

Γεωργιάδου Παναγιώτα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	2	
ΜΕΡΟΣ Ι: ΕΝΗΛΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ		
Τι είναι Σχιζοφρένεια.....	4	
Επιδημιολογία.....	4	
Παράγοντες Επικινδυνότητας.....	5	
1. ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ		
1.1 Γενετικοί παράγοντες.....	6	
1.2 Βιολογικοί παράγοντες.....	7	
1.2.1 Βιοχημική Θεωρία.....	7	
1.2.2 Νευροπαθολογία.....	12	
1.2.3 Νευροψυχολογία.....	15	
1.3 Ψυχοδυναμικές Θεωρίες.....	17	
1.4 Κοινωνικές Θεωρίες.....	19	
2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....		19
3. ΔΙΑΓΝΩΣΗ		
3.1 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-IV.....	24	
3.2 Μορφές Σχιζοφρένειας.....	26	
3.3 Πορεία.....	28	
3.4 Πρόγνωση.....	29	
4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ		
4.1 Φαρμακοθεραπεία.....	30	
4.2 Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.....	31	
ΜΕΡΟΣ ΙΙ: ΠΑΙΔΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ		
Τι είναι η Παιδική Σχιζοφρένεια.....	33	
Επιδημιολογία και κατανομή στο φύλο.....	33	
5. ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....		34
6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....		36
6.1 Πρόδρομα Χαρακτηριστικά.....	37	
6.2 Πρόγνωση.....	38	
7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....		39
ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: Η ΖΩΗ ΜΕΣΑ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΤΑΞΗ.....		40
8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....		42
9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....		46
10. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....		47

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ενήλικη και η παιδική σχιζοφρένεια αποτελεί ένα πολύπλοκο σύνδρομο, με διάφορες αιτίες, κλινικά συμπτώματα, είδη θεραπευτικών προσεγγίσεων κυρίως όμως η πορεία της νόσου με το πέρασμα του χρόνου είναι πολυποίκιλη, μπορεί δηλαδή να σημειώνει υφέσεις και εξάρσεις ανά διαστήματα. Επομένως αποτελεί ένα θέμα πολύ ευαίσθητο και πόσο μάλλον εάν το εντάξουμε μέσα στο εκπαιδευτικό πλαίσιο και πιο συγκεκριμένα μέσα στη σχολική τάξη.

Πιο συγκεκριμένα ο προβληματισμός μας διακρίνεται σε τρία μέρη: Το πρώτο υφίσταται στο γεγονός κατά πόσο ένας δάσκαλος ο οποίος θα εμφανίσει πρόδρομα συμπτώματα σχιζοφρένειας και θα εκδηλωθούν μέσα στην τάξη (μιλάμε για πρόδρομα συμπτώματα και όχι για ψυχωτικά επεισόδια διότι πιστεύουμε ότι δεν είναι δυνατόν ένας δάσκαλος ο οποίος έχει διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια να διδάσκει) θα επηρεάσει και σε ποιο βαθμό την αλληλεπίδραση και την επικοινωνία μεταξύ αυτού και των μαθητών καθώς επίσης και την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη των τελευταίων. Το δεύτερο αφορά την άλλη όψη που μετατοπίζει το πρόβλημα σε κάποιον μαθητή (το ενδιαφέρον μας επικεντρώνεται στη σχολική ηλικία) που εμφανίζει στοιχεία παιδικής σχιζοφρένειας και κατ'επέκταση το ερώτημα είναι πως αυτό και σε ποιο βαθμό θα επηρεάσει τις σχέσεις του με τον δάσκαλο αλλά και με τους συμμαθητές του. Το τρίτο μέρος αφορά τις συνέπειες στη μετέπειτα εξέλιξη της ζωής τους (δασκάλου-μαθητή και ενήλικα-παιδιού).

Οι υποθέσεις της παρούσας βιβλιογραφικής έρευνας είναι: (α) Η εκδήλωση συμπτωμάτων παιδικής σχιζοφρένειας μέσα στην τάξη θα επηρεάσει αρκετά τη σχέση μεταξύ του δασκάλου και του μαθητή αλλά σε μεγαλύτερο βαθμό τη σχέση του μαθητή με τους συμμαθητές του, (β) Η εκδήλωση συμπτωμάτων σχιζοφρένειας από τη θέση του δασκάλου θα επηρεάσουν την επικοινωνία και την αλληλεπίδρασή του με τους μαθητές σε σημαντικό βαθμό και (γ) Και για τους δύο οι συνέπειες στη ζωή τους θα είναι πολύ σοβαρές αλλά για το παιδί οι προοπτικές ίσως είναι πιο ευοίωνες.

Το θέμα αυτό όπως είναι φανερό είναι αρκετά δύσκολο και πολύπλοκο να ερευνηθεί, διότι δεν βρέθηκαν σχετικές αναφορές (τουλάχιστον από τη δική

μας αναζήτηση πηγών) που να συνδέουν το σύνδρομο της ενήλικης και της παιδικής σχιζοφρένειας με την εκπαίδευση. Κάτι τέτοιο όμως δεν νομιμοποιεί την απουσία του φαινομένου απλά αναδεικνύει τους περιορισμούς που στέκονται εμπόδιο για τη διερεύνησή του.

Ένας περιορισμός είναι το γεγονός ότι αυτά τα σύνδρομα αποτελούν ακόμα στίγμα για την κοινωνία μας και αιτία περιθωριοποίησης αυτών των ανθρώπων, οπότε είναι δύσκολο να τα ακουμπήσει κανείς πόσο μάλλον να τα ερευνήσει ενδελεχώς. Επίσης ένας άλλος περιορισμός είναι οι πρακτικές δυσκολίες του θέματος, δηλαδή ο ερευνητής είναι αναγκαίο για τη διερεύνηση του θέματος να συνεργαστεί με τον σχολικό ψυχολόγο ο οποίος θα πρέπει να έχει αξιολογήσει τα κλινικά συμπτώματα ή θα έχει ενημερωθεί από άλλον συνάδελφο για το θέμα και ο ερευνητής (σε συνεργασία πάντα με τον ψυχολόγο ή ψυχίατρο) να παρατηρήσει την αλληλεπίδραση δασκάλου-μαθητών και μεταξύ των μαθητών στο φυσικό περιβάλλον της σχολικής τάξης. Αυτά στην περίπτωση που κάποιος μαθητής έχει το πρόβλημα. Στην περίπτωση που κάποιος δάσκαλος γίνει γνωστό ότι εκδηλώνει συμπτώματα σχιζοφρένειας τα οποία θα γίνουν αντιληπτά στο σχολικό πλαίσιο, λογικά απολύεται από το συγκεκριμένο σχολείο και ανάλογα της σοβαρότητας της κατάστασής του ίσως και να συνταξιοδοτηθεί πρόωρα. Οπότε ο ερευνητής μόνο τυχαία μπορεί να διερευνήσει την αλληλεπίδραση δασκάλου-μαθητή τη στιγμή που ο δάσκαλος παρουσιάζει το πρόβλημα. Συνεπώς η δική μας προσπάθεια έγκειται στο γεγονός να προσεγγίσουμε σε ένα πρώτο επίπεδο το πρόβλημα και να το αναλύσουμε όσο είναι εφικτό από εμάς. Ελπίζουμε η συγκεκριμένη εργασία να αποτελέσει εφαλτήριο για τους επόμενους ερευνητές.

Η δομή της παρούσας εργασίας περιλαμβάνει στο κυρίως μέρος της πρώτον την ανάλυση του συνδρόμου της ενήλικης σχιζοφρένειας (αίτια, συμπτώματα, θεραπεία) για την σύνδεσή του με τον δάσκαλο που θα παρουσιάσει τέτοια συμπτώματα, δεύτερον την περιγραφή και ανάλυση της παιδικής σχιζοφρένειας (αίτια, συμπτώματα, θεραπεία) για τη σύνδεσή της με τον μαθητή και τρίτον θα γίνει αναφορά σε αναπτυξιακές και παιδαγωγικές θεωρίες για να διερευνηθούν οι υποθέσεις μας. Τέλος, η εργασία κλείνει με κάποια συμπεράσματα.

ΕΝΗΛΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Τι είναι Σχιζοφρένεια

Ο όρος Σχιζοφρένεια προτάθηκε από τον Bleuler το 1911 για να περιγράψει το σύνδρομο που νωρίτερα (1860), ο Morel είχε ονομάσει πρώιμη άνοια και που με το όνομα αυτό ο Emil Kraepelin το διέδωσε σε όλο τον κόσμο.

Βέβαια αργότερα φάνηκε ότι δεν επρόκειτο για «άνοια» που άρχιζε νωρίς αλλά για βαριά ψυχωτική διαταραχή. Ο όρος σχιζοφρένεια απορτίζεται από το ρήμα σχίζω και το ουσιαστικό φρήν που δηλώνει αρχικά το διάφραγμα (μεμβράνη που χωρίζει την καρδιά και πνεύμονες από την κοιλιά) και κατ'επέκταση την καρδιά και την ψυχή. Έτσι η σχιζοφρένεια είναι μια διάσπαση, αποσύνδεση κατά πρώτον ανάμεσα στις σκέψεις και κατά δεύτερον ανάμεσα στο συναίσθημα, στη σκέψη και τη συμπεριφορά (Ζερβής, 2001).

Χαρακτηριστικά συμπτώματα λοιπόν της σχιζοφρένειας είναι οι διαταραχές στην αντίληψη, στη σκέψη, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα.

Επιδημιολογία

Η σχιζοφρένεια εμφανίζεται παντού, σε κάθε μέρος του κόσμου και σε κάθε πολιτισμό. Πρόσφατα δεδομένα καταδεικνύουν ότι η πάθηση προσβάλλει από 0,5% έως 1% του γενικού πληθυσμού σε παγκόσμια κλίμακα (Ζερβής, 2001).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ

Μετά από έρευνες που έγιναν με στόχο την ανίχνευση των παθογενετικών μηχανισμών που προκαλούν την σχιζοφρένεια καταδείχθηκαν οι παρακάτω παράγοντες κινδύνου:

- Παράγοντες στη γέννηση: Περιγεννητικές επιπλοκές, ανοξαιμικές καταστάσεις όπως προεκλαμψία καθώς και τροφική στέρηση, προγεννητικό στρες, ασυμβατότητα Rh, μειωμένο βάρος νεογνού, μικρότερη περίμετρος κρανίου ανευρίσκονται συχνότερα στο ιστορικό των σχιζοφρενών σε σχέση με τον γενικότερο πληθυσμό. Βέβαια έχουν διαπιστωθεί υποθέσεις που αντιστρέφουν τα δεδομένα, τονίζοντας ότι περιγεννητικές επιπλοκές είναι αποτέλεσμα προϋπάρχουσας γενετικής ανωμαλίας. Επιπλέον, φαίνεται ότι υπάρχουν ενδείξεις ότι το σύνδρομο της σχιζοφρένειας εμφανίζεται περισσότερο σε άτομα που γεννιούνται τους πρώτους μήνες της άνοιξης ή το χειμώνα. Η υπόθεση αυτή αποδίδεται στο γεγονός ότι επενεργεί κάποιος εποχιακός παράγοντας υψηλού κινδύνου, που μπορεί να είναι κάποιος ιός ή κάποια εποχιακή αλλαγή στη διατροφή (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).
- Φύλο: Η σχιζοφρένεια προσβάλλει εξίσου τους άντρες και τις γυναίκες, μολονότι η εμφάνιση της νόσου στους άντρες γίνεται σε νεότερη ηλικία απ'ότι στις γυναίκες. Οι τελευταίες φαίνεται ότι έχουν καλύτερα αποτελέσματα στη θεραπεία με αντιψυχωτικά φάρμακα (Wyatt & Henter, 1997).
- Ηλικία: Η διαταραχή εμφανίζεται στους άντρες συχνότερα στην ηλικία 18-25 χρονών και στις γυναίκες μεταξύ 26-35 χρονών. Δηλαδή μπορούμε να πούμε ότι εκδηλώνεται πριν την ηλικία των 45 ετών αν και δεν αποκλείεται να εμφανισθεί και αργότερα (Ζερβής, 2001).
- Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες: Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σε συνδυασμό με την ζωή σε μεγάλη αστική περιοχή όπου υπάρχει έντονο στρες καθώς και η μετανάστευση συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου (Ζερβής, 2001).

1. ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Τα αίτια της σχιζοφρένειας αναζητήθηκαν σε διάφορους χώρους και με διάφορους τρόπους από τότε που η ασθένεια απομονώθηκε και περιγράφηκε. Αναζητήθηκαν σε γενετικούς, βιολογικούς παράγοντες καθώς και ψυχοδυναμικές θεωρίες.

1.1 Γενετικοί παράγοντες

Ένα ευρύ φάσμα γενετικών μελετών υποστηρίζει έντονα την ύπαρξη γενετικής συνιστώσας στην κληρονομικότητα της σχιζοφρένειας. Η σχετική έρευνα άρχισε από τη δεκαετία του 1930 αποκαλύπτοντας ότι ένα άτομο πιθανότατα θα νοσήσει εάν έχει συγγενείς σχιζοφρενείς και πιο συγκεκριμένα η πιθανότητα αυτή είναι μεγαλύτερη όσο πιο στενή είναι η συγγένεια (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).

Οικογενειακές μελέτες δείχνουν ότι τα αδέρφια σχιζοφρενικών ασθενών έχουν 10% πιθανότητα να αναπτύξουν σχιζοφρένεια. Αν τα παιδιά έχουν τον ένα γονιό σχιζοφρενικό, η πιθανότητα είναι 5-6%, αν έχουν έναν αδερφό και ένα γονιό σχιζοφρενικό η πιθανότητα είναι 17% και τέλος αν έχουν και τους δύο γονείς σχιζοφρενικούς η πιθανότητα να αναπτύξουν σχιζοφρένεια είναι 46%.

Μελέτες διδύμων (Cardno, Marshall, Coid et al., 1999) σταθερά μας δείχνουν υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης σχιζοφρένειας και στους δυο διδύμους, στους μονοζυγώτες (46%) παρά στους διζυγώτες (14%).

Μελέτες με υιοθετημένα άτομα μας δείχνουν ότι ο κίνδυνος για ανάπτυξη σχιζοφρένειας είναι μεγαλύτερος αν αυτά τα άτομα προέρχονται από γενετικά βεβαρημένες οικογένειες, παρότι έζησαν σε ένα άλλο υγιές περιβάλλον.

Οι πλέον πρόσφατες γενετικές μελέτες στοχεύουν στην αναζήτηση σε σχιζοφρενείς συνδυασμών δεικτών ή πιθανών γονιδίων σε σχέση με ιδιαίτερες συνδέσεις χρωμοσωμικών θέσεων σε οικογένειες σχιζοφρενών με τη βοήθεια μεθόδων της μοριακής βιολογίας. Θέσεις που έχουν επισημανθεί (p ή q)

αφορούν σε αρκετά χρωμοσώματα (3,4,6,8,11 και X), (Kaplan & Sadock's, 2000). Χρωμοσωμικές περιοχές στις οποίες υπάρχουν πιθανότητες να συνδεθούν με ψυχιατρικές διαταραχές είναι τα χρωμοσώματα 8, 18 και 22 (Δικαίου, 1995).

Φαίνεται πάντως ότι η μεταβίβαση δεν είναι αποτέλεσμα της επίδρασης ενός μεμονωμένου γονιδίου μεταβιβαζόμενου με κάποιον από τους γνωστούς τρόπους (επικρατητικά, ενδιάμεσα ή υπολειπόμενα). Το πλέον αποδεκτό σήμερα πρότυπο είναι ο συνδυασμός και η αλληλεπίδραση πολλών γονιδίων και περιβαλλοντικών συνθηκών. Εάν η παθογόνος επίδραση ενός τέτοιου συνδυασμού ξεπεράσει τον ουδό «ευαλωτότητας», τότε μπορεί να φθάσει σε κάποιο επίπεδο καθοριστικό και ειδικό για την έκφραση της νόσου (πολυγονιδιακή θεώρηση), (Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2000).

1.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

1.2.1 ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

ΥΠΟΘΕΣΗ ΤΗΣ ΝΤΟΠΑΜΙΝΗΣ

Η υπόθεση της ντοπαμίνης στη σχιζοφρένεια υποστηρίζει ότι η νόσος είναι αποτέλεσμα αυξημένης ντοπαμινικής δραστηριότητας. Η θεωρία αυτή στηρίχθηκε το 1960 από:

- i. Το γεγονός ότι φάρμακα όπως η αμφεταμίνη που αυξάνουν τα επίπεδα ντοπαμίνης προκαλούν ψύχωση που μοιάζει με την παρανοειδή μορφή της σχιζοφρένειας (Στεφανής, 1996).
- ii. Τη θεραπευτική ισχύ των αντιψυχωτικών φαρμάκων, με εξαίρεση την κλοζαπίνη, και την ικανότητά τους να δρουν ως ανταγωνιστές των D_2 υποδοχέων της ντοπαμίνης (Στεφανής, 1996).
- iii. Την παρατήρηση ότι οι D_2 υποδοχείς της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο σχιζοφρενών (νεκροτομικό υλικό) είναι αυξημένοι στον κερκοφόρο πυρήνα, τον επικλινή πυρήνα του διαφράγματος και

την οσφρητική χώρα. Αυξημένος αριθμός D_2 υποδοχέων ντοπαμίνης παρατηρήθηκε και in vivo με τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων σε ασθενείς πριν από τη έναρξη φαρμακοθεραπείας. Συνεπώς το εύρημα αυτό φαίνεται να οφείλεται πρωτογενώς στην ύπαρξη της νόσου και δεν είναι αποτέλεσμα χορήγησης φαρμάκων (Karlan & Sadock's, 2000).

Με βάση τα δεδομένα αυτά διατυπώθηκε η «τροποποιημένη υπόθεση της ντοπαμίνης» για τη σχιζοφρένεια, σύμφωνα με την οποία στη σχιζοφρενική διαταραχή υπάρχει δυσανάλογα αυξημένη πυκνότητα μόνο των D_2 υποδοχέων της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο των σχιζοφρενών (Λύκουρας στο Χριστοδούλου, 2001).

Η βασική θεωρία όμως εξακολουθεί να υφίσταται βελτιώσεις και επεκτάσεις. Ένα σημείο προβληματισμού είναι αν ο υποδοχέας D_1 διαδραματίζει κάποιο ρόλο στα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Επίσης ο υποδοχέας D_5 που ανακαλύφθηκε πρόσφατα συγγενεύει με τον D_1 και κρίνεται σκόπιμο να ερευνηθεί. Ομοίως οι υποδοχείς D_3 και D_4 συγγενεύουν με τον D_2 για τους οποίους κατασκευάζονται ειδικοί αγωνιστές και ανταγωνιστές λόγω ότι βρέθηκε σε τουλάχιστον μια μελέτη αύξηση των D_4 σε εγκεφάλους σχιζοφρενών (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).

Αν και η υπόθεση της ντοπαμίνης εμφανίζεται ως ισχυρός παράγοντας στην αιτιοπαθογένεια για τη σχιζοφρένεια, εμφανίζει δυο σημαντικά προβλήματα. Το πρώτο είναι ότι τα σχιζοφρενικόμορφα συμπτώματα σπάνια παρατηρούνται σε μη σχιζοφρενικούς ασθενείς όταν χορηγούνται ντοπαμινικές ουσίες που αυξάνουν την ντοπαμινεργική λειτουργία. Το δεύτερο πρόβλημα είναι ότι ηλεκτροφυσιολογικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι ντοπαμινικοί νευρώνες εμφανίζουν αύξηση του αριθμού των ώσεων μετά από παρατεταμένη χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων. Αυτά τα δεδομένα ίσως δείχνουν ότι η αρχική διαταραχή στη σχιζοφρένεια μπορεί να είναι μια υποντοπαμινική κατάσταση (Karlan & Sadock's, 2000).

Άλλες ενδείξεις που υποδηλώνουν ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε μειωμένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα είναι κατ'αρχήν ότι ο μετωπιαίος φλοιός έχει εκτεταμένη ανάπτυξη στο ανθρώπινο είδος. Στον ανθρώπινο μετωπιαίο φλοιό επιτελείται η γλωσσική και συναισθηματική έκφραση, η αφαιρετική και δημιουργική σκέψη, η εστίαση και η σταθερότητα της

προσοχής, η ομαλή ροή και η λογική ακολουθία της σκέψης κ.α. Όλα αυτά διαταράσσονται λιγότερο ή περισσότερο στους σχιζοφρενείς. Από έρευνες υποδηλώνεται ότι οι δυσλειτουργία στο μετωπιαίο λοβό και πιο συγκεκριμένα η μειωμένη λειτουργικότητα του προμετωπιαίου φλοιού, που παρατηρείται στους σχιζοφρενείς μπορεί να σχετίζεται με τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου. Για παράδειγμα έχει βρεθεί ότι οι βλάβες του κογχομετωπιαίου φλοιού συχνά οδηγούν σε επιπέδωση του συναισθήματος. Επιπροσθέτως τα αρνητικά συμπτώματα στη σχιζοφρένεια συσχετίζονται έμμεσα με μειωμένη ντοπαμινεργική λειτουργικότητα του μεσοφλοιόδους υποσυστήματος όπως προκύπτει από τη μικρότερη συγκέντρωση HVA στο πλάσμα χρόνιων και ανθεκτικών στη θεραπεία σχιζοφρενών σε σύγκριση με υγιή άτομα αντίστοιχης ηλικίας και φύλου (Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2000).

Τέλος μελέτες που μέτρησαν τις συγκεντρώσεις του ομοβανιλλικού οξέος, το οποίο αποτελεί τον κύριο μεταβολίτη του πλάσματος, επιβεβαίωσαν τον κεντρικό ρόλο της ντοπαμινικής θεωρίας στην αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας. Αυτό υποστηρίζεται από το γεγονός ότι οι συγκεντρώσεις του ομοβανιλλικού οξέος στο πλάσμα, αντανakλούν στις συγκεντρώσεις του στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Σε αυτές τις μελέτες έγινε φανερό η θετική συσχέτιση των προς τη θεραπεία συγκεντρώσεων του ομοβαλλινικού οξέος με τη βαρύτητα των ψυχωτικών συμπτωμάτων και την ανταπόκριση στα νευροληπτικά φάρμακα (Kaplan & Sadock's, 2000).

ΑΛΛΟΙ ΝΕΥΡΟΔΙΑΒΙΒΑΣΤΕΣ

Αν και η ντοπαμίνη είναι ο νευροδιαβιβαστής που έχει συγκεντρώσει τη μεγαλύτερη προσοχή στην έρευνα της σχιζοφρένειας, προοδευτικά αυξάνεται το ενδιαφέρον και για άλλους νευροδιαβιβαστές .

Η εμπλοκή πολλών νευροδιαβιβαστικών συστημάτων δεν είναι παράδοξη, δεδομένου ότι κάθε νευρώνας στο κεντρικό νευρικό σύστημα περιέχει υποδοχείς από διαφορετικά νευροδιαβιβαστικά συστήματα, ενώ από την άλλη πλευρά η κλινική πολυμορφία της σχιζοφρένειας ενδεχομένως οφείλεται στην αλληλεπιδραστική σχέση περισσότερων του ενός νευροδιαβιβαστικών συστημάτων. Κατά αυτό το τρόπο οι διάφοροι

νευροδιαβιβαστές στον εγκέφαλο συμμετέχουν σε πολύπλοκες και αλληλοεπηρεαζόμενες σχέσεις και η ανώμαλη λειτουργία προκύπτει από αλλαγές στον κάθε νευροδιαβιβαστή (Kaplan & Sadock's, 2000).

Σεροτονίνη

Οι πρώτες υποθέσεις για τη συμμετοχή της σεροτονίνης στη ποθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας βασίστηκαν στη ψυχωσεομιμητική δράση της διαιθυλαμίδης του λυσεργικού οξέως (LSD), η οποία είναι χημικά συγγενής με τη σεροτονίνη. Βέβαια το LSD προκαλεί συνήθως οπτικές ψευδαισθήσεις που είναι σπάνιες στη σχιζοφρένεια, ενώ λείπουν οι ακουστικές ψευδαισθήσεις και οι παραληρηματικές ιδέες που είναι συνήθη στη νόσο. Ωστόσο ο ρόλος της σεροτονίνης παραμένει καθοριστικός (Στεφανής, 1996).

Κάτι τέτοιο υποστηρίζεται γιατί έχει παρατηρηθεί ότι πολλά άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα, όπως η κλοζαπίνη, η ρισπεριδόνη και η ριτανσερίνη έχουν έντονη σεροτονινεργική δράση. Πιο συγκεκριμένα, απεικονιστικές μελέτες δείχνουν αποκλεισμό των 5-HT_{2A} υποδοχέων κατά τη διάρκεια της θεραπείας με άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα. Το εύρημα αυτό συνηγορεί υπέρ του ρόλου των ανταγωνιστών των υποδοχέων αυτών στην αντιμετώπιση των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας (Στεφανής, 1996).

Γλουταμινικό οξύ

Το διεγερτικό αμινοξύ-νευροδιαβιβαστής γλουταμικό οξύ έχει παρατηρηθεί ότι συμμετέχει στη νευροχημική βάση της σχιζοφρένειας. Έναυσμα για έρευνα προς την κατεύθυνση αυτή αποτέλεσαν οι κλινικές παρατηρήσεις του Tamminga (2002), ότι οι ουσίες φαινυλκυκλιδίνη (PCP), κεταμίνη και MK-801, ανταγωνιστές του ιοντικού διαύλου CA⁺⁺ του τύπου NMDA των υποδοχέων του γλουταμινικού οξέος προκαλούν σε φυσιολογικά άτομα συμπτώματα που προσομοιάζουν με τα θετικά και αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Επίσης, σύμφωνα με τον Tamminga (Στο Spollen, 2002), η κεταμίνη αυξάνει την αιματική ροή στην περιοχή του

εγκεφάλου και ειδικότερα στη ζώνη του πρόσθιου φλοιού και μειώνει την ροή στον ιππόκαμπο και στην παραγκεφαλίδα, περιοχές που φαινότουσαν μη φυσιολογικές στη σχιζοφρένεια.

Μελέτες σε νεκροτομικό υλικό εγκεφάλων σχιζοφρενών έχουν δείξει ακόμα, αύξηση δραστηριότητας των προσυναπτικών και μετασυναπτικών γλουταμινεργικών NMDA υποδοχέων στον μετωπιαίο και κροταφικό φλοιό και αύξηση των θέσεων δέσμωσης του ραδιοσημασμένου ανταγωνιστή MK-801 των NMDA υποδοχέων στον μετωπιαίο και κροταφικό φλοιό, την αμυγδαλή, τον ενδοκρινικό φλοιό, τον ιππόκαμπο και το κέλυφος (Στεφανής, 1996).

Νορεπινεφρίνη

Έχει παρατηρηθεί ότι η μακροχρόνια χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων προκαλεί μείωση της δραστηριότητας των νευρώνων της νοραδρεναλίνης στον υπομέλαινα τόπο και ότι η θεραπευτική δράση κάποιων από αυτά ασκείται επί των A_1 και A_2 –αδρενεργικών υποδοχέων.

Μολονότι δεν έχει ξεκαθαριστεί πλήρως η σχέση μεταξύ της αδρενεργικής και ντοπαμινικής δράσης, τα περισσότερα ευρήματα καταδεικνύουν ότι η διαταραχή του νοραδρενεργικού συστήματος προκαλεί στον ασθενή συχνές υποτροπές, που σημαίνει ότι αυτό το σύστημα ρυθμίζει το ντοπαμινικό (Karlson & Sadock's, 2000).

Αμινοξέα

Το ανασταλτικό αμινοξύ-νευροδιαβιβαστής GABA πιστεύεται ότι συμμετέχει στην παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας. Τα δεδομένα μας από έρευνες δείχνουν ότι ένας αριθμός σχιζοφρενών εμφανίζουν απώλεια GABA-νεργικών νευρώνων στον ιππόκαμπο (Karlson & Sadock's, 2000).

1.2.2 ΝΕΥΡΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Οι σχετικές μελέτες αφορούν σε παθολογοανατομικά ευρήματα σε σχιζοφρενείς και σε απεικονιστικά ευρήματα σε ζώντες ασθενείς, σε ηλεκτροφυσιολογικά δεδομένα και σε νευροψυχολογικές παρατηρήσεις.

Οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις που έχουν διαπιστωθεί σε σχιζοφρενείς αφορούν κυρίως το υπερμεσολόβιο (μεταιχμιακό) σύστημα και τα βασικά γάγγλια.

Μεταιχμιακό Σύστημα

Ως προς το πρώτο έχει διαπιστωθεί μείωση του μεγέθους του αμυγδαλοειδούς πυρήνα, του ιπποκάμπου και της παραϊπποκαμπίου έλικας.

Συγκεκριμένα η περιοχή του ιπποκάμπου και της παραϊπποκαμπίου έλικας μελετήθηκε με μορφομετρικές μεθόδους που έδειξαν μορφολογικές αλλοιώσεις των νευρώνων στη σχιζοφρένεια. Μεταξύ άλλων έχουν αναφερθεί: μειωμένο μέγεθος κυττάρων και διαφορές στον προσανατολισμό των νευρώνων στο χώρο (Karlan & Sadock's, 2000).

Τα πυραμιδικά κύτταρα του ιπποκάμπου και οι αποφυάδες τους στον φυσιολογικό ανθρώπινο εγκέφαλο, έχουν χαρακτηριστική παράλληλη διάταξη στο χώρο. Η διάταξη στο χώρο αναφέρεται διαταραγμένη στον εγκέφαλο ασθενών με σχιζοφρένεια. Τα κύτταρα χάνουν τον προσανατολισμό τους και οι δενδρίτες και οι άξονές τους οδηγούνται προς διάφορες κατευθύνσεις. Ο βαθμός της αποδιοργάνωσης αυτής φαίνεται να σχετίζεται με την βαρύτητα της κλινικής εικόνας του αρρώστου (Στεφανής, 1996).

Αλλοιωμένη κυτταροτεχνική αναμένεται να έχει σοβαρές συνέπειες στη συνδεσμολογία των νευρώνων αυτών καθώς και στην επεξεργασία των πληροφοριών. Ο ιππόκαμπος μέσω της παραϊπποκαμπίου έλικας παίρνει και δίνει πληροφορίες από τον συνειρμικό φλοιό καθώς και ολόκληρο το μεταιχμιακό σύστημα. Δεδομένης της συνδεσμολογίας του ιπποκάμπου και του ιδιαίτερου ρόλου του στις ανώτερες γνωσιακές λειτουργίες, αλλαγές στην

κυτταροτεχνική και λαθεμένες συνδέσεις στην περιοχή αυτή αναμένεται να επιφέρουν σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά (Kaplan & Sadock's, 2000).

Για την ομαλή λειτουργία του εγκεφάλου η θέση και η συνδεσμολογία των νευρώνων πρέπει να είναι καθορισμένη και εξειδικευμένη. Κατά την εμβρυογένεση τα νευρικά κύτταρα αφού διαιρεθούν πολλές φορές μεταναστεύουν σε προκαθορισμένες θέσεις όπου τελικά διαφοροποιούνται και αναπτύσσουν συνδέσεις με άλλα κύτταρα. Όταν το νευρικό κύτταρο διαφοροποιηθεί και αναπτύξει τις συνδέσεις του δεν μπορεί να αποδιαφοροποιηθεί ή να αντικατασταθεί. Συνεπώς, η αλλοιωμένη κυτταροτεχνική που παρατηρείται στην περιοχή του ιπποκάμπου στη σχιζοφρένεια πρέπει να έχει συμβεί σε κάποιο στάδιο της εμβρυογένεσης (Στεφανής, 1996).

Για την ομαλή μετακίνηση των νευρώνων κατά την ανάπτυξη συμμετέχουν ουσίες και δομές (π.χ κυτταροσκελετός) του ίδιου του κυττάρου αλλά και ουσίες από το μικροπεριβάλλον όπου ο νευρώνας αναπτύσσεται (π.χ νευροδιαβιβαστές, ουσίες συγκόλλησης κ.ά).

Από μια μεγάλη ομάδα ουσιών που διερευνήθηκε ανοσο-ιστοχημικά στον ιππόκαμπο σχιζοφρενών βρέθηκε ότι μια ομάδα πρωτεϊνών του κυτταροσκελετού – οι σχιζοφρενείς με τους μικροσωληνίσκους πρωτεΐνες – δεν συντίθενται σε αρκετή ποσότητα. Δεν είναι γνωστό αν υπάρχει πρόβλημα στο συγκεκριμένο γονίδιο που κωδικοποιεί τις πρωτεΐνες ή στο στάδιο της μεταγραφής με αποτέλεσμα να παράγεται τροποποιημένη πρωτεΐνη που δεν αναγνωρίζεται από τα αντισώματα πάνω στον ιστό (Kaplan & Sadock's, 2000).

Βασικά Γάγγλια

Ως προς τα βασικά γάγγλια, οι νευροπαθολογοανατομικές μελέτες έχουν δώσει ποικίλα και μη πειστικά αποτελέσματα σε σχέση με την απώλεια κυττάρων ή τη σμίκρυνση της ωχράς σφαίρας και της μέλαινας ουσίας.

Αντίθετα, σε πολλές μελέτες έχει αναφερθεί αύξηση του αριθμού των D₂ υποδοχέων στον κερκοφόρο πυρήνα, το κέλυφος και τον επικλινή πυρήνα.

Δε γνωρίζουμε όμως κατά πόσο η αύξηση αυτή είναι αποτέλεσμα των αντιψυχωτικών φαρμάκων που έχει λάβει ο ασθενής .

Ορισμένοι ερευνητές έχουν αρχίσει να μελετούν το σύστημα της σεροτονίνης των βασικών γαγγλίων, μια και ο ρόλος της σε ψυχωτικές διαταραχές υποδεικνύεται από την κλινική χρησιμότητα αντιψυχωτικών φαρμάκων με σεροτονινεργική δραστηριότητα (Karlan & Sadock's, 2000).

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΔΟΜΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ

Η απεικόνιση του εγκεφάλου σε σχιζοφρενείς έχει δώσει μέχρι σήμερα ποικιλία ευρημάτων. Αναφορικά με τις δομικές απεικονιστικές μεθόδους (CT & MRI), αδρές ανωμαλίες έχουν διαπιστωθεί σε διάφορες εγκεφαλικές περιοχές: ατροφία μετωποκροταφικού φλοιού και ιπποκάμπων, μεγέθυνση κερκοφόρου πυρήνα, διεύρυνση των πλαγίων και της τρίτης κοιλίας, σμίκρυνση του θαλάμου, ανωμαλίες στο σχήμα του μεσολόβιου και την παρεγκεφαλίδα, μείωση του όγκου του εγκεφάλου. Το βάρος του εγκεφάλου στη σχιζοφρένεια αναφέρεται ελαττωμένο κατά 6%, το δε μήκος του κατά 4% σε σύγκριση με φυσιολογικά άτομα ιδίου φύλου και ηλικίας. Άλλοι ερευνητές πάντως υποστηρίζουν ότι η εγκεφαλική ατροφία σχετίζεται με περιγεννητική βλάβη (Vita et al., 1994 στο Δικαίου, 1995) και άλλοι ότι αντίθετα σχετίζεται με γενετική προδιάθεση (Cannon et al., 1993 στο Δικαίου, 1995).

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ

Ως προς τις λειτουργικές απεικονιστικές μεθόδους (MRS, PET, SPECT, FMRI) έχουν διαπιστωθεί μείωση του μεταβολισμού στους μετωπιαίους λοβούς με παράλληλη αδυναμία αύξησης της αιματικής ροής κατά την διάρκεια προκλητικών ψυχολογικών δοκιμασιών, αύξηση του μεταβολισμού και της αιματικής ροής στις αριστερές κροταφικές περιοχές και αλλού. Η μελέτη των υποδοχέων (κυρίως D₂) σε διάφορες περιοχές έδωσε αντιφατικά αποτελέσματα (Δικαίου, 1995).

ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η ηλεκτροφυσιολογική διερεύνηση της σχιζοφρένειας αφορά κυρίως στη μελέτη του ηλεκτοεγκεφαλογραφήματος (ΗΕΓ), των προκλητών δυναμικών της ηλεκτροδερματικής αντίδρασης και του ηλεκτροοφθαλμογραφήματος (Karlan & Sadock's, 2000).

Από τις ηλεκτροεγκεφαλικές μελέτες σχιζοφρενών προκύπτει ότι ένας μεγάλος αριθμός εμφανίζει ανώμαλες καταγραφές, αυξημένη ευαισθησία σε δοκιμασίες ενεργοποίησης, ελαττωμένη άλφα δραστηριότητα, πιθανόν περισσότερη από το σύνηθες ανωμαλίες από το αριστερό ημισφαίριο.

Τα προκλητά εγκεφαλικά δυναμικά έδειξαν κυρίως μεταβολές, τόσο των πρώιμων όσο και των όψιμων κυματομορφών κατά τη διάρκεια παρουσίας ερεθισμάτων. Η γενετική εκτίμηση είναι ότι στη σχιζοφρένεια μετά από μια αυξημένη αρχική κινητοποίηση, ακολουθεί προοδευτική μείωση της ικανότητας επεξεργασίας των ερεθισμάτων. Η ηλεκτροδερματική αντίδραση βρέθηκε εξαιρετικά μειωμένη ή και απύσασε σε σημαντικό αριθμό σχιζοφρενών σε σύγκριση με μάρτυρες. Επίσης ανώμαλες οφθαλμικές κινήσεις (που αφορούν κυρίως στην ομαλή παρακολούθηση αντικειμένων και την έκλυση σακκαδικών κινήσεων) έχουν παρατηρηθεί σε σχιζοφρενείς καθώς και καθώς και στους πρώτους βαθμού συγγενείς τους (Στεφανής, 1996).

1.2.3 ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Νευροψυχολογικά δεδομένα δείχνουν οι σχιζοφρενείς άρρωστοι παρουσιάζουν διαταραχές ως προς τη γενικότερη επεξεργασία πληροφοριών καθώς και ελλειμματική λειτουργικότητα αναφορικά με τους μετωπιαίους λοβούς και το βρεγματικό λοβό δεξιά.

Ψυχονευροανοσολογία (ΙΟΓΕΝΗΣ ΥΠΟΘΕΣΗ)

Ένας ικανός αριθμός ανοσολογικών ανωμαλιών έχει συνδεθεί με τη σχιζοφρένεια. Στις ανωμαλίες αυτές περιλαμβάνονται: η μειωμένη παραγωγή

ιντερλευκίνης – δύο από τα T-κύτταρα, ο μειωμένος αριθμός και η απαντητικότητα των περιφερειακών λεμφοκυττάρων, η ανώμαλη κυτταρική και χημική αντίδραση στους νευρώνες και η παρουσία κατευθυνόμενων από τον εγκέφαλο αντισωμάτων. Τα δεδομένα αυτά μπορούν να ερμηνευθούν είτε ως αποτελέσματα της δράσης ενός νευροτοξικού ιού είτε ως ένδειξη ενδογενούς αυτοάνοσης διαταραχής (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).

Έρευνες που έχουν γίνει πολύ προσεκτικά προς την κατεύθυνση της αναζήτησης ενδείξεων λοίμωξης από νευροτοξικούς ιούς έχουν αποβεί αρνητικές, αν και τα επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι υπάρχει υψηλή επίπτωση σχιζοφρένειας μετά από προγενετική έκθεση στη γρίπη, κατά τη διάρκεια των επιδημιών της νόσου (Στεφανής, 1996).

Άλλα δεδομένα που υποστηρίζουν την ιογενή υπόθεση είναι ο αυξημένος αριθμός σωματικών ανωμαλιών κατά τη γέννηση, ο αυξημένος δείκτης επιπλοκών κατά την κύηση και τον τοκετό η εποχικότητα των γεννήσεων που είναι συμβατή με ιογενείς λοιμώξεις, η γεωγραφική άθροιση περιπτώσεων στους ενήλικους και η εποχικότητα των εισαγωγών για νοσηλεία. Εντούτοις, η αδυναμία ανίχνευσης γενετικής ένδειξης ιογενούς λοίμωξεων μειώνει τη σημασία αυτών των περιστασιακών δεδομένων (Στεφανής, 1996).

Η πιθανότητα αυτοάνοσων αντισωμάτων του εγκεφάλου υποστηρίζεται από κάποια δεδομένα αλλά η παθολογική διεργασία, αν υπάρχει μπορεί να ερμηνεύσει τα συμβαίνοντα μόνο σε μια υποομάδα σχιζοφρενών ασθενών.

Ψυχονευροενδοκρινολογία

Σύμφωνα με τον Χατζημανώλη (Στο Χριστοδούλου, 2001), η νευροενδοκρινολογική εκδοχή για τη μελέτη της σχιζοφρένειας βασίζεται στην ανατομική σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην υπόφυση, τον υποθάλαμο και το κεντρικό νευρικό σύστημα. Για παράδειγμα η έκκριση των υποφυσιακών ορμονών ρυθμίζεται κυρίως από νευροχημικούς μηχανισμούς. Ο αρχικός όμως ενθουσιασμός προς αυτή την κατεύθυνση περιορίστηκε λόγω των μη σαφών παθοφυσιολογικών ευρημάτων.

Πάντως το νευροενδοκρινικό σύστημα εξακολουθεί να είναι ένα καλό μοντέλο για την μελέτη της σχιζοφρένειας καθώς είναι ξεκάθαρος ο ρόλος που

παίζει η ντοπαμίνη στη ρύθμιση της έκκρισης της προλακτίνης από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης καθώς και στη ρύθμιση των υποθαλαμικών πεπτιδίων που καθορίζουν την έκκριση της αυξητικής ορμόνης. Για τον ίδιο σκοπό έχουν μελετηθεί ακόμη οι κορτιζόλη, η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη, η αδρενοκυρτικοτρόπος ορμόνη αν και τα ευρήματα έχουν αμφισβητηθεί (Kaplan & Sadock's, 2000).

1.3 Ψυχοδυναμικές Θεωρίες

Ψυχαναλυτικό σχήμα

Ο Freud θεωρεί τη σχιζοφρένεια ως αποτέλεσμα καθήλωσης σε πρώιμο, προ-οιδιπόδειο στάδιο που ταυτόχρονα ισοδυναμεί με ύπαρξη μη συγκροτημένου Εγώ. Αποτέλεσμα της καθήλωσης είναι ότι το άτομο δεν μπορεί να υιοθετήσει αμυντικούς μηχανισμούς, ώστε να ξεπεράσει με επιτυχία το άγχος που του δημιουργεί το περιβάλλον. Ο σχιζοφρενής ακόμα διαθέτει σοβαρά μειωμένες ικανότητες να αναπτύξει σχέσεις και κατά συνέπεια μεταβίβαση, καθιστώντας ιδιαίτερα προβληματική την ενδεχόμενη απόπειρα ψυχαναλυτικής θεραπείας (Μπεζεβέγκης, 1989).

Σχήματα οικογενειακής δυναμικής

Τα σχήματα αυτά αποτελούν προσπάθειες να κατανοηθεί η σχιζοφρένεια ως επίπτωση παθογόνων αλληλεπιδράσεων μέσα στην οικογένεια του ασθενούς. Κοινό τους χαρακτηριστικό είναι η υιοθέτηση των βασικών αρχών της θεωρίας της επικοινωνίας. Οι βασικότερες είναι οι ακόλουθες:

1. Η άποψη του διπλού δεσμού (Bateson). Βασικό στοιχείο της υπόθεσης αυτής είναι ότι αν η επικοινωνιακή σχέση ενός παιδιού με τη μητέρα του χαρακτηρίζεται από αντιφατικότητα και λογική ασυμβατότητα, τότε η επικοινωνία είναι παθογόνος (σχιζοφρενικογόνος). Δηλαδή το παιδί στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει το αβάσταχτο αδιέξοδο

(αλληλοσυγκρουόμενα μηνύματα) που του δημιουργεί η οικογένεια καταφεύγει στη σχιζοφρενική συμπεριφορά (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988).

2. Η θεωρία του Lidz. Πρεσβεύει ότι βασικό ρόλο στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας παίζουν οι διαταραγμένες σχέσεις των γονέων. Περιλαμβάνει δύο τέτοιους τύπους: Το «συζυγικό σχίσμα» και το «έκτροπο ζεύγος». Ο πρώτος τύπος χαρακτηρίζεται από συναισθηματική διάσταση των γονέων, στην οποία κυριαρχούν η δυσπιστία, η εχθρικότητα και ο έντονος ανταγωνισμός, ενώ ο δεύτερος τύπος χαρακτηρίζεται από την ολοκληρωτική επικυριαρχία κάποιου από τους γονείς και από την συνακόλουθη αλλοτρίωση της προσωπικότητας του άλλου, χωρίς όμως να υπάρχει εμφανής επιθετικότητα ή να υπάρχει άμεση απειλή διάλυσης της οικογένειας (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988).
3. Η άποψη της ψευδοαμοιβαιότητας. Στη περίπτωση αυτή κυριαρχούν γενικά η επιφυλακτικότητα και η «παραχαραγμένη» συναίνεση μέσα στη οικογένεια (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).
4. Η άποψη της έντονης συναισθηματικής έκφρασης και διαπλοκής. Αυτή στηρίζεται στη διαπίστωση πως το οικογενειακό περιβάλλον των σχιζοφρενών ασκεί έντονη κριτική, εκφράζει μεγάλη εχθρικότητα και παρεμβαίνει συνεχώς σε κάθε τι με το οποίο ασχολείται το νοσούν μέλος της οικογένειας (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).

Σχήμα ευπάθεια- στρες

Το σχήμα αυτό προσπαθεί να ενοποιήσει τους βιολογικούς με τους ψυχοκοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Διακρίνει γενετικούς και βιολογικούς παράγοντες που προκαλούν προδιάθεση εκδήλωσης των συμπτωμάτων, όμως η εξωτερική τους (νόσος) γίνεται όταν συμβούν εσωτερικά ή εξωτερικά στρεσογόνα γεγονότα που "πιέζουν" το άτομο να προσαρμοστεί σε μια νέα κατάσταση (Ζερβής, 2001).

1.4 Κοινωνικές θεωρίες

Ορισμένες θεωρίες υποστηρίζουν ότι η εκβιομηχάνιση και η αστικοποίηση έχουν αιτιολογική σχέση με τη σχιζοφρένεια. Αν και υπάρχουν αρκετά δεδομένα που υποστηρίζουν αυτές τις θεωρίες, σήμερα πιστεύεται ότι ο παράγοντας στρες ασκεί την επίδρασή του ως προς το χρόνο έναρξης της νόσου και τη βαρύτητά της.

2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα κλινικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας υπογραμμίζουν τρία σημαντικά θέματα (Kaplan & Sadock's, 2000):

- I. Κανένα σύμπτωμα δεν είναι παθογνωμονικό, μπορούμε να το συναντήσουμε και σε άλλα ψυχιατρικά και νευρολογικά νοσήματα. Αυτό σημαίνει ότι ο γιατρός πρέπει να λάβει υπόψη του εκτός από την παρούσα ψυχική κατάσταση του ατόμου και το ιστορικό του.
- II. Ο γιατρός πρέπει να εξετάζει τις πληροφορίες που συλλέγει για το μορφωτικό επίπεδο τις νοητικές ικανότητες και την πολιτισμική ομάδα στην οποία ανήκει ο ασθενής.
- III. Τα συμπτώματα μπορεί να αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου. Για παράδειγμα συμπτώματα σημαντικής συναισθηματικής διαταραχής μπορεί να εμφανίζονται και να υποχωρούν στην πορεία της σχιζοφρένειας

Σύμφωνα με θεωρητικές απόψεις πριν από την πρόδρομη φάση της νόσου υπάρχουν προνοσηρά συμπτώματα. Τα άτομα είναι παθητικά, εσωστρεφή, έχουν λίγους φίλους και στην εφηβεία συνήθως αποφεύγουν κάθε κοινωνική δραστηριότητα.

Μετά την εμφάνιση ή όχι της πρόδρομης φάσης ακολουθεί η ενεργός φάση όπου τα συμπτώματα είναι πολύ έντονα και φανερά και οι ασθενείς παρουσιάζουν τις εξής έντονες διαταραχές:

Διασπαστικές διαταραχές: Είναι αποσυνδεδετικού τύπου διαταραχές οι οποίες μπορούν να προσβάλουν την σκέψη, την αντίληψη, το συναίσθημα, την βούληση και την ψυχοκινητικότητα.

1. Διαταραχές της σκέψης. Αποτελούν θεμελιώδη συμπτώματα της σχιζοφρένειας και διακρίνονται σε:

- **Διαταραχές του περιεχομένου**

Οι διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης αντανακλούν τις πεποιθήσεις, τις ιδέες, και τις ερμηνείες των ερεθισμάτων από τον ασθενή. Εδώ εντάσσονται οι παραληρηματικές ιδέες, ιδέες παθητικότητας ή επίδρασης και ιδέες αυτοαναφοράς ή συσχέτισης (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).

Οι παραληρηματικές ιδέες εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία περιεχομένου, όπως αναφοράς, καταδίωξης, μεγαλομανίας, θρησκευτικές, υποχονδριακές, ερωτομανιακές, ζηλοτυπικές κ.α. Οι πιο συχνές όμως είναι αυτές της καταδίωξης και της αναφοράς. Η δομή τους είναι παρανοειδής, εξωπραγματική, υπερβολική, χωρίς καμία λογική επιχειρηματολογία. Επιπλέον, είναι συναισθηματικά φορτισμένες (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).

Ο όρος «απώλεια των ορίων του εγώ», περιγράφει την απουσία της αίσθησης του σώματος, του νου και της επίδρασης του ασθενούς, σε σχέση με αυτά των έμψυχων ή άψυχων όντων στο περιβάλλον του. Για παράδειγμα ο ασθενής μπορεί να πιστεύει ότι οι άλλοι γύρω του (π.χ: τηλεόραση) αναφέρονται σε αυτόν-ιδέες αναφοράς. Άλλα συμπτώματα της απώλειας των ορίων του εγώ είναι η αίσθηση ότι ο ασθενής έχει αποσυνδεθεί και συγχωνευθεί με ολόκληρο το σύμπαν ή έχει συγχωνευθεί σωματικά με ένα αντικείμενο του εξωτερικού κόσμου (π.χ ένα δέντρο), (Kaplan & Sadock's, 2000).

Οι ιδέες αυτοαναφοράς ή συσχέτισης δίνουν την αίσθηση στον ασθενή ότι αποτελεί το επίκεντρο περιβαλλοντικών ερεθισμάτων τα οποία αποκτούν ιδιαίτερη σημασία (Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2000).

Οι ιδέες παθητικότητας ή επίδρασης φέρουν το άτομο να είναι παθητικός δέκτης, έρμαιο των εξωτερικών επιδράσεων (μάγια) που επιδρούν

πάνω στην συμπεριφορά και την σκέψη του (Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2000) .

Οι παραληρηματικές ιδέες στη σχιζοφρένεια είναι κατά κύριο λόγο πρωτογενείς στη προέλευσή τους και χαρακτηρίζονται από άμεση αποδοχή από το άτομο, από το απρόβλεπτο και ανεξήγητο της εμφάνισής τους την πρώτη φορά και το «αποκαλυπτικό» περιεχόμενό τους (Karlan & Sadock's, 2000) .

Εκτός όμως από τις πρωτογενείς παραληρηματικές ιδέες υπάρχουν και οι δευτερογενείς, οι οποίες δεν αναδύονται αιφνίδια, αλλά αντίθετα το άτομο τις «χρησιμοποιεί» για να εξηγήσει τα παθολογικά του βιώματα (π.χ να εξηγήσει τις ακουστικές του ψευδαισθήσεις με την παραληρηματική ιδέα ότι του έχουν εμφυτεύσει ένα πομπό στον εγκέφαλο). Επίσης άλλες δευτερογενείς τέτοιες ιδέες είναι το αίσθημα υποκλοπής της σκέψης, η ηχώ της σκέψης και το αίσθημα παρεμβολής ξένων σκέψεων (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).

- **Διαταραχές στη δομή**

Οι διαταραχές της δομής της σκέψης ελέγχονται από τον προφορικό και γραπτό λόγο των σχιζοφρενών. Οι διαταραχές αυτές περιλαμβάνουν την χάλαση των συνειρμικών δεσμών (έλλειψη συνεκτικότητας και αλληλουχίας), που εκφράζεται με ασάφεια και αοριστία των λεγομένων, την κατ'εφαπτόμενη ομιλία, τους νεολογισμούς, την ασυναρτησία, τον εκτροχιασμό, την ηχολαλία, την υπερπεριεκτικότητα και την ομιλία-σαλάτα. Η τελευταία παρουσιάζεται στις βαρύτερες περιπτώσεις όπου υπάρχει ολοκληρωτική διάσπαση της σκέψης και ο λόγος γίνεται έτσι ακατανόητος (Karlan & Sadock's, 2000).

Σύμφωνα με την έρευνα των Schuepbach, Keshavan, Kmiec & Sweeney (2002 στο Hoff & Kremen, 2003), όπου εξέτασαν ασθενείς στο πρώτο τους ψυχωσικό επεισόδιο, οι οποίοι δεν είχαν ακολουθήσει ακόμα κάποια φαρμακευτική αγωγή, βρήκαν ότι οι περισσότερες γνωστικές λειτουργίες τους αν και εξασθενημένες παρέμειναν σταθερές ή βελτιώθηκαν μετά από φαρμακευτική αγωγή 5 εβδομάδων, με εξαίρεση τη λεκτική μάθηση και μνήμη, οι οποίες χειροτέρεψαν. Αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούν και με την έρευνα των Hoff & Kremen, (2003), οι οποίοι βρήκαν ότι ακόμα και μετά

από 4 χρόνια ασθενείας, η λεκτική μνήμη δεν βελτιώθηκε σε αντίθεση με άλλες γνωστικές λειτουργίες.

- **Διαταραχές στη ροή**

Χαρακτηριστική διαταραχή της ροής της σκέψης είναι η ανακοπή της σκέψης. Πρόκειται για μια αιφνίδια διακοπή της σκέψης (και συνακόλουθα της ομιλίας) για λίγο. Περιλαμβάνονται ακόμη η φυγή των ιδεών, η διαταραχή της προσοχής, η μειωμένη ικανότητα αφαιρετικής σκέψης, η εμμονή, η υπερπεριεκτικότητα, η περιφερικότητα και η φτώχεια περιεχομένου της σκέψης (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003). Συγκεκριμένα όσον αφορά τη διαταραχή της προσοχής από την έρευνα των Hoff & Kremen (2003) βρέθηκε ότι αυτή εμφανίζεται όχι μόνο στα άτομα σχιζοφρενικού τύπου αλλά και στους συγγενείς τους και σε άτομα που ανήκουν σε «ομάδες υψηλού κινδύνου» να εμφανίσουν τη διαταραχή.

2. Διαταραχές αντίληψης

Οι διαταραχές αντίληψης περιλαμβάνουν ψευδαισθήσεις και των πέντε αισθήσεων: ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές, γευστικές και απτικές. Οι πιο χαρακτηριστικές όμως είναι οι ακουστικές. Αυτές μπορεί μερικές φορές να είναι απλοί ήχοι αλλά συνήθως είναι φωνές που ακούει ο ασθενής και προέρχονται είτε από μέσα του είτε από έξω του. Με λίγα λόγια οι φωνές είτε τον προτρέπουν να κάνει κάτι, είτε του ασκούν κριτική. Εάν βέβαια οι φωνές είναι περισσότερες από δύο συζητούν μεταξύ τους ή του δίνουν εντολές. Το περιεχόμενό τους μπορεί να είναι ευχάριστο όπως επαινετικό ή προτρεπτικό, ή δυσάρεστο όπως χλευαστικό, υβριστικό, απειλητικό και προσβλητικό (Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2000).

Συχνές είναι και οι οπτικές ψευδαισθήσεις, ενώ οι υπόλοιπες είναι σπάνιες. Οι τελευταίες όταν εμφανίζονται πρέπει να εξετάζεται η πιθανότητα ύπαρξης υποκειμενικής παθολογικής ή νευρολογικής διαταραχής που προκαλεί την σχιζοφρένεια (Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2000).

Επίσης παρατηρούνται στη σχιζοφρένεια κιναισθητικές ψευδαισθήσεις. Αυτές αποτελούν εξωπραγματικές αισθήσεις αλλαγής οργάνων του σώματος.

Για παράδειγμα αίσθημα τομής με νύσσον όργανο στο μυελό των οστών (Kaplan & Sadock's, 2000).

Σε μια έρευνα των McGuire & Frith (Στο Andreasen, 1997) πάνω στις ψευδαισθήσεις σχιζοφρενών, εξετάστηκαν ασθενείς κατά τη διάρκεια των ψευδαισθήσεων τους. Παρατήρησαν αυξημένες δραστηριότητες στο θάλαμο, στον πρόσθιο φλοιό καθώς και στην παρεγκεφαλίδα. Υπέθεσαν ότι αυτές οι περιοχές θα μπορούσαν να είναι η γενέτειρα των ψευδαισθήσεων παρόλο που ο τύπος ψευδαίσθησης μπορεί να ποικίλει ανάλογα με την δεσμευόμενη περιοχή του φλοιού (π.χ οπτικός φλοιός για οπτικές ψευδαισθήσεις).

Οι παραισθήσεις διαφέρουν από τις ψευδαισθήσεις στο ότι οι πρώτες αφορούν παραποίηση πραγματικών ερεθισμάτων, ενώ οι δεύτερες δεν βασίζονται σε υπαρκτές εικόνες ή αισθήσεις. Ενδεχομένως οι παραισθήσεις να συνοδεύονται δευτερογενώς με τις παραληρηματικές ιδέες (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).

3. Διαταραχές συναισθήματος

Οι συναισθηματικές αντιδράσεις του σχιζοφρενή συχνά χαρακτηρίζονται από αμφιθυμία (όπου ο ασθενής κυριαρχείται την ίδια στιγμή από θετικά και αρνητικά συναισθήματα για το ίδιο άτομο), από δυσαρμονία, υποδηλώνοντας χάσμα μεταξύ της βαρύτητας του συγκινησιακού ερεθίσματος και της ανταπόκρισης του ασθενούς, αλλά και την εκ διαμέτρου αντίθετη συγκινησιακή αντίδραση, που ονομάζεται «συναισθηματική απροσφορότητα» (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).

Μια άλλη συχνή αντίδραση είναι αυτή του αμβλύ ή επίπεδου συναισθήματος το οποίο είτε αποτελεί σύμπτωμα της ίδιας της σχιζοφρένειας, είτε προκαλείται από τα αντιψυχωτικά φάρμακα ή από τη συνυπάρχουσα κατάθλιψη. Η απάθεια και η συναισθηματικά αμβλύτητα συνήθως οδηγούν σε κοινωνική απόσυρση και απομόνωση και ενδεχόμενος σε αυτισμό (Kaplan & Sadock's, 2000).

Άλλες συναισθηματικές διαταραχές είναι η κατάθλιψη, το άγχος, η ευφορία, η αμηχανία, η συναισθηματική ακαμψία, η αποπροσωποποίηση και η ανηδονία (Ζερβής, 2001).

4. Διαταραχές βούλησης και ψυχοκινητικότητας

Η διαταραχή της βούλησης εκδηλώνεται ως ανεπαρκές ενδιαφέρον ή ανικανότητα να ακολουθήσει ο ασθενής μια πορεία ενεργειών μέχρι την λογική τους κατάληξη (Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2000).

Η διαταραχή της βούλησης συμπορεύεται με την διαταραχή του συναισθήματος, όπου διαταραχές του δευτέρου αντανακλούν στην πρώτη. Για παράδειγμα παρατηρείτε αμφιβουλισία δηλαδή, δυσκολία ή αδυναμία επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικές πορείες δράσης καθώς και αβουλησία (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).

Όσον αφορά την ψυχοκινητικότητα του ασθενή, εμφανίζεται σαν αντίσταση σε εντολές ή προσπάθειες μετακίνησης (κατατονικός αρνητισμός, σαν κατατονική εμβροντησία-stupor), όπου ο ασθενής παραμένει ακίνητος και δεν αντιδρά στα ερεθίσματα, σαν κατατονική διέγερση, που πρόκειται για βίαιη, ασύνδετη και ασυγκράτητη διέγερση.

Επιπροσθέτως, ως προς τη θέση του και τη στάση του ασθενούς είναι δυνατό να παρατηρηθούν η ανάληψη απρόσφορων ή παράδοξων κατατονικών στάσεων, οι στερεότυπες θέσεις και η κηρώδη ευκαμψία (κατά τις παθητικές κινήσεις των μελών δίνεται η εντύπωση σαν να είναι από κερί, καθώς παραμένουν στις θέσεις που τα μετακινήσαμε). Τέλος, μπορεί να παρατηρηθεί ηχολαλία, αλαλία, ηχοπραξίες και μειωμένη εκφραστικότητα του προσώπου (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).

3. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

3.1 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-IV

Το DSM-IV περιλαμβάνει τα επίσημα διαγνωστικά κριτήρια της A.P.A για την σχιζοφρένεια. Τα κριτήρια του DSM-IV δεν διαφέρουν σημαντικά απ' αυτά του DSM-III και του DSM-III-R. Αν και το DSM-IV προσφέρει περισσότερες εναλλακτικές λύσεις στον κλινικό γιατρό και είναι πιο περιγραφικό των κλινικών καταστάσεων. Όπως και στο DSM-III-R αποκλείστηκαν οι διαταραχές «λανθάνουσα σχιζοφρένεια», «μεταιχμιακή σχιζοφρένεια», και η «απλή σχιζοφρένεια» γιατί δεν παρουσιάζουν σαφή και φανερά ψυχωτικά

συμπτώματα. Επιπλέον το DSM-IV έθεσε διαγνωστικούς περιορισμούς όπως η απώλεια της λειτουργικότητας, η διάρκεια πάνω από έξι μήνες και ο αποκλεισμός άλλων ψυχικών διαταραχών. Σύμφωνα λοιπόν με το DSM-IV τα διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια είναι τα εξής:

A. Χαρακτηριστικά συμπτώματα: Δύο (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα, το καθένα από τα οποία είναι παρόν για σημαντικό τμήμα του χρόνου κατά τη διάρκεια μιας περιόδου ενός μηνός (ή λιγότερο αν αντιμετωπιστεί επιτυχώς):

1. παραληρητικές ιδέες
2. ψευδαισθήσεις
3. αποδιοργανωμένος λόγος (π.χ. συχνός εκτροχιασμός ή ασυναρτησία)
4. έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
5. αρνητικά συμπτώματα, π.χ. συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλησία

Σημείωση: Απαιτείται μόνον ένα σύμπτωμα του κριτηρίου A αν οι παραληρητικές ιδέες είναι αλλόκοτες ή οι ψευδαισθήσεις αποτελούνται από μία φωνή που σχολιάζει αδιάκοπα τη συμπεριφορά ή τις σκέψεις του ατόμου, ή από δύο ή περισσότερες φωνές που συνδιαλέγονται μεταξύ τους.

B. Κοινωνική/επαγγελματική δυσλειτουργία: Για ένα σημαντικό τμήμα του χρόνου από τη στιγμή της έναρξης της διαταραχής, μία ή περισσότερες μείζονες περιοχές της λειτουργικότητας, όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις ή η αυτομέριμνα είναι καταφανώς κάτω από το επίπεδο που είχε επιτευχθεί πριν την έναρξη (ή όταν η έναρξη τοποθετείται στην παιδική ηλικία ή την εφηβεία, αποτυχία να επιτευχθεί το αναμενόμενο επίπεδο διαπροσωπικών, σχολικών ή επαγγελματικών επιτευγμάτων).

Γ. Διάρκεια: Συνεχή σημεία της διαταραχής επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες. Αυτή η περίοδος των 6 μηνών πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα μήνα συμπτωμάτων (ή λιγότερο αν αντιμετωπιστούν επιτυχώς), τα οποία πληρούν το κριτήριο A (δηλαδή ενεργός φάση των συμπτωμάτων) και μπορεί να περιλαμβάνει περιόδους με πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα. Κατά τη διάρκεια αυτών των περιόδων, της πρόδρομης ή της υπολειμματικής, τα σημεία της διαταραχής μπορούν να εκδηλώνονται μόνο με αρνητικά συμπτώματα ή είναι παρόντα σε πιο εξασθενημένη μορφή δύο ή περισσότερα συμπτώματα που συγκαταλέγονται στο κριτήριο A (π.χ. παράδοξες πεποιθήσεις, ασυνήθη αισθητηριακά βιώματα).

Δ. Αποκλεισμός της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και διαταραχής της διάθεσης: Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η διαταραχή της διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία έχουν αποκλειστεί επειδή είτε (1) δεν υπήρχε παρουσία μείζονος καταθλιπτικού, μανιακού ή μικτού επεισοδίου ταυτόχρονα με την ενεργό φάση των συμπτωμάτων, ή (2) αν υπήρχε παρουσία επεισοδίων της διάθεσης κατά τη διάρκεια της ενεργού φάσης των συμπτωμάτων, η συνολική τους διάρκεια ήταν βραχεία σε σχέση με τη διάρκεια της ενεργού και της υπολειμματικής περιόδου.

Ε. Αποκλεισμός ουσιών/γενετικής σωματικής κατάστασης: Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακα) ή γενικής σωματικής κατάστασης.

ΣΤ. Σχέση με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή: Αν υπάρχει ιστορικό αυτιστικής διαταραχής ή άλλης διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής, η επιπρόσθετη διάγνωση της σχιζοφρένειας τίθεται μόνον αν υπάρχουν επίσης προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για τουλάχιστον ένα μήνα (ή λιγότερο αν αντιμετωπιστούν επιτυχώς).

Ταξινόμηση της μακροχρόνιας πορείας (εφαρμόζεται μόνον αφού έχει μεσολαβήσει τουλάχιστον ένας χρόνος από την πρώτη εμφάνιση των συμπτωμάτων της ενεργού φάσης):

Επεισοδική με υπολειμματικά συμπτώματα μεταξύ των επεισοδίων (τα επεισόδια ορίζονται από την επανεμφάνιση προεξάρχοντων ψυχωτικών συμπτωμάτων): *επίσης καθορίστε αν: με προεξάρχοντα αρνητικά συμπτώματα*

Επεισοδική χωρίς υπολειμματικά συμπτώματα μεταξύ των επεισοδίων

Συνεχής (προεξάρχοντα ψυχωτικά συμπτώματα είναι παρόντα καθ' όλη την περίοδο παρακολούθησης): *επίσης καθορίστε αν: με προεξάρχοντα αρνητικά συμπτώματα*

Μοναδικό επεισόδιο σε μερική ύφεση: *επίσης καθορίστε αν: με προεξάρχοντα αρνητικά συμπτώματα*

Μοναδικό επεισόδιο σε πλήρη ύφεση

Άλλος ή απροσδιόριστος τύπος

Πίνακας από το DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed 4. Copyright American Psychiatric Association, Washington, 1994. Κατόπιν άδειας.

3.2 ΜΟΡΦΕΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η σχιζοφρένεια περιλαμβάνει διάφορους τύπους, οι οποίοι αναφέρονται στην κλινική εικόνα της πιο πρόσφατης κατάστασης του ασθενή και είναι οι εξής:

I. Παρανοειδής τύπος

Η έναρξη του παρανοϊκού τύπου είναι συνήθως μετά την ηλικία των 30 ετών, που πλέον έχει παγιώσει μια κοινωνική ζωή που τον βοηθά να αντεπεξέλθει καλύτερα όταν νοσήσει. Αντίθετα, το πρώτο επεισόδιο των κατατονικών ή αποδιοργανωμένων εμφανίζεται σε μικρότερη ηλικία.

Ο παρανοϊκός σχιζοφρενής υπεραπασχολείται με μια ή περισσότερες παραληρηματικές ιδέες οι οποίες είναι κυρίως δίωξης ή μεγαλείου. Αυτές της δίωξης μπορεί να προδιαθέσουν το άτομο για αυτοκτονία και ο συνδυασμός παραληρηματικών ιδεών δίωξης και μεγαλείου μαζί με θυμό μπορεί να τον ωθήσουν σε βία (Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2000).

Ο παρανοϊκός τύπος συνήθως διαθέτει περισσότερες δυνάμεις του εγώ απ' ότι ο κατατονικός ή αποδιοργανωτικός τύπος σχιζοφρενής. Έτσι ο παρανοϊκός τύπος μπορεί να λειτουργήσει ικανοποιητικά σε κοινωνικές και επαγγελματικές καταστάσεις (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).

Λεκτική ή σωματική επιθετικότητα, καχυποψία, υπερευαισθησία, θυμός, άγχος, αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου και ο φόβος ότι θα θεωρηθεί ομοφυλόφιλος συχνά χαρακτηρίζουν αυτό τον τύπο. Η πρόγνωση αυτού του τύπου είναι καλύτερη από αυτή των άλλων μορφών πάθησης (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).

II. Αποδιοργανωμένος τύπος (Ηβηφρενικός)

Η έναρξη του αποδιοργανωμένου τύπου τοποθετείται πριν το 25 ο έτος. Τα διασπαστικά στοιχεία στη σκέψη, στο λόγο και στο συναίσθημα είναι έντονα. Η σκέψη είναι αποδιοργανωμένη, ο λόγος είναι ασυνάρτητος. Το συναίσθημα είναι απρόσφορο και η συμπεριφορά βαρύτατα

αποδιοργανωμένη, ανεύθνη και απρόβλεπτη (π.χ ξεσπά σε γέλια χωρίς φανερή αιτία). Εμφανίζονται μικρής μόνο έκτασης και διάρκειας παραληρηματικές ιδέες και ψευδαισθήσεις. Η πρόγνωση είναι αρκετά άσχημη (Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2000).

III. Κατατονικός τύπος

Αυτός ο τύπος αν και ήταν συχνός πριν μερικές δεκαετίες, σήμερα εμφανίζεται σπάνια τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική. Τα χαρακτηριστικά που επικρατούν είναι οι ψυχοκινητικές διαταραχές που συχνά συνδυάζονται με ψευδαισθήσεις. Η ψυχοκινητικότητα χαρακτηρίζεται συχνά από ταχύτατες εναλλαγές ανάμεσα στην υπερκινητικότητα και στην εμβροντησία ή ανάμεσα στην αυτόματη υπακοή και τον αρνητισμό. Μπορεί να συνυπάρχουν επίσης στερεοτυπίες, αλαλία, ηχοπραξία, ηχολαλία, μανιερισμοί και κηρώδης ευκαμψία (Ζερβής, 2001).

IV. Αδιαφοροποίητος τύπος

Συχνά ασθενείς που είναι σχιζοφρενείς και δεν μπορούν να καταταγούν με ευκολία σε έναν από τους άλλους τύπους, το DSM-IV τους ταξινομεί στον αδιαφοροποίητο τύπο (Karlan & Sadock's, 2000).

V. Υπολειμματικός τύπος

Αποτελεί χρόνια μορφή σχιζοφρένειας που προέκυψε συνέχεια ενός πρώιμου σταδίου που περιελάμβανε μια από τις προηγούμενες μορφές. Συχνά συμπτώματα αυτού του τύπου είναι «αρνητικά» στοιχεία, όπως συναισθηματική αμβλύτητα, απάθεια, κοινωνική απόσυρση, εκκεντρική συμπεριφορά και παράλογη σκέψη. Εάν υπάρχουν παραληρηματικές ιδέες και ψευδαισθήσεις δεν προεξάρχουν και δεν συνοδεύονται από έντονα συναισθήματα (Ζερβής, 2001).

3.3 ΠΟΡΕΙΑ

Η εμφάνιση σχιζοφρένειας γίνεται συνήθως στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Μπορεί να είναι απότομη, χωρίς πρόδρομη φάση ή πιο συχνά προοδευτική περιλαμβάνοντας κάποιες διακριτικές διαταραχές στο βίωμα και στη συμπεριφορά οι οποίες μπορούν να διαρκέσουν κάποιες εβδομάδες ή ακόμη και έτη (Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2000).

Η πρόδρομη φάση μπορεί να φανεί μετά από κάποια γεγονότα κοινωνικής ή περιβαλλοντικής αλλαγής, όπως η έναρξη σπουδών μακριά από το σπίτι, μια εμπειρία με ουσίες ή ο θάνατος ενός κοντινού προσώπου. Η διάρκεια αυτής της φάσης είναι ένας χρόνος ή και περισσότερο (Karlan & Sadock's, 2000).

Στην πρόδρομη φάση το άτομο εμφανίζει χαμηλή απόδοση στις καθημερινές του υποχρεώσεις (π.χ στο σχολείο ή στην εργασία) αν και μπορεί να παρουσιάσει υπερανάπτυγμένες ικανότητες σε κάποιες από αυτές. Μπορεί να πάψει να ενδιαφέρεται για την προσωπική του υγιεινή και εμφάνιση, εκδηλώνεται πολύ λίγο συναισθηματικά, είναι αποξενωμένος από το περιβάλλον του, υπερευαίσθητος σε εξωτερικά και διαπροσωπικά ερεθίσματα και παρουσιάζει έντονο άγχος (Karlan & Sadock's, 2000).

Μετά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ακολουθεί συνήθως μια περίοδος ύφεσης η οποία μπορεί να διαρκέσει και πέντε χρόνια. Εν τούτοις, συνήθως επέρχεται υποτροπή και η γενική πορεία της νόσου κατά τα πέντε πρώτα χρόνια μετά την διάγνωση προκαθορίζει την μετέπειτα πορεία της ζωής του ασθενούς. Κάθε υποτροπή προκαλεί περαιτέρω έκπτωση σε σχέση με τη προνοσηρή του λειτουργικότητα (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).

Επίσης η κλινική μορφή της νόσου σχετίζεται με την πορεία της. Η πορεία της σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από υφέσεις και εξάρσεις. Η παρανοειδής και κατατονική μορφή έχουν επεισοδιακή πορεία, ενώ η αποδιοργανωτική και η υπολειμματική μορφή έχουν συνεχή πορεία. Η βραχεία διαταραχή μπορεί να έχει μια με δύο εξάρσεις κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).

Τώρα είτε εμφανισθεί είτε όχι η πρόδρομη φάση όλοι οι σχιζοφρενικοί ασθενείς περνούν από την ενεργό φάση στην διάρκεια της οποίας η ψύχωση είναι έντονη και φανερή.

Όταν η ενεργός φάση υποχωρήσει (με ή χωρίς θεραπεία), ο σχιζοφρενής δεν καταφέρνει να επιστρέψει στη προνοσηρή του λειτουργικότητα μετά από κάθε υποτροπή, όπως συμβαίνει στις συναισθηματικές διαταραχές. Στη σχιζοφρένεια λοιπόν το άτομο μετά την ενεργό φάση περνάει σε μια υπολειμματική φάση, της οποίας τα συμπτώματα είναι παρόμοια με αυτά της πρόδρομης φάσης, αν και η αμβλύτητα συναισθήματος και η κοινωνικοεπαγγελματική έκπτωση τείνουν να είναι πιο κοινές στην υπολειμματική φάση. Εδώ εξακολουθούν να υπάρχουν παραληρηματικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις αλλά είναι λιγότερο συναισθηματικά φορτισμένες (Karlan & Sadock's, 2000).

Επομένως τα θετικά συμπτώματα τείνουν να εξασθενούν και τα αρνητικά προκαλούν κοινωνική απόσυρση και απομόνωση.

3.4 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Σε έρευνες έχει βρεθεί ότι μετά τα πρώτα πέντε ως δέκα χρόνια της πρώτης νοσηλείας, μόνο το 10-20% των σχιζοφρενών έχει ικανοποιητική έκβαση της νόσου. Παραπάνω από το 50% έχει κακή έκβαση με συχνές νοσηλείες, εξάρσεις και απόπειρες αυτοκτονίας. Παρ' όλα αυτά η σχιζοφρένεια δεν έχει πάντοτε εκπτώτικη πορεία, εξάλλου διάφοροι παράγοντες υπεισέρχονται στην πρόγνωση, όπως η υποβολή σε φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική αγωγή, το φύλο, η ηλικία, η κοινωνική και επαγγελματική θέση, το κοινωνικό περιβάλλον καθώς επίσης ο τύπος της πάθησης και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες εκδηλώθηκε (Karlan & Sadock's, 2000).

Η ηλικία έναρξης της πάθησης έχει σημασία για την εξέλιξή της. Η πρώιμη εκδήλωση, που αφορά κυρίως άνδρες, κατ' επέκταση λιγότερο δομημένους ψυχολογικά και με περισσότερα συμπτώματα οδηγεί σε

χειρότερη πρόγνωση σε σχέση με άτομα όπου η νόσος εκδηλώνεται αργότερα και που είναι συνήθως γυναίκες, πνευματικά και ψυχικά αρτιότερες τη στιγμή της έκλυσής της (Kaplan & Sadock's, 2000).

4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οξείες φάσεις της πάθησης που εμπεριέχουν κινδύνους για τον ασθενή επιβάλλουν τη νοσηλεία του. Ένας από τους κύριους στόχους της νοσηλείας είναι η εγκατάσταση ενός αποτελεσματικού συνδετικού κρίκου ανάμεσα στον ασθενή και στα υποστηρικτικά συστήματα των θεραπευτικών κοινοτήτων.

Η σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει δύο κυρίως προσεγγίσεις: τη βιολογική και την ψυχοκοινωνική. Οι προσεγγίσεις αυτές αλληλοδιαπλέκονται καθόλη τη διάρκεια της θεραπείας με ορισμένες μεταβολές ως προς την προτεραιότητα εφαρμογής καθεμιάς από αυτές κατά τις διάφορες φάσεις εξέλιξης της νόσου, με τη βιολογική κατά κανόνα να έχει τον πρώτο ρόλο (Kaplan & Sadock's, 2000).

4.1 Φαρμακοθεραπεία

Στα αντιψυχωτικά περιλαμβάνονται τρεις κατηγορίες φαρμάκων:

1. Οι ανταγωνιστές της ντοπαμίνης (χλωροπρομαζίνη, αλοπεριδόλη, ρεμοξιπρίδη κ.α) δεν είναι εντελώς ακίνδυνοι. Οι κυριότερες παρενέργειες τους είναι η ακαθισία, τα παρκινσονικού τύπου συμπτώματα της δυσκινησίας και του τρόμου, όψιμη δυσκινησία, κασθήες νευροληπτικό σύνδρομο, απλαστική αναιμία (Kaplan & Sadock's, 2000).
2. Η ρισπεριδόνη (risperdal), είναι ουσία με σημαντική ανταγωνιστική δράση τόσο στους τύπους 2 υποδοχείς της σεροτονίνης (5-HT₂) όσο και στους τύπους 2 υποδοχείς της ντοπαμίνης (D₂). Η ρισπεριδόνη αποτελεί φάρμακο πρώτης εκλογής στη θεραπεία της σχιζοφρένειας επειδή είναι πιο αποτελεσματική και πιο ασφαλής από τους τυπικούς ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης. Πρόσφατα μελετάται από τους Spollen & Gutman, (2002) και η δράση της σερτινόλης (sertindole) σε σχέση με τη

ρισπεριδόνη, η οποία κρίνεται ακόμα πιο αποτελεσματική. Επίσης, σύμφωνα με τους παραπάνω υπογραμμίζεται η ελαφρώς μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της ρισπεριδόνης και της ολανζεπίνης σε σχέση με την χαλοπεριδόλη (haloperidol) στη θεραπεία των αρνητικών συμπτωμάτων.

3. Η κλοζαπίνη (Ieronex) είναι ασθενής ανταγωνιστής των D_2 υποδοχέων, αντίθετα με τους D_4 είναι ισχυρός ανταγωνιστής, όπως και με τους σεροτονινεργικούς. Η κλοζαπίνη ωστόσο αποτελεί φάρμακο δεύτερης επιλογής αφενός γιατί προκαλεί ακοκκιοκυτταραιμία σε ένα ποσοστό 1-2% των ασθενών και αφετέρου γιατί είναι ακριβό φάρμακο. Πρόσφατες μελέτες εξετάζουν τη δράση της λαμοτριγίνης (lamotrigine) σε σχέση με την κλοζαπίνη (Spollen & Gutman, 2002).

Ως συμπληρωματική αγωγή ενδυνάμωσης του θεραπευτικού αποτελέσματος των αντιψυχωσικών φαρμάκων χρησιμοποιούνται οι εξής ουσίες: λίθιο, καρβαμαζεπίνη (έλεγχος επιθετικής συμπεριφοράς), αντικαταθλιπτικά (συνύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή κατά την υπολειμματική φάση της νόσου), (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).

4.2 Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Αν και τα αντιψυχωτικά φάρμακα αποτελούν το κύριο όπλο της σχιζοφρένειας λόγω του ότι αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα συμπτώματα της νόσου, δε τη θεραπεύουν. Χρειάζεται ο συνδυασμός τους με τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, οι οποίες είναι οι ακόλουθες (Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2000):

1. Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία

Χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης και σε χρόνιους αρρώστους, ενώ σπουδαία είναι η συμβολή της και σε προγράμματα αποκατάστασης.

2. Θεραπεία Οικογένειας

Επειδή οι σχιζοφρενείς εξέρχονται τις περισσότερες φορές από το νοσοκομείο σε κατάσταση ατελούς ύφεσης, η οικογένεια τους στην οποία αναμένεται να επανέλθουν, θα ωφεληθεί από μια βραχεία και εντατική οικογενειακή θεραπεία.

3. Ομαδική Θεραπεία

Είναι αρκετά αποτελεσματική στην καταπολέμηση της κοινωνικής απομόνωσης των αρρώστων και συμβάλλει στην απόκτηση διαπροσωπικών σχέσεων μέσα από το πνεύμα συνεκτικότητας που διακατέχεται στις ομάδες.

4. Ατομική Θεραπεία

Η θεραπεία αυτή βοηθάει τον ασθενή και επαυξάνει τα αποτελέσματα της φαρμακοθεραπείας. Υπάρχουν δύο τύποι ατομικής θεραπείας, η υποστηρικτική και η εναισθητική.

ΠΑΙΔΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Τι είναι η Παιδική Σχιζοφρένεια



Η παιδική σχιζοφρένεια και ο βρεφικός αυτισμός αποτελούν και τα δύο πολύ σοβαρά σύνδρομα παθολογικής συμπεριφοράς, τα οποία εμπεριέχονται στην ευρύτερη κατηγορία των παιδικών ψυχώσεων (Μπεζεβέγκης, 1989). Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι αυτές οι δύο παθολογίες αποτελούν ξεχωριστές μορφές της παιδικής ψύχωσης (Rutter, 1968,1972 & Kolvin, 1971 στο

Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988).

Ο όρος "παιδική σχιζοφρένεια" περιγράφεται για πρώτη φορά από τον Potter το 1933 και τον Lutz το 1936, υπό την επιρροή του Bleuler, ο οποίος περιέγραψε τη σχιζοφρένεια στους ενήλικους (Μπεζεβέγκης, 1989). Αυτές οι κατατάξεις όμως δεν ήταν πλήρεις και ακριβείς, διότι στηρίχθηκαν κυρίως στις ψυχώσεις των ενηλίκων.

Σύμφωνα με τα συστήματα ταξινόμησης DSM-IV (εκδ. Ιουλίου 1994) και ICD-10 η κατηγορία των παιδικών ψυχώσεων αναφέρεται πλέον ως Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές και σε αυτές δεν περιλαμβάνεται πλέον ο όρος "παιδική σχιζοφρένεια".

Επιδημιολογία και κατανομή στο φύλο

Η σχιζοφρένεια είναι πολύ ασυνήθης στην παιδική ηλικία: Υπολογίζεται ότι περίπου 1 στα 40.000 παιδιά εμφανίζουν συμπτώματα παιδικής σχιζοφρένειας σε σχέση με τους ενήλικους που η αναλογία είναι 1 στους 100 (Nicolson & Rapoport, 1999).

Η αναλογία αγοριών και κοριτσιών είναι εις βάρος των αγοριών: τα αγόρια υπερισχύουν έναντι στα κορίτσια με αναλογία 2,5/1 (Kolvin 1971, στο Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988). Από έρευνες έχει φανεί ότι αυτή η αναλογία επικρατεί και σε όλες τις κατηγορίες ψυχοπαθολογίας στην παιδική ηλικία (Μπεζεβέγκης, 1989). Τα αγόρια εξακολουθούν να υπερισχύουν σε αναλογία στην σχιζοφρένεια που εμφανίζεται στην εφηβεία, ενώ προοδευτικά αυτή η αναλογία εξισώνεται στους ενήλικους (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988).

Η παιδική σχιζοφρένεια μπορεί να εμφανιστεί στην ηλικία των 5 ετών αλλά είναι πολύ σπάνιο να εμφανιστεί πριν την ηλικία των 7 ή 8 ετών (Green και συνεργάτες, 1984 στο Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988).

5. ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας της Αμερικής (NIMH, 2003) η παιδική σχιζοφρένεια είναι μία νευρο-αναπτυξιακή διαταραχή η οποία περιλαμβάνει:

1. Αγχογόνα γεγονότα ζωής (βλ. "παράγοντες επικινδυνότητας" ενήλικης σχιζοφρένειας)
2. Προγεννητικά προβλήματα στην ανάπτυξη του εγκεφάλου. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά που εκδηλώνουν συμπτώματα σχιζοφρένειας και οι ενήλικοι σχιζοφρενείς έχουν αρκετά όμοια χαρακτηριστικά που καταδεικνύουν ανωμαλίες στην εγκεφαλική δομή, φυσιολογία και νευροψυχολογία (Rapoport, 2000 στο NIMH, 2003), (επίσης βλέπε "παράγοντες επικινδυνότητας" ενήλικης σχιζοφρένειας).
3. Γενετική προδιάθεση: Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι γενετικές ανωμαλίες είναι δύο φορές πιο σοβαρές στα παιδιά από ότι στους ενήλικες που εμφανίζουν συμπτώματα σχιζοφρένειας (NIMH, 2003). Στην έρευνα των Asarnow, Nuechterlein et al., (2001) το 1/3 των οικογενειών που περιλάμβαναν άτομα που εμφάνισαν συμπτώματα σχιζοφρένειας στην παιδική ηλικία, είχαν τουλάχιστον ένα συγγενή πρώτου βαθμού που είχε διαγνωστεί για σχιζοφρένεια, ή παρανοειδή ή σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας. Αυτό το προφίλ μοιάζει πάρα πολύ με εκείνο των γονιών

που έχουν παιδιά που πρωτοεμφάνισαν συμπτώματα στην ενήλικη ζωή τους (επίσης βλέπε "γενετικοί παράγοντες" ενήλικης σχιζοφρένειας).

4. Νευρολογικές ανωμαλίες: Τα παιδιά εμφανίζουν πιο σοβαρές νευρολογικές ανωμαλίες από τους ενήλικους σχιζοφρενείς (η έναρξη της νόσου έγινε στην ενήλικη ζωή). Για παράδειγμα τα παιδιά που εμφανίζουν ψυχωτικά χαρακτηριστικά πριν την εφηβεία τους υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις προοδευτικής μη φυσιολογικής ανάπτυξης του εγκεφάλου. Στην πρώτη μελέτη της διαμήκουσ απεικόνισής του εγκεφάλου σε εφήβους (Giedd, Blumenthal et al., 1999), η δομική απεικονιστική μέθοδος (MRI) αποκάλυψε κοιλότητες γεμάτες από υγρό στο μέσον του εγκεφάλου, οι οποίες μεγενθύθηκαν μη φυσιολογικά ανάμεσα στις ηλικίες των 14 έως 18 ετών σε εφήβους με πρώιμη εμφάνιση σχιζοφρένειας. Αυτές οι δραματικές αλλαγές σταθεροποιούνται στο τέλος της εφηβείας και σταματούν να συμβαίνουν στην ηλικία των 18-20 ετών. Αυτό δείχνει μια (συναπτική) συρρίκνωση στον όγκο των ιστών του εγκεφάλου (Rapoport et al., 1999).
5. Βιολογικοί παράγοντες: Υπόθεση ντοπαμίνης και νοραδρεναλίνης (βλ. "βιοχημική θεωρία" ενηλίκων)
6. Ψυχοδυναμικές υποθέσεις: δύο βασικές ψυχοδυναμικές θεωρίες που διατυπώθηκαν για την αιτιολογία της παιδικής σχιζοφρένειας είναι του: (α) Winnicott, ο οποίος θεωρεί ότι η αιτία είναι ο ανεκπλήρωτος τριπλός ρόλος της μητέρας που **κρατά** το παιδί (holding), το **φροντίζει** (handling) και του **παρουσιάζει τα αντικείμενα του έξω κόσμου** (object-presenting). Εάν δεν υπάρχουν αυτά τα τρία στοιχεία τότε το παιδί δυσκολεύεται να προσαρμοστεί στην πραγματικότητα και ραγίζει η σύνδεση του σώματος με τον εαυτό του και (β) Bion, ο οποίος μίλησε για την αποτυχία της λειτουργίας "άλφα" στο ψυχωτικό παιδί. Η λειτουργία άλφα μετατρέπει τις πρωτόγονες σκέψεις αισθητηριακού τύπου (στοιχεία βήτα) σε σκέψεις ονειροπόλησης. Η μάνα πρέπει να είναι ικανή να πάρει τα αισθητηριακά στοιχεία που δεν είναι ανεκτά από το παιδί, να τα επεξεργαστεί και να του τα ξαναστείλει ως σκέψεις ονειροπόλησης, οι οποίες θα είναι αποδεκτές για αυτό. Το ψυχωτικό παιδί όμως δεν έχει την ικανότητα του ονείρου (Συνοδινού, 2002), (επίσης βλέπε "ψυχοδυναμικές και ψυχοκοινωνικές θεωρίες" ενηλίκου).

6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η διάγνωση της παιδικής σχιζοφρένειας αποτελεί ένα θέμα πολύπλοκο. Πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη ότι η κλινική εικόνα αλλάζει ανάλογα με το ψυχοσυναισθηματική ωριμότητα του παιδιού. Είναι αρκετά δύσκολο να εκτιμηθούν στο παιδί η δοκιμασία της πραγματικότητας, οι ψευδαισθήσεις, το παραλήρημα και οι τυπικές διαταραχές της σκέψης. Η εκτίμηση αυτών των συμπτωμάτων είναι δυνατή μόνον εάν το παιδί έχει φτάσει σε μια ικανοποιητική ωριμότητα, νοητική ηλικία και λεκτική επικοινωνία. Ο Krevelen (1971, στο Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988), επισημαίνει ότι παρόλο που μοιάζουν τα συμπτώματα της ενήλικης σχιζοφρένειας με αυτά της παιδικής ηλικίας, τα τελευταία δεν είναι τόσο συστηματοποιημένα και οργανωμένα καθώς επίσης είναι και παροδικά.

Η παιδική σχιζοφρένεια εμφανίζεται σταδιακά και συνήθως οι κινητικές διαταραχές και οι διαταραχές φώνησης και λόγου αποτελούν πρόδρομα συμπτώματα. Αυτά τα προβλήματα συνδέονται με τις εγκεφαλικές ανωμαλίες. Πιο συγκεκριμένα τα διαγνωστικά κριτήρια που προτείνει ο NIMH (2003) είναι:

1. Ψευδαισθήσεις και παραλήρημα
2. Διαταραχές του συναισθήματος (απροσφορότητα, επιπέδωση)
3. Διαταραχές στη μνήμη και στην προσοχή
4. Διαταραχές του λόγου (πρωτογενή μη εμφάνιση ή δευτερογενής αλαλία)
5. Καταθλιπτική διάθεση

Ακόμα αυτά τα παιδιά μπορεί να έχουν φτωχή βλεμματική επαφή και η έκφραση του προσώπου και του σώματος τους να είναι ελάχιστη.

Επιπλέον σύμφωνα με τις μελέτες του Kolvin (1971 στο Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988) τα συχνότερα συμπτώματα που παρατηρήθηκαν, κατηγοριοποιήθηκαν σε τρεις ομάδες και ήταν με την ακόλουθη σειρά:

Πρώτη ομάδα: ψευδαισθήσεις, στερεοτυπίες και αποσπασματικός λόγος

Δεύτερη ομάδα: διαταραχές στη σκέψη (ασυναρτησία, έλλειψη συνειρμών, νεολογισμοί)

Τρίτη ομάδα: διαταραχές συναισθήματος και διαταραχές στη βούληση και τις ενορμήσεις

Στις εργασίες του Kolvin φάνηκε ότι υπήρχε βραδεία έναρξη των διαταραχών συμπεριφοράς και προσωπικότητας, ότι στα 3/5 των περιπτώσεων παρουσιαζόταν διαταραχή και ανακοπή της σκέψης, το 90% των παιδιών είχαν ακουστικές ψευδαισθήσεις και το 50% είχε οπτικές ή σωματικές ψευδαισθήσεις. Οι μη ακουστικές ψευδαισθήσεις δεν απαντώνται μεμονωμένες, αλλά συνοδεύουν πάντα τις ακουστικές. Διαταραχές του συναισθήματος και στερεοτυπίες ήταν επίσης συχνές. Αυτό που έχει ενδιαφέρον είναι ότι τα παιδιά που εμφανίζουν τέτοια συμπτώματα συνήθως έχουν οριακά κανονική νοημοσύνη αλλά μπορεί να διαφοροποιείται από φυσιολογική μέχρι σοβαρά μειωμένη (Μπεζεβέγκης, 1989).

Από τη σοβαρότητα των κλινικών συμπτωμάτων γίνεται φανερό η αναγκαιότητα της διαφορικής διάγνωσης της παιδικής σχιζοφρένειας κυρίως από τον παιδικό αυτισμό, την οριακή διαταραχή της προσωπικότητας, τις συναισθηματικές διαταραχές, καθώς και άλλες ψυχικές διαταραχές αυτής της ηλικίας (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988). Επίσης, οι έφηβοι με διπολική (μανιοκατάθλιψη) διαταραχή μπορούν να εμφανίσουν στην έναρξη της διαταραχής μανιακά επεισόδια, τα οποία να θεωρηθούν ως συμπτώματα σχιζοφρένειας. Για τα παιδιά τα οποία έχουν πέσει θύματα κακοποίησης είναι συχνό φαινόμενο ο ισχυρισμός ότι ακούν φωνές ή φαντάζονται ότι βλέπουν τον κακοποιό (NIMH 2003).

6.1 ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Τα τελευταία χρόνια, η έρευνα έχει στραφεί στη μελέτη των πρόδρομων σημείων που προσδιορίζουν τις ομάδες "παιδιών υψηλού κινδύνου", που κυρίως πρόκειται για τα παιδιά σχιζοφρενικών μητέρων.

Ένα κοινό εύρημα είναι ότι αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν αρκετές φορές προβλήματα συμπεριφοράς και αναπτυξιακά. Ήδη από τους πρώτους μήνες της ζωής τους παρουσιάζονται κινητική ανωριμότητα, χαμηλός μυϊκός τόνος, χαμηλά επίπεδα δραστηριότητας και ακραίες μεταβολές διεγερσιμότητας. Οι αναπτυξιακές διαταραχές περιλαμβάνουν καθυστέρηση στην εξέλιξη του λόγου ή δευτερογενή αλαλία και νευροκινητικές διαταραχές. Ο λόγος είναι πιθανό να υπολείπεται και το παιδί να κάνει ιδιόζουσα χρήση

των λέξεων και να προβαίνει σε νεολογισμούς. Οι νευροκινητικές διαταραχές διαπιστώνονται στις δοκιμασίες που ελέγχουν τη συνεργία που αφορούν τις λεπτές κινήσεις, την κινητική δεξιότητα και τον αισθητηριο-κινητικό συντονισμό. Μπορεί ακόμη να εμφανιστεί μια έντονη αντίδραση αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Οι περιγεννητικές επιπλοκές που συνοδεύονται από αρκετές εμπειρίες αποχωρισμού του παιδιού από τη μητέρα κυρίως, έχει διαπιστωθεί ότι "προκαλούν" σε ένα μεγάλο βαθμό τον κίνδυνο ανάπτυξης της ψύχωσης (Schulsinger & Mednick, 1975 στο Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988). Τα αποτελέσματα των ερευνών για τις περιγεννητικές επιπλοκές μπορούν να εξηγηθούν από το θεωρητικό μοντέλο "προδιάθεση-στρες", το οποίο θεωρεί την αλληλεπίδραση μεταξύ του περιβάλλοντος και της κληρονομικότητας αιτία εμφάνισης της σχιζοφρένειας (Shields, 1978 στο Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988). Βέβαια σήμερα πλέον οι περισσότεροι ειδικοί θεωρούν πως έχει λυθεί αυτό το δίλημμα ανάμεσα στην γενετική προδιάθεση και το περιβάλλον για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας και η ζυγαριά γέρνει προς τον γενετικό παράγοντα.

Στην αρχή της σχολικής εκπαίδευσης γίνονται εμφανείς οι γνωστικές διαταραχές του παιδιού. Παρατηρείται συχνά διάσπαση προσοχής, διαταραχή της αντίληψης αλλά και της μνήμης. Με αποτέλεσμα η σχολική αποτυχία να μην αποτελεί σπάνιο φαινόμενο και να χαρακτηρίζεται από διαταραχές της συμπεριφοράς, κυρίως επιθετικότητα και έλλειψη αυτο-ελέγχου καθώς επίσης και από καταθλιπτική διάθεση. Τέλος, η κοινωνική απόσυρση προέρχεται από την χρησιμοποίηση κοινωνικά μη αποδεκτών τρόπων επικοινωνίας (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2003).

6.2 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών με σχιζοφρένεια καταλήγουν σχιζοφρενείς και ως ενήλικοι. Αυτά τα άτομα παρουσιάζουν σημαντική επιδείνωση στην κλινική εικόνα τους και χρειάζονται τις περισσότερες φορές συνεχή παρακολούθηση και φροντίδα.

Ένα άλλο ποσοστό όμως μπορεί να έχει καλύτερη πρόβλεψη και να καταφέρουν να προσαρμοστούν αρκετά καλά στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, να πάει σχολείο και να έχει κάποια επαγγελματική δραστηριότητα (Μπεζεβέγκης, 1989).

Σημεία που αποτελούν δυσμενούς παράγοντες πρόγνωσης, δηλαδή εξέλιξης της παιδικής σχιζοφρένειας είναι τα εξής (Συνοδινού, 2002):

1. Οργανικές διαταραχές συνοδοί της παιδικής ψύχωσης
2. Απουσία λόγου σε ηλικία μεγαλύτερη των 5 ετών
3. Βαριά νοητική καθυστέρηση στην πρώτη κλινική εκτίμηση
4. Το πρώιμο της εκδήλωσης των διαταραχών: όσο νωρίτερα εκδηλώνονται τόσο χειρότερα
5. Η παθολογική οικογένεια, είτε από άποψη ψυχιατρικών διαταραχών, είτε από άποψη κακής επικοινωνίας, διάστασης των γονέων κ.ά.

7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για να προσεγγίσουμε θεραπευτικά το ψυχωτικό παιδί πρέπει να το δεχθούμε μέσα στην ιδιαιτερότητά του και να το αναγνωρίσουμε ως υποκείμενο, όσο και αν είναι διαταραγμένη η οργάνωση της ψυχικής του ζωής. Δεν παύει όμως να έχει υγιή στοιχεία τα οποία ο θεραπευτής είναι αναγκαίο να μπορέσει να διακρίνει για να μπορέσει να βοηθήσει το παιδί.

Η θεραπεία στο παιδί με σχιζοφρένεια είναι μια διαδικασία πολυδιάστατη. Είναι απαραίτητο οι ειδικοί να προβούν σε ένα εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα στο οποίο θα έχουν λάβει υπόψη τους την ένταση και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων αλλά και την ικανότητα και ψυχική αντοχή των μελών της οικογένειας να αντέξουν το παιδί με την διαταραχή. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις ποικίλουν: ψυχοθεραπεία (υποστηρικτική ή ψυχαναλυτική), ψυχοθεραπεία μητέρας-παιδιού, ψυχοθεραπεία με τους γονείς, λογοθεραπεία, ένταξη σε ομαδικά εργαστήρια, ψυχοκινητική άσκηση, φαρμακοθεραπεία (άτυπα αντιψωτικά) και ίσως να χρειαστεί ειδική αγωγή (Συνοδινού, 2002).

Είναι επίσης ενδιαφέρον να επισημανθεί ότι δεν έχουν γίνει μελέτες ή είναι ελάχιστες για τη χρήση ψυχοφαρμάκων στην παιδική σχιζοφρένεια (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988).

Η ΖΩΗ ΜΕΣΑ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΤΑΞΗ

Για τη διερεύνηση του πρώτου σκέλους της πρώτης μας υπόθεσης χρειάζεται να αναφερθούν πρώτα τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά της σχολικής ηλικίας που βρίσκεται ο μαθητής ο οποίος εμφανίζει στοιχεία παιδικής σχιζοφρένειας.

Η σχολική ηλικία που εξετάζουμε εμείς στην παρούσα εργασία εκτείνεται από το 6^ο έτος έως το 11^ο για τα κορίτσια και το 13^ο για τα αγόρια. Στο σωματικό και κινητικό τομέα της ανάπτυξης δεν παρουσιάζονται ποσοτικές αλλά ποιοτικές αλλαγές. Μειώνεται ο ρυθμός αύξησης των σωματικών αλλαγών και οι ψυχοκινητικές ικανότητες γίνονται πιο σταθερές.

Στο νοητικό τομέα σύμφωνα με τον Piaget ήδη από την ηλικία των 7 ετών τα παιδιά παρουσιάζουν για πρώτη φορά συνεπή και σταθερή λογική. Η σκέψη τους, τους επιτρέπει να συνδυάζουν, να ξεχωρίζουν, να κατατάσσουν και να μετασχηματίζουν αντικείμενα και πράξεις. Αυτές οι νοητικές πράξεις είναι δέσμιες της συγκεκριμένης πραγματικότητας και δεν μπορούν ακόμα να χειριστούν αφηρημένες έννοιες (Cole & Cole, 2001).

Στον ψυχοσυναισθηματικό τομέα ανάπτυξης σημειώνονται σημαντικές αλλαγές. Τα παιδιά αφήνουν πίσω τους τον εγωκεντρισμό της νηπιακής ηλικίας και την προσκόλλησή τους στους γονείς και στρέφουν το ενδιαφέρον τους προς τις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους. Επιδιώκουν δηλαδή να ενταχθούν και να γίνουν αποδεκτά από την ομάδα σε μια αμφίδρομη σχέση με τους συνομηλίκους τους. Φυσικά οι γονείς και οι δάσκαλοι αποτελούν ακόμη σημαντικά πρόσωπα για εκείνα, αλλά σε περιορισμένο χωροχρονικό πλαίσιο. Το σχολείο αναλαμβάνει εκτός των άλλων την κοινωνικοποίηση του παιδιού (Παρασκευόπουλος, 1985).

Στον τομέα ανάπτυξης της προσωπικότητας σύμφωνα με τα ψυχοκοινωνικά στάδια του Erickson, το ψυχικά υγιές παιδί έχει κατακτήσει το στάδιο της αυτονομίας, της βασικής εμπιστοσύνης και της πρωτοβουλίας και τώρα είναι έτοιμο να προχωρήσει στο επόμενο στάδιο που είναι αυτό της παραγωγικότητας και της φιλοπονίας. Τώρα νιώθει χαρά μόνο όταν

καταφέρνει να ολοκληρώσει τις δραστηριότητες που ανέλαβε να φέρει εις πέρας με δική του πρωτοβουλία. Γεγονός που πριν δεν τον ενδιέφερε. Έτσι με την ολοκλήρωση της εργασίας του νιώθει ευχαριστημένο με τον εαυτό του. σε αντίθετη περίπτωση που δεν μπορέσει να ικανοποιήσει την ανάγκη του για φιλοπονία και παραγωγικότητα θα βιώσει συναισθήματα ανεπάρκειας και κατωτερότητας(Παρασκευόπουλος, 1985).

Σύμφωνα με τον Τσιπλητάρη (2000) η σχολική τάξη που περιλαμβάνει το δάσκαλο και τους μαθητές αποτελούν μια ομάδα. Βασικά χαρακτηριστικά της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στα μέλη της ομάδας είναι ο ρόλος που έχει ο καθένας και η ανταπόκρισή του στις προσδοκίες των άλλων. Η ανταπόκριση πρέπει να είναι αμοιβαία και οι προσδοκίες των ρόλων και των δύο μερών να συμπίπτουν διότι σε αντίθετη περίπτωση διαταράσσεται η αμοιβαιότητα και η αλληλεπίδρασή τους. Συνεπώς ο δάσκαλος ανάλογα με τις προσδοκίες που έχει για την σχολική επίδοση και την συμπεριφορά του μαθητή διαμορφώνει και την αντίληψή του για εκείνον. Εάν ένα παιδί λοιπόν παρουσιάζει χαμηλή σχολική επίδοση θα το αποθαρρύνει και αυτό δεν θα έχει καμιά πιθανότητα να καλυτερεύσει διότι εισπράττει την άγνοια και την ματαιώση. Αυτό αποτελεί την αυτοεκπληρούμενη προφητεία.

Ο Gilly (1972, στο Κατερέλος, 1999) αναφέρει "φαίνεται σαν το παιδί να γίνεται αντιληπτό μέσω της εικόνας του μαθητή", δηλαδή ένας κακός μαθητής σημαίνει και κακό παιδί ενώ ισχύει το αντίστροφο για το καλό παιδί. Σε μια άλλη έρευνα ο Weiss (1986 στο Κατερέλος, 1999) ανακεφαλαιώνοντας τα στοιχεία από διάφορους μελετητές, αναλύει τις παραστάσεις των δασκάλων για τους μαθητές με τις παρακάτω τέσσερις πιθανές περιπτώσεις: (α) ο καλός μαθητής που είναι έξυπνος, κοινωνικός και ενεργητικός, (β) ο καλός μαθητής που είναι υπάκουος και πειθαρχημένος, (γ) ο κακός μαθητής που ατάλαντος, παθητικός και εσωστρεφής και (δ) ο κακός μαθητής που είναι τεμπέλης, απείθαρχος και άτακτος.

Επιπροσθέτως από έρευνες (Τσιπλητάρης, 2000) σε δασκάλους και μαθητές των τριών τελευταίων τάξεων του δημοτικού σχολείου αποδείχθηκε ότι οι δάσκαλοι συχνά δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν με ορθότητα και ακρίβεια τις πνευματικές, τις συναισθηματικές ανάγκες και τις επιθυμίες των μαθητών καθώς επίσης και τα προσωπικά τους προβλήματα. Με αποτέλεσμα να δημιουργούνται συγκρούσεις, δυσκολίες μάθησης και ματαιώσεις που

βιώνουν σε καθημερινή βάση οι μαθητές και οι δάσκαλοι με αρνητικές επιπτώσεις στο ρόλο του δασκάλου και (αυτό που μας ενδιαφέρει εδώ) στη συγκρότηση της προσωπικότητας του μαθητή.

Αξίζει να σημειωθεί σε αυτό το σημείο ότι αυτές οι έρευνες εκπονήθηκαν σε μαθητές που δεν παρουσιάζουν σοβαρά κλινικά συμπτώματα παθογένειας, όπως είναι αυτά που εκδηλώνονται στην παιδική σχιζοφρένεια.

8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Γίνεται αντιληπτό από τα προαναφερθέντα πως το παιδί που εμφανίζει διάσπαση προσοχής, αντίληψης και μνήμης έστω και σε μέτριο βαθμό κατά τη διάρκεια του μαθήματος, σε συνδυασμό με πιθανή επιθετικότητα και τα δείγματα σχολικής αποτυχίας, συνθέτουν μια μη προσφιλή αντίληψη εκ μέρους του δασκάλου για τον μαθητή-παιδί. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως μερικοί δάσκαλοι δεν μπορούν να κατανοήσουν επακριβώς τα προσωπικά προβλήματα των παιδιών. Ακόμα και στην περίπτωση όμως όπου ο δάσκαλος είναι αρκετά υπομονετικός και υποστηρικτικός με τα παιδιά που παρουσιάζουν τέτοια συμπτώματα, εάν το παιδί ξαφνικά πει ή περιστασιακά παραπονιέται ότι ακούει να τον σχολιάζουν ή βλέπει κάτι που οι υπόλοιποι μαθητές και ο ίδιος δεν το βλέπουν ή δεν το ακούν ή ο λόγος του γίνει ασυνάρτητος και γενικότερα διασπάται, τότε η επικοινωνία τους πιθανόν να αποκοπεί. Οπότε και η αλληλεπίδρασή τους να παραμορφωθεί.

Τώρα όσον αφορά το δεύτερο σκέλος της πρώτης μας υπόθεσης όπου εξετάζουμε κατά πόσο από τα παραπάνω συμπτώματα θα επηρεαστούν οι σχέσεις του μαθητή με τους συμμαθητές και συνομηλικούς του έχουμε να παραθέσουμε τα εξής: Τα παιδιά σε αυτό το αναπτυξιακό στάδιο, όπως αναφέραμε προηγουμένως, επιδιώκουν να γίνουν αποδεκτά και να ενταχθούν στην ομάδα σε μια αμφίδρομη σχέση με τους συνομηλικούς τους. Το ενδιαφέρον τους δηλαδή στρέφεται προς τις κοινωνικές τους σχέσεις με άτομα της ηλικίας τους που μοιράζονται κοινά προβλήματα, χαρές, ανάγκες και επιθυμίες. Στις ομάδες πρέπει τα μέλη τους να έχουν κοινούς κώδικες, όπως είναι το ντύσιμο, η συμπεριφορά, η γλώσσα, τα ενδιαφέροντα διότι αλλιώς οι

υπόλοιποι σε αποκλείουν από την ομάδα. Όταν λοιπόν ένα παιδί που εμφανίζει καταθλιπτικά στοιχεία ή έντονη επιθετικότητα, έχει παράξενη συμπεριφορά και νομίζει ότι όλοι οι υπόλοιποι το ζηλεύουν ή προσπαθούν να του κάνουν κακό ή ακόμη αν εκδηλώνει πιο ελαφρά συμπτώματα και οι τρόποι επικοινωνίας του δεν είναι αποδεκτοί από τους υπολοίπους, τότε τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας θα το διώξουν ή δεν θα κάνουν καθόλου παρέα μαζί του και θα το χλευάζουν. Τα παιδιά είναι οι πιο αυστηροί και σκληροί κριτές, έτσι μπορεί να φθάσουν στην ομαδική βία λεκτική ή μη ενάντια σε αυτό το παιδί. Ακόμη μπορεί να γίνει ο αποδιοπομπαίος τράγος για ό,τι στραβό ή κακό συμβαίνει από τους συμμαθητές αλλά και από τον δάσκαλο. Δεν είναι δύσκολο αυτά τα παιδιά να στιγματιστούν. Γίνεται αντιληπτό λοιπόν ότι αυτό το παιδί θα αποσυρθεί και ότι οι σχέσεις του με τους συνομηλίκους του θα διαταραχθούν σε μεγαλύτερο βαθμό πιθανότατα από εκείνες με τον δάσκαλό του.

Βέβαια πρέπει να τονίσουμε ότι αυτές είναι κάποιες πιθανές περιπτώσεις αντίδρασης, οι οποίες όμως δεν μπορούν να γενικευθούν αφού η κάθε περίπτωση παιδικής σχιζοφρένειας πρέπει να εξετάζεται με ιδιαίτερη προσοχή και επιστημονική συνέπεια γιατί πρέπει να λάβουμε υπόψη μας τη συχνότητα, την διάρκεια, την ένταση των συμπτωμάτων αλλά και άλλους βιο-ψυχο-κοινωνικούς παράγοντες του ιστορικού.

Η δεύτερη υπόθεσή μας αποτελεί τον βαθμό που θα επηρεαστούν οι σχέσεις μεταξύ δασκάλου-μαθητή, όταν ο δάσκαλος εκδηλώσει κάποια συμπτώματα σχιζοφρένειας.

Κατ'αρχάς, αξίζει να σημειωθεί ότι οι σχέσεις μεταξύ δασκάλου και μαθητή πρέπει να είναι σχέσεις εμπιστοσύνης και κατανόησης. Στόχος του δασκάλου πρέπει να είναι να εμπνέει το μαθητή, να είναι σε εγρήγορση να εντοπίσει πιθανές δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίσει ο μαθητής, να εφαρμόσει την κατάλληλη μέθοδο διδασκαλίας και να είναι πρόθυμος να τον βοηθήσει να κατανοήσει σε βάθος. Με αυτό τον τρόπο αναπτύσσεται μια κοινή γλώσσα που με τη σειρά της αποτελεί απαραίτητη συνθήκη για τη δημιουργία μιας αμοιβαίας επικοινωνίας. Εξίσου σημαντικό σύμφωνα με τον Rogers (1951 στο Κατερέλος, 1999) είναι ο δάσκαλος να αποδέχεται όπως είναι το μαθητή, να έχει ενσυναίσθηση (να μπορεί να μπει στη θέση του για να τον νιώσει) και να είναι αυθεντικός. Αυτά τα χαρακτηριστικά

υπογραμμίζουν τη συναισθηματική πλευρά της εκπαιδευτικής σχέσης η οποία είναι πολύ σημαντική για την υγιή συγκρότηση της προσωπικότητας του παιδιού.

Αυτό περιγράφεται πολύ ωραία από τον Peretti (1969, στο Κατερέλος, 1999): "Η εκπαιδευτική πράξη δεν μπορεί να είναι μόνο μια διανοητική πρόκληση στη γνώση, είναι επίσης μια αισθηματική σχέση ανάμεσα στον εκπαιδευτικό και στον εκπαιδευόμενο, μια σχέση που πρέπει να βιωθεί με όλες τις δυσκολίες που προϋποθέτει...το παιδί ζει μέσα στο άγχος που δημιουργείται από την αναζήτηση της ίδιας της ανάπτυξής του. Εάν η σχολική τάξη δεν μπορεί να του προσφέρει ασφάλεια, ενθάρρυνση, εμπιστοσύνη, εάν η τάξη γίνεται γι'αυτό μια αντανάκλαση των οικογενειακών του δυσκολιών αντί να είναι ένας τόπος διευκρίνησης -έστω και μερικής-και ανακούφισης, η αποτυχημένη επικοινωνία που εγκαθίσταται μεταφράζεται σε μια αποτυχία για την πολιτισμική μας ανάπτυξη".

Από την περιγραφή του Peretti γίνεται αντιληπτή η σημαντικότητα της αλληλεπιδραστικής σχέσης δασκάλου-μαθητή και η έμφαση που δίνεται στην συναισθηματική αγωγή. Επομένως εάν ο δάσκαλος είναι συναισθηματικά αποξενωμένος από τα παιδιά, εμφανίζει χαμηλή απόδοση στις καθημερινές του υποχρεώσεις στο μάθημα, νιώθει έντονο άγχος το οποίο μεταβιβάζεται στους μαθητές, υπάρχουν συχνές αιφνίδιες διακοπές της σκέψης (και συνακόλουθα της ομιλίας) για λίγο ή ακόμα χειρότερα εάν μοιραστεί με τα παιδιά ότι ακούει κάποιες φωνές, που προέρχονται από μέσα ή από έξω του και του ασκούν κριτική ή του δίνουν εντολές και πιστεύει ότι έχει μαντική ικανότητα, τότε όπως είναι φανερό η αλληλεπίδραση μεταξύ τους πιθανότατα θα κλονιστεί ή ακόμα η επικοινωνία και εμπιστοσύνη μεταξύ τους δεν θα υφίσταται πλέον. Η χειρότερη περίπτωση είναι όταν ο δάσκαλος εκδηλώνει πρόδρομα συμπτώματα για πολύ καιρό και δεν γίνει αντιληπτό το πρόβλημά του ούτε από τους συναδέλφους ή τη διοίκηση του σχολείου ώστε να μεριμνήσουν έγκαιρα. Αυτό ενέχει τον κίνδυνο τα παιδιά να βρεθούν αντιμέτωποι με μια πιθανή κρίση του δασκάλου και τότε θα πάθουν ψυχολογικό σοκ. Αυτό με τη σειρά του θα έχει σοβαρές συνέπειες στην ψυχοσυναισθηματική τους ανάπτυξη και πιθανώς κάποια να αρνούνται να πάνε σχολείο για κάποιο καιρό, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν γνωστικά κενά.

Η τρίτη υπόθεση που σχετίζεται με τις συνέπειες στη ζωή μαθητή-παιδιού και του δασκάλου-ενήλικου θα εξεταστούν χωριστά για τον καθένα. Έτσι, για τον μαθητή-παιδί το μέλλον μπορεί να είναι δυσοίωνο αλλά υπάρχουν κάποιες πιθανότητες να μην είναι. Εν προκειμένω η άποψη στηρίζεται σε δύο θεωρίες. Η πρώτη είναι η "θεωρία συνέχειας" (continuity theory), η οποία υποστηρίζει ότι το ψυχικά διαταραγμένο παιδί που δεν έχει υποβληθεί σε κάποια θεραπευτική αγωγή αναμένεται να γίνει τελικά ένας ψυχικά διαταραγμένος ενήλικας (Herbert, 1998). Στην προκειμένη περίπτωση της παιδικής σχιζοφρένειας το σίγουρο είναι ότι το παιδί θα διωχθεί από το δημοτικό σχολείο με την προοπτική να πάει σε κάποιο ειδικό σχολείο, μπορεί όμως να διακοπή και εντελώς η εκπαίδευσή του. Κάτι τέτοιο θα έχει σαν συνέπεια πρώτον να στιγματιστεί και πολύ πιθανόν ως ενήλικας να περιθωριοποιηθεί.

Η δεύτερη θεωρία είναι η "θεωρία της παρέμβασης" και υποστηρίζει ότι μια αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, όχι μόνο θα διευκολύνει την προσαρμογή του, αλλά θα έχει σαν αποτέλεσμα και μακροπρόθεσμα, δηλαδή θα υπάρχει μια αξιοσημείωτη μείωση των συμπτωμάτων της ψυχικής διαταραχής (Herbert, 1998). Αυτό επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι μόνο ένα 4% ενηλίκων σχιζοφρενών είχαν διαγνωσθεί με παιδική σχιζοφρένεια στην παιδική τους ηλικία (Μπεζεβέγκης, 1989). Αυτό δίνει ελπίδες για μια ποιοτικά καλύτερη ζωή σε όλους τους τομείς της ζωής του.

Τώρα για τον δάσκαλο-ενήλικα οι προβλέψεις είναι πιο δυσοίωνες διότι υπάρχει σοβαρή πιθανότητα να διωχθεί από το σχολείο που εργάζεται και να συνταξιοδοτηθεί πολύ πρόωρα αλλά και γενικότερα ανάλογα με την σοβαρότητα της κατάστασής του μπορεί να βρεθεί και κλεισμένος σε κάποιο ψυχιατρείο. Με αποτέλεσμα την ιδρυματοποίηση, την περιθωριοποίηση και τον ψυχολογικό κατακερματισμό του ακόμα περισσότερο.

9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα εργασία έγινε η περιγραφή του χρόνιου κλινικού συνδρόμου της ενήλικης (χρόνιο) και της παιδικής σχιζοφρένειας και πρώτον εξετάσθηκαν οι σχέσεις ανάμεσα στον δάσκαλο που παρουσιάζει συμπτώματα σχιζοφρένειας και στους μαθητές. Δεύτερον μελετήθηκαν οι σχέσεις μεταξύ του μαθητή που παρουσιάζει συμπτώματα παιδικής σχιζοφρένειας και του δασκάλου και η αλληλεπίδραση αυτού του παιδιού με τους συμμαθητές του, καθώς επίσης εξετάσθηκαν και οι συνέπειες στη ζωή και των δύο. Οι υποθέσεις μας θεωρητικά τουλάχιστον επαληθεύθηκαν. Είναι σίγουρο βέβαια ότι χρειάζεται εμπειρική διερεύνηση του θέματος και ακόμη ενδελεχότερη μελέτη, διότι δεν ήταν δυνατό να εξαντλήσουμε ένα τέτοιο θέμα, το οποίο έχει τόσες πολλές διαστάσεις.

Κλείνοντας, προτείνουμε μερικά θέματα για περαιτέρω έρευνα τα οποία είναι τα ακόλουθα: 1. Ο ρόλος της οικογένειας, 2. Ο ρόλος της διοίκησης του σχολείου και η αποτελεσματικότητά της σε θέματα πρόληψης, 3. Το στίγμα αυτών των ανθρώπων ανεξάρτητα από την ηλικία τους, 4. Οι προοπτικές αυτών των παιδιών να συνεχίσουν το σχολείο, 5. Το έργο και ο ρόλος των εκπαιδευτικών στην ειδική αγωγή των παιδιών με σχιζοφρένεια και 6. Η αποκατάσταση και επανένταξη αυτών των ανθρώπων στην κοινωνία.

10. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Andreasen, N.C. (1997). Localizing the symptoms of schizophrenia: Disruptions in distributed brain circuits. *Brain Work*, 7(3).
- Asarnow RF, Nuechterlein KH, Fogelson D, Subotnik KL, Payne DA, Russell AT, Asamen J, Kuppinger H, Kendler KS. (2001). Schizophrenia and schizophrenia-spectrum personality disorders in the first-degree relatives of children with schizophrenia: the UCLA family study. *Archives of General Psychiatry*, 58(6): 581-8.
- Cardno, A.G., Marshall E.J., Coid B. et al. (1999). Heritability estimates for psychotic disorders: The Maudsley twin psychosis series. *Archives of General Psychiatry*, 56, 162-168.
- Childhood-Onset Schizophrenia: An Update from the National Institute of Mental Health. (2003); <http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizkids.cfm>
- Cole, M. & Cole, S. R. (2001). *Η ανάπτυξη των παιδιών*. Β' τόμος, Αθήνα:Τυπωθήτω
- Coyle, J.T. (1997). Glutamate and schizophrenia's symptoms. *Brain Work*, 7(3).
- Δικαίου, Δ.Γ. (1995). Κλινικός πολυμορφισμός σε μέλη οικογενειών με υψηλό ποσοστό ψυχιατρικής νοσήσεως. (Δημοσιευμένη στο Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών)
- Giedd JN, Blumenthal J, Jeffries NO, Castellanos FX, Liu H, Zijdenbos A, Paus T, Evans AC, Rapoport JL. (1999). Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience*, 2(10): 861-3.
- Herbert, M. (1998). *Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας*. Β' τόμος, (εκδ. 11^η), Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα
- Hoff, A.L. & Kremen, W.S. (2003). Neuropsychology in schizophrenia: An update. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(2), 149-155.
- Ζερβής, Χ. (2001). *Ψυχοπαθολογία του ενήλικα*. (εκδ.2^η), Αθήνα: Ηλεκτρονικές τέχνες.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. & Grebb, J.A. (2000). *Ψυχιατρική*. Β'τόμος, (εκδ.7^η), Αθήνα:Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

- Κατερέλος, Γ.Δ. (1999). *Θεωρία και πράξη στην εκπαιδευτική σχέση: Κοινωνιοψυχολογική δυναμική της εκπαιδευτικής πρακτικής*. Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα.
- Λαζαράτου, Ε. & Αναγνωστόπουλος, Δ.Κ. (2003). Παιδιά υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη της σχιζοφρένειας. *Ψυχιατρική*. 14(2):86.
- Μάνου, Ν. (1998). Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. Αναθεωρημένη έκδοση. Θεσσαλονίκη:University Studio Press.
- Μπεζεβέγκης, Η.Γ. (1989). *Εξελικτική Ψυχοπαθολογία*. Α' τόμος, Αθήνα.
- Nicolson R, Rapoport JL. (1999). Childhood onset schizophrenia: rare but worth studying. *Biological Psychiatry*, 46: 1418-28.
- Παρασκευόπουλος, Ι. (1985). *Εξελικτική Ψυχολογία: Η ψυχική ζωή από τη σύλληψη ως την ενηλικίωση-σχολική ηλικία*. Γ' τόμος, Αθήνα.
- Ραμπαβίλας, Α.Δ & Χριστοδούλου, Γ.Ν. Σχιζοφρένεια. Στο: Χριστοδούλου, Γ.Ν., Ραμπαβίλας, Α.Δ., Σολδάτος, Κ.Ρ., Αλεβίζος, Β.Η. & Κονταξάκης, Β.Π. (2003). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Rapoport JL, Giedd JN, Blumenthal J, Hamburger S, Jeffries N, Fernandez T, Nicolson R, Bedwell J, Lenane M, Zijdenbos A, Paus T, Evans A. (1999). Progressive cortical change during adolescence in childhood-onset schizophrenia: a longitudinal magnetic resonance imaging study. *Archives of General Psychiatry*, 56(7): 649-54.
- Στεφανής, Ν.Κ. (1996). Κατανομή της γονιδιακής έκφρασης του ντοπαμινεργικού υποδοχέα d4 στον ανθρώπινο εγκέφαλο και ο πιθανός ρόλος του στην παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας. (Δημοσιευμένη στο Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών).
- Συνοδινού, Κ. (1993-2002). *Ψυχοπαθολογία του παιδιού και του εφήβου*. (αδημοσίευτες σημειώσεις)
- Spollen, J.J. & Gutman, D. (2002). Recent findings in schizophrenia. *15th European College of Neuropsychopharmacology Congress*. October 5-9, Barcelona, Spain.
- Spollen, J.J. & Gutman, D. (2002). New research in schizophrenia. *15th European College of Neuropsychopharmacology Congress*. October 5-9, Barcelona, Spain.
- Spollen, J.J. (2002). Neurobiology of schizophrenia. *American Psychiatric Association 155th Annual Meeting*. May 18-23, Philadelphia.

- Tamminga, C.A. (2002). Glutamatergic transmission in schizophrenia. *American Psychiatric Association 155th Annual Meeting*. May 18-23, Philadelphia.
- Τσιάντης, Γ. & Μανωλόπουλος, Σ. (1988). *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής: Ψυχοπαθολογία*. Β' τόμος, Αθήνα:Καστανιώτης.
- Τσιπλητάρης Α. (2000). *Ψυχοκοινωνιολογία της σχολικής τάξης*. (εκδ. 4η), Αθήνα:Περιβολάκι.
- Wyatt, R.J. & Henter, I.D. (1997). Schizophrenia: an introduction. *Brain Work*, 7(3).
- Χριστοδούλου, Γ.Ν. (2001). *Βιολογικοί συντελεστές στην αιτιοπαθογένεια των ψυχικών διαταραχών*. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, 42-91.
- Χριστοδούλου, Γ.Ν. & Συνεργάτες. (2000). *Ψυχιατρική*. Α' & Β' τόμος, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών: Εκδόσεις Βήτα.