το οποίο εξέτασε και ο Fox (1990) χωρίς όμως να μπορέσει να το στηρίξει με στοιχεία.^{6,7}

Κοινωνική αιτιότητα και stress. Η άποψη ωστόσο που θέλει το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο αιτία της σχιζοφρένειας, προϋποθέτει παράλληλα και

την επίδραση ενός στρεσογόνου παράγοντα που θα πυροδοτήσει το επεισόδιο. Το στρες πάντως, και ειδικά το μακροχρόνιο, φαίνεται να παίζει αδιαμφισβήτητα καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση της νόσου⁷. Το 1991 ο Gottesman έκανε λόγο για την υπόθεση της κατακόρυφης πτώσης κατά την οποία τα άτομα των χαμηλότερων τάξεων μόλις αναπτύξουν τα πρόδρομα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, μετακινούνται σε ακόμη χαμηλότερη κλίμακα, καθώς τα συμπτώματα αυτά διαταράσσουν τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, τα εμποδίζουν να εργαστούν, συν του ότι δημιουργεί μεγαλύτερο άγχος σε αυτούς.^{6,1}

1.4.4. Ψυχολογικοί παράγοντες και η Σχιζοφρένεια μέσα από τη Θεωρία του Νου

Η θεωρία του διπλού δεσμού - Διαταραχή της οικογενειακής επικοινωνίας κατά την οποία το παιδί από μικρή ηλικία λαμβάνει αντιφατικά και συγκεχυμένα μεταξύ τους μηνύματα από το οικογενειακό περιβάλλον^{6,7}. Για παράδειγμα, μπορεί να λένε ότι το αγαπούν, όμως ο τόνος της φωνής τους για παράδειγμα να υπονοεί το αντίθετο⁷. Ακόμη, μπορεί πράγματι να το επαινούν λεκτικά για κάτι κι όταν εκείνο επιδιώξει αγκαλιά και εκδήλωση αγάπης εκείνοι δείχνουν ψυχρότητα, αυξάνοντας τα επίπεδα του άγχους του⁶. Τέτοιου είδους διαταραγμένη επικοινωνία στο σπίτι, μπερδεύει το άτομο (Bateson,1956) κι αυτό γίνεται κομμάτι του τρόπου που σκέφτεται και μιλά και έτσι χάνει την επαφή του με την πραγματικότητα⁶.

Το εκπεφρασμένο συναίσθημα. Ρόλο επίσης φαίνεται να παίζει και το υψηλά εκφραζόμενο αρνητικό συναίσθημα^{6,7}, κατά το οποίο ο περίγυρος του ατόμου ασκεί έντονη κριτική ή εκδηλώνει υψηλά επίπεδα αρνητικού συναισθήματος το οποίο συμβάλλει ενεργά στην εκδήλωση ψυχωτικών επεισοδίων⁷, όταν έχει ήδη προηγηθεί κάποιο αλλά και ειδικά σε περιπτώσεις που το άτομο έχει βγει από το νοσοκομείο αυξάνοντας τον κίνδυνο υποτροπής⁶.

Σχέση μητέρας – παιδιού ή η «σχιζοφρενικογόνος μητέρα» κατά Fromm-Reichmann^{6,7,14,21}. Η υπόθεση αυτή που αναπτύχθηκε το 1948, υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια είναι αποτέλεσμα της αντιφατικής σχέσης της μητέρας και του παιδιού: περιγράφει, δηλαδή, το προφίλ μιας μητέρας ψυχρής, κυριαρχικής, εγωκεντρικής και

απορριπτικής, η οποία φαίνεται να μεγαλώνει το παιδί της με θέρμη κι αφοσίωση όμως αντί για αυτό εκπέμπει ανάμικτα σήματα που το μπερδεύουν και του δημιουργούν δυσκολίες στην ερμηνεία του κόσμου, οδηγώντας το σε χαοτικές συμπεριφορές και χαοτικό τρόπο σκέψης.

Η παραπάνω θεωρία, εκτός του ότι έχει κατηγορηθεί μαζί με αυτήν του διπλού δεσμού ότι δημιουργεί ενοχικά συναισθήματα στη μητέρα και την οικογένεια, σήμερα πλέον έχει απορριφθεί⁶.

Το πρότυπο στρες-ευπάθεια^{5,6}. Σύμφωνα με αυτό το πρότυπο, το άτομο έχει μια εκ γενετής γενετική προδιάθεση να αναπτύξει σχιζοφρένεια, χωρίς όμως να σημαίνει ότι θα την αναπτύξει. Αυτό θα συμβεί μόνο αν βιώσει ένα σοβαρό ψυχοπιεστικό γεγονός και θα είναι αδύνατον να το διαχειριστεί (Zubin & Spring, 1977). Στα γεγονότα αυτά περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων ψυχικά τραύματα, απώλειες προσώπων ή οικονομικές, ρήξη διαπροσωπικών σχέσεων και τα συζυγικά προβλήματα⁶. Σημειώνεται ότι αν το άτομο ξεπεράσει το γεγονός, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να μην εκδηλωθεί ποτέ η σχιζοφρένεια⁶.

Οφείλει να σημειωθεί ότι η έρευνα δεν έχει αποδείξει καμία από τις παραπάνω υποθέσεις⁶.

Διαπιστώνεται συνεπώς ότι η ανάπτυξη της σχιζοφρένειας προϋποθέτει γενετική προδιάθεση, οφείλει ωστόσο να αναγνωριστεί ότι δεν αποτελούν μοναδικό αιτιολογικό παράγοντα^{5,6,7}, όντας περισσότερο παράγοντας ευαλωτότητας που εντείνεται με την ύπαρξη διαταραγμένου οικογενειακού περιβάλλοντος, καθώς επίσης και στρεσογόνου παράγοντα^{5,6,7,14}. Η σχιζοφρένεια αποτελεί ένα φαινότυπο γιατί δεν καθορίζεται αποκλειστικά από γενετικό παράγοντα αλλά ορίζεται με βάση τη συμπεριφορά, αντανακλώντας έτσι την επίδραση τόσο των γονιδίων όσο και του περιβάλλοντος^{5, 14, 18}.

Η Θεωρία του Νου⁷. Ο Firth (1996), υποστήριξε ότι η κατανόηση του κοινωνικού περιβάλλοντος εξαρτάται από την ικανότητα του ατόμου να ερμηνεύει αιτιολογικά τόσο τις δικές του πράξεις όσο και των άλλων, τα λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα, καθώς επίσης και την διαφοροποίηση της εικασίας και της πραγματικότητας. Για να γίνει αυτό, σύμφωνα με τη θεωρία του νου, προϋποθέτει το άτομο να κατανοήσει πρώτα τις δικές του γνωστικές διεργασίες κι έπειτα να κάνει χρήση αυτής της γνώσης ώστε να κατανοήσει αυτές των άλλων, κι έτσι οποιαδήποτε

αποτυχία σε αυτή τη διεργασία θα έχει άμεση επίπτωση στην επεξεργασία των μηνυμάτων αλλά και στον τρόπο αλληλεπίδρασης του ατόμου με τον κόσμο.

Ο Firth σημειώνει, λοιπόν, πως ένα καίριο στοιχείο στους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι πως δεν διαθέτουν μια ολοκληρωμένη και συγκροτημένη θεωρία του νου, αφού οι ίδιοι αδυνατούν να καταλάβουν τις δικές τους γνωστικές διεργασίες, ειδικά εφόσον πάσχουν από παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις. Ως εκ τούτου, αδυνατούν να κατανοήσουν τη συμπεριφορά των άλλων, γεγονός που οδηγεί σε παρανοϊκές ιδέες ή ιδέες αναφοράς. Επισημαίνει επίσης, ότι σε ορισμένα, μάλιστα, άτομα μπορεί να είναι και εντελώς αδύνατη η κατανόηση της ψυχικής κατάστασης του άλλου.

Τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα που εξετάζουν την παραπάνω θεώρηση είναι αλληλοσυγκρουόμενα, καθώς σχετίζονται με τις διεργασίες που εμπλέκονται στη συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας, ενώ οι υποθέσεις που προκύπτουν από αυτήν μπορούν να ελεγχθούν πειραματικά. Ο Brune (2005) συνόψισε τα ευρήματα αυτά και κατέληξε πως η θεωρία του νου αφενός μπορεί να εξηγήσει ψυχωσικά συμπτώματα όπως οι ιδέες ελέγχου από εξωγήινους και οι παραληρητικές ιδέες καταδίωξης, όμως υπάρχουν ακόμη ελλείμματα σε αυτήν τη θεωρία που δεν μπορούν να καλυφθούν πλήρως ειδικά εφόσον δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητή η διακύμανση των ελλειμμάτων αυτών καθόλη την πορεία της νόσου, αλλά και η επιρροή που ασκούν στην γλωσσική και κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου.

1.5. Διάγνωση της Σχιζοφρένειας

Σύμφωνα με τον APA, η πέμπτη έκδοση του DSM (2013), περιλαμβάνει σημαντικές αλλαγές στην κατηγορία της σχιζοφρένειας και άλλων ψυχωτικών διαταραχών σε σχέση με το DSM – IV και επισημαίνει την ανάγκη για περαιτέρω μελλοντική μελέτη που θα βοηθήσει σε ακόμη πιο έγκαιρη διάγνωση αυτών²².

Όσον αφορά τη διάγνωση, η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, αποδιοργανωμένη ομιλία και συμπεριφορά, καθώς και άλλα συμπτώματα που προκαλούν κοινωνική και εργασιακή δυσλειτουργία του ατόμου²². Για τη διάγνωση της, τα συμπτώματα αυτά πρέπει να είναι παρόντα για έξι

μήνες, να περιλαμβάνουν τουλάχιστον έναν μήνα κατά τον οποίο είναι ενεργά και το άτομο πρέπει να βιώνει τουλάχιστον δύο από αυτά τα συμπτώματα²².

Επιπρόσθετα, οι υπότυποι της σχιζοφρένειας έχουν πλέον αφαιρεθεί από τα διαγνωστικά κριτήρια^{22,23}. Οι υπότυποι καθορίζονταν από το επικρατέστερο σύμπτωμα κατά την αξιολόγηση, όμως αυτό δεν βοηθούσε τους κλινικούς, διότι τα συμπτώματα των ασθενών μεταβάλλονταν από τον έναν υπότυπο στον άλλον και επικάλυπταν συμπτώματα των άλλων, γεγονός που δυσκόλευε αισθητά τη διάκριση ανάμεσα στους πέντε τύπους (παρανοϊκός, αποδιοργανωμένος, κατατονικός, αδιαφοροποίητος, υπολειμματικός) και μείωνε την εγκυρότητα τους²². Κάποιοι υπότυποι είναι προσδιοριστικοί πλέον, ώστε να παρέχουν περισσότερες λεπτομέρειες για τη διάγνωση. Για παράδειγμα η κατατονία (όπου εξέχει η ακινησία και η αναισθησία) χρησιμοποιείται ως προσδιορισμός στην σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωτικές διαταραχές όπως η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή, ενώ χρησιμοποιείται επίσης με την ίδια ιδιότητα και σε άλλες διαταραχές όπως η Διπολική Διαταραχή και η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή^{22,23}.

Ακολουθεί ένας πίνακας στα αγγλικά, στον οποίο αντιπαραβάλλονται τα διαγνωστικά κριτήρια της Σχιζοφρένειας όπως αυτά παρουσιάζονται στο DSM-IV, με αυτά του DSM-V, καθώς επίσης και οι αλλαγές που σημειώθηκαν στη νέα έκδοση.

DSM-IV criteria for schizophrenia

Criterion A. Characteristic symptoms

Two (or more) of the following, each present for a significant portion of time during a 1-month period (or less if successfully treated)

- (1) Delusions
- (2) Hallucinations
- (3) Disorganized speech
- (4) Grossly disorganized or catatonic behavior
- (5) Negative symptoms, i.e., affective flattening, alogia, or avolition

Note: Only one Criterion A symptom is required if delusions are bizarre or hallucinations consist of a voice keeping up a running commentary on the person's behavior or thoughts, or two or more voices conversing with each other

Criterion B. Social/occupational dysfunction: For a significant portion of the time since the onset of the disturbance, one or more major areas of functioning, such as work, interpersonal relations, or self-care, are markedly below the level achieved prior to the onset (or when the onset is in childhood or adolescence, failure to achieve expected level of interpersonal, academic, or occupational achievement).

Criterion C. Duration: Continuous signs of the disturbance persist for at least 6 months. This 6-month period must include at least 1 month of symptoms (or less if successfully treated) that meet Criterion A (i.e., active-phase symptoms) and may include periods of prodromal or residual symptoms. During these prodromal or residual periods, the signs of the disturbance may be manifested by only negative symptoms or by two or more symptoms listed in Criterion A present in an attenuated form (e.g., odd beliefs, unusual perceptual experiences).

Criterion D. Schizoaffective and major mood disorder exclusion

Schizoaffective disorder and depressive or bipolar disorder with psychotic features have been ruled out because either (1) no major depressive or manic episodes have occurred concurrently with the active phase symptoms; or (2) if mood episodes have occurred during active-phase symptoms, their total duration has been brief relative to the duration of the active and residual periods. features have been ruled out because either (1) no major depressive or manic episodes have occurred concurrently with the active phase symptoms; or (2) if mood episodes have occurred during active-phase symptoms, their total duration has been brief relative to the duration of the active and residual periods.

Criterion E. Substance/general mood condition exclusion

Substance/general medical condition exclusion: The disturbance is not attributed to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or another medical condition.

Criterion F. Relationship to Global Developmental Delay or Autism Spectrum Disorder:

If there is a history of autism spectrum disorder, the additional diagnosis of schizophrenia is made only if prominent delusions or hallucinations are also present for at least 1 month (or less if successfully treated).

Proposed criteria for schizophrenia in DSM-5

Criterion A. Characteristic symptoms: (Minor change)

Two (or more) of the following, each present for a significant portion of time during a 1-month period (or less if successfully treated).

At least one of these should include 1–3

1. Delusions
2. Hallucinations
3. Disorganized speech
4. Grossly disorganized or catatonic behavior
5. Negative symptoms (i.e., diminished emotional expression or avolition)

Note: Deleted

Criterion B. Social/occupational dysfunction

(No change)

Criterion C. Duration of 6 months

(No change)

Criterion D. Schizoaffective and mood disorder exclusion

No change

Criterion E. Substance/general mood condition exclusion

No change

Criterion F. Relationship to Global Developmental Delay or Autism Spectrum Disorder – Minor Change

If there is a history of autism spectrum disorder or other communication disorder of childhood onset, the additional diagnosis of schizophrenia is made only if prominent delusions or hallucinations are also present for at least 1 month (or less if successfully treated).

Εικόνα 1.1. Schizophrenia in DSM-5. Changes in diagnostic criteria from DSM-IV. ²³

1.6. Κλινική Εικόνα και Συμπτωματολογία

Η ακόλουθη ενότητα ασχολείται με την κλινική συμπτωματολογία του ατόμου με σχιζοφρένεια.

Ειδικότερα, παρατίθενται και περιγράφονται με επιγραμματικό αλλά πλήρες χαρακτήρα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά συμπτώματα του ασθενούς όπως αυτά έχουν καταγραφεί σε όλες τις φάσεις της νόσου (πρόδρομη, ενεργός, υπολειμματική). Γίνεται επίσης μια διάκριση ανάμεσα στο οξύ και χρόνια σχιζοφρενικό σύνδρομο και έπειτα ακολουθούν αποσπάσματα από περιπτώσεις ασθενών κατά τα οποία διαφαίνεται η διαφορετική εμπειρία που βιώνουν ενώ μοιράζονται το ίδιο σύμπτωμα.

1.6.1. Χαρακτηριστικά Συμπτώματα της Σχιζοφρένειας

Σύμφωνα με την ταξινόμηση των Lindenmayer & Khan (2006), τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας μπορούν να διακριθούν σε πέντε κατηγορίες: θετικά ή παραγωγικά συμπτώματα, αρνητικά συμπτώματα, γνωστικές διαταραχές, διέγερση, καταθλιπτικά συμπτώματα.²⁴

1.6.1.1. Θετικά ή Παραγωγικά συμπτώματα

Θετικά συμπτώματα ή παραγωγικά είναι εκείνα που ουσιαστικά προστίθενται στο σύνολο των συμπεριφορών του ατόμου με την ίδια μορφή⁶ ή προκύπτουν από την επίταση ή διαστρέβλωση των φυσικών λειτουργιών και μπορεί να υπάρχουν σε οποιαδήποτε φάση της πορείας της νόσου, ακόμη και στην υπολειμματική σε πιο μικρή ένταση²⁴. Σε αυτά περιλαμβάνονται οι παραληρητικές ιδέες (π.χ. διωκτικό, μεγαλείου), οι αντιληπτικές διαταραχές, η αλλόκοτη συμπεριφορά, οι ψευδαισθήσεις και οι διαταραχές στη δομή και ροή της σκέψης^{6,13,24}.

Ψευδαισθήσεις. Πρόκειται για αισθητηριακές αντιλήψεις με εσφαλμένο χαρακτήρα και μπορεί να αφορούν οποιαδήποτε από τις αισθήσεις. Διακρίνονται σε ακουστικές, οπτικές, απτικές, οσφρητικές και γευστικές¹³. Πολύ συχνές είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, κατά τις οποίες το άτομο νομίζει ότι ακούει φωνές που απευθύνονται σε εκείνον ή συζητούν για αυτόν και σχολιάζουν τις ενέργειες του²⁴. Πρώτες σε συχνότητα έρχονται οι ακουστικές ψευδαισθήσεις κι έπειτα οι οπτικές¹³.

Οι οσφρητικές ψευδαισθήσεις είναι συχνές σε ασθενείς που πάσχουν από ορισμένες μορφές επιληπτικής διαταραχής⁶.

Στις **παραληρητικές ιδέες**, το άτομο έχει εσφαλμένες πεποιθήσεις που προκύπτουν δίχως το κατάλληλο ερέθισμα από το εξωτερικό περιβάλλον και δεν συμβαδίζουν με την γνώση και την εμπειρία του ατόμου¹³, όπως για παράδειγμα να πιστεύει ότι τον κυνηγούν εξωγήινοι για να τον απαγάγουν, ότι μπορούν οι άλλοι να διαβάζουν τη σκέψη τους, ή ότι κάποιος ελέγχει το μυαλό τους, καθώς επίσης και ιδέες ζήλιας ή μεγαλείου, θρησκευτικές, σωματικές και ιδέες αναφοράς²⁵. Οι ιδέες αυτές δεν ανασκευάζονται με λογική επιχειρηματολογία ή με αποδείξεις και θεωρείται ότι οφείλονται σε δυσλειτουργία των κυκλωμάτων επεξεργασίας πληροφοριών μεταξύ των ημισφαιρίων¹³.

Αλλόκοτη συμπεριφορά. Εδώ περιλαμβάνονται η παράξενη αμφίεση και ενδυματολογία, η κοινωνική και σεξουαλική απόσυρση²⁵.

Οι διαταραχές δομής και ροής σκέψης από την άλλη, αφορούν ηχολαλίες, ηχοπραξίες, ηχητικούς συνειρμούς (ομοιοκατάληκτες λέξεις σε πρόταση χωρίς νόημα), νεολογισμούς και γλωσσικές σαλάτες¹³.

1.6.1.2. Αρνητικά Συμπτώματα

Αρνητικά συμπτώματα είναι οι συμπεριφορές, οι λειτουργίες ή οι απαντήσεις που εκλείπουν ή απουσιάζουν από τον ασθενή και πρόκειται για απώλεια ή εξασθένηση των φυσιολογικών λειτουργιών^{6,24}. Σε αυτά περιλαμβάνονται η ανηδονία, η απάθεια, η ανεργία, αβουλησία, αμφιθυμία, διαταραχές του συναισθήματος (αμβλύτητα, επιπέδωση, απουσία εκφραστικότητας, απροσφορότητα), η κοινωνική απόσυρση, και η φτωχή σκέψη^{13,24}.

Ως προς τη συναισθηματική έκφραση, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μερικές φορές εμφανίζουν απρόσφορο συναίσθημα. Αυτό σημαίνει ότι τα συναισθήματα του ατόμου δεν ανταποκρίνονται σε αυτά που λέει ή σκέφτεται, όπως για παράδειγμα να υποστηρίζει πως καταδιώκεται από δαίμονες και ταυτόχρονα να γελάει ή γελά νευρικά μετά από μικροατύχημα, ή όταν περιγράφεται μια κατάσταση χαράς ενώ το άτομο κλαίει ή παραμένει ανέκφραστο^{6,25}.

Τα αρνητικά συμπτώματα εμφανίζονται από το πρόδρομο κιάλας στάδιο και παραμένουν σχετικά σταθερά καθόλη την πορεία της νόσου, ενώ επιφέρουν σημαντικού βαθμού αναπηρία στο άτομο και δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς με τα σημερινά φάρμακα.^{6,24}

1.6.1.3. Γνωστικές Διαταραχές

Σε αυτές εντάσσονται οι διαταραχές της συγκέντρωσης και της προσοχής, η ελλειμματική επεξεργασία των πληροφοριών και η μειωμένη εκτελεστική λειτουργία, καθώς επίσης και η διαταραχή στον σχηματισμό της σκέψης η οποία αντανακλάται κυρίως στον λόγο του ασθενούς²⁴.

Οι γνωστικές διαταραχές στη σχιζοφρένεια συχνά χρειάζονται ειδικές δοκιμασίες για να ανιχνευθούν (για παράδειγμα εκτίμηση της ικανότητας της μεταφορικής σκέψης και ερμηνεία παροιμιών). Στην ερμηνεία, λόγου χάρη, της παροιμίας «Μην κλαις πάνω από το χυμένο γάλα» ένας ασθενής απάντησε «Είναι οι αποφάσεις που παίρνουμε σχετικά με τη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Η βάση της λήψης των αποφάσεων από τους ανθρώπους» (Lindenmayer & Khan,2006)²⁴.

Τα γνωστικά ελλείμματα, κατά τους Goldberg et al.(2003), υπάρχουν ήδη από το πρόδρομο στάδιο και επιδεινώνονται κατά την έναρξη, μπορούν ωστόσο από τα πρώτα χρόνια να σταθεροποιηθούν²⁴.

1.6.1.4. Διέγερση

Στη διέγερση ανήκουν τα επιμέρους συμπτώματα όπως η ψυχοκινητική ανησυχία, η επιθετικότητα, η εχθρική συμπεριφορά, η άρνηση για συνεργατικότητα και ο ελλιπής έλεγχος των παρορμήσεων²⁴.

Ακόμη, τα άτομα με σχιζοφρένεια μπορεί να εκδηλώνουν άσκοπες ή τελετουργικές συμπεριφορές, ή βαδίζουν ασταμάτητα για ώρες, ενώ κάποιοι εμφανίζουν παράδοξες κινήσεις στο πρόσωπο ή το σώμα¹³.

1.6.1.5. Συμπτώματα Κατάθλιψης

Σύμφωνα με τους Siris & Bench (2003), περίπου το 30% των ασθενών με σχιζοφρένεια αναπτύσσουν καταθλιπτικά συμπτώματα στην πορεία της νόσου και τα οποία συνιστούν ισχυρό παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία. Είναι δύσκολο να διακριθούν από τα αρνητικά συμπτώματα, ενώ εμφανίζονται συχνά στην αποδρομή οξέος επεισοδίου και κατά την ανάκτηση της εναισθησίας, όπου και ο κίνδυνος της αυτοκτονίας είναι ιδιαίτερα αυξημένος²⁴.

Σημειώνεται επίσης, ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια υστερούν σε κοινωνικές δεξιότητες με αποτέλεσμα να αισθάνονται κοινωνικά απομονωμένοι, εντείνοντας έτσι την αρνητική τους ψυχολογία^{13,25}.

1.6.2. Οξεία και Χρόνια Σχιζοφρένεια

Ο Crow το 1985 πρότεινε μια διάκριση ανάμεσα στο οξύ και χρόνιο σύνδρομο σχιζοφρένειας: Το οξύ σύνδρομο χαρακτηρίζεται από τα θετικά συμπτώματα, έλλειψη εναισθησίας, αποδιοργανωτική σκέψη και συμπεριφορά, και ίσως και επιθετικότητα. Από την άλλη πλευρά, το χρόνιο σύνδρομο περιλαμβάνει τα αρνητικά συμπτώματα, τα συμπτώματα κατάθλιψης και κατατονικότητας, τη μειωμένη πρωτοβουλία και την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, ενώ μπορεί να συνυπάρχουν θετικά συμπτώματα σε εξασθενημένο βαθμό που δεν προκαλούν την αντίδραση του ασθενούς. Στην πραγματικότητα της κλινικής πράξης όμως, παρατηρείται ένας συνδυασμός οξέος και χρόνιου συνδρόμου σε όλες τις φάσεις της νόσου²⁴.

1.6.3. Προσωπικές εμπειρίες ατόμων με Σχιζοφρένεια

Ο τρόπος με τον οποίο βιώνονται τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, ειδικά οι παραληρητικές ιδέες και οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, διαφέρει από άτομο σε άτομο ως προς την ένταση αλλά και ως προς το βαθμό που επηρεάζουν τη ζωή του⁷. Ακολουθούν παραδείγματα προσωπικών εμπειριών όπως καταγράφηκαν από ασθενείς με σχιζοφρένεια.

1. Ο Μ. έχει την παραληρητική πεποίθηση ότι δέχεται επίθεση από άγνωστη και μάλλον εξωγήινη πηγή ⁷:

« Τα λείζερ μου επιτίθενται. Στοχεύουν το κεφάλι μου. Ξέρω πότε πυροβολούν γιατί πονάω όταν με χτυπούν. Δεν με πυροβολούν όλη την ώρα. Έρχονται και φεύγουν. Δεν ξέρω τι έχω κάνει και μου επιτίθενται. Αλλά αυτό συμβαίνει εδώ και χρόνια. Συνήθως με χτυπούν στο κεφάλι, γι' αυτό προστατεύομαι όταν πυροβολούν. Τυλίγω το κεφάλι μου με αλουμινόχαρτο που αντανακλά το λείζερ...με αυτό τον τρόπο δεν μπορούν να με πειράζουν... Νομίζω ότι είναι εξωγήινοι αυτοί που το κάνουν...Η τελευταία φορά που με χτύπησαν ήταν την Κυριακή το πρωί. Με ζύπνησαν – τα λείζερ – και το κεφάλι μου πονούσε πολύ. Εξαιτίας του πόνου δεν μπορούσα να σηκωθώ από το κρεβάτι. Έπρεπε να φορέσω την προστασία μου και χρειάστηκα χρόνο μέχρι και ετοιμαστώ και να σηκωθώ λόγω του πόνου...Πέρασα πολύ δύσκολα. Συνήθως μπορώ να σταματήσω τα λείζερ με αλουμινόχαρτο, αλλά κάποιες φορές το διαπερνούν» [Σημειώνεται ότι το προηγούμενο βράδυ, ο άνδρας αυτός είχε περάσει το προηγούμενο βράδυ πίνοντας].

2. Ο Δ. θεάθη να τρέχει γυμνός στη μέση του δρόμου, φωνάζοντας πως είναι ο Υιός του Θεού και ήρθε να σώσει τον κόσμο από τις αμαρτίες του. Οδηγήθηκε στο νοσοκομείο λέγοντας ⁷:

« Είμαι ο Μεσσίας! Είμαι ο Δαβίδ, Δαβίδ ο σωτήρας...Θα σας σώσω από τα αμαρτήματα που έχετε διαπράξει, που σας καταδικάζουν να βρεθείτε στο πυρ το εξώτερον αντί για τον παράδεισο Κυρίου του θεού μου. Δεν μπορείτε να με κρατήσετε εδώ...ο θεός είναι θυμωμένος μαζί σας, ο κόσμος, ολόκληρος ο κόσμος... ο Διάβολος θα σας πάρει για την αμαρτία που κάνετε να με κρατάτε...το εννιά που ακολουθεί θα σας σκοτώσει επειδή κρατάτε τον Υιό του θεού σε αυτόν τον χώρο...Έχω έρθει εδώ σύμφωνα με τις γραφές του Μαθουσαλά και τις προφητείες του θεού και του Ιησού. Ο θεός μιλάει σ'εμένα! Όχι σε εσάς! Και είναι θυμωμένος με την κακία του κόσμου και τα έργα και τις πράξεις των ανθρώπων...τις αμαρτίες..οι φτερούγες των αγγέλων θα έρθουν για μένα, για να με πάρουν από αυτό το δωμάτιο.»

3. Κ, 63 ετών με Σχιζοφρένεια Αποδιοργανωμένου Τύπου (κατά το τότε DSM-IV), μπαινόβγαινε για 35 χρόνια στο νοσοκομείο. Εξαφανισμένος για 4 μέρες, αναζητούμενος από την κόρη του, στεκόταν στο δρόμο ή ακουμπούσε στους τοίχους των σπιτιών και χτυπούσε αυτούς και τον δρόμο με δύο μεγάλες σκούπες, ενώ φώναζε στους περαστικούς. Η αστυνομία τον βρήκε ξαπλωμένο στο πεζοδρόμιο με κατεβασμένο το παντελόνι του φορώντας σαν καπέλο μια σακούλα σκουπιδιών, και όταν ρωτήθηκε από την ομάδα αξιολόγησης γιατί πίστευε πως τον έφεραν σε αυτούς απάντησε⁶:

« Νομίζω ότι έχω διάρροια ξανά, σαν τον Δρ. Μιχάλη εκεί. Τελικά ο Γιώργος είχε δίκιο από την αρχή...Έχουν ανθίσει πολλά λουλούδια σήμερα (μεγάλη σιωπή)...όχι, όχι, όχι σε αυτό. Πιο πολύ από αυτό, μου αρέσει η πίτσα.»

Κατά τη συνέντευξη δεν διατηρούσε καθόλου βλεμματική επαφή, κοιτούσε επανειλημμένα το ρολόι του που είχε σταματήσει και καθάριζε γυαλιά του ενώ έδειχνε να έχει παραμελήσει την προσωπική του υγιεινή, γελούσε πότε πότε ανάρμοστα κι ήταν παράξενα ντυμένος.

Όταν ρωτήθηκε πώς αισθάνεται σήμερα είπε ⁶:

«Λοιπόν, σήμερα... σήμερα, σήμερα, σήμερα...δεν ξέρω...να φουσήζω, πώς είμαι; Πώς είστε κύριε Chips; Καλά είμαι, κάνει κρύο...(μεγάλη παύση)...ναι, σκάσε, σκύλα».

Όπως φάνηκε, ο Κ. είχε ακουστικές ψευδαισθήσεις, άκουγε φωνές που συνομιλούσαν μεταξύ τους γι' αυτόν και άλλα θέματα:

«Τους ακούω να μιλάνε όλη μέρα, δε σταματάνε ποτέ. Το ξέρω ότι με μισούν, είμαι πολύ καλός και σέξι για αυτούς...κι εσύ το ίδιο...πώς μυρίζει;»

4. Μονόλογος του σχιζοφρενή G.M. ²⁶ :

«Θυμάμαι ότι οι Κυριακές ήταν πάντα νεκρές. Περιφερόμουν μέσα στο σπίτι, απ' το ένα δωμάτιο στο άλλο. Είχα την εντύπωση πως έπαχνα τον G...(το όνομα

του). Πότε πότε έβαζα ένα κοκκινάδι στα χείλη μου, κοιταζόμενα στο μεγάλο καθρέφτη στην κρεβατοκάμαρα της μητέρας. Νόμιζα πως έβλεπα το πρόσωπό μου να εξατμίζεται, και το μόνο που απέμενε ήταν το κόκκινο των χειλιών και το μαύρο των ματιών μου. Ήθελα να προχωρήσω μέσα από αυτά τα χρώματα και να βγω από την άλλη μεριά του καθρέφτη, έστω κι αν χρειαζόταν ν' αφήσω το καπέλο μου στην κάμαρα. Ένα καπέλο ολομόναχο μπροστά στον καθρέφτη, τι θλιβερό που είναι! Πλησίαζα την εικόνα μου και φιλούσα τα χείλη μου. Δεν μπορούσα να φωνάζω. Γονάτιζα και αυνανιζόμουνα βλέποντας με στον καθρέφτη.»

5. Μια 29χρονη στενοδακτυλογράφος, που πίστευε ότι μια εξωτερική δύναμη ελέγχει τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά της, περιέγραψε τις [απλούστερες] πράξεις της ως εξής⁵:

«Όταν απλώνω το χέρι μου να φτάσω τη χτένα, η κίνηση γίνεται μόνον από το χέρι και το μπράτσο μου, και τα δάχτυλα μου σηκώνουν το στυλό, αλλά δεν τα ελέγχω. Κάθομαι, βλέποντας τα να κινούνται, και είναι αρκετά ανεξάρτητα. Αυτά που κάνουν δεν έχουν καμία σχέση μ' εμένα. Εγώ είμαι απλώς μια μαριονέτα που τη χειρίζονται κοσμικά σχοινιά. Όταν τα σχοινιά τραβιούνται, το σώμα μου κινείται και δεν μπορώ να το εμποδίσω.»

6. Ένας 24χρονος ασθενής ισχυριζόταν ότι άκουγε φωνές που διαφωνούσαν μεταξύ τους⁵: Ανέφερε ότι άκουε φωνές που έρχονταν από το γραφείο της νοσοκόμας. Μια βαθιά και άξεστη φωνή έλεγε διαρκώς:

«Ο G.T. είναι πολύ μυστήριος», ενώ μια άλλη φωνή σε πιο υψηλό τόνο έλεγε: «Όντως είναι, θα έπρεπε να είναι κλεισμένος μέσα». Πότε πότε μία γυναικεία φωνή διέκοπτε τις δύο αυτές φωνές λέγοντας: «Δεν είναι έτσι. Είναι ένας αξιαγάπητος άνδρας.»

1.6.4. Πορεία και Πρόγνωση

Όπως ειπώθηκε και σε προηγούμενη ενότητα, η έναρξη της σχιζοφρένειας γίνεται στην όψιμη εφηβεία και στην πρώιμη ενήλικη ζωή, μέχρι τα 30 με τους άνδρες να νοσούν σε μικρότερη ηλικία από τις γυναίκες.

Η νόσος περιλαμβάνει μια αρχική περίοδο πρόδρομων συμπτωμάτων ωστόσο η εμφάνιση της μπορεί να παρακάμψει την πρόδρομη φάση ή πιο συχνά, να εμφανίζεται ως προοδευτική περιλαμβάνοντας κάποιου βαθμού διαταραχές στο βίωμα και στη συμπεριφορά διάρκειας κάποιων εβδομάδων ή και ετών²⁷.

Πρόδρομη φάση. Σύμφωνα με τους Kaplan & Sadock's (2000), το άτομο μπαίνει στην πρόδρομη φάση μετά από κάποιο σημαντικό για αυτό περιβαλλοντικό ή κοινωνικό γεγονός – αλλαγή, το οποίο λειτουργεί ως παράγοντας ενεργοποίησης της πρόδρομης φάσης, όπως οι σπουδές μακριά από την οικογένεια, ναρκωτικές ουσίες, ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου. Το άτομο κατά την πρόδρομη φάση αδυνατεί να διεκπεραιώσει αποδοτικά τις καθημερινές του υποχρεώσεις (π.χ. εργασιακές / σχολικές), παρότι είναι πιθανό σε κάποιες από αυτές να επιδείξει ακόμη πιο ανεπτυγμένες ικανότητες. Σε αυτό το στάδιο επίσης, αρχίζει να αδιαφορεί για την εμφάνιση του, την προσωπική του υγιεινή, ενώ δεν εκδηλώνει τα συναισθήματα του, αποσύρεται κοινωνικά και απομονώνεται, και γίνεται υπερευαίσθητος, οξύθυμος και αγχώδης. Η διάρκεια της φάσης αυτής ανέρχεται σε έναν χρόνο αλλά μπορεί να διαρκέσει και περισσότερο²⁸.

Ενεργός φάση. Ανεξαρτήτως ύπαρξης ή όχι του πρόδρομου σταδίου, όλοι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια περνούν την ενεργό φάση, κατά τη διάρκεια της οποίας είναι έντονο το χαρακτηριστικό της ψύχωσης²⁸. Μετά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ακολουθεί συνήθως μια περίοδος ύφεσης η οποία μπορεί να διαρκέσει και πέντε χρόνια. Ωστόσο, ο ασθενής συνήθως εμφανίζει υποτροπή²⁷. Η ίδια η κλινική μορφή της νόσου, εξάλλου, σχετίζεται με την πορεία της σχιζοφρένειας, η οποία χαρακτηρίζεται από εναλλαγές εξάρσεων και υφέσεων καθόλη τη διάρκεια αυτής²⁸.

Υπολειμματική Φάση. Όταν απέλθει η ενεργός φάση, είτε έχοντας χορηγηθεί θεραπεία στον ασθενή είτε όχι, ακολουθεί η υπολειμματική φάση. Τα συμπτώματα εδώ είναι παρόμοια με αυτά της πρόδρομης φάσης, με το αμβλύ συναίσθημα και την ελλειμματική λειτουργικότητα σε κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο να είναι εντονότερες στην υπολειμματική²⁸. Εξακολουθούν πάντως να υπάρχουν παραληρηματικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, αν είναι λιγότερο συναισθηματικά

φορτισμένες²⁸, η δυσκολία όμως του συγκεκριμένου σταδίου έγκειται στο γεγονός ότι το άτομο δεν μπορεί να επιστρέψει στην προνοσηρή του κατάσταση και λειτουργικότητα, αφού κάθε υποτροπή προκαλεί περαιτέρω έκπτωση σε αυτήν²⁷.

Όσον αφορά την **πρόγνωση**, γενική πορεία που θα ακολουθήσει η νόσος την πρώτη πενταετία μετά την διάγνωση προκαθορίζει την μετέπειτα πορεία της ζωής του²⁷. Η πρόγνωση σε γενικές γραμμές είναι μέτρια (Sadock & Sadock,2007)²⁴: ένα μικρό ποσοστό καταφέρνουν και εργάζονται σε ανταγωνιστικές θέσεις και έχουν φυσιολογική ζωή, αφού στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η πορεία της νόσου κυλάει ανάμεσα σε περιόδους υποτροπών και περιόδους υφέσεων με δυσμενείς επιπτώσεις στις κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις και δραστηριότητες των ασθενών.

Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι μετά τα πρώτα πέντε ως δέκα χρόνια της πρώτης νοσηλείας, μόνο το 10-20% των σχιζοφρενών έχει ικανοποιητική έκβαση της νόσου²⁸. Ένα μικρό ποσοστό από την άλλη, με πολλή κακή πρόγνωση, εμφανίζει πολλαπλές υποτροπές, μερική ανταπόκριση στις θεραπείες και απώλεια στις κοινωνικές τους δεξιότητες²⁴. Παραπάνω από το 50% έχει κακή έκβαση με συχνές νοσηλείες, εξάρσεις και απόπειρες αυτοκτονίας²⁸.

Οι Kaplan & Sadock's σημειώνουν επίσης πως η ηλικία έναρξης παίζει σημαντικό ρόλο στην πορεία και την πρόγνωση της νόσου: Η πρόιμη εκδήλωση-κυρίως άνδρες που είναι πιο ευάλωτοι λόγω υστέρησης στην ψυχολογική τους δομή και με περισσότερα συμπτώματα συνδέεται με χειρότερη πρόγνωση σε σχέση με άτομα όπου η νόσος εκδηλώνεται αργότερα και που είναι συνήθως γυναίκες, οι οποίες τότε είναι πνευματικά και ψυχικά αρτιότερες.

Πάντως η σχιζοφρένεια δεν είναι απαραίτητο πως θα έχει πάντοτε εκπρωτική πορεία, αφού υπάρχουν καθοριστικοί προγνωστικά παράγοντες, όπως για παράδειγμα φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική αγωγή (δεδομένου δε, ότι τα θετικά συμπτώματα ανταποκρίνονται καλύτερα στα αντιψυχωσικά φάρμακα από ότι τα αρνητικά⁶), το φύλο, η ηλικία, η κοινωνική και επαγγελματική θέση, το κοινωνικό περιβάλλον, αλλά και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες εκδηλώθηκε η νόσος²⁸.

1.7. Σχιζοφρένεια και Λόγος

Η αιτιολογία των διαταραχών του λόγου στις ψυχώσεις και ειδικότερα στην σχιζοφρένεια συνεχίζει να απασχολεί την ψυχιατρική και ερευνητική κοινότητα μέχρι και σήμερα, χωρίς ωστόσο να υπάρχει σαφής απάντηση.

Παλαιότερες απόψεις (Maher,1972) ήθελαν τις διαταραχές λόγου στη σχιζοφρένεια να σχετίζονται με διαταραχές στην προσοχή, με αποτέλεσμα την ύπαρξη άσχετων συνειρμών στο λόγο ενώ άλλες (Andreasen et al.,1995), έκαναν λόγο για διαταραχές στον σχηματισμό της σκέψης ή ακόμη πως κάθε διαταραχή οφειλόταν σε διαφορετικό παθοφυσιολογικό μηχανισμό²⁴. Πολλοί διερωτήθηκαν μάλιστα αν η σχιζοφρένεια είναι το τίμημα που πληρώνει ο homo sapiens για τη γλώσσα (DeLisi, 2001, Crow,1997)²⁹. Θετικό σημείο στην ερευνητική πορεία της αιτοπαθογένειας αποτελεί η in vivo μελέτη επιμέρους περιοχών του εγκεφαλικού φλοιού των ασθενών πρόοδος των νευροαπεικονιστικών μεθόδων, οδηγώντας έτσι σε μια νέα σειρά ερευνών με στόχο την ανακάλυψη συγκεκριμένων περιοχών που σχετίζονται με τις διαταραχές του λόγου στην σχιζοφρένεια²⁴.

Σήμερα η επικρατούσα άποψη θεωρεί πως η αριστερή πλαγίωση της γλωσσικής λειτουργίας και η δυσχέρεια του διαχωρισμού των ημισφαιρίων είναι υπεύθυνες για τις διαταραχές του λόγου στη νόσο αυτή^{24,29,30}.

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια εμφανίζουν ασυνήθιστες διαταραχές του λόγου^{24,29,30}. Η άμεση παρατήρηση του αυθόρμητου προφορικού λόγου των ασθενών κατά την ψυχοδιαγνωστική συνέντευξη αποτελεί το πλέον σημαντικό αξιολογητικό εργαλείο το οποίο επιτρέπει στον κλινικό να προβεί στη διεξαγωγή διαγνωστικών συμπερασμάτων σχετικά με τα αποκλίνοντα χαρακτηριστικά που εμφανίζει ο ασθενής του³⁰.

Όσον αφορά τη σχιζοφρένεια, υφίστανται δύο είδη γλωσσικών διαταραχών, παρότι δεν διαχωρίζονται πλήρως και πάντοτε^{29,30}: οι διαταραχές στη σκέψη ή αδυναμία διατήρησης θέματος και η σχιζοφασία, η οποία εμφανίζει παρόμοια στοιχεία με αυτά της αφασίας όπως νεολογισμοί, η ακατάληπτη ομιλία και γλωσσομανία.

Η πρώτη φαίνεται να σχετίζεται με την αποδιοργάνωση της εκτελεστικής λειτουργίας και της πραγματολογίας, ενδεχομένως με αντίστοιχη βλάβη στη σημασιολογία παρότι η φωνολογική δομή, η μορφολογία και σύνταξη παραμένουν

φυσιολογικές. Υπάρχει σίγουρα βλάβη στην πρόσβαση στο νοητικό λεξικό κάτι που αντανακλάται στον λόγο των ασθενών ως πομπώδης ή άκαμπτη ομιλία, προσέγγιση των λέξεων, νεολογισμοί και γλωσσομανία²⁹.

Άλλα χαρακτηριστικά του λόγου των ατόμων με ψυχώσεις τα οποία όμως απαντώνται συχνά στη σχιζοφρένεια αποτελούν μεταξύ άλλων η αλαλία, η βωβότητα, η αφωνία, η αφημία οι οποίες παρατηρούνται στη σχιζοφρένεια αλλά και σε αποσυνδεδετικές διαταραχές και κατά τις οποίες ο ασθενής λέει ελάχιστες ως καθόλου λέξεις.³⁰ Ακόμη, σε περιπτώσεις με κατατονική συμπτωματολογία είναι πιθανόν να παρατηρηθεί αλογία, περιορισμένη δηλαδή ποσότητα λόγου και λακωνικότητα η οποία σχετίζεται με την φτωχή σκέψη, όπως επίσης και ηχολαλία^{24,30}.

Η ενότητα αυτή, έχει στόχο να εξετάσει τις γλωσσικές παρεκκλίσεις του σχιζοφρενικού λόγου όπως αυτές μπορούν να γίνουν μέσα από μια λογοθεραπευτική – γλωσσολογική πλευρά. Ακολουθεί μια κριτική θεώρηση του λόγου στην σχιζοφρένεια, εξεταζόμενη ανά γλωσσικό επίπεδο – φωνητική, φωνολογία, μορφολογία, σύνταξη, σημασιολογία και πραγματολογία.

1.7.1. Η Γλωσσική Δομή του Λόγου στη Σχιζοφρένεια

1.7.1.1. Άρθρωση & Φωνολογία

Η άρθρωση και η φωνολογία στο λόγο των ατόμων με σχιζοφρένεια δεν δείχνει να είναι παθολογική²⁹. Ωστόσο σημειώνεται ότι σε μερικές περιπτώσεις ασθενών μπορεί να εμφανιστεί κυμαινόμενου βαθμού δυσαρθρία, σε εκείνους με οξέα συγχυτικά επεισόδια αλλά και σε άτομα με σχιζοφρένεια που υπόκεινται σε ηλεκτροθεραπεία, καθιστώντας έτσι τον λόγο δυσχερή, βραδύ και αρκετές φορές ακατάληπτο³⁰.

1.7.1.2. Φωνητική

Ενώ η άρθρωση και η φωνολογία είναι φυσιολογικές, στη φωνητική δεν φαίνεται να συμβαίνει το ίδιο. Συγκεκριμένα, μερικά από τα συνήθη χαρακτηριστικά φωνής που παρατηρούνται στους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι η απροσωδία, η

απουσία δηλαδή της μουσικότητας στον προφορικό λόγο και ως εκ τούτου η ομιλία γίνεται επίπεδη, μονότονη και ανέκφραστη^{29,30}. Η Stein (1993) επισημαίνει ότι η αδυναμία έκφρασης του συναισθήματος δεν συνεπάγεται και απουσία αυτού²⁹. Ακόμη, σε ασθενείς με αρνητική συμπτωματολογία μπορεί να εμφανιστεί υποφωνία³⁰.

Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί επίσης ότι ο λόγος των ασθενών με αυτή τη νόσο παρουσιάζει μεγάλου και μη φυσιολογικού βαθμού παύσεις και δισταγμούς κατά την ομιλία, που όμως εικάζεται ότι είναι πολύ πιθανότερο να οφείλονται σε σημασιολογικά και πραγματολογικά ελλείμματα παρά σε φωνολογικά²⁹. Ο Sproerri επίσης μελέτησε διεξοδικά σε πολλές μελέτες του την ποιότητα φωνής στην σχιζοφρένεια (Sproerri, 1961,1964,1966) και συνέδεσε την κατατονία με την λεγόμενη «πνιγηρή φωνή» (choking voice)²⁹.

1.7.1.3. Μορφολογία & Σύνταξη

Διαταραχή στη μορφολογία είναι αρκετά σπάνια στην σχιζοφρένεια, έχει καταγραφεί ωστόσο ένας ασθενής (Chaika,1990)²⁹, πρόκειται όμως για λάθη που μπορούν να αποδοθούν και στο συντακτικό αλλά και στη λεκτική ανάκληση (χρήση σημασιολογικά ορθών λέξεων αλλά με λανθασμένο συντακτικό τρόπο) :

I am being help[ed] with the food and the *medicate*. . .

You have to be able to *memory* the process. . .

Σε άλλη μια περίπτωση, ο Kleist (1914) περιγράφει ασθενείς που χρησιμοποιούσαν κατά κόρον καταλήξεις επιθέτων²⁹.

Όσον αφορά τη σύνταξη, αυτή παραμένει σε φυσιολογικά επίπεδα ακόμη και σε περιπτώσεις που ο λόγος είναι ανοργάνωτος, δεν διατηρείται το θέμα και επικρατεί η λεγόμενη «γλωσσική σαλάτα» (“word salad”)²⁹:

If we need soap when you can jump into a pool of water, and then when you go to buy your gasoline, my folks always thought they should get pop, but the best thing is to get motor oil. . . (Andreasen, 1979)

(Μτφρ. «Αν χρειαζόμαστε σαπούνι όταν μπορείς να πηδήξεις μέσα σε μια πισίνα από νερό, και μετά όταν πηγαίνεις να αγοράσεις βενζίνη, οι γονείς μου πάντα πίστευαν ότι πρέπει να πάρουν ποπ [κορν], αλλά το καλύτερο είναι να πάρεις λάδι κινητήρα...»)

Αυτό που έχει παρατηρηθεί είναι μια απλοποίηση των συντακτικών δομών, χωρίς ωστόσο να σημαίνει απαραίτητως συντακτικό έλλειμμα αλλά είναι πιθανότερο να είναι πολυπαραγοντικό αποτέλεσμα οφειλόμενο στην δυσκολία συγκέντρωσης, τη διάσπαση της προσοχής και την προτίμηση των ασθενών να εκφράζουν απλούστερες ιδέες²⁹.

1.7.1.4. Σημασιολογία

Η ομιλία των ασθενών με σχιζοφρένεια είναι γεμάτη νεολογισμούς – νεολεξίες και καλείται σχιζολαλία³⁰. Συγκεκριμένα εμφανίζονται δύο ειδών νεολογισμοί: οι λεξιλογικοί, που αφορούν στην επινοήση νέων λέξεων από τους ασθενείς που δεν υπάρχουν στη φυσική γλώσσα, και έπειτα σημασιολογικοί νεολογισμοί, κατά τους οποίους ο ασθενής αποδίδει σε ήδη υπάρχουσες νέες λέξεις μια καινούρια σημασία^{29,30}.

Παράλληλα, η γραμματικότητα της ομιλίας των ασθενών προσβάλλεται και από άλλες διαταραχές της ομιλίας όπως οι ανακοπές, ο εκτροχιασμός της σκέψης και η ασυναρτησία³⁰.

Ένας ασθενής λέει κάτι σαν:

*« Α, [η ζωή στο νοσοκομείο] ήταν φοβερή, ξέρεις, τα τρένα έσπασαν, και η λιμνούλα έπεσε στην μπροστινή πόρτα.»*²⁹

Παρότι τα χαρακτηριστικά αυτά ανήκουν περισσότερο στις διαταραχές σκέψης (ροής και θεματικού περιεχομένου) παρά ομιλίας, είναι ωστόσο σημαντικό να αναφερθούν αφενός γιατί οφείλονται σε βλάβη των σημασιολογικών συνδέσμων και αφετέρου γιατί τα αποτελέσματα αυτών αντανακλώνται τελικά στον προφορικό λόγο^{29,30}.

Κατά τις ανακοπές, ο αυθόρμητος λόγος διακόπτεται για λίγα δευτερόλεπτα στο μέση μια φράσης ή μεταξύ διαφορετικών εκφερόμενων εκφράσεων, ενώ με το

πέρας αυτών, ο ασθενής δηλώνει ότι «σταμάτησε το μυαλό του», συνήθως δεν μπορεί να θυμηθεί και συνεπώς αδυνατεί να ολοκληρώσει το θέμα για το οποίο μιλούσε.³⁰

Από την άλλη πλευρά, στον εκτροχιασμό της σκέψης ή τον γνωστό στη σχιζοφρένεια «ασυνάρτητο λόγο», ο ασθενής πραγματοποιεί σημασιολογικές μετατοπίσεις στα θέματα για τα οποία μιλάει, οι οποίες κυμαίνονται από προοδευτικές έως και αλματώδεις³⁰. Όταν, δηλαδή, ο εκτροχιασμός είναι ήπιος και πιο δυσδιάκριτος, τότε μιλάμε για σχιζοταξική ομιλία. Αντίθετα, όταν αυτός είναι αλματώδης και διαρκής δυσκολεύοντας την κατανόηση από τον ακροατή / εξεταστή, τότε γίνεται λόγος για σχιζοφασία. Όταν δε, παρατηρείται εκτροχιασμός ανάμεσα σε δύο δηλωτικές φράσεις, οι οποίες ενώνονται με αιτιολογικούς συνδέσμους, κατάσταση κατά την οποία η δικαιολόγηση ισχυρισμών γίνεται με βάση άλλους (π.χ. «είμαι αθάνατος επειδή κάνει ζέστη», «θέλουν να με σκοτώσουν διότι απεργούν οι υπάλληλοι της τοπικής αυτοδιοίκησης» ή «είμαι προφήτης γιατί έφαγα φασόλια»), τότε το φαινόμενο αυτό καλείται νοσηρός ορθολογισμός (rationalism morbide)³⁰.

Ο εκτροχιασμός και η ασυναρτησία, με τη ρήξη των σημασιολογικών συνδέσμων μεταξύ των σκέψεων διαδοχής, αποτελεί σίγουρα αντανάκλαση διαταραχής της σκέψης και η επικρατέστερες επεξηγητικές υποθέσεις θέλουν αιτιολογικό παράγοντα τη δυσλειτουργική κάμψη του συστήματος της μνήμης εργασίας, της σημασιολογικής μνήμης αλλά και της προσοχής των ασθενών με σχιζοφρένεια³⁰.

Η υπόθεση ότι η διαταραχή του σχηματισμού της σκέψης και κατ'επέκταση της αντίστοιχης διαταραχής στον λόγο υποστηρίζεται από ποικίλες πρόσφατες μελέτες²⁴: Οι Doherty et al. το 2006, μελέτησαν 39 ασθενείς με τη χρήση νευροψυχολογικών δοκιμασιών και θεώρησαν τη διαταραχή του λόγου τους συνέπεια των διαταραχών στην προσοχή και στην ικανότητα σχηματισμού αιτιολογικών συνδέσμων. Οι Woods et al. (2007), σε μελέτη 22 νοσηλευόμενων ασθενών βρήκαν υπολειπόμενες τις ικανότητες γρήγορης ανάκλησης ουσιαστικών και ρημάτων. Ακόμη, ο Marini και οι συνεργάτες του (2008), μελέτησαν τον διαταραγμένο λόγο 29 ασθενών σε φάση σταθεροποίησης, δοκιμάζοντας τον αφηγηματικό τους λόγο και εκτιμώντας παράλληλα τις γνωστικές τους λειτουργίες μέσω νευροψυχολογικών δοκιμασιών και στα αποτελέσματα τους βρήκαν πως οι διαταραχές του λόγου τους σχετίζονται με διαταραχές της προσοχής, του σχεδιασμού, της ταξινόμησης και της λογικής αλληλουχίας.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι ο εκτροχιασμός της ομιλίας που παρατηρείται στη σχιζοφρένεια, συγχέεται συχνά με την λεγόμενη “παρατακτική ομιλία υπό πίεση” που εμφανίζεται στην μανία, αλλά η διαφοροδιάγνωση τους βασίζεται στην διαφορά του ρυθμού και της ταχύτητας της ομιλίας, τα οποία είναι κανονικά ή ελαφρώς επιβραδυμένα στην σχιζοφρένεια , ενώ στην μανία πραγματοποιούνται με μεγαλύτερη ταχύτητα³⁰.

Ένα ακόμη χαρακτηριστικό του λόγου στην σχιζοφρένεια, παρεμφερές στον εκτροχιασμό της ομιλίας, είναι ο εφραπτομενικός λόγος. Σε αυτήν την περίπτωση, ο προφορικός λόγος εκφέρεται ως απάντηση σε ερώτηση του εξεταστή, η οποία αρχικά είναι συναφής αλλά απομακρύνεται στη συνέχεια θεαματικά από το αρχικό θέμα της³⁰.

Στη σχιζοφρένεια, η κατάλυση της σημασιολογικής συνάφειας του λόγου είναι αντιπροσωπευτική της κατάρρευσης της ικανότητας σχεδιασμού, σε αντίθεση με τη μανία για παράδειγμα, η οποία υφίσταται παρόμοια σημασιολογική ασυνάφεια αλλά λόγω ταυτόχρονης εκπόνησης σχεδίων της ομιλίας από τους ασθενείς (Hoffman et al.,1986)³⁰.

Από την άλλη πλευρά, το περιεχόμενο του λόγου των ασθενών με σχιζοφρένεια, πολλές φορές πλήττεται σημασιολογικά, οφειλόμενο όμως σε διαταραχές της σκέψης^{29,30}. Για παράδειγμα, η παράλογη σκέψη είναι λογικό πως θα παράγει παράλογη ομιλία ή άκυρα αντιφατικά συμπεράσματα όπως «την αγαπώ, άρα δεν την αγαπώ» / «Σήμερα βρέχει και κάνει κρύο, άρα θα έρθει η Δευτέρα παρουσία», φαινόμενο που μοιάζει με τον νοσηρό ορθολογισμό που αναφέρθηκε πριν³⁰. Επιπρόσθετα, μερικοί ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορεί να έχουν περιορισμένο λόγο ή ακόμη και πλούσιο σε ποσότητα ωστόσο φτωχό σε περιεχόμενο και θεματολογία, κάτι που οφείλεται σε ιδεοπενία³⁰.

1.7.1.5. Πραγματολογία

Η πραγματολογία, η σχέση μεταξύ γλώσσας και πλαισίου, είναι το γλωσσικό επίπεδο που αντανακλά περισσότερο την αποδιαργάνωση στη σχιζοφρένεια: ακόμη κι αν σε επίπεδο γραμματικής και συντακτικής δομής, φωνολογίας και άρθρωσης οι

ασθενείς κινούνται στις φυσιολογικές νόρμες, ωστόσο εξακολουθούν να μιλούν για παράξενα πράγματα σε περίεργες στιγμές²⁹.

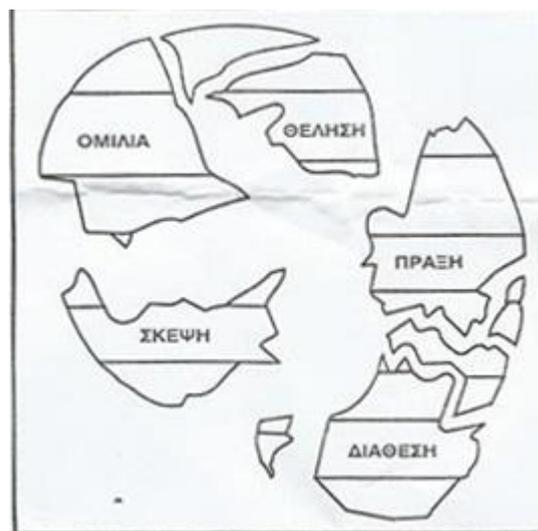
Σύμφωνα με τον DeLisi (2001), οι ασθενείς με σχιζοφρένεια αντιμετωπίζουν μεγάλου βαθμού δυσκολία στην έκφραση και κατανόηση του λόγου, καθώς επίσης και στην τήρηση των κανόνων μιας συνομιλίας²⁴.

Επίσης, στη σχιζοφρένεια προκύπτουν διαταραχές στην πραγματολογική – επικοινωνιακή χρήση του λόγου καθώς ο ασθενής δυσκολεύεται να κατανοήσει παροιμίες, μεταφορές, τον σαρκασμό και την ειρωνεία, το χιούμορ, ιδιωματισμούς, έμμεσα αιτήματα, καθώς επίσης και την συναισθηματική χροιά του λόγου (Mitchell & Crow, 2005)²⁴. Αυτό συμβαίνει διότι σύμφωνα με μελέτες, σε ψυχώσεις όπως η σχιζοφρένεια και η μανία υπάρχουν ελλείμματα στη συνοχή και τη συνεκτικότητα του λόγου, κάτι που στην περίπτωση της σχιζοφρένειας φαίνεται ως φτωχός λόγος με πολλά εκφραστικά λάθη σε επίπεδο νεολογισμών, σε αντίθεση με τη μανία όπου χρησιμοποιούνται πομπώδεις λέξεις αλλά γίνεται λανθασμένη χρήση τους κατά συγκυρία (Doherty et al. 1996)²⁹.

Η συνεκτικότητα στον σχιζοφρενικό λόγο εξετάστηκε με έναν πολύ παραστατικό τρόπο από τους Hoffman et al. (1986), βασιζόμενος στα δέντρα συνεκτικότητας (Tree diagrams) του Deese (1978, 1984), σύμφωνα με τα οποία ένα δείγμα λόγου μπορεί να διαχωριστεί και αναπαρασταθεί σε θεματικές προτάσεις οι οποίες σχηματοποιούνται σε ένα διάγραμμα με τη μορφή δέντρου. Οι σύνδεσμοι μεταξύ των θεματικών στο δέντρο δεν σημαίνουν μόνο ότι αυτές σχετίζονται μεταξύ τους αλλά και ότι η θεματική που βρίσκεται στο κατώτερο επίπεδο συνδέεται άρρηκτα και έχει πραγματική σχέση με κάθε έναν από τους πάνω συνδέσμους²⁹. Οι Hoffman et al. λοιπόν, χρησιμοποίησαν το διάγραμμα αυτό σε ασθενείς με μανία και σχιζοφρένεια και διαπίστωσαν ότι οι δεύτεροι είχαν μια συνολική διαταραχή στο επίπεδο της δομής και σε αυτό της ικανότητας προγραμματισμού²⁹.



Εικόνα 1.2. Απεικόνιση φυσιολογικής λειτουργίας του εγκεφάλου. Οι ατομικές λειτουργίες έχουν συνοχή και η καθεμία επηρεάζει τις άλλες. Γι'αυτό και μια καταθλιπτική διάθεση μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της θέλησης, απαισιόδοξες σκέψεις, περιορισμένες δραστηριότητες και ατονία λόγου



Εικόνα 1.3. «Το θρυμματισμένο πιάτο» . Απεικόνιση της σχιζοφρένειας. Πλήρης αποδιοργάνωση – δραστηριότητες ενός μέρους δεν επηρεάζουν τις άλλες.

(Πηγή: Gukhool D., *Psychiatric Nursing for General Nurses*, London, 1985)¹⁴

Οι Marini et al. (2008) βρήκαν πως ενώ η παραγωγή εκφράσεων από μέρους των ασθενών μπορεί να είναι πολυπληθής, εντούτοις υστερούν στο περιεχόμενο ενώ αμφίσημοι όροι προκαλούν ασάφεια και διφορούμενα νοήματα στις επικοινωνιακές τους συνδιαλλαγές²⁴.

Αν για παράδειγμα ένας διευθυντής πει στην γραμματέα του ότι η επιστολή που του έδωσε έχει πολλά λάθη, ένα υγιές άτομο αντιλαμβάνεται το έμμεσο αίτημα του διευθυντή να την ξαναγράψει κάτι που ένας άνθρωπος με σχιζοφρένεια αδυνατεί να κάνει (Cutting & Murphy, 1988)²⁴. Σε ένα δεύτερο παράδειγμα, η έκφραση «Ο John πήρε ένα καινούριο ποδήλατο, εγώ ένα μεταχειρισμένο», ένας ασθενής με σχιζοφρένεια θα τη διατύπωνε ως εξής: «Ο John πήρε ένα καινούριο ποδήλατο, έπειτα υπήρξε κι ένα μεταχειρισμένο.»

Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί επίσης αυτό της έρευνας των Corcoran, Cahill και Frith (1996)³¹, κατά την οποία εξέταζαν την αντίληψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια, ειδικά αυτά με εξέχουσα την αρνητική συμπτωματολογία δυσκολεύονται στο να μπουν στη θέση του άλλου και να αντιληφθούν τον τρόπο σκέψης τους (theory of mind). Χρησιμοποίησαν δύο εικονογραφημένα ανέκδοτα, με το πρώτο να χρειάζεται καθαρά φυσική και σημασιολογική ανάλυση ενώ το δεύτερο απαιτεί από τον θεατή να μπει στη νοητική – συναισθηματική κατάσταση του εικονιζόμενου ώστε να καταλάβει το αστείο. Βρήκαν, λοιπόν ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια αντιμετώπισαν μεγάλη δυσκολία στο δεύτερο, ειδικά εκείνοι που είχαν προβλήματα συμπεριφοράς, παθητικότητας ή/και παρανοϊκές ιδέες αν και σημειώνεται ότι οι ασθενείς που η συμπτωματολογία τους ήταν απύσχα εκείνο το διάστημα είχαν την ίδια απόδοση με τον ομάδα ελέγχου.

Ακόμη, σε μια άλλη μελέτη των Langdon, Coltheart, Ward και Catts (2002), βρέθηκε ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια εκτός από πραγματολογικές δυσκολίες και ελλείμματα στη σημασιολογία και στον εκτελεστικό μηχανισμό, διακρίνονται επίσης για τη φτωχή ικανότητα στην κατανόηση της σκέψης των άλλων και για τη δυσκολία στην αντίληψη των διαλεκτικών μηνυμάτων.

Παρά τον αρκετά μεγάλο αριθμό ερευνών και μελετών, δεν είναι ακόμη εφικτή η εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων για τους αιτιολογικούς παράγοντες που διαταράσσουν τον λόγο στους ασθενείς με σχιζοφρένεια²⁴.

Είναι ωστόσο εμφανές και λογικό, πως με όλες τις παραπάνω δυσκολίες στα παραπάνω γλωσσικά επίπεδα, ειδικά με τους νεολογισμούς, τον εφαπτόμενο λόγο και

την ασυνάρτητη ομιλία να στερούν από τους ασθενείς επικοινωνιακές δεξιότητες, καθίσταται τελικά η κοινωνική και προσωπική τους λειτουργικότητα αδέξια και δύσκολη^{24,29,30}.

1.8. Θεραπευτικές Μέθοδοι

Η σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση της σχιζοφρένειας και η πιο αποτελεσματική είναι συνδυαστική και περιλαμβάνει έναν συνδυασμό φαρμακοθεραπείας, ψυχοθεραπείας, ατομικής ή ομαδικής θεραπείας, εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες και οικογενειακής θεραπείας, με την φαρμακευτική αγωγή (αντιψυχωτικά φάρμακα) να βρίσκονται σε κυρίαρχο ρόλο στην θεραπευτική αντιμετώπιση.^{5,6,7,13}

Ακολουθεί μια συνοπτική περιγραφή των άνωθεν θεραπευτικών μέσων, για τα οποία όμως οφείλει να επισημανθεί πως καμία τεχνική από αυτές που αναφέρθηκαν, είτε μεμονωμένα είτε συνδυαστικά, δεν οδηγεί στην πλήρη ίαση της νόσου, αλλά στοχεύουν στην ανακούφιση- βελτίωση των συμπτωμάτων, με το τελευταίο μάλιστα να μην επιτυγχάνεται πάντοτε^{6,7}.

1.8.1. Φαρμακοθεραπεία

Η χορήγηση φαρμάκων γίνεται με τυπικά και άτυπα αντιψυχωσικά, χαρακτηριστικά των οποίων είναι η ηρεμιστική τους δράση και η άμεση επίδραση στις ψευδαισθήσεις και τις παραληρητικές ιδέες^{5,6,7}. Γενικά, όλα τα αντιψυχωσικά λειτουργούν μπλοκάροντας τους υποδοχείς της ντοπαμίνης ενώ συγκεκριμένα τα τυπικά κάνουν το ίδιο και για τους υποδοχείς της σεροτονίνης, είναι όμως καλύτεροι ανταγωνιστές της ντοπαμίνης, ενώ τα άτυπα της σεροτονίνης⁶.

Τα **τυπικά αντιψυχωσικά** περιλαμβάνουν ενδεικτικά την χλωροπρομαζίνη, τη θειοριδαζίνη και την τριφλουροπεραζίνη. Τα τυπικά εν γένει έχουν καλύτερη δράση στα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας κι όχι τόσο στα αρνητικά, ενώ πρέπει να λαμβάνονται σε καθημερινή βάση και παραπάνω από μία φορές την ημέρα. Υπάρχει βελτίωση μετά από κάποιες εβδομάδες, δεν προκαλούν σωματική εξάρτηση (αν και μπορεί να προκαλέσουν ψυχολογική), έχουν όμως σοβαρές κι ενοχλητικές για τους ασθενείς ανεπιθύμητες ενέργειες όπως η υπνηλία, η ξηροστομία, η ζάλη, η

δυσκοιλιότητα και η κατακράτηση ούρων (αντιχολινεργικές), αλλά και συμπτώματα ψευδοπαρκινσониσμού, δυσκαμψίας, ακαθισίας, ακινησίας, δυστονίας, σιελόρροια, και όψιμη δυσκινησία (εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες).^{6,7,13}

Τα βραδείας αποδέσμευσης αντιψυχωσικά (depot) έχουν ημιζωή 2-4 εβδομάδες και είναι ιδανικά για ασθενείς που δεν συμμορφώνονται με την αγωγή τους αφού χορηγούνται ενδομυϊκά και έχουν χαμηλό κίνδυνο υποτροπής εφόσον ο ασθενής δεν χρειάζεται να θυμάται να το πάρει, παρότι και αυτά έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες^{6,7}.

Τα **άτυπα αντιψυχωσικά** φάρμακα από την άλλη, έκαναν την εμφάνιση τους μετά το 1990 και έχουν αποτελεσματικότητα τόσο στη θετική όσο και την αρνητική συμπτωματολογία^{6,7}. Επίσης, έχουν λιγότερες παρενέργειες από τα τυπικά (π.χ. αύξηση βάρους). Σε αυτά ανήκουν η κλοζαπίνη και ρισπεριδόνη, παρότι η πρώτη ενέχει κίνδυνο εμφάνισης ακοκκιοκυτταραιμίας, που επιφέρει εξασθένιση του ανοσοποιητικού συστήματος^{5,6,7}. Γι'αυτό και η χρήση της γίνεται αυστηρά εβδομαδιαίως κι αν εμφανιστούν παρενέργειες η χορήγηση της σταματά αμέσως⁶.

Υπενθυμίζεται ότι ένας σημαντικός λόγος για τον οποίο τα άτομα με σχιζοφρένεια αρνούνται την αγωγή τους είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες^{6,7}. Πολλές φορές μάλιστα κάνουν αυτοθεραπεία, καταναλώνουν δηλαδή αλκόολ ή άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις ψευδαισθήσεις και τις παραληρητικές ιδέες⁶. Γι' αυτό και οι ασθενείς συμμορφώνονται καλύτερα με τη θεραπεία τους όταν αυτή περιλαμβάνει άτυπα αντιψυχωσικά.

Πρέπει να σημειωθεί ωστόσο ότι παρά τις στατιστικές αποκλίσεις, το 10-25% των ατόμων με σχιζοφρένεια δεν ανταποκρίνονται στα τυπικά φάρμακα, το 35% ανταποκρίνεται μερικώς και υπάρχει βελτίωση αλλά όχι πλήρης ύφεση των συμπτωμάτων (Bezchlibnyk – Butler & Jeffries,2005)⁶. Σημειώνεται επίσης, πως ο τομέας των αντιψυχωσικών αλλάζει συνεχώς καθότι ανακαλύπτονται διαρκώς καινούρια φάρμακα με λιγότερες παρενέργειες και μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των αρνητικών συμπτωμάτων⁶. Ας μη λησμονηθεί εξάλλου, πως η φαρμακευτική αγωγή καθυστερεί την υποτροπή παρά την προλαμβάνει⁷.

1.8.2. Ψυχολογικές Προσεγγίσεις

Ψυχαναλυτική θεραπεία. Τα κυριότερα ονόματα του κλινικού χώρου που συνδέθηκαν με την προώθηση της ψυχανάλυσης σε άτομα με σχιζοφρένεια ήταν ο Αμερικανός ψυχίατρος Harry Stack Sullivan και η Γερμανίδα ψυχίατρος Frieda Fromm – Reichmann⁵. Η προσέγγιση του Sullivan εξετάζει το ιστορικό του ατόμου, τις δυσπροσαρμοστικές σχέσεις του τόσο με τον ιατρό όσο και με τους γύρω του (π.χ. δυσπιστία, αμφιθυμία), ενθαρρύνει τους θεραπευτές να χτίσουν με τους θεραπευόμενους μια σταδιακή σχέση εμπιστοσύνης, και αποσκοπεί στην επανεξέταση των διαπροσωπικών του σχέσεων αλλά και την κατάκτηση ενόρασης από την πλευρά του ασθενούς για τις επιπτώσεις του παρελθόντος του στις δυσκολίες του παρόντος^{5,7}. Η Fromm- Reichmann προσέγγιζε με αισιοδοξία και υπομονή τους ασθενείς, καθώς τους καθιστούσε σαφές πως αν δεν χρειαζόταν να της επιτρέψουν να μπει στον κόσμο τους ή να εγκαταλείψουν την ασθένειά τους αν εκείνοι δεν ένιωθαν απόλυτα έτοιμοι να το κάνουν⁵.

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση δεν απέβη τελικά επιτυχής και οι παραπάνω πρακτικές δεν είναι πλέον εφαρμόσιμες, ωστόσο άνοιξαν τον δρόμο για τις μετέπειτα μορφές ψυχοθεραπείας και τόνισαν την αξία που έχει η σύμπραξη της με τη φαρμακοθεραπεία^{5,6,7}.

Οι σύγχρονες ψυχοκοινωνικές θεραπείες έχουν περισσότερο παρεμβατικό χαρακτήρα και οι θεραπευτές πλέον στοχεύουν στην υποστήριξη των οικογενειών των ασθενών, με τη διαχείριση των άμεσων καθημερινών προβλημάτων που προκύπτουν λόγω της δυσλειτουργικότητας του ασθενή⁵. Οι προσπάθειες των προσεγγίσεων αυτών έγκεινται στην διαπίστωση ότι οι καθημερινές κοινωνικές προκλήσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν τα άτομα με σχιζοφρένεια, όπως η οικογενειακή πίεση μετά το πέρας της νοσηλείας και της επιστροφής στο σπίτι, προκαλούν μεγάλο βαθμού στρες. Ακολουθούν συνοπτικά οι προσεγγίσεις αυτές:

Εκπαίδευση σε Κοινωνικές Δεξιότητες. Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται ευρέως στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, αφού τα ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες ακολουθούν τον ασθενή ακόμη και κατά την ύφεση των θετικών συμπτωμάτων (όπως μεταξύ άλλων η έλλειψη διεκδικητικότητας, ικανότητας ρύθμισης συναισθήματος, ορίων και απουσία κοινωνικά αποδεκτών συμπεριφορών,

αμέλεια προσωπικής υγιεινής) και η εκπαίδευση αυτή γίνεται μέσω χρήσης προτύπων, role play και ενίσχυσης (λεκτικής και κοινωνικής)^{5,6}.

Γενικά η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες αποσκοπεί στο να διδάξει τα άτομα με σχιζοφρένεια τρόπους διαχείρισης των διαπροσωπικών καταστάσεων/ζητημάτων που προκύπτουν, κάτι που για τους άλλους ανθρώπους θεωρείται δεδομένο όπως να παραγγείλουν φαγητό σε ένα εστιατόριο δώσουν συνέντευξη για δουλειά ή να διαβάσουν το πρόγραμμα των λεωφορείων⁵. Αυτή με τη σειρά της συμβάλλει στη μείωση των υποτροπών και ενισχύει θετικά την λειτουργικότητα του ατόμου αλλά και την ποιότητα της ζωής του⁵.

Οικογενειακές Παρεμβάσεις – Θεραπεία. Η οικογενειακή θεραπεία στοχεύει στην μείωση του εκφρασμένου συναισθήματος, όπως για παράδειγμα έντονη επικριτικότητα, εχθρότητα και υπερπροστατευτικότητα μέσα στην οικογένεια^{5,7}. Οι θεραπείες αυτές περιλαμβάνουν τεχνικές εκπαίδευσης της οικογένειας σχετικά με τη σχιζοφρένεια και τους αιτιολογικούς-προδιαθεσικούς παράγοντες, τα συμπτώματα και τις ενδείξεις υποτροπής, μειώνοντας το στρες που βιώνει από την οικογένεια ο ασθενής και αποτρέποντας την επιδείνωση του⁵. Αφορούν επίσης την ενημέρωση των ασθενών και των οικογενειών τους σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή και τις παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων⁵. Από την άλλη πλευρά βοηθούν στην αποφυγή απόδοσης κατηγοριών σε οποιαδήποτε από τις δύο πλευρές και αποσκοπούν στην βελτίωση της επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια, με την ανάπτυξη δεξιοτήτων επίλυσης των προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν με τον ασθενή αλλά και ενθαρρύνοντας την έκφραση των συναισθημάτων τους δείχνοντας ενσυναίσθηση^{5,6}. Ακόμη, προτρέπουν την οικογένεια για επέκταση των κοινωνικών τους επαφών και και καλλιεργούν την ελπίδα της βελτίωσης του ασθενούς, όπως ενδεχομένως να μην χρειαστεί στο μέλλον άλλη νοσηλεία στο νοσοκομείο⁵.

Σύμφωνα με τους Pharoah et al. (2000), οι οικογενειακές παρεμβάσεις μπορούν να μειώσουν στο μισό τον κίνδυνο εμφάνισης της υποτροπής συγκριτικά με την εκάστοτε καθιερωμένη ιατρική παρέμβαση, ενώ παράλληλα επιδρούν θετικά αφενός στη μείωση των εισαγωγών των ασθενών στο νοσοκομείο και της παραμονής τους σε αυτό και αφετέρου στη συμμόρφωσή του με τη φαρμακευτική αγωγή^{5,7}.

Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Θεραπεία. Η γνωσιακή – συμπεριφοριστική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας έχει στόχο τη μείωση της έντασης

και της δυσάρεστης φύσης των συμπτωμάτων (παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων) και διακρίνεται σε δύο μορφές, τη διαχείριση του stress και την τροποποίηση των πεποιθήσεων^{5,7}.

Στη διαχείριση του stress, ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή να αναπτύξει στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκύπτουν από καθημερινές δυσκολίες που αντιμετωπίζει το άτομο με σχιζοφρένεια (γνωσιακές τεχνικές), όπως απόσπαση της προσοχής από εμβόλιμες σκέψεις, αμφισβήτηση του νοήματος, ενίσχυση ή μη της κοινωνικής δραστηριότητας και μέθοδοι χαλάρωσης⁷. Οι τεχνικές αυτές εφαρμόζονται ιδιαίτερα σε άτομα με υψηλές πιθανότητες εμφάνισης του πρώτου επεισοδίου⁷.

Η τροποποίηση των πεποιθήσεων περιλαμβάνει τη λεκτική αμφισβήτηση και τον συμπεριφορικό έλεγχο των υποθέσεων⁷. Κατά τη λεκτική αμφισβήτηση, ο θεραπευτής ενθαρρύνει το άτομο να δει την παραληρητική ιδέα που τον διακατέχει ως μία μεταξύ πολλών πιθανών και του ζητά να εξετάσει άλλες εναλλακτικές περισσότερο πιθανές από την δική του πεποίθηση, και στη συνέχεια η καταλληλότητα τους δοκιμάζεται στον «πραγματικό κόσμο»⁷. Το ίδιο εφαρμόζεται και στην αμφισβήτηση των ψευδαισθήσεων, η οποία επικεντρώνεται στην ισχύ, την ταυτότητα και τον σκοπό αυτών⁷. Ο ασθενής μαθαίνει, για παράδειγμα, ότι οι ψευδαισθήσεις αποδίδονται λανθασμένα σε εξωτερικά αίτια, καθώς επίσης και να αναγνωρίζουν σωματικά, συναισθηματικά και γνωστικά οποιοδήποτε στρεσογόνο στοιχείο ή περιβαλλοντική κατάσταση που μπορεί να εκκινήσει ή να επιδεινώσει το σύμπτωμα τους⁶. Στον συμπεριφορικό έλεγχο των υποθέσεων από την άλλη, γίνεται και πάλι αμφισβήτηση, αλλά με αμεσότερο και πιο συμπεριφοριστικό τρόπο⁷.

Οι νεότερες γνωσιακές τεχνικές που εφαρμόζονται συνδυαστικά με τη φαρμακευτική αγωγή είναι αποτελεσματικές στη μείωση των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών, παρότι τα μακροπρόθεσμα οφέλη τους δεν έχουν εκτιμηθεί ακόμη αξιολογικά^{5,7}. Εξάλλου, η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια νόσος και συνεπώς χρειάζεται χρόνια διαχείριση, ανεξαρτήτως αντιμετώπισης¹³.

Συμπερασματικά είναι θεμιτό να ειπωθεί πως η αποτελεσματική θεραπευτική διαχείριση της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει μια συνδυαστική αντιμετώπιση με φαρμακευτική αγωγή, ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, εκπαίδευση και γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση που σίγουρα βοηθάει, ενώ η πρόιμη διάγνωση είναι

υψίστης σημασίας και μπορεί να επηρεάσει σε καθοριστικό βαθμό την πορεία του ασθενούς^{5,6,7}.

Σημειώνεται επίσης, πως η καταλληλότητα της κάθε θεραπείας εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η σχιζοφρένεια⁵. Στην οξεία φάση για παράδειγμα, οι ψυχολογικές παρεμβάσεις είναι αναποτελεσματικές, ενώ μόλις τα ψυχωτικά συμπτώματα αντιμετωπιστούν με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, τότε μπορεί να αρχίσει η ψυχολογική παρέμβαση με ευεργετικά αυτή τη φορά αποτελέσματα (Kopelowitz, Liberman, & Zarate, 2002)⁵.

1.8.3. Λογοθεραπεία

Μολονότι η διάγνωση της ψυχικής νόσου γίνεται αποκλειστικά από τον ψυχίατρο, η αξιολόγηση, οι στρατηγικές θεραπείας και η παρέμβαση, περιλαμβάνουν κι άλλους επαγγελματίες. Παραδοσιακά οι λογοθεραπευτές δεν έχουν προσφέρει υπηρεσίες σε άτομα με ψυχική νόσο και δεν υπάρχουν ως τώρα ιδιαίτερες πηγές, όπως άρθρα, μέχρι σήμερα που να το επιβεβαιώνουν³³. Ωστόσο, πολλοί ερευνητές έχουν εντοπίσει γλωσσικές δυσκολίες σε δικούς τους ασθενείς με ψυχική νόσο (Hamera, Peterson, Young, & Schaumlöffel, 1992; Murphy & Moller, 1993; Sullivan, Marder, Liberman, Donahoe, & Mintz, 1990)³³.

Οι άνθρωποι με ψυχική νόσο έχουν διαταραχές επικοινωνίας, έχει επιπτώσεις στις επικοινωνιακές ικανότητες (Moller, 1996). Ειδικότερα, στην περίπτωση της σχιζοφρένειας, οι ασθενείς έχουν περιγραφεί με χαρακτηριστικά που περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων^{30,33}: αδυναμία στην επεξεργασία και αντίδραση των εισερχόμενων μηνυμάτων (δυσκολίες επεξεργασίας πληροφοριών), δυσκολία στη λογική σύνδεση των συνειρμικών σκέψεων (εκτροχιασμοί, εφαπτόμενος λόγος), αλογία – λακωνικότητα, αδυναμία διατήρησης του θέματος, νεολογισμούς, περίεργη συντακτική δομή, καθώς επίσης και ελλείμματα στην εξωλεκτική επικοινωνία (εκφράσεις προσώπου, χειρονομίες), μειωμένη διάθεση για κοινωνικότητα, δυσκολία στη λήψη αποφάσεων και στην επίλυση προβλημάτων. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά επιδεινώνονται με τις επιπτώσεις της νόσου στο γνωστικό επίπεδο^{30,33}.

Σε μια μελέτη περίπτωσης³³, για παράδειγμα, μια γυναίκα 62 ετών με χρόνια σχιζοφρένεια, βρογχίτιδα και υπέρταση, ζούσε σε ένα κέντρο φροντίδας. Λάμβανε αγωγή με ψυχότροπα φάρμακα, καθώς και αγωγή για την υπέρταση και το άσθμα. Το προσωπικό ανέφερε ότι πολλές φορές τους ήταν αδύνατον να καταλάβουν την ασθενή γιατί αρνιόταν να φορέσει το στοματικό της βοήθημα και είχε πρησμένη γλώσσα λόγω των φαρμάκων. Ταυτόχρονα, είχε αποσυρθεί κοινωνικά και δεν επιθυμούσε να συμμετέχει σε καμία δραστηριότητα του κέντρου. Παραπέμφθηκε για λογοθεραπευτική αξιολόγηση και σύμφωνα με το Pragmatic Protocol and Social Rating Scale, η γυναίκα αυτή ένιωθε μοναξιά και δυσκολευόταν να μιλήσει σε κάποιον για τα συναισθήματά της. Επίσης, έδινε πολύ μικρού μήκους απαντήσεις, πολλές φορές ανολοκλήρωτες, καθώς επίσης και αδυναμία διατήρησης του θέματος. Δήλωσε, ακόμη ότι αντιμετώπιζε προβλήματα με την υγεία της, το κάπνισμα, τη διαχείριση των χρημάτων, την άσκηση, την οργάνωση και πως δεν έχει την ενέργεια να ασχοληθεί με πολλά πράγματα. Ο λογοθεραπευτής σε συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό, οργάνωσε προσωπικές και ομαδικές συνεδρίες οι οποίες επικεντρώνοντας στην βελτίωση του λόγου και στα θέματα υγείας της, με σταδιακή γενίκευση των κεκτημένων ικανοτήτων στην καθημερινή της ζωή στο κέντρο. Έπειτα από 1 χρόνο και συνδυαστικά με την ψυχοθεραπεία, η γυναίκα αυτή ανέπτυξε την κοινωνικότητά της, συμμετείχε στις δραστηριότητες του κέντρου, μπορούσε να εκφράζει καλύτερα τα συναισθήματά της και ο λόγος της είχε αποκτήσει μεγαλύτερη συνοχή και ευχέρεια, μπορούσε ακόμη να κάνει και χιούμορ κατά περίπτωση.

Παραδείγματα όπως αυτά δείχνουν ότι οι ασθενείς όχι μόνο με σχιζοφρένεια αλλά με ψυχική νόσο εν γένει, μπορούν να ωφεληθούν από τις υπηρεσίες ενός κλινικού όπως ο λογοθεραπευτής όταν αυτές γίνονται τακτικά, οργανωμένα και σε συνεργασία με τις άλλες ειδικότητες που εμπλέκονται στη θεραπευτική διαχείριση των ασθενών όπως οι ψυχίατροι, οι ψυχολόγοι, οι ψυχοθεραπευτές και οι εργοθεραπευτές^{30,33}. Δυστυχώς όμως ακόμη και σήμερα, υπάρχουν ελάχιστα εκπαιδευτικά προγράμματα που προσφέρουν τέτοιου είδους εξειδικευμένη κατάρτιση, κι ακόμη λιγότερα αξιολογητικά και παρεμβατικά εργαλεία, ώστε να στηρίξουν και να βοηθήσουν τον λογοθεραπευτή, κάτι όμως που αναμένεται να αλλάξει στο μέλλον³³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο: ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

2.1. Σκοπός και Στόχοι της Παρούσας Μελέτης

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι διαταραχές του λόγου στους ασθενείς με σχιζοφρένεια, όπως παρουσιάστηκαν και αναλύθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, αποτελούν αντανακλάσεις των διαταραχών της σκέψης τους.

Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο να περάσει ένα βήμα πέρα από τη βιβλιογραφία και να εξακριβώσει στην πράξη κάποια από τα προαναφερθέντα αποκλίνοντα χαρακτηριστικά του λόγου σε ένα συγκεκριμένο δείγμα ασθενών σε πραγματικό χώρο και χρόνο, με σκοπό τη διεξαγωγή ποιοτικών συμπερασμάτων ως προς τις επιπτώσεις αυτών στη λειτουργικότητα της επικοινωνίας τους, συνδυαστικά με την υπόλοιπη συμπτωματολογία της νόσου.

Ας μην ξεχνιέται άλλωστε, πως οι διαταραχές επικοινωνίας αποτελούν μέρος ενός συνόλου μιας ήδη υπάρχουσας κλινικής εικόνας που επηρεάζει ποικιλοτρόπως και σε κάθε τομέα της ζωής του ατόμου με σχιζοφρένεια σε οποιοδήποτε στάδιο και αν αυτός βρίσκεται.

2.2. Είδος της Μελέτης και Επιστημάνσεις

Η συγκεκριμένη μελέτη διεξάχθηκε αρχικά με τη μορφή της κλινικής παρατήρησης 6 ασθενών με τη διάγνωση της σχιζοφρένειας στα πλαίσια συμμετοχής τους σε ομάδα καθημερινής δημιουργικής απασχόλησης με ψυχικά πάσχοντες, καθώς επίσης και με την αλληλεπίδραση που είχαν με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας για δύο ημέρες (9 ώρες). Στη συνέχεια ακολούθησε προσωπική συνάντηση μαζί τους για μια άτυπη αξιολόγηση του λόγου τους με σκοπό τη λήψη δείγματος ομιλίας, για περίπου 20 λεπτά.

Η άτυπη αξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε εξέταζε κατά κύριο λόγο τις σημασιολογικές και πραγματολογικές ικανότητες, καθώς επίσης τις ικανότητες ανάκλησης μέσα από τη λήψη δείγματος του αφηγηματικού και αυτόματου λόγου, αλλά και τη μνήμη εργασίας μέσα από προσαρμοσμένες άτυπες δοκιμασίες. Δόθηκε προσοχή ώστε η εξέταση να είναι μικρής διάρκειας, εύκολη στην καταγραφή των

ευρημάτων και αντιπροσωπευτική του ληφθέντος προφορικού λόγου. Για τους παραπάνω λόγους, δόθηκε έμφαση στην εξέταση της παραγωγής και έκφρασης του προφορικού λόγου των εξεταζόμενων και δεν αξιολογήθηκαν άλλοι τομείς της γλώσσας όπως η ανάγνωση, η γραφή και η επανάληψη.

Η αξιολόγηση είναι άτυπη γιατί οι δραστηριότητες είναι αυτοσχέδιες, χωρίς όμως να είναι αυθαίρετες. Ειδικότερα, είναι βασίζονται στο πρότυπο σημασιολογίας και πραγματολογίας κατά το Bloom & Lahey, καθώς επίσης και στα τεστ ενηλίκων Διαγνωστικής Εξέτασης της Βοστώνης για την Αφασία (BDAE) και Examining for Aphasia – 4^η έκδοση (EFA – 4)³⁴ και σε προσαρμοσμένες δραστηριότητες του βιβλίου «Communication Activities with Adults»³⁵.

Αναλυτικότερα, στην εξέταση συμπεριλήφθηκαν οι εξής δραστηριότητες:

1. *Δείγμα του αφηγηματικού λόγου, της παραγωγής και ικανότητα διατήρησης του θέματος.* Ζητήθηκε από τον κάθε εξεταζόμενο να αφηγηθεί πώς πέρασε την προηγούμενη μέρα. Σημειώνεται ότι οι εκτιμήσεις των απαντήσεων δεν ακολουθούν κάποια σταθμισμένη κλίμακα, αφορούν μόνο την ικανότητα του εξεταζόμενου να δίνει απαντήσεις που συνδέονται άμεσα με την ερώτηση και το θέμα χωρίς να παρεκτρέπει από αυτό για όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο μπορεί. Κινείται στα πρότυπα της πρώτης κλίμακας «Συζήτηση & Έκφραση» της ΔΕΒΑ – ΣΜ.³⁴ Οι απαντήσεις δεν αξιολογούνται από τον αριθμό των λέξεων αλλά από την επικοινωνιακή τους αξία.
2. *Ορισμός 10 λέξεων.* Οι λέξεις που επιλέχθηκαν ήταν απλές, καθημερινές λέξεις, με μεγάλο εύρος δυνατικών απαντήσεων, που απαντώνται στο λεξιλόγιο όλων των εξεταζόμενων ηλικιακών ομάδων, με ελαφρώς κλιμακούμενη σημασιολογική δυσκολία. Αποφεύχθηκαν ιδιαίτερα αφηρημένες λέξεις –έννοιες. Η δραστηριότητα αυτή εξετάζει την σημασιολογική ικανότητα, τη σημασιολογική μνήμη και την συνειρμική σκέψη.
3. *Ανάκληση και κατονομασία σε σχέση με τη χρήση των αντικειμένων.* Οι εξεταζόμενοι ερωτήθηκαν ποιες καθημερινές δραστηριότητες πραγματοποιούνται με διάφορα γνωστά αντικείμενα και το αντίστροφο, με παρόμοιο τρόπο όπως αυτόν της 8^{ης} δοκιμασίας της ενότητας IV του Examining For Aphasia – 4^η έκδοση (EFA-4), που αφορούν την κατηγοριοποίηση, την ανάκληση και την κατονομασία³⁴.

4. *Τέσσερα ζευγάρια εικόνων “Cause & Effect”* . Οι εικόνες είναι παρμένες από το ομώνυμο εργαλείο με κάρτες των Ursache Und Wirkung. Τα 2 πρώτα ζεύγη κινούνται στο ίδιο επίπεδο δυσκολίας, ενώ στα τελευταία αυξάνεται ελαφρώς. Η δραστηριότητα αυτή χορηγήθηκε όπως η εικόνα του «Κλέφτη Μπισκότων» της ΔΕΒΑ-ΣΜ, με σκοπό όμως εδώ την αξιολόγηση της ικανότητας σύνθετης σκέψης, της σύνδεσης αιτίου και αποτελέσματος και την επιρροή της στην οργάνωση του προφορικού λόγου.
5. *Ερμηνεία μεταφορικών εκφράσεων και συμπλήρωση παροιμιών*(Προσαρμογή του Playing with Sayings³⁵). Η επιλογή των φράσεων και των παροιμιών έγινε με τα κριτήρια:
 - Να είναι γνωστές, απλές κοινής χρήσης, χωρίς πολυσύνθετα νοήματα.
 - Να προκύπτει εύκολα το νόημα τους ακόμη κι αν ο εξεταζόμενος δεν είναι εξοικειωμένος με αυτές.
 - Να καλύπτουν ένα αντιπροσωπευτικό εύρος αναγνώρισης και εκδήλωσης συναισθημάτων μέσα από αυτές (όπως χαρά, λύπη, θυμό).
 - Να έχουν εξασκηθεί σε αυτές ή παρόμοιες κατά την παραμονή τους στο κέντρο ημέρας.
6. *Άσκηση εργαζόμενης μνήμης και αυτόματου λόγου* με κατονομασία μηνών και ημερών της εβδομάδας με τη σειρά, κι ύστερα ανά δύο προς τα πίσω .

Αναλυτικά το φύλλο αξιολόγησης παρουσιάζεται στην ενότητα 2.5.

Όλες οι δοκιμασίες έγιναν προφορικά.

Η παρουσίαση των εικόνων της δραστηριότητας 4 έγινε μέσω tablet.

Σημειώνεται πως τα ευρήματα που ακολουθούν δε σχετίζονται με καμίας μορφής αντικειμενική / σταθμισμένη μέτρηση και σε καμία περίπτωση η μελέτη δεν πληροί τις προϋποθέσεις που απαιτούνται για την εξαγωγή έγκυρων γενικών συμπερασμάτων για τη σχιζοφρένεια. Αντίθετα αποτελεί μια προσπάθεια απεικόνισης των βιβλιογραφικών χαρακτηριστικών που αναφέρθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο σε ένα μικρό, αλλά χαρακτηριστικό δείγμα ατόμων με τη νόσο αυτή, μέσα από τον συνδυασμό της προσωπικής εμπειρίας μαζί τους, την παρατήρηση της λεκτικής και εξωλεκτικής επικοινωνίας τους στο συγκεκριμένο περιβάλλον, τη συνδιαλλαγή μαζί τους αλλά και μεταξύ τους, την άτυπη αξιολόγηση του λόγου τους, την πρόσβαση στο ιστορικό τους, καθώς επίσης και τη συνεργασία με το κλινικό προσωπικό.

Ακόμη, οι παρατηρήσεις που σημειώθηκαν πρέπει να θεωρηθούν καθαρά ποιοτικές, καθώς έγιναν με σκοπό την παρουσίαση μιας πιο ολοκληρωμένης εικόνας της παρούσας θέσης πέρα από την μελέτη της βιβλιογραφίας και ως μια μικρογραφία αυτής στην καθημερινή κλινική πράξη. Σε καμία περίπτωση δεν αποτελούν τεκμήριο ή έγκυρο στοιχείο για οποιαδήποτε στατιστική ή άλλη ποσοτική μέτρηση. Δεν καλύπτουν, εξάλλου και άλλες πλευρές του λόγου όπως η ανάγνωση και η γραφή. Ας θεωρηθούν ωστόσο έναυσμα για κάθε ενδιαφερόμενο κλινικό και για περαιτέρω διεξοδικότερες μελέτες στο μέλλον, αλλά και μια προσπάθεια παρουσίασης των ατόμων πίσω και πέρα από την νόσο.

2.3. Τόπος και Χρόνος Διεξαγωγής Μελέτης

Η διεξαγωγή της μελέτης πραγματοποιήθηκε στο κέντρο ημέρας «Κορωνίς», το οποίο ανήκει στο δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών επανένταξης και λειτουργεί στα πλαίσια του προγράμματος Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης «Ψυχαργός». Λειτουργήσε τον Δεκέμβριο του 2007 στην Ρόδο από την μη κερδοσκοπική Εταιρεία Ανάπτυξης Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων «Πανάκεια».

Το «Κορωνίς» απευθύνεται σε άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα που διαβιούν στην κοινότητα μόνα ή με τις οικογένειες τους και τους προσφέρει δημιουργική απασχόληση μέσα από τη συμμετοχή τους σε διάφορων ειδών δραστηριότητες σε ομάδες 15-20 ατόμων, οι οποίες οργανώνονται από το αρμόδιο προσωπικό (ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη, λογοθεραπευτή).

Η μελέτη διεξάχθηκε το διάστημα 3/8/15 – 14/8/15 στην αίθουσα δραστηριοτήτων του «Κορωνίς» με την παρακολούθηση- συμμετοχή στις προγραμματισμένες ημερήσιες ομαδικές δραστηριότητες αφενός, και αφετέρου με προσωπική επαφή με επιλεγμένους συμμετέχοντες σε μια 20λεπτη λήψη δείγματος λόγου μέσα από προσαρμοσμένες δραστηριότητες.

2.4. Δείγμα μελέτης και κριτήρια επιλογής

Από την ομάδα των ατόμων που απασχολούνται στο «Κορωνίς» επιλέχθηκαν έξι από αυτούς με κριτήρια:

- i. Να έχουν διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια (με εξαίρεση μια μεμονωμένη περίπτωση για την οποία γίνεται λόγος στην ανάλυση των περιστατικών)
- ii. Να μην συνυπάρχουν άλλες διαταραχές που έχουν επηρεάσει ή επηρεάζουν τον λόγο τους (π.χ. Νοητική υστέρηση, επιληψία κ.α.)
- iii. Να είναι λειτουργικοί μέσα στην ομάδα
- iv. Να είναι πρόθυμοι και θετικά διακείμενοι να συνεργαστούν για τη διεξαγωγή της μελέτης
- v. Να έχουν ως πρώτη γλώσσα την ελληνική (π.χ. μερικοί από τους υποψηφίους που πληρούσαν τα παραπάνω κριτήρια ήταν δίγλωσσοι)

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από τέσσερις γυναίκες και δύο άντρες. Ο αριθμός του δείγματος παρέμεινε μικρός για να είναι λειτουργικός δεδομένων των συνθηκών και του διαθέσιμου χρόνου διεξαγωγής της μελέτης. Ωστόσο, έγινε προσπάθεια να είναι αντιπροσωπευτικό της νόσου αυτής καθώς περιλαμβάνει άτομα που καλύπτουν όλες σχεδόν τις ηλικιακές ομάδες, ενώ κάθε περίπτωση παρουσιάζει ξεχωριστό ενδιαφέρον από άποψη ιστορικού, για το οποίο θα γίνει αναφορά και στη συνέχεια για τον καθένα ξεχωριστά.

Τέλος, για λόγους απορρήτου, τα ονόματα των ασθενών δεν αναφέρονται, ενώ στη θέση τους χρησιμοποιούνται τυχαία αρχικά γράμματα που ανταποκρίνονται μόνο στο φύλο. Αναφορά γίνεται μόνο στην ηλικία και σε μερικά στοιχεία από το ιστορικό τους.

2.5. Ευρήματα Μελέτης και Συμπεράσματα

Τα ευρήματα της μελέτης θα παρουσιαστούν ξεχωριστά για κάθε ασθενή. Αρχικά γίνεται αναφορά στο ιστορικό του και στη γενική εικόνα που παρουσίασε καθόλη τη διάρκεια της παρακολούθησης του. Έπειτα, ακολουθεί περιγραφή της απόδοσης του σε κάθε δοκιμασία συνοδευόμενη από αποσπάσματα απαντήσεων προς τεκμηρίωση αυτής.

Μετά την ολοκληρωμένη παρουσίαση και των έξι περιπτώσεων, ακολουθεί μια σύνοψη των αποτελεσμάτων και των συμπερασματικών παρατηρήσεων που προέκυψαν από τη μελέτη στο σύνολο της.

2.5.1. Παρουσίαση Περιστατικών

I. Περιστατικό 1ο: I., 54 ετών

Πληροφορίες από το Ιστορικό :

Η I. είναι υιοθετημένο μοναχοπαίδι με ιστορικό κακομεταχείρισης από τον πατέρα της, ενώ νόσησε κατά την εφηβεία. Είναι απόφοιτος γυμνασίου της οικοκυρικής σχολής, άγαμη και παραπέμφθηκε στην Πανάκεια τον Φεβρουάριο του 2013 όπου, σύμφωνα με τις καταγραφές των θεραπόντων ιατρών στο ιστορικό του ασθενούς, παρουσίαζε εικόνα "ιδρυματικής νεύρωσης" .

Στην αρχή αντιμετώπιζε μεγάλες δυσκολίες ως προς τις κοινωνικές τις συνδιαλλαγές και τις σχέσεις της με την ομάδα καθώς φώναζε πολύ, ήταν επικριτική και ως ένα βαθμό παρορμητική και αδιάκριτη. Η I. είχε εμμονές (λεκτικές και μη), υπερβολικές αντιδράσεις, δυνατή φωνή, ψυχαναγκαστικές ιδέες κι επαναλήψεις, χαρακτηριστική «ονειρική σκέψη», όπως αναγράφεται στο ιστορικό της, καθώς επίσης υπερφαγία και διαταραχές ύπνου.

Από το 2013 που παρακολουθεί την ομάδα, έχει σημειώσει εμφανή πρόοδο στις κοινωνικές τις σχέσεις, έχει ισχυρή παρουσία και μιλάει ακόμη δυνατά με έντονη εκφραστικότητα, αλλά δεν γίνεται επιθετική και τα πηγαίνει καλά με την ομάδα, ενώ έχει βελτιώσει τη βλεμματική της επαφή και το απρόσφορο συναίσθημα.

Ένα σημαντικό στοιχείο το οποίο προέκυψε από το ιστορικό και επιβεβαιώθηκε από την μελέτη είναι η εντυπωσιακή μακρόχρονη μνήμη που διαθέτει και ο άριστος προσανατολισμό στον χρόνο και στον εαυτό.

Σήμερα ζει μόνη της με σχετική αυτονομία με τη βοήθεια της πρόνοιας, ενώ κάθε βδομάδα ένας συγγενής της πηγαίνει φαγητό. Έχει περιορισμένες επαφές με την οικογένεια της, αλλά στο κέντρο ημέρας έχει πια σταθερή και ισχυρή παρουσία. Ακολουθεί πλέον τη ρουτίνα της και πηγαίνει καθημερινά στη θάλασσα που της αρέσει πολύ.

Ευρήματα από την Αξιολόγηση:

Η Ι. έχει πολύ καλό προσανατολισμό στο χρόνο και είναι σε θέση να περιγράψει με λογική σειρά, σαφήνεια και επαρκείς πληροφορίες τις δραστηριότητές της. Ωστόσο της παίρνει αρκετό χρόνο να το ολοκληρώσει, καθώς ξεφεύγει με προοδευτικές μετατοπίσεις σε άλλα θέματα με εφαπτομενικότητα και υπερλεπτομερειακό λόγο χωρίς όμως αυτός να γίνεται ασυνάρτητος. Μιλούσε με δυνατή φωνή, είχε σιγουριά και αυτοπεποίθηση.

Στους ορισμούς δεν έδειξε ιδιαίτερες δυσκολίες ανάκλησης, στην προσπάθεια όμως εύρεσης της κατάλληλης λέξης έχανε σε μικρό βαθμό τη συντακτική δομή της πρότασης (π.χ. στη λέξη 'ποδήλατο' η απάντηση ήταν «μεταφορικό μέσο, καβαλικάς, ανηφόρα ή κατηφόρα κάνεις...»), ενώ σε μερικές εκτροχιαζόταν (π.χ. για τη λέξη χελώνα η απάντηση ήταν «ζώο όχι της θάλασσας...θαλάσσια χελώνα κι αυτή δεν ,που δεν είναι (...) εγώ έχω κάνει ιππασία και μου αρέσουν τα άλογα ...»). Όταν συναντούσε σημασιολογική δυσκολία στην περιγραφική της ικανότητα, ο λόγος της αποδιοργανωνόταν (π.χ. για τη λέξη 'μαλόني' «που φουσκώνει, χριστουγεννιάτικο, όχι όχι και το καλοκαίρι...το πουλάνε στα σούπερ μάρκετ.»)

Στη χρήση των αντικειμένων ήταν εύστοχη, με μια τάση να δίνει πολλαπλές απαντήσεις, οι οποίες ήταν όμως σωστές.

Η Ι. δυσκολεύτηκε ιδιαίτερα στις εικόνες διότι δεν γινόταν αντιληπτή η σχέση αιτίου και αποτελέσματος μεταξύ τους. Ο λόγος της παρέμεινε επιφανειακά περιγραφικός, ήταν όμως οργανωμένος και χωρίς εκτροχιασμούς λόγω των μικρότερων και απλών απαντήσεων.

Στις πραγματολογικές δοκιμασίες δεν έδειξε ιδιαίτερες δυσκολίες στις μεταφορικές εκφράσεις, ενώ ήταν εξοικειωμένη με τις παροιμίες. Στις τελευταίες ωστόσο, ενώ αντιλαμβανόταν το νόημα τους, δυσκολευόταν αρκετά στην προφορική τους απόδοση (π.χ. για την παροιμία 'κάλλιο πέντε...και καρτέρι' η απάντηση της ήταν μονολεκτική «το χρήμα» / για το 'νηστικό αρκούδι δεν χορεύει' είπε «χορό δεν κάνει μπάλο, πρέπει να καρδαμώσει πρώτα»)

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, η Ι. είχε εξαιρετική επίδοση στις δραστηριότητες της μνήμης εργασίας και αυτόματου λόγου και μάλιστα ήταν η μόνη εκ των έξι που απάντησε όλα τα ζητούμενα επιτυχώς και με σχετική άνεση.

Όσον αφορά στη συνολική παρουσία της, η ένταση της φωνής της ήταν σταθερά υψηλότερη σε όλη τη διάρκεια της αξιολόγησης, αυτό είναι όμως κάτι που

τη χαρακτηρίζει γενικότερα ακόμη και στα πλαίσια της ομάδας. Ακόμη, είχε έντονη εκφραστικότητα τόσο με το πρόσωπο όσο και με το σώμα (π.χ. χρήση των χεριών της όταν μιλά), είχε καλή συγκέντρωση και προσοχή και ήταν πλήρως συνεργάσιμη.

II. Περιστατικό 2ο: Β., 20 ετών

Πληροφορίες από το ιστορικό:

Η Β. νόσησε κατά την εφηβεία και σταμάτησε το λύκειο, λόγω ψυχωτικού επεισοδίου. Ζει με τη γιαγιά και τη μητέρα της, που είναι και απαραίτητοι φροντιστές της.

Το 2012 αξιολογήθηκε γνωστικά με κλίμακες όπως το MNSE, CDT, Verbal Fluency Digit Span, MOCA, BNT, και η γνωστική της κατάσταση θεωρήθηκε διαταραγμένη με δυσκολίες στην οπτικοχωρική ικανότητα, τον οπτικοκινητικό συντονισμό, την ψυχοκινητική ικανότητα και τις εκτελεστικές λειτουργίες, είχε όμως φυσιολογική συγκέντρωση και μνήμη.

Το 2013 που εντάχθηκε στο Κέντρο Ημέρας, είχε την εικόνα ενός ιδιαίτερα κλειστού ατόμου, σχεδόν απρόσιτου, που δεν φρόντιζε την προσωπική του υγιεινή, είχε ακράτεια ούρων και προβλήματα βάρους. Έκανε συνεχείς αναφορές για ιδέες και «σκέψεις» για την οικογένεια της.

Σταδιακά μέχρι σήμερα έχει σημειώσει μικρή συνολική πρόοδο, είναι όμως πιο προσιτή και φιλική, ενώ παίρνει ισχυρή φαρμακευτική αγωγή.

Ευρήματα από την αξιολόγηση:

Ο αυθόρμητος λόγος της Β. είναι οργανωμένος, σαφής και ακολουθεί μια λογική σειρά, χωρίς καθόλου εκτροχιασμούς από το θέμα. Ειδικότερα, αποφεύγει τους πλατειασμούς και δεν κάνει πολύ μεγάλες ή πολλές προτάσεις, όμως δεν λείπουν βασικές πληροφορίες από αυτά που θέλει να πει. Στοματοπροσωπικά υπάρχει μια μικρή πτώση γωνίας στόματος, χωρίς να επηρεάζει την ομιλία της.

Στους ορισμούς οι απαντήσεις της ήταν εύστοχες, παρότι μικρές και αποτελούμενες από δύο ή τρεις σχετικές λέξεις. Παρατηρήθηκαν ωστόσο δυσκολίες στην ανάκληση βασικών όρων κατά τη διάρκεια αρκετών από των περιγραφών της, τις οποίες όμως πετύχαινε με φωνολογική βοήθεια (π.χ. για την ‘χελώνα’ : «ζώο, έχει από πάνω...πώς λέγεται...χάιτη; Α, καβούκι! »). Ακόμη έδειξε άγνοια για τις λέξεις «ανατολή» και «μπαλόνι» .

Στη χρήση των αντικειμένων και την κατονομασία δεν υπήρξε διαφοροποιητική παρατήρηση.

Στην επόμενη δραστηριότητα, η Β. ήταν σε θέση να εντοπίσει και να περιγράψει καλά την αιτιολογική σχέση στις εικόνες σε ποσοστό 75% (3 στις 4) , όμως κατά τη διάρκεια των απαντήσεων της ο λόγος της άρχισε να αποδιοργανώνεται συντακτικά, καθώς αμελούσε την κλίση και τους χρόνους των ρημάτων χρησιμοποιώντας τα όλα σε μορφή απαρεμφάτου ή υποτακτικής (π.χ. για την εικόνα 1: «να θέλει, να ανοίγει το στόμα του ,να τρομάξει από την αράχνη...»). Είχε τις ίδιες δυσκολίες στην ανάκληση λέξεων και μικρή διάσπαση προσοχής, αλλά έμενε πάντοτε εντός του θέματος και του ζητουμένου.

Στις πραγματολογικές ασκήσεις, η δυσκολία της εντοπίστηκε στις παροιμίες, λόγω της αδυναμίας της να τις αναγνωρίσει. Ταυτόχρονα, η αποδιοργάνωση των απαντήσεων της φαινόταν τόσο στο σημασιολογικά όσο και στο συντακτικό επίπεδο (π.χ. για το ‘μάτια που...λησμονιούνται’: «άμα είσαι μακριά, πιο καλά σαν φίλοι»)

Τέλος, η Β. δυσκολεύτηκε αρκετά και στην απαγγελία των ημερών της εβδομάδας, αλλά και στους μήνες, ακόμη και με τη σειρά. Η αντίστροφη κατονομασία τους στάθηκε αδύνατη.

Η Β. κατά την αξιολόγηση ήταν πρόθυμη και συνεργάσιμη. Κατά διαστήματα είχε μια μικρή διάσπαση προσοχής, προσπαθούσε όμως να είναι συγκεντρωμένη και δεν ξέφευγε ποτέ από το θέμα. Δεν ήταν ιδιαίτερα εκφραστική, αλλά έκανε έντονες χειρονομίες στην προσπάθειά της να ανακαλέσει τις σωστές λέξεις.

III. Περιστατικό 3ο: Ν., 57 ετών

Πληροφορίες από το ιστορικό:

Ο Ν. γεννήθηκε στη Βαγδάτη από χορευτές γονείς, Ελληνίδα μητέρα και Ισπανό πατέρα, ήρθε στην Ρόδο στα 8 του χρόνια όπου και μεγάλωσε και στα 35 του έχασε την μητέρα του.

Ζούσε ως άστεγος για πολλά χρόνια, βρέθηκε και εισήχθη μετά από ψυχωτικό επεισόδιο στη Λέρο το 2001. Το 2006 παραπέμφθηκε στον ξενώνα «Μελίτη» του «Πανάκεια», ο οποίος λειτουργεί ως μεταβατικός χώρος για το πέραςμα των ασθενών από το ίδρυμα στην κοινότητα. Έμεινε εκεί περίπου 8 χρόνια και από τον φετινό Ιούνιο ζει πλέον εκτός αυτού, καθώς συγκατοικεί με κάποιον άλλον, επίσης πρώην διαμένοντα του ξενώνα. Έκτοτε συμμετέχει στην ομάδα του κέντρου ημέρας, χωρίς όμως ενεργή και σταθερή παρουσία.

Όσον αφορά στην κλινική του εικόνα, ο Ν. δεν κάνει κάποια ιδιαίτερη φαρμακευτική αγωγή, αφού δεν είχε ποτέ ιδιαίτερα ακραία επεισόδια ή έντονα ενεργά συμπτώματα, εκτός από ιδέες, θυμό, ένταση, και μικρές κατά διαστήματα υποτροπές, που σε συνδυασμό με το δύσκολο χαρακτήρα που διαθέτει, δεν του επιτρέπουν μέχρι και σήμερα να δημιουργήσει ουσιαστικές σχέσεις.

Ερήματα από την αξιολόγηση:

Ο Ν. παρουσιάζει έντονη λόρδωση, έχει περίεργη στάση του σώματος ιδιαίτερα όταν κάθεται, καθώς επίσης και τεχνητή οδοντοστοιχία. Στον αυθόρμητο λόγο παρατηρήθηκε μικρή δυσκολία στην διαδοχοκίνηση επηρεάζοντας την ταχύτητα, αλλά όχι την ποιότητα της άρθρωσης. Ήταν σε θέση να διηγηθεί με λογική σειρά και σαφήνεια πώς περνάει τις μέρες του, διατηρούσε χωρίς δυσκολία το θέμα, ενώ το μήκος των προτάσεων του ήταν επιτηδευμένα μικρό και χωρίς λεπτομέρειες.

Στο ίδιο μήκος κινήθηκαν και οι απαντήσεις του στους ορισμούς, είτε χρησιμοποιώντας υπεραπλουστευμένες μικρές φράσεις (π.χ. για τη λέξη 'μπαλόκι': «το φουσκώνουμε» και για τη λέξη 'πόλεμος' : «κακό πράμα»), είτε με δηλώσεις άγνοιας και παύσεων σε λέξεις που δεν μπορούσε να ορίσει ('ανατολή', 'χελώνα') και σε αυτές τις περιπτώσεις γελοούσε.

Στην δραστηριότητα κατονομασίας μέσω της χρήσης των αντικειμένων δεν είχε καμία δυσκολία, ωστόσο και πάλι έδειξε αδυναμία για πιο σύνθετη σκέψη και οι απαντήσεις του ήταν πολύ απλές, μονολεκτικές, γενικευμένες και πολλές φορές ίδιες ακόμη και σε διαδοχικές απαντήσεις. Για παράδειγμα, στις ερωτήσεις «με τι

τρώμε/γράφουμε/πιάνουμε/πίνουμε» οι απάντησή του ήταν «με τα χέρια». Ο λόγος του, δηλαδή, ήταν αρκετά λακωνικός στα όρια της αλογίας.

Στη συνέχεια, ο Ν. περιέγραψε και εντόπισε επιτυχώς τη σχέση αιτίου-αποτελέσματος στις εικόνες που του παρουσιάστηκαν εκτός από την τελευταία (βλ. εικόνα 4), στην οποία δήλωσε πως δεν γνωρίζει να απαντήσει και δεν προσπάθησε ούτε να περιγράψει τι βλέπει. Ο λόγος του συνέχισε να είναι οργανωμένος και συγκροτημένος, αλλά, όπως και πριν, ήταν αρκετά λιτός και φτωχός.

Ο ίδιος τύπος απαντήσεων υπήρξε και στις πραγματολογικές ασκήσεις, οι απαντήσεις όμως που έδωσε ήταν κατά πλειοψηφία σωστές. Ειδικότερα, διέκρινε άριστα τις μεταφορικές εκφράσεις και γνώριζε τη χρήση των παροιμιών, χωρίς να παραποιεί σοβαρά το νόημα τους.

Ο αυτόματος λόγος ήταν καλός, ενώ στη μνήμη εργασίας υπήρχε κάποια δυσκολία.

Σε γενικό πλαίσιο, οι απαντήσεις του Ν. κατά την αξιολόγηση ήταν ως επί το πλείστον εύστοχες, παρότι ήταν λιτές. Δεν ήταν απρόθυμος, ήταν ωστόσο φανερό η έλλειψη κινήτρου του για κάποια ιδιαίτερη προσπάθεια, κάτι που ενέτεινε, ως ένα βαθμό, τη φτωχή σκέψη και ιδεοπενία που παρατηρήθηκαν. Ήταν όμως ευχάριστος, είχε καλή κατανόηση και σε αρκετές περιπτώσεις έκανε χιούμορ, ακόμη κι όταν το χρησιμοποιούσε για να παρακάμψει τα ζητούμενα που τον δυσκόλευαν.

IV. Περιστατικό 4ο: Γ., 40 ετών

Πληροφορίες από το ιστορικό:

Η Γ. ζει πολλά χρόνια με τη νόσο και είναι μέλος πολυμελούς οικογένειας, με βεβαρημένο ιστορικό.

Ειδικότερα, από τέσσερα από τα πέντε αδέρφια της που είναι εν ζωή, τα τρία ζουν όπως κι εκείνη, δηλ. με επιδόματα αναπηρίας, ενώ ο τέταρτος αδερφός με τη μητέρα τους παίρνουν αναπηρική σύνταξη. Είναι απόφοιτος δημοτικού, ενώ στα 15 της έπασχε από νευρική ανορεξία. Ζει με την οικογένειά της, της οποίας είναι, όσο της επιτρέπουν οι δυνατότητες της, φροντιστής της.

Η Γ. έχει εξωτροπία ματιού, γεγονός που επηρεάζει την πρώτη εντύπωση που έχει κάποιος αν δεν την γνωρίζει, όμως σε γενικές γραμμές είναι ανοιχτή, φιλική κι επικοινωνιακή, έχει καλή αντίληψη και μέσα στην ομάδα του «Κορωνίς» έχει σταθερή παρουσία και καλές σχέσεις με όλους.

Ευρήματα από την αξιολόγηση:

Ο αυθόρμητος λόγος της Γ. είναι αποδιοργανωμένος. Έχει καλό προσανατολισμό στον χρόνο, αδυνατεί όμως να αφηγηθεί με σειρά και ειρμό, καθώς επίσης και να διατηρήσει το θέμα της συζήτησης. Το μήκος των προτάσεων της είναι αισθητά μεγάλο, με υπερβολικά πολλές και δευτερεύουσες λεπτομέρειες και δίνει την αίσθηση ότι προσπαθεί να πει όσο περισσότερα μπορεί με μια ανάσα. Η μακρυγορία/πλατειασμός χαρακτήριζαν σε γενικές γραμμές την απόδοση της σε όλη τη διάρκεια της αξιολόγησης.

Ακόμη, κάποιες ιδέες και προσωπικές σκέψεις που κάνει, όπως ανησυχίες σχετικά με την ίδια και την οικογένεια της, την οδηγούν σε αλματώδεις εκτροχιασμούς. Διασπάται εύκολα η προσοχή της, δεν είναι συγκεντρωμένη σε αυτά που θέλει να πει, με αποτέλεσμα να απομακρύνεται άμεσα και πολύ γρήγορα από το θέμα, αλλά και δεν μπορεί να διατηρήσει κάποιο για παραπάνω από μερικά δευτερόλεπτα χωρίς να μεταπηδήσει σε επόμενο. Έκανε επίσης, πολλές αναδρομές σε γεγονότα του παρελθόντος και προσωπικές της εμπειρίες (π.χ. ρήξη με μία φίλη της, τη νευρική ανορεξία στην εφηβεία κ.α.)

Παρά την αποδιοργάνωση όμως, δεν παρατηρούνται νοσηροί ορθολογισμοί και ο λόγος της παρότι φλύαρος, δεν στερείται περιεχομένου.

Στους ορισμούς, η σημασιολογική ικανότητα της ήταν καλή και υπήρχε πλήρης κατανόηση των λέξεων και των νοημάτων τους. Εντούτοις, η Γ. έχανε άμεσα τη συντακτική δομή των προτάσεων της, χρησιμοποιούσε σχεδόν αποκλειστικά ενεστώτα ή έκανε λάθος χρήση των χρόνων γρήγορα εκτροχίαζε, μετάβαινε σε πολλά θέματα, μιλούσε ασταμάτητα και είχε ανάγκη από οριοθέτηση, καθώς υπερέβαινε κατά πολύ τον χρόνο που προβλεπόταν για την ολοκλήρωση της άσκησης. Τρία χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι τα εξής:

‘θάλασσα’: «γαλάζια, ήταν ωραία, έκανα τέσσερα μπάνια, ωραία ήταν μ’αρέσει πολύ η θάλασσα, εκεί που πάμε, αλλιώς καθόμαστε σπίτι, εμένα μου αρέσουν οι βόλτες αλλά τώρα έχω καιρό να πάω βόλτα(...)»

‘ποδήλατο’: «χόμπι, εγώ δεν έμαθα, έπεφτα κάτω, στη γειτονιά...της λέω ποδήλατο κι έπεσα κάτω.»

‘πόλεμος’: «κακό, δεν το θέλει κανένας, βλέπω το Ιράκ στην τηλεόραση και τρομάζω κι όταν λένε να μη βλέπω, εγώ όμως είδα και τρόμαξα(...)»

Σημειώνεται επίσης, ότι στο τελευταίο παράδειγμα ο εκτροχιασμός ήταν τόσο μεγάλος, που η Γ. βρέθηκε να λέει για τον λογιστή της κι ύστερα για τα φάρμακα της και την επίσκεψη στον γιατρό της. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρειαζόταν προτροπή για να διακοπεί η απάντηση και να προχωρήσει στο επόμενο ζητούμενο.

Στην κατονομασία μέσω της χρήσης, δεν βρέθηκαν αξιοσημείωτα ευρήματα. Οι απαντήσεις που έδωσε ήταν πολλαπλές, αλλά όλες σωστές.

Κατά την παρουσίαση των εικόνων στην τέταρτη δραστηριότητα, η Γ. εντόπισε και περιέγραψε με επιτυχία τη σχέση αιτίου – αποτελέσματος σε όλες τις εικόνες. Πέρα από αυτό όμως, είχε δυσκολία στην ανάκληση των αντικειμένων που έβλεπε και προσπαθούσε να κατονομάσει (π.χ. για την κούκλα στην εικόνα 4 η λέξη που χρησιμοποίησε ήταν: «άνθρωπος ψεύτικος»). Επίσης, έδινε έμφαση και έκανε ανάλυση σε δευτερεύουσες λεπτομέρειες κατά την περιγραφή. Ήταν όμως πιο συγκεντρωμένη, ο λόγος της πιο οργανωμένος και ο εκτροχιασμός φανερά μειωμένος.

Στη συνέχεια, απέδωσε πολύ καλά και ολοκληρωμένα την ερμηνεία των μεταφορικών εκφράσεων, χωρίς καμία παρέκκλιση στον λόγο. Στις παροιμίες, αντιθέτως, ο λόγος της αποδιοργανώθηκε και πάλι παρότι ήταν σημασιολογικά εύστοχη: (π.χ. για το ‘όταν λείπει...ποντίκια’ η απάντηση ήταν : «όταν σε αφήσουν να κάνεις αταξίες, φύγανε τα άτομα. Και κάνεις ό,τι θέλεις...»).

Τέλος, για την κατονομασία ημερών και μηνών ήταν απαραίτητη η χρήση των δακτύλων και η αντίστροφη ανάκληση ήταν αδύνατη.

Η Γ. κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης ήταν πολύ επικοινωνιακή, είχε έντονη εξωλεκτική επικοινωνία και καλή διάθεση. Όμως, η συγκέντρωση και η προσοχή της

μειώνονταν προοδευτικά, ενώ ο εκτροχιασμός και ο ιδεομυρηκασμός για προσωπικά της θέματα, καθυστερούσε αφενός τη διαδικασία και αφετέρου οδηγούσε συχνά σε ανάγκη για οριοθέτηση.

V. Περιστατικό 5ο: Σ., 32 ετών

Πληροφορίες από το ιστορικό:

Η Σ. είχε ένα σοβαρό επεισόδιο στα 16 της χρόνια, όταν το αγόρι της ακύρωσε ξαφνικά ένα ραντεβού κι εκείνη τότε άρχισε να χτυπά πόρτες, να φωνάζει, να κλαίει και να διώχνει τους πάντες από κοντά της. Έκτοτε ξεκίνησε και την φαρμακευτική της αγωγή. Τελείωσε το νυχτερινό λύκειο και στα 26 της παντρεύτηκε. Σε εκείνο το διάστημα προέκυψαν προβλήματα με την οικογένεια της από την οποία και απομακρύνθηκε, καθώς, αφενός η ίδια φαίνεται πως αμελούσε τη φαρμακευτική της αγωγή, κι αφετέρου, ο σύζυγος της δεν γνώριζε για την κατάσταση της.

Σήμερα, είναι διαζευγμένη και ζει με τη μητέρα και τον αδερφό της.

Η Σ., αν το επιθυμήσει, μπορεί να επικοινωνήσει πολύ σωστά. Παρότι συνεσταλμένη και λιγομίλητη, δεν είναι τόσο απρόσιτη όσο δύσκολη στις σχέσεις της με τους άλλους, λόγω καχυποψίας. Διατηρεί κάποια ενεργά συμπτώματα της νόσου, κυρίως την παρερμηνεία των νοημάτων. Στην ομάδα του κέντρου ημέρας έχει σταθερή παρουσία και έχει με όλους καλές, αλλά τυπικές σχέσεις.

Ευρήματα από την αξιολόγηση :

Η Σ. είναι άτομο μετρημένο, ήσυχο και χαμογελαστό. Μιλούσε με χαρά για τις αγαπημένες της δραστηριότητες, αλλά και για το τι έκανε την προηγούμενη μέρα. Ο αυθόρμητος λόγος της είχε συνοχή, οργάνωση και τις απαραίτητες πληροφορίες και σειρά έτσι ώστε να γίνεται σαφής. Δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στην ομιλία ή στο περιεχόμενο του λόγου της, εκτός από τη συχνή χρήση υποκοριστικών η οποία ήταν εμφανής σε όλη τη διάρκεια της αξιολόγησης (π.χ.

«έκανα ένα μπανάκι, πήρα έναν υπνάκο»). Ενδέχεται σαν εύρημα να μην είναι καθαρά λογοθεραπευτικό, ήταν όμως εξέχον χαρακτηριστικό του λόγου της.

Στους ορισμούς η Σ. τα πήγε εξαιρετικά καλά, ήταν πάντοτε εύστοχη στις απαντήσεις τις και έμενε εντός θέματος. Απαντούσε με αμεσότητα, ενώ είχε μικρά μπλοκαρίσματα μόνο στις περιπτώσεις που αγχωνόταν πως δεν απαντάει τόσο γρήγορα όσο θα ήθελε. Πάλι, ήταν εμφανής η χρήση των υποκοριστικών σχεδόν σε όλες τις απαντήσεις της (π.χ. «κάθεσαι κάτω από την ομπρελίτσα...», «διαβάζουμε παραμύθια στα εγγονάκια μας...», «ζωάκι που βγαίνει στην άμμο...», «πηγαίνουμε με αυτό βολτούλα στον δρόμο...»).

Παρομοίως, στην κατονομασία μέσα από τη χρήση, οι απαντήσεις της ήταν εξίσου σωστές, πάλι με τη μορφή υποκοριστικών σε αρκετές περιπτώσεις (π.χ. Τι κάνουμε με το ποτιστήρι; «ποτίζουμε τα λουλουδάκια μας»;/ Τι κάνουμε με την οδοντόβουρτσα; «βουρτσίζουμε τα δοντάκια μας» / Με τι πιάνουμε; «Με τα χεράκια μας»).

Όσον αφορά την τέταρτη δραστηριότητα, η Σ. χρειαζόταν παραπάνω χρόνο με τις εικόνες και σκεφτόταν περισσότερο για να απαντήσει. Τα δύο πρώτα ζεύγη την δυσκόλεψαν αρκετά και δεν κατάφερε να βρει τη σύνδεση μεταξύ τους, αλλά έμεινε σε μικρές περιγραφικές προτάσεις που πολλές φορές στερούνταν περιεχομένου και άλλοτε ορθότητας (π.χ. Εικόνα 1 : «ένα παιδάκι πονάει και κοιμάται.» / Εικόνα 2: «Γαστρεντερικός πόνος και τρώει το παιδάκι»). Στα επόμενα δύο ζεύγη, εντόπισε το αίτιο αποτέλεσμα, όμως η συντακτική της δομή έδειξε μια μικρή αποδιοργάνωση ή οποία ήταν εμφανής συγκριτικά με την επίδοση της στις προηγούμενες δοκιμασίες.

Στη συνέχεια, η Σ. ανταπεξήλθε πολύ καλά στις μεταφορές, αλλά και στις παροιμίες, δίχως να προκύψουν διαφοροποιητικά ευρήματα.

Τέλος, η μόνη δυσκολία που συνάντησε στην αξιολόγηση της μνήμης εργασίας, ήταν στην αντίστροφη ανάκληση των μηνών ανά δύο.

Σε γενικές γραμμές, η Σ. είχε μια καλή αξιολογητική παρουσία και έδειξε να έχει πολλές δυνατότητες. Παρά το μικρό μήκος των προτάσεων της, που συχνά αποτελούνταν μόνο με ρήμα κι αντικείμενο, καθώς επίσης και τις μονολεκτικές απαντήσεις, η συνοχή κι η οργάνωση ήταν κυρίαρχες στον λόγο της κατά πλειοψηφία,. Έδειξε επίσης πολύ καλή συγκέντρωση, μηδενικό εκτροχιασμό και καμία δυσκολία στην ανάκληση λέξεων.

Σημειώνεται τέλος, πως η Σ. την ημέρα της αξιολόγησης ολοκλήρωσε στο μισό χρόνο τις δραστηριότητες από ότι οι υπόλοιποι καθότι έπρεπε να φύγει από το κέντρο ημέρας.

VI. Περιστατικό 6ο: Χ., 51 ετών

Πληροφορίες από το ιστορικό:

Ο Χ. ως έκτο μέλος της ομάδας της μελέτης, διαφοροποιείται κλινικά από τους υπόλοιπους και επιλέχθηκε για την μελέτη γιατί παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον από πλευράς ιστορικού.

Ειδικότερα, δεν συγκαταλέγεται στην ίδια διαγνωστική κατηγορία και κλινική κατάσταση με τους υπόλοιπους, καθώς δεν έπασχε από τη νόσο τη σχιζοφρένειας, όμως μετά από δύο ατυχήματα που του συνέβησαν, εμφάνισε χαρακτηριστικά και συμπτώματα ψύχωσης, τα οποία τον οδήγησαν να παρουσιάζει μια κλινική εικόνα που πλησιάζει πολύ σε αυτή των περιστατικών με διάγνωση σχιζοφρένειας.

Συγκεκριμένα, όταν ήταν φαντάρος, είχε ένα σοβαρό ατύχημα με τη μηχανή, από το οποίο χρειάστηκε πολύς καιρός για να επέλθει αποκατάσταση, ενώ το 1990, σε ηλικία 26 ετών, υποβλήθηκε σε χειρουργείο, καθώς βρέθηκε ανεύρυσμα στον εγκέφαλο. Η επέμβαση είχε τόσο νοητικές όσο και κινητικές επιπτώσεις (παράλυση της δεξιάς πλευράς), και η αποκατάσταση τους ήταν μερική. Μετά την επέμβαση, είχε ο πρώτο του ψυχωτικό επεισόδιο.

Εμφανίζει έμμονες ιδέες, και παραληρηματικές ιδέες (πιστεύει ότι οι κινήσεις του ίδιου και των υπολοίπων παρακολουθούνται, κάνει λόγο συχνά για κυκλώματα παρακολούθησης, υποκλοπή πληροφοριών κ.α.) και έχει εθισμό στο κάπνισμα. Είναι διαζευγμένος και σήμερα τον φροντίζουν οι δύο αδερφοί του, καθώς ο ίδιος δεν είναι σε θέση να εργαστεί. Είναι σταθερό μέλος της ομάδας στο κέντρο ημέρας, χωρίς όμως ιδιαίτερα ενεργή παρουσία.

Πληροφορίες από την αξιολόγηση

Ο Χ. είναι πολύ προσιτός και ευχάριστος, ενδιαφέρεται να επικοινωνήσει και κάνει χιούμορ, αλλά του είναι δύσκολο να διατηρήσει ένα θέμα συζήτησης ειδικά εάν δεν αφορά τα ενδιαφέροντα του, ενώ θα βρει τρόπο να μιλήσει τελικά για δικές του σκέψεις και θέματα.

Από τον αυθόρμητο του κιόλας λόγο, φαίνεται πως έχει κάποιες έμμονες ιδέες, ιδεομηρυκασμούς, ενώ κάνει συνεχώς αναδρομές στο παρελθόν και ο λόγος του εκτροχιάζεται σχεδόν απόλυτα και χωρίς ομαλότητα. Υπήρχε διαρκώς ανάγκη για οριοθέτηση, καθώς η διάσπαση προσοχής του ήταν μεγάλη, ενώ ξεπερνούσε κατά πολύ τον προβλεπόμενο χρόνο με το αναλώνεται σε μονολόγους που δεν είχαν συνάφεια με το ζητούμενο. Χαρακτηριστικά, προτού ξεκινήσει η αξιολόγηση, όταν ερωτήθηκε πώς ένιωθε εκείνη την ημέρα, απάντησε πως είναι καλά, αλλά το μόνο πρόβλημα που είχε ήταν πως τα αλουμίνια του παραθύρου απέναντι του, του φαίνονταν πολύ μεγάλα. Με αφορμή αυτό, άρχισε να εξηγεί ένα πρόβλημα που είχε με τα γυαλιά του κι έπειτα κατέληξε μιλάει το πρώτο πεντάλεπτο για τα χάπια του.

Ακόμη, μπορούσε αφενός να περιγράψει με συνοχή και σειρά τι έκανε την προηγούμενη ημέρα, αφετέρου όμως έβρισκε αφορμές για να μιλάει για τις δικές του ιδέες και σκέψεις και ήταν δύσκολος στην οριοθέτηση. Δεν είχε πολύ καλό προσανατολισμό στον χρόνο, έκανε όμως συνεχώς αναδρομές σε παρελθοντικά γεγονότα και προσδιόριζε τα πάντα (ονόματα, τοποθεσίες, συμβάντα) σύμφωνα με την ταξινόμηση τους στο χώρο. Οποιαδήποτε πληροφορία ήθελε να διατυπώσει δηλαδή, το έκανε τοποθετώντας την στον χώρο, χρησιμοποιώντας τοπωνύμια, οδούς, μαγαζιά, κάτι που έκανε τόσο στην ανάκληση ονομάτων όσο και προσώπων και τοποθεσιών, με αποτέλεσμα να εκτροχιάζει πλήρως.

Κατά τον εκτροχιασμό, μπορούσε να διακόψει ακόμη και τη δική του ροή, για να πει κάτι ασύνδετο με το πλαίσιο της συζήτησης. Για παράδειγμα, μιλώντας για το γεύμα που είχε στον αδερφό του την προηγούμενη ημέρα, έβγαλε το πακέτο με τα τσιγάρα από την τσέπη του και επιδεικνύοντας τη μάρκα «GR», διακόπτει ξαφνικά και δηλώνει «εγώ καπνίζω Ελλάδα.». Ακόμη, όταν δυσκολευόταν πολύ, εμφάνιζε παύσεις, επιμηκύνσεις φωνημάτων και μπλοκαρίσματα, όχι όμως σε βαθμό που να εμποδίζουν την επικοινωνία του ή να υπονοούν τραυλισμό.

Η ίδια εικόνα επικρατούσε και στις υπόλοιπες δραστηριότητες.

Στους ορισμούς, η δυσκολία στην ανάκληση έγινε εντονότερη, ο εκτροχιασμός παρέμενε, και οι ιδέες του έβγαιναν συχνά στην επιφάνεια. Παράλληλα, η συντακτική δομή χανόταν προοδευτικά όσο αυξανόταν η δυσκολία και όσο εκείνος απομακρυνόταν από το θέμα. Σε λέξεις που δυσκολευόταν πολύ να τις περιγράψει (π.χ. ομπρέλα), έκανε υπόδειξη – νόημα με τα χέρια του.

Οι πιο χαρακτηριστικές απαντήσεις του ήταν οι εξής:

Θάλασσα: « Νερό με αλάτι, στη Μεσόγειο όλη, όπου έχει θάλασσα με αλάτι...[παύση]ενώ στον Γαδουρά περνάει νερό [αποξηραμένο ποτάμι της Ρόδου]... Τα κομπιούτερ [δείχνει τον υπολογιστή του γραφείου] ποιος τα ανακάλυψε ξέρεις; Ποιος μας παρακολουθεί από την οθόνη; Πώς το κάνουν αυτό, ξέρεις;»

Ανατολή: «Εεε.. Δεν ξέρω. Δ-δ-δύση, Βορράς, εεε.. Νότος.»

Πόλεμος: « Τώρα έχουμε εκεί κάτω...στο-ο-ο-ο πώς το λένε...Ισραήλ; Τη διαφορά. Στα κράτη εκεί κάτω.»

Στην επόμενη δραστηριότητα, ο Χ. δεν αντιμετώπισε προβλήματα στις ερωτήσεις «τι κάνουμε με...», αντίθετα η αδυναμία του ήταν στην κατονομασία μέσω της χρήσης. Σε αρκετές ερωτήσεις δηλαδή, περίπου το 40%, που ζητούσαν το αντικείμενο με το οποίο κάνουμε κάνουμε κάτι, οι απαντήσεις ήταν περιγραφικές, συνοδευόμενες από νοήματα και όχι πάντα εντελώς ορθές:

- *Με τι τρώμε :* «Με το...[παύση] με τα ζύλινα που τρώνε οι Κινέζοι. Το πιρούνι.»
- *Με τι ζωγραφίζουμε:* « Στυλό με χρώματα»

Στην δραστηριότητα αιτίου - αποτελέσματος, ο Χ. δυσκολευόταν πολύ με τις εικόνες, δεν της έβλεπε καθαρά, λόγω προβλήματος όρασης και δεν μπορούσε να τις συνδέσει μεταξύ τους. Έβλεπε κάθε ζεύγος σαν δύο διαφορετικές εικόνες :

«Ένα παιδί κοιμάται, ένα είναι ζύπνιο.» (εικόνα 1)

« Ένα παιδί κοιμάται, ένα βλέπει.» (εικόνα 2)

Στη συνέχεια, η απόδοση του Χ. στις πραγματολογικές ασκήσεις έδειξε πολλαπλά ελλείμματα. Ειδικότερα, στις μεταφορικές φράσεις δεν απέδωσε σωστά το περιεχόμενο αυτών:

Π.χ.

Μου έκοψες τη χολή – «Σε στενοχώρησα πολύ»

Κλαίω με μαύρο δάκρυ – «Σε στενοχώρησα πολύ»

Ενώ στις παροιμίες είτε αστοχούσε είτε εκτροχίαζε και πάλι:

Π.χ.

Όταν λείπει...ποντίκια- « Όπως εμένα. »

Μάτια που...λησμονιούνται – «Όπως όταν εγώ ήμουν στη Γερμανία, ήταν ο πατέρας μου, και τον καρτερούσαμε τότε θα 'ρθει(...)»

Στον αυθόρμητο λόγο και τη μνήμη εργασίας τα πήγε καλά, κάνοντας όμως πολλές προσπάθειες προτού επιτύχει και κάνοντας απαραίτητως χρήση των δακτύλων. Η αντίστροφη ανάκληση των μηνών τελικά στάθηκε αδύνατη.

Ο Χ. έχει φανερά επικοινωνιακά ελλείμματα, τα οποία αντανakλούνται κυρίως στην πραγματολογία. Έχει μεγάλη δυσκολία στην ανάκληση και την κατονομασία, δεν μπορεί να διατηρήσει το θέμα της συζήτησης και έχει λεκτικές εμμονές, γεγονός που δυσχεραίνει την κοινωνική συνδιαλλαγή με τους άλλους, παρά την φανερή του πρόθεση για επικοινωνία και καθιστά απαραίτητη την οριοθέτηση.

2.5.3. Συνολικές Παρατηρήσεις και Συμπεράσματα

Εκτός των μεμονωμένων παρατηρήσεων και συμπερασμάτων που προκύπτουν για το κάθε μέλος της μελέτης ξεχωριστά, η παραπάνω αξιολόγηση επιτρέπει ταυτόχρονα την εξαγωγή συμπερασμάτων για τη μελέτη στο σύνολο της. Ειδικότερα, με την σύγκριση των ευρημάτων, σημειώθηκαν οι παρακάτω παρατηρήσεις:

Μελετώντας τους παραπάνω ασθενείς και λαμβάνοντας δείγματα του λόγου τους, φαίνεται πως η αποδιοργάνωση είναι το κύριο χαρακτηριστικό αντίκτυπο της

νόσου στον λόγο. Φυσικά, όσο μεγαλύτερη αποδιοργάνωση υπάρχει στη σκέψη, τόσο μεγαλύτερος ο βαθμός που θα συμβαίνει στην ομιλία. Για αυτό το λόγο, δεν είναι απαραίτητο ότι εμφανίζεται πάντοτε άμεσα και σε μεγάλο βαθμό δυσχεραίνοντας την επικοινωνία ακόμη και στον αυθόρμητο λόγο (όπως στην περίπτωση της Γ. και του Χ.), αλλά μπορεί να προκύψει όταν ένα κατά τα άλλα λειτουργικό επικοινωνιακό άτομο έρθει αντιμέτωπο με μια γνωστικά απαιτητικότερη δοκιμασία που απαιτεί σύνθετη σκέψη (όπως αίτιο – αποτέλεσμα, αφηρημένες έννοιες, ειρωνεία).

Ακόμη, οι μεγαλύτερες δυσκολίες που συναντούν είναι οι πραγματολογικές και οι σημασιολογικές, κυρίως στην ανάκληση και στην κατονομασία, ενώ υπάρχουν εμφανή ελλείμματα στην εργαζόμενη μνήμη.

Το μεγαλύτερο και σπουδαιότερο εύρημα όλων όμως, πέρα από επιστημονικές παρατηρήσεις, είναι πως, παρότι οι άνθρωποι αυτοί φέρουν την ίδια διάγνωση, πάσχουν από την ίδια νόσο και έχουν κάποια κοινά συμπτώματα, αυτό δεν συνεπάγεται ότι μοιράζονται απαραίτητα τα ίδια χαρακτηριστικά σκέψης είτε λόγου είτε συμπεριφοράς, τις ίδιες ανάγκες, τις ίδιες δυνατότητες, τις ίδιες επιθυμίες. Είτε μέσα από ομάδες, είτε στην καθημερινή τους ζωή, η ανάγκη για επαφή με τους άλλους και λειτουργική επικοινωνία υφίσταται και μεγαλώνει, κι αυτό από μόνο του είναι το σπουδαιότερο κοινό εύρημα πέρα από κάθε ιατρική διάγνωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΕΣ

Η σχιζοφρένεια, παρότι πάντοτε ιστορικά παρούσα, χρειάστηκε να αλλάξει πολλά ονόματα και να περάσει πολλά ερευνητικά στάδια για να αποβάλλει μεταξύ άλλων τον δεισιδαιμονικό της χαρακτήρα, την θεώρηση της αργότερα ως πρώιμη άνοια, αλλά και τη λανθασμένη αντίληψη περί διχασμού της προσωπικότητας, παρότι παραμένει πόλος έλξης ενδιαφέροντος αλλά και μύθων. Σήμερα, αντιμετωπίζεται ως μια πολυσχιδής ψυχική νόσος, που συνεχίζει να γεννά ακόμα περισσότερα ερωτήματα στην διεπιστημονική κοινότητα που μελετά από όσα έχουν μέχρι στιγμής έχουν απαντηθεί.

Ακόμη κι αν η αιτιολογία της σχιζοφρένειας δεν είναι ξεκάθαρη, το σίγουρο είναι πως σύμφωνα με τα ως τώρα ευρήματα, η απάντηση δεν είναι μοναδική, καθώς οφείλεται σε ένα σύνολο παραγόντων, τόσο βιολογικών όσο και περιβαλλοντικών, με κοινό παρονομαστή την γενετική προδιάθεση και το τραυματικό γεγονός που θα πυροδοτήσει το πρώτο επεισόδιο. Είναι όμως πραγματικότητα, ότι πλήττει πολλά εκατομμύρια ανθρώπων ανά τον κόσμο, χωρίς διακρίσεις σε φύλο, ηλικία και κοινωνικοπολιτικό επίπεδο προκαλώντας μεταξύ άλλων ψευδαισθήσεις, παραληρηματικές ιδέες, εμμονές, αλλόκοτη συμπεριφορά, γνωστικές διαταραχές. Οι άνθρωποι αυτοί ακούν φωνές, νιώθουν ότι χάνουν τον εαυτό τους, ότι δεν ελέγχουν τις σκέψεις τους και όλα τα συμπτώματα που έχουν καθιστούν τη ζωή τους κοπιώδη και δύσκολη σε όλες τις εκφάνσεις της.

Η πρόγνωση δεν είναι πάντα καλή και εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες, κυρίως από την συμμόρφωση του ασθενούς με τη θεραπεία και ακόμη περισσότερο την υποστήριξη του από το οικογενειακό περιβάλλον.

Η θεραπευτική της αντιμετώπιση βασίζεται στην χρόνια διαχείριση και μέχρι στιγμής η καλύτερη προσέγγιση της προϋποθέτει την συνεργασία ειδικοτήτων της ιατρικής, της ψυχιατρικής, της ψυχολογίας, της εργοθεραπείας και πρόσφατα της λογοθεραπείας.

Οι διαταραχές του λόγου στη σχιζοφρένεια, όπως και των ψυχικών νόσων εν γένει, είναι ένα νέο πεδίο μελέτης για τη διεπιστημονική κοινότητα που χρειάζεται αναμφίβολα περαιτέρω έρευνα και εξέλιξη. Με τα ως τώρα δεδομένα πάντως,

φαίνεται πως ο λόγος των ατόμων με σχιζοφρένεια επηρεάζεται και αντανακλά σε μεγάλο βαθμό τις διαταραχές της σκέψης με κύριο χαρακτηριστικό την αποδιοργάνωση, ενώ οι τομείς που φαίνονται να πλήττονται περισσότερο είναι η πραγματολογία, η σημασιολογία και σε μικρότερο βαθμό η σύνταξη ειδικά όταν εμπλέκεται γνωστικά απαιτητικότερη δοκιμασία.

Η άτυπη αξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε στο «Κορωνίς», αφενός επιβεβαιώνει τα βιβλιογραφικά ευρήματα που προαναφέρθηκαν, αφετέρου ανοίγει τον δρόμο για νέα ερωτήματα όσον αφορά τις διαταραχές της επικοινωνίας στους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Μεγάλο κλινικό ενδιαφέρον και προσφορά θα είχε για παράδειγμα η δημιουργία ενός σταθμισμένου εργαλείου αξιολόγησης του λόγου της ψυχικής νόσου που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί από τον ανάλογο κλινικό και θα περιλαμβάνει όλους τους τομείς εξέτασης της γλώσσας, η αντίστοιχη σύνθεση ενός οδηγού λογοθεραπευτικής παρέμβασης για τις ψυχικές νόσους, καθώς επίσης διερεύνηση θεμάτων όπως ο λόγος στη σχιζοφρένεια δίγλωσσους ασθενείς ή σε συνδυασμό με άλλες διαταραχές (π.χ. νοητική υστέρηση, επιληψία, αγχώδεις διαταραχές) και στην παιδική ηλικία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Τσαλίκoglou – Κωστοπούλου «Σχιζοφρένεια και Φόνος – μια ψυχολογική – εγκληματολογική έρευνα», Παπαζήσης, 1989
2. Burton N., «Living with Schizophrenia», Acheron Press, 2012
3. Ιστότοπος: <http://www.schizophrenic.com/content/schizophrenia/history-schizophrenia>
4. Faith and Johnstone, «Schizophrenia a Very Short Introduction» , OUP Oxford, 2003
5. Kring Ann M., Davison Gerald C., Neale John M., Johnson Sheri L., μετάφραση Θεοδώρα Καραμπά · επιμέλεια Ευρυνόμη Αυδή, Παγώνα Ρούσση. «Ψυχοπαθολογία» - 1η έκδ. - Αθήνα : Gutenberg - Γιώργος & Κώστας Δαρδανός, 2010
6. Getzfeld R. Andrew, μτφρ. Μεσσήνης Λάμπρος, «Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας, GOTSIS, 2009
7. Bennet P. επιμ. Καλαντζή- Αζίζι Αναστασία και Ευσταθίου Γ. «Κλινική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία», Πεδίο , Αθήνα , 2010 (2006)
8. James D. Hegarty, M.D., M.P.H., Ross J. Baldessarini, M.D., Mauricio Tohen, M.D., Dr.P.H., Christine Waternaux, Ph.D., and Godehard Oepen, M.D., «One Hundred Years of Schizophrenia: A Meta-Analysis of the Outcome Literature» , *Atn] Psychiatry* 151:10, October 1994
9. Andrew Moskowitz and Gerhard Heim «Eugen Bleuler's Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias (1911): A Centenary Appreciation and Reconsideration», *Schizophrenia Bulletin* vol. 37 no. 3 pp. 471–479, 2011
10. Ιστότοπος: http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
11. Caldwell, Constance B.; Gottesman, Irving I. Schizophrenics kill themselves too: A review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, Vol 16(4), 1990, 571-589.
12. Samuel G. Siris , Suicide and schizophrenia, *J Psychopharmacol*, 15: 127-135, March 2001

13. Mary Ann Hogan, επιμέλεια Καρανικόλα Ν.Μ. , Ζιώγου Ι.Θ. , Νταφογιάννη Π.Χ.«Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας – Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις» , Πασχαλίδης,2012
14. Γιαννοπούλου Χρ. Αθηνά « Ψυχιατρική Νοσηλευτική» , ΤΑΒΙΘΑ, 1996
15. Spearing K. Melissa, M.H.S, Shore David, M.D, Hsiao K. John, M.D., *An Overview of Schizophrenia, National Institute of Mental Health (NIH), Publication No. 02-3517 , Printed 1999, Reprinted 2002*
16. Mueser KT, McGurk SR. *Schizophrenia. Lancet.*2004 Jun 19;363(9426):2063-72.
17. David J. Castle, John McGrath, Jayashri Kulkarni, επιμ. Γιάννης Ζέρβας · μετάφρ. Σοφία Τριανταφυλλίδου. «Γυναίκες και σχιζοφρένεια»- Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε., 2003.
18. H. GILMORE, M.D. *Understanding What Causes Schizophrenia: A Developmental Perspective, Am J Psychiatry* 167:1, January 2010
19. ALASTAIR G. CARDNO AND IRVING I. GOTTESMAN - *Twin Studies of Schizophrenia: From Bow-and-Arrow Concordances to Star Wars, Mx and Functional Genomics AMERICAN JOURNAL OF MEDICAL GENETICS (SEMIN. MED. GENET.)* 97:12–17 (2000)
20. Cannon, Isabelle M. Rosso, J. Hiegginson Hollister, Carrie E. Bearden, Laura E. Sanchez, and Trevor Hadley - *A Prospective Cohort Study of Genetic and Perinatal Influences in the Etiology of Schizophrenia by Tyrone D. , 2000*
21. Akira Sawa, Solomon H. Snyder - *Schizophrenia: Diverse Approaches to a Complex Disease, 2002*
22. APA, DSM-V, <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
23. Rajiv Tandon , Wolfgang Gaebel, Deanna M. Barch , Juan Bustillo , Raquel E. Gur , Stephan Heckers , Dolores Malaspina , Michael J. Owen, Susan Schultz, Ming Tsuang , Jim Van Os , William Carpenter (2013). *Review :Definition and description of schizophrenia in the DSM-5*
24. Περιτογιάννης Κ. Βάιος, Ζακοπούλου Σ. Βικτωρία, «Διαταραχές της Επικοινωνίας σε ψυχιατρικές παθήσεις», ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε., 2010
25. Jeffrey A. Lieberman, T. Scott Stroup, Diana O. Perkins - *The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia, 2006*
26. Καγγελάρης Φ., «Η Διαδικασία της Αποπροσωποποίησης στη Σχιζοφρένεια – Το Βλέμμα και το Είναι στην Ψύχωση», β' έκδοση, εκδόσεις Καστανιώτη, 1998

27. Χριστοδούλου, Γ.Ν., Ραμπαβίλας, Α.Δ., Σολδάτος, Κ.Ρ., Αλεβίζος, Β.Η. & Κονταζάκης, Β.Π- «Ψυχιατρική», Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, 2003
28. Kaplan, H.I., Sadock, B.J. & Grebb, J.A(2000),. Ψυχιατρική. Β'τόμος, (εκδ.7^η), Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας,2000
29. Michael A. Covington, Congzhou He, Cati Brown, Lorina Naci, Jonathan T. McClain, Bess Sirmon Fjordbak, James Semple, John Brown (2005). *Schizophrenia and the structure of language: The linguist's view*
30. Ουλής Π., «Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχοπαθολογίας» -2^η έκδοση, σειρά Βασική Ψυχιατρική Βιβλιοθήκη 2, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ, 2010
31. Rhiannon Corcoran, Connie Cahill, Christopher D. Frith (1996). *The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia: a study of 'mentalizing' ability*
32. R. Langdon, " M. Coltheart, P. B. Ward ,S. V. Catts (2002). *Disturbed communication in schizophrenia: the role of poor pragmatics and poor mind-reading*
33. Jean M. Novak, Karen M. Kopolnek (2001).*Speech-Language Pathologists Serving Clients With Mental Illness: A Collaborative Treatment Approach*
34. Ψύρρα Θ., Ιωάννου Σ., Πτυχιακή εργασία : «Σύγκριση 4 διαγνωστικών τεστ της αφασίας και προτάσεις δραστηριοτήτων για δημιουργία διαγνωστικού υλικού στα ελληνικά», 2013
35. Comins J., Llewellyn F., Offiler J., *Communication Activities with Adults, Speechmark, 2005*

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ:
Φύλλο Αξιολόγησης

Όνομα:

Ημ.Γεν.:

1. Α) Τι μέρα είναι σήμερα και τι μήνας;
Β) Αναφέρετε με όσες λεπτομέρειες μπορείτε να θυμηθείτε τι κάνατε την προηγούμενη ημέρα (Αφηγηματικός λόγος) :

2. Ορισμός Λέξεων (Σημασιολογία κι αφηγηματικός λόγος)

«Θα σου πω μια λέξη και θα σου δώσω έναν ορισμό για να στην περιγράψω. Για παράδειγμα η μπανάνα είναι ένα φρούτο με μακρόστενο σχήμα, πράσινο χρώμα όταν είναι άγουρη , κίτρινο όταν ωριμάζει, πρέπει να το ξεφλουδίσουμε για να το φάμε .Με τον ίδιο τρόπο που έκανα εγώ , θέλω κι εσύ να κάνεις το ίδιο για άλλες λέξεις που θα σου πω.»

θάλασσα

ομπρέλα

ανατολή

παραμύθι

χελώνα

ποδήλατο

μπαλόνι

θυμός

κάμερα

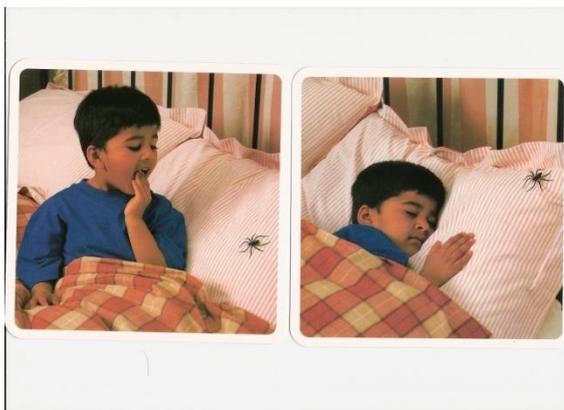
πόλεμος

3. Ανάκληση και κατονομασία σε σχέση με τη χρήση των αντικειμένων

Τι κάνουμε με... ; Απάντηση Με τι...; Απάντηση

+	Τι κάνουμε με... ;	Απάντηση	Με τι...;	Απάντηση
	το κουτάλι		τρώμε	
	το αυτοκίνητο		βλέπουμε	
	το πινέλο		γράφουμε	
	το ψαλίδι		πιάνουμε	
	το χαρτί		σβήνουμε	
	την κατσαρόλα		ακούμε	
	την οδοντόβουρτσα		πίνουμε	
	το τηλέφωνο		ζωγραφίζουμε	
	το φακό		χτενιζόμαστε	
	το ποτιστήρι		κόβουμε	

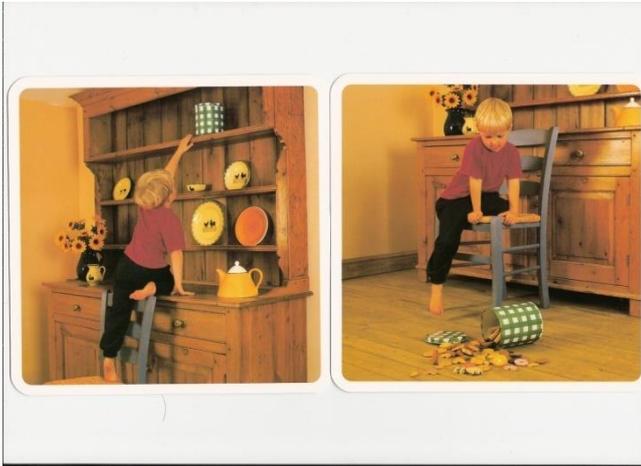
4. «Θα σου δείξω μερικά ζεύγη από εικόνες και θέλω να μου πεις τι βλέπεις ότι συμβαίνει» (Cause & Effect)



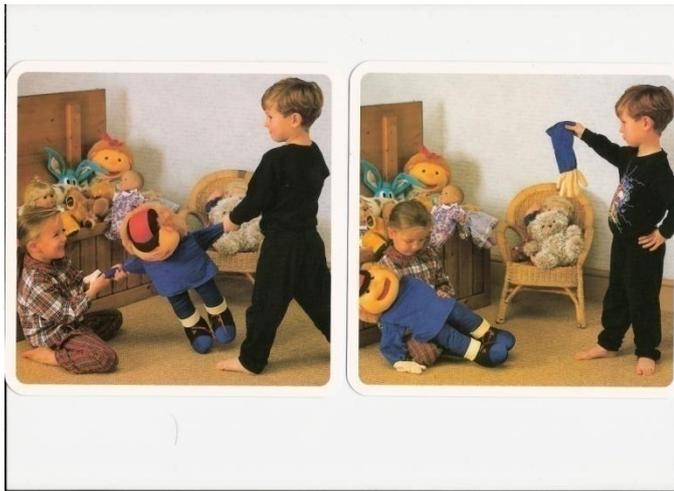
A.



B.



Г.



Д.

5. I) Τι σημαίνουν οι φράσεις (Σημασιολογία – Πραγματολογία) :

1. Πετάω στα σύννεφα
2. Μου έκοψες τη χολή
3. Κλαίω με μαύρο δάκρυ
4. Κάνω την πάπια

II) Συμπληρώστε τις παροιμίες και αναφέρετε τι σημαίνουν (Σημασιολογία – Πραγματολογία) :

1. Κάλλιο πέντε και..... στο χέρι παρά δέκα και καρτέρι
2. Όταν λείπει η γάτα,..... χορεύουν τα ποντίκια
3. Μάτια που δεν βλέπονται..... γρήγορα λησμονιούνται
4. Νηστικό αρκούδι..... δε χορεύει

6. A) Αναφέρετε τις ημέρες τις εβδομάδας (αυτόματος λόγος) κι ύστερα ανά δύο πίσω (μνήμη εργασίας)

B) Αναφέρετε τους μήνες του έτους (αυτόματος λόγος) κι ύστερα ανά δύο πίσω (μνήμη εργασίας)