

**ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**  
**ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ**



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ»**  
**2013 – 2015**

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΜΑΡΙΑ Α. ΣΑΜΑΚΟΥΡΗ  
ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ**

**Η Σχιζοφρένεια στον Έφηβο και οι Επιπτώσεις της  
στον Ίδιο και στην Οικογένειά του**

**ΕΚΠΟΝΗΣΗ:** Γεωργία Μανωλοπούλου, Π.Ε. ΙΑΤΡΟΣ , Α.Μ.: 605

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ:** Νικόλαος Ζηλίκης, Καθηγητής Ψυχιατρικής Παιδιού και  
Εφήβου, Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ.

*Αλεξανδρούπολη, Ιούνιος 2017*

***ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ***

**ΘΕΜΑ: Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΤΟΝ ΈΦΗΒΟ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ  
ΣΤΟΝ ΊΔΙΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ**

***Η ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ***

**Ο ΕΠΒΛΕΠΩΝ:**

**ΖΗΛΙΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ & ΕΦΗΒΟΥ,  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ, ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

**ΤΑ ΜΕΛΗ:**

**ΒΟΡΒΟΛΑΚΟΣ ΘΕΟΦΑΝΗΣ: ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΤΜΗΜΑ  
ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΘΡΑΚΗΣ**

**ΣΕΡΝΤΑΡΗ ΑΣΠΑΣΙΑ: ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΤΜΗΜΑ  
ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ**

**Περιεχόμενα**

Περίληψη..... 5

Abstract..... 6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ..... 7

    1.1 Ορισμός..... 7

    1.2 Κλινική Εικόνα, Διάγνωση και Συμπτώματα..... 8

        1.2.1 Κλινική εικόνα..... 8

        1.2.2 Διάγνωση ..... 11

        1.2.3 Συμπτώματα..... 13

    1.3 Τύποι Σχιζοφρένειας..... 18

    1.4 Επιδημιολογία..... 21

    1.5 Αιτιολογία ..... 22

    1.6 Θεραπευτική Διαχείριση Ασθένειας..... 25

        1.6.1 Φαρμακευτική και Μη Φαρμακευτική Θεραπεία..... 26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΦΗΒΕΙΑ ..... 31

    2.1 Ορισμός..... 31

    2.2 Ανάπτυξη Εφήβου..... 32

        2.2.1 Βιολογική ανάπτυξη..... 33

        2.2.2 Γνωστική ανάπτυξη..... 36

        2.2.3 Ψυχολογική ανάπτυξη..... 39

        2.2.4 Ανάπτυξη ταυτότητας..... 42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ..... 46

    3.1 Συμπτωματολογία ..... 46

    3.2 Επιδημιολογία..... 48

    3.3 Αιτιολογία ..... 50

    3.4 Διάγνωση..... 53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ..... 65

    4.1 Επιπτώσεις της Σχιζοφρένειας στον Έφηβο..... 65

    4.2 Επιπτώσεις της Σχιζοφρένειας στην Οικογένεια του Εφήβου..... 68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΨΥΧΩΣΕΙΣ.....	71
5.1 Ψυχώσεις.....	71
5.2 Ψυχώσεις στην Εφηβεία.....	72
5.3 Θεραπεία Ψυχώσεων.....	75
6.1 Συμπεράσματα.....	78
6.2 Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα.....	83
Βιβλιογραφία.....	85

### Περίληψη

Η σχιζοφρένεια είναι ευρέως από τις πιο γνωστές ψυχικές διαταραχές που μπορεί να εμφανιστούν στη ζωή κάποιων ανθρώπων. Η έναρξή της μπορεί να γίνει τόσο στην ενήλικη όσο και στην εφηβική ηλικία. Όμως, σε όποια ηλικία κι αν εμφανιστεί, η συμπτωματολογία της είναι εξίσου βαριά, με σοβαρές επιπτώσεις σε όλους τους τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου. Η ποικιλία των συμπτωμάτων είναι μεγάλη και τείνουν να επηρεάζουν τη γνωστική, τη συναισθηματική, την κοινωνική και τη συμπεριφορική λειτουργικότητα του ανθρώπου. Η σοβαρότητα αυτής της διαταραχής αποτέλεσε το κίνητρο για τη συγγραφή της παρούσας εργασίας. Στην εργασία αυτή γίνεται προσπάθεια να παρουσιαστεί μια ολοκληρωμένη εικόνα της σχιζοφρένειας με έμφαση κυρίως στην εφηβεία, βιβλιογραφικά και ερευνητικά τεκμηριωμένη. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζεται η κλινική εικόνα της διαταραχής, η συμπτωματολογία της, η αιτιολογία και η θεραπευτική της αντιμετώπιση. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην εφηβική ηλικία και στις επιπτώσεις που έχει η σχιζοφρένεια τόσο στον ίδιο τον έφηβο όσο και στην οικογένειά του.

*Λέξεις κλειδιά:* ψυχώσεις, σχιζοφρένεια, εφηβεία, επιπτώσεις, οικογένεια

**Abstract**

Schizophrenia is among the most well-known mental disorders that may occur in some people's lives. Its beginnings can occur in both adult years and adolescence. However, at any age, its symptomatology has equally severe effects on all aspects of the person's functionality. The variety of symptoms is large and tends to affect the cognitive, emotional, social and behavioral functions of the human being. The seriousness of this disorder was the motivation for writing this paper. In this paper we present an attempt to an integrated picture of schizophrenia with emphasis on adolescence, based on bibliography and research data. More specifically, the clinical picture of the disorder, its symptomatology, its etiology and its treatment are presented. Particular emphasis is placed on adolescence and the impact that schizophrenia has on the adolescent himself and his family.

*Key words:* psychosis, schizophrenia, adolescence, effects, family

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

### 1.1 Ορισμός

Η σχιζοφρένεια είναι μια πολύ σοβαρή και βαριά ψυχοπαθολογία που στην ακραία της μορφή μπορεί να οδηγήσει σε αναπηρία (Wenar & Kerig, 2008). Πιο συγκεκριμένα, η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχωτική διαταραχή, που περιλαμβάνει μια ποικιλία συμπτωμάτων, όπως απρόσφορο συναίσθημα, ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, διαταραχές στη σκέψη αλλά και αποδιοργάνωση στο λόγο και τη συμπεριφορά. Όλα αυτά σαφώς οδηγούν σε έκπτωση της λειτουργικής συμπεριφοράς του ατόμου (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Αξίζει να αναφερθεί ότι σε παλαιότερες εκδόσεις του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου ψυχικών διαταραχών (DSM) η σχιζοφρένεια αναφερόταν και ως "Λανθάνουσα σχιζοφρένεια", "Μεταιχμιακή σχιζοφρένεια", "Απλή σχιζοφρένεια". Ο λόγος για τον οποίο αποκλείστηκαν μετέπειτα οι όροι αυτοί, είναι γιατί δεν περιελάμβαναν σαφώς τα ψυχωτικά συμπτώματα (Μάνος, 1997). Πλέον, η σχιζοφρένεια ως όρος και ως οντότητα αφορά μια χρόνια ψύχωση (Ζηλίκης, 2003) ή αλλιώς μια βαριά ψυχωτική διαταραχή, που έχει σοβαρές επιπτώσεις τόσο στη ζωή του ατόμου που πάσχει από αυτήν όσο και στις οικογένειάς του. Πιο αναλυτικά, η σχιζοφρένεια θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα σύνδρομο μέσα στο οποίο το άτομο βιώνει έντονη παραμόρφωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητάς του, την οποία προσπαθεί να αντιμετωπίσει με τρόπους που τείνουν να βλάπτουν την ζωή του. Αυτή η αλλοίωση της πραγματικότητας που βιώνει το άτομο με σχιζοφρένεια, αποτελεί τον ψυχωτικό πυρήνα της διαταραχής και εκδηλώνεται με ποικίλα συμπτώματα στη σκέψη και το συναίσθημα, την αντίληψη, τον τρόπο ομιλίας και την ψυχοκινητικότητα του ατόμου (Μάνος, 1997).

## 1.2 Κλινική Εικόνα, Διάγνωση και Συμπτώματα

### 1.2.1 Κλινική εικόνα

Η σχιζοφρένεια εμφανίζεται συνήθως είτε στην εφηβεία είτε στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 . Μάνος, 1997 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016 . Wenar & Kerig, 2008). Ωστόσο, η διαταραχή, συμπεριλαμβάνοντας και την πρόδρομη φάση, μπορεί να εμφανιστεί μετά τα 45 χρόνια κάποιου ανθρώπου, γεγονός που χαρακτηρίζεται ως όψιμη έναρξη της σχιζοφρένειας (Μάνος, 1997).

Στην κλινική εικόνα του ατόμου αρχίζει να γίνεται αντιληπτή η αδιαφορία του για καθημερινές του δραστηριότητες, η απόσυρση από τις μέχρι τότε φυσιολογικές κοινωνικές επαφές του, παρουσιάζεται μια εκκεντρική ή και παράξενη συμπεριφορά και δίνει την αίσθηση ότι είναι χαμένος στον κόσμο του. Ουσιαστικά, αυτό που συμβαίνει είναι ότι σταδιακά το άτομο αδυνατεί να εκπληρώνει τις καθημερινές του υποχρεώσεις, αποσύρεται κοινωνικά, χάνει την πρωτοβουλία και τα ενδιαφέροντά του, μπορεί να σταματήσει τη φροντίδα της προσωπικής του υγιεινής και της εμφάνισής του, ενώ η συμπεριφορά του θα γίνεται όλο και πιο παράξενη (Kaplan & Sadock's, 2007). Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή με σοβαρές επιπτώσεις στην προσωπικότητα του ατόμου. Ουσιαστικά, ο ασθενής εξαιτίας της νόσου πολλές φορές νιώθει το Εγώ του να αποδομείται, χάνει τον έλεγχο του ως Υποκείμενο. Οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες είναι τα δύο βασικά συμπτώματα που η ύπαρξή τους βασίζεται στην αποδιοργάνωση του Εγώ του ατόμου με σχιζοφρένεια (Βαρτζόπουλος, 2008). Στο άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια, συντελείται μια σύγκρουση ανάμεσα στη δυσκολία του να αντέξει την εγγύτητα με το αντικείμενο και στην απομάκρυνσή του από αυτό. Πρόκειται για το λεγόμενο σχιζοφρενικό δίλλημα, όπου η εγγύτητα με το αντικείμενο οδηγεί σε απώλεια των ορίων του εαυτού, ενώ η απομάκρυνσή του από αυτό αποσκοπεί στη διατήρηση των ορίων του εαυτού (Μέντζος, 2008).



Στο αρχικό στάδιο που αποτελεί την πρόδρομη φάση της σχιζοφρένειας, το άτομο είναι πολύ πιθανό να παρουσιάσει σημαντική υπερευαισθησία σε διαπροσωπικά και εξωτερικά ερεθίσματα και για το λόγο αυτό σταδιακά μπορεί να απορροφάται στον εσωτερικό του κόσμο. Στην φάση αυτή μπορεί να εμφανιστούν παράξενες πεποιθήσεις, προκαταλήψεις, παραισθήσεις, φτωχός λόγος και αμβλύ συναίσθημα. Η πρόδρομη αυτή φάση της σχιζοφρένειας μπορεί να διαρκέσει μέρες ή και μήνες κι ενδεχομένως να μην την εμφανίσουν όλοι οι πάσχοντες από τη σχιζοφρένεια, καθώς κάποιοι μπαίνουν απευθείας στην ενεργό φάση. Ανεξάρτητα από την εμφάνιση ή μη της πρόδρομης φάσης της σχιζοφρένειας, όλοι οι άνθρωποι που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή θα εμφανίσουν την λεγόμενη ενεργό φάση. Στη φάση αυτή, κυριαρχούν χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες και έντονες κυρίως ακουστικές ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία, παράλογη σκέψη και έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά. Η ενεργός φάση της σχιζοφρένειας μπορεί να διαρκέσει λίγες εβδομάδες έως ένα απροσδιόριστο χρονικό διάστημα. Μετά την υποχώρηση της ενεργού φάσης, συνήθως το άτομο δεν μπορεί να επιστρέψει στην προνοσηρή του λειτουργικότητα. Αντί αυτού, το άτομο περνάει σε μια υπολειμματική φάση όπου η συμπτωματολογία είναι παρόμοια με αυτήν της πρόδρομης φάσης. Στη φάση αυτή κάποια ψυχωτικά συμπτώματα, όπως οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να επιμένουν, όμως έχουν μικρότερη συναισθηματική επίδραση στο άτομο. Πρακτικά, τα συμπτώματα που εμφανίζει το άτομο στην πρόδρομη και στην υπολειμματική φάση είναι είτε εξασθενημένα θετικά είτε αρνητικά. Παραδείγματα θετικών συμπτωμάτων αποτελούν παράξενες πεποιθήσεις, δεισιδαιμονίες, τηλεπάθεια, ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες, ασαφής λόγος, ιδιόρρυθμη συμπεριφορά. Στα αρνητικά συμπτώματα συγκαταλέγονται η κοινωνική απόσυρση, η κοινωνική απομόνωση, η έλλειψη ενδιαφέροντος και πρωτοβουλίας, μειωμένη ενεργητικότητα (Kaplan & Sadock's, 2007 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016).

Παρόλο που υπάρχει μια μικρή πιθανότητα υποχώρησης όλων των συμπτωμάτων, η πιο συνήθης πορεία ενός σχιζοφρενή ατόμου είναι οι κατά διαστήματα οξείες εξάρσεις του με παράλληλη πιθανή εμφάνιση κάποιου υπολείμματος ψύχωσης, διαπροσωπικής αδεξιότητας, δυσκολίας σε κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο. Στα πλαίσια αυτά κάποια άτομα μπορούν να ζήσουν περισσότερο αυτόνομα σε ξενώνες, σε διαμερίσματα, σε οικοτροφεία ή στις οικογένειές τους, ενώ κάποιοι άλλοι χρειάζονται σταθερά χρόνια φροντίδα και για το λόγο αυτό διαμένουν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Κάποιοι καταφέρνουν να δουλέψουν με επίβλεψη ή χωρίς, ενώ κάποιοι μπορούν να σπουδάσουν (Kaplan & Sadock's, 2007).

Η πρόβλεψη της πορείας της σχιζοφρένειας παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στο θεραπευτικό σχεδιασμό. Κάποιοι παράγοντες έχει βρεθεί ότι επηρεάζουν θετικά και κάποιοι άλλοι αρνητικά την πορεία και την εξέλιξη των σχιζοφρενών. Για να μπορέσει να προσδιοριστεί η πορεία ενός σχιζοφρενούς θα πρέπει να έχει περάσει ένας χρόνος από την αρχική έναρξη των συμπτωμάτων, καθώς μόνο τότε μπορούν να εφαρμοστούν οι προσδιοριστές πορείας. Πιο συγκεκριμένα, οι προσδιοριστές πορείας που παρέχουν καλή πρόγνωση είναι μια καλή προνοσηρή προσαρμογή, οξεία ή όψιμη έναρξη, να είναι γυναίκα, να συνυπάρχει διαταραχή διάθεσης, τα συμπτώματα της ενεργού φάσης να έχουν βραχεία διάρκεια, ύπαρξη καλής λειτουργικότητας μεταξύ των επεισοδίων, ελάχιστα υπολειμματικά συμπτώματα, απουσία δομικών αλλοιώσεων στον εγκέφαλο, απουσία οικογενειακού ιστορικού σχιζοφρένειας και παρουσία σύγχυσης. Από την άλλη, οι προσδιοριστές πορείας που παρέχουν κακή πρόγνωση είναι στην πλειοψηφία τους αντίθετοι των όσων αναφέρθηκαν πιο πάνω. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να υπάρχει προνοσηρή απόσυρση, ύπουλη έναρξη νωρίς, να είναι άντρας, μη συνυπάρχουσα διαταραχή της διάθεσης, φτωχή λειτουργικότητα, πολλά υπολειμματικά συμπτώματα, αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας (Kaplan & Sadock's, 2007).

### 1.2.2 Διάγνωση

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι είναι πολύ βασικό να προηγηθεί όλων μια ακριβής διάγνωση όσον αφορά την κλινική εικόνα του ατόμου με σχιζοφρένεια, καθώς έτσι μπορεί να γίνει καλύτερη πρόγνωση και να καθοριστεί μια καλύτερη θεραπεία για το άτομο αυτό (Kaplan & Sadock's, 2007 . Καπρίνης. 2009).

Με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια του ICD-10 (F20.9), στα βασικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας συγκαταλέγονται η απόσυρση και η εκπομπή της σκέψης, η παραληρητική αντίληψη, οι παραληρητικές ιδέες ελέγχου, η παθητικότητα, οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, διαταραχές σκέψης και αρνητικά συμπτώματα. Υπάρχουν κάποιοι τύποι σχιζοφρένειας που προτείνονται στο συγκεκριμένο διαγνωστικό εγχειρίδιο, οι οποίοι είναι: α) η παρανοειδής σχιζοφρένεια (F20.0), β) η ηβηφρενική σχιζοφρένεια (F20.1), γ) η κατατονική σχιζοφρένεια (F20.2), δ) η κατατονική σχιζοφρένεια (F20.2), ε) η αδιαφοροποίητη σχιζοφρένεια (F20.3), στ) η υπολειμματική σχιζοφρένεια (F20.5), και η) η απλή σχιζοφρένεια (F20.6). Χρειάζεται προσοχή όταν υπάρχουν εκτεταμένα μανιακά ή καταθλιπτικά συμπτώματα, βάσει των οποίων δεν πρέπει να δίνεται η διάγνωση της σχιζοφρένειας, παρά μόνο αν είναι σαφές ότι τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας έχουν προηγηθεί (ICD-10, 2010).

Με βάση το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995, 2013), το βασικότερο διαγνωστικό κριτήριο της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει κάποια πολύ χαρακτηριστικά συμπτώματα, που αποτελούν τη συμπτωματολογία της ενεργού φάσης και περιλαμβάνουν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένο λόγο και αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά. Για να θεωρηθούν τα συμπτώματα αυτά σημαντικά για την κατάσταση του ατόμου και να ληφθούν υπόψη για τη διάγνωση, θα πρέπει δύο ή περισσότερα εξ αυτών να εμφανίζεται το καθένα για ένα εύλογο χρονικό διάστημα στη διάρκεια ενός μήνα. Στα παραπάνω έρχεται να προστεθεί το διαγνωστικό κριτήριο της δυσλειτουργίας του ατόμου σε κοινωνικό και

επαγγελματικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο προσωπικής αυτοφροντίδας. Η σημαντικά μειωμένη λειτουργικότητα του ατόμου στους τομείς αυτούς παρατηρείται για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα από την έναρξη της διαταραχής κι έπειτα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 . Μάνος, 1997 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016).

Όπως και σε άλλες διαταραχές, έτσι και στη σχιζοφρένεια, τα παραπάνω συμπτώματα θα πρέπει να εμμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες, παρόλο που μπορεί να υπάρχουν περίοδοι με πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα. Στις περιόδους αυτές η διαταραχή μπορεί να εκδηλώνεται μόνο με αρνητικά συμπτώματα, ενώ δύο ή περισσότερα συμπτώματα της ενεργού φάσης μπορεί να είναι να μεν παρόντα αλλά με εξασθενημένη μορφή (Μάνος, 1997 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016). Για να τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας σε ένα άτομο, εκτός από την εμφάνιση των παραπάνω συμπτωμάτων, θα πρέπει να αποκλεισθούν κάποιες άλλες διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να αποκλειστεί η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η διαταραχή της διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία όταν παράλληλα με τα συμπτώματα της ενεργού φάσης δεν έχει συμβεί κάποιο μείζον καταθλιπτικό, μανιακό ή μεικτό επεισόδιο και αν έχει συμβεί τότε είχε βραχεία διάρκεια σε σύγκριση με τη διάρκεια των ενεργών και των υπολειμματικών περιόδων (Kaplan & Sadock's, 2007 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016). Για παράδειγμα, σε πολλές περιπτώσεις που κανονικά υφίσταται διπολική διαταραχή, δίνεται λανθασμένα η διάγνωση της σχιζοφρένειας. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της ομοιότητας των ψυχωτικών συμπτωμάτων τόσο στην διπολική διαταραχή όσο και στη σχιζοφρένεια (Ζηλίκης, 2003). Μεταξύ άλλων, σαφώς θα πρέπει να διερευνηθεί και να αποκλειστεί το ενδεχόμενο η συμπτωματολογία του ατόμου να είναι αποτέλεσμα χρήσης κάποιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης. Τέλος, χρήζει διερεύνησης το ιστορικό του ατόμου, καθώς μπορεί να προϋπάρχει κάποια διαταραχή της ανάπτυξης, όπως ο αυτισμός. Στην περίπτωση αυτή, κι εφόσον το άτομο παρουσιάζει την ανάλογη συμπτωματολογία, αν υπάρχουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για ένα μήνα τουλάχιστον,

μόνο τότε μπαίνει επιπρόσθετα η διάγνωση της σχιζοφρένειας (American Psychiatric Association, 1995, 2013).

Συχνά, μαζί με τη σχιζοφρένεια συνυπάρχουν και διαταραχές που σχετίζονται με ουσίες, ενώ αρκετές φορές εμφανίζονται πριν τη σχιζοφρένεια διαταραχές προσωπικότητας, όπως η σχιζότυπη, σχιζοειδής ή παρανοειδής. Μια ακριβής διάγνωση βοηθάει το ίδιο το άτομο, την οικογένειά του αλλά και τον κλινικό να προβούν σε μια περισσότερο αποτελεσματική βραχύχρονη ή μακρόχρονη θεραπεία. Έτσι, η σχιζοφρένεια θα πρέπει να προκύπτει κατόπιν διαφορικής διάγνωσης από τις εξής διαταραχές: ψυχωτική διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση, παραλήρημα ή άνοια, ψυχωτική διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες, διαταραχή της διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία και σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, διαταραχή της διάθεσης με κατατονικά στοιχεία, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, βραχεία ψυχωτική διαταραχή, παραληρητική διαταραχή, ψυχωτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, βαριές εκτεταμένες διαταραχές της ανάπτυξης, ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή, υποχονδρίαση, διαταραχή αποπροσωποποίησης, σχιζότυπη, σχιζοειδή ή παρανοειδή διαταραχή προσωπικότητας (Kaplan & Sadock's, 2007 . Καπρίνης. 2009).

### **1.2.3 Συμπτώματα**

Η σχιζοφρένεια είναι ένα ετερογενές κλινικό σύνδρομο που τα βασικά της συμπτώματα αφορούν δυσλειτουργίες σε γνωστικό, συμπεριφορικό και συναισθηματικό επίπεδο (American Psychiatric Association, 2013). Έτσι, η σχιζοφρένεια έχει αρνητικό αντίκτυπο σε πολλές ψυχικές λειτουργίες του ατόμου, προκαλώντας διαταραχές στη σκέψη, την αντίληψη, το συναίσθημα, την αίσθηση του εαυτού, τη βούληση του ατόμου, τη λειτουργικότητά του σε επίπεδο διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης και την ψυχοκινητικότητά

του (American Psychiatric Association, 1995 . Wenar & Kerig, 2008 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016).

Μια πρώτη κατηγοριοποίηση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας έγινε από τον Bleuler, ο οποίος τα διαχώρισε σε πρωτογενή και σε δευτερογενή. Τα πρωτογενή συμπτώματα αποτελούν την άμεση συνέπεια της σχιζοφρένειας και υπάρχουν έστω και υπό καλυμμένη μορφή σε όλη τη διάρκεια της νόσου. Βασικά πρωτογενή συμπτώματα είναι η διαταραχή στη ροή της σκέψης, η χαλάρωση των συνειρμών, ο ακατανόητος και μη συνεκτικός λόγος. Ωστόσο, στα πρωτογενή συμπτώματα ο Bleuler συμπεριέλαβε μια πρωτογενή τάση για ψευδαισθήσεις, καθώς και μια τάση για απόσυρση. Τα δευτερογενή συμπτώματα είναι αυτά που ενδέχεται να ελλείπουν ή να μεταβάλλονται, χωρίς να αλλάζει η νοσηρή διεργασία. Η πλειοψηφία των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας είναι δευτερογενή και η εμφάνισή τους εξαρτάται από τις συνθήκες ζωής και την ιστορία το ατόμου. Έτσι, τα δευτερογενή συμπτώματα προκύπτουν ως άμεση συνέπεια της χαλάρωσης των συνειρμών. Ως αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης, αρχίζουν να διαταράσσονται τα συναισθήματα και να επικρατούν τα αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις με δυσάρεστο περιεχόμενο, ενώ έπεται η απόσυρση του ατόμου, ο μετασχηματισμός της πραγματικότητας μέσα από τις παραληρητικές ιδέες (Βαρτζόπουλος, 2002).

Κατά το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών DSM-IV, τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν ως θετικά και ως αρνητικά. Τα θετικά συμπτώματα προέρχονται από την αύξηση ή τη διαστρέβλωση των φυσιολογικών λειτουργιών του ατόμου, ενώ τα αρνητικά είναι αποτέλεσμα της μείωσης ή της απώλειας των φυσιολογικών λειτουργιών του ατόμου. Στα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας εντάσσονται οι διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης, δηλαδή οι παραληρητικές ιδέες, οι διαταραχές της αντίληψης, δηλαδή οι ψευδαισθήσεις, οι διαταραχές του λόγου, της επικοινωνίας και του ειρμού της σκέψης και οι

διαταραχές της ψυχοκινητικότητας, δηλαδή η έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά. Στα αρνητικά συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται η διαταραχή του εύρους και της έντασης του συναισθήματος, η διαταραχή της παραγωγής και του πλούτου του λόγου, καθώς και η αβουλία και η έλλειψη κινητοποίησης του ατόμου (American Psychiatric Association, 1995 . Wenar & Kerig, 2008 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016).

Όσον αφορά τη σκέψη του ατόμου που πάσχει από σχιζοφρένεια, πολύ κοινές είναι οι παραληρητικές ιδέες. Οι παραληρητικές ιδέες είναι σταθερές και παράλογες πεποιθήσεις που έχει το άτομο και οι οποίες ξεπερνούν την λογική και τείνουν να αντιβαίνουν στην πραγματικότητα. Οι ιδέες αυτές γίνονται όλο και πιο σύνθετες με το χρόνο και το περιεχόμενό τους σχετίζεται με σκέψεις ανάλογες της κάθε ηλικίας (Wenar & Kerig, 2008). Συνήθως, όσο πιο παράξενες είναι αυτές οι παραληρητικές ιδέες τόσο πιο πιθανό είναι να προέρχονται από τη σχιζοφρένεια. Παραδείγματα συχνών παραληρητικών ιδεών είναι αυτές που σχετίζονται με μεταβίβαση της σκέψης, έλεγχο της σκέψης από εξωτερικές δυνάμεις, τοποθέτηση της σκέψης από άλλους. Λιγότερο συχνές αλλά υπαρκτές είναι οι παραληρητικές ιδέες καταδίωξης, μεγαλείου, θρησκευτικού περιεχομένου, σωματικές, μηδενιστικές. Αυτό που συχνά εμφανίζεται στην σχιζοφρένεια είναι η μορφολογική ή τυπική διαταραχή της σκέψης, όπου ουσιαστικά πραγματοποιείται χάλαση των συνειρμών του ατόμου, οδηγώντας μερικές φορές σε ασυναρτησία της σκέψης και της γλώσσας του. Επιπλέον, στη διαταραγμένη σκέψη λόγω σχιζοφρένειας παρατηρούνται νεολεξίες, εμμονές, φτωχός λόγος, ακαμψία σκέψης, ηχητικοί συνειρμοί και ηχολαλίες (Kaplan & Sadock's, 2007 . Καπρίνης, 2009).

Ο πιο χαρακτηριστικός τρόπος με τον οποίο εκδηλώνεται η διαταραγμένη αντίληψη του ατόμου είναι οι ψευδαισθήσεις. Οι ψευδαισθήσεις εμφανίζονται χωρίς την ύπαρξη ανάλογου και κατάλληλου εξωτερικού ερεθίσματος. Καθώς αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται και η πολυπλοκότητα της δομής των ψευδαισθήσεων. Το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων

είναι σκέψεις αντίστοιχες της εκάστοτε ηλικίας (Wenar & Kerig, 2008). Πιο συχνές είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, όπου το άτομο ακούει διάφορους ήχους, συνήθως φωνές, να προέρχονται μέσα από το κεφάλι του ή από έξω. Στις ψευδαισθήσεις αυτές το άτομο ακούει να το σχολιάζουν και αν εμφανίζονται ταυτόχρονα πολλές φωνές, το άτομο ακούει είτε να γίνεται διάλογος μεταξύ των φωνών αυτών είτε να του δίνουν εντολές. Σε αυτό το σημείο είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι το άκουσμα φωνών που δίνουν εντολές, μερικές φορές είναι πολύ επικίνδυνο, καθώς μπορεί να αφορούν διαταγές που δίνονται στο άτομο να κάνει κακό στον εαυτό του ή σε άλλους. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν εμφανίζονται συνέχεια ή κατά διαστήματα για πολλές μέρες ή εβδομάδες. Στα πλαίσια της σχιζοφρένειας λιγότερο συχνές είναι οι οπτικές, οι οσφρητικές, οι γευστικές και οι απτικές ψευδαισθήσεις. Αρκετές φορές στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια δε λείπουν οι σωματικές και οι κιναισθητικές ψευδαισθήσεις. Γενικά, οι σχιζοφρενείς άνθρωποι τείνουν να παρουσιάζουν υπερευαισθησία στο φως, τον ήχο και τις οσμές (Kaplan & Sadock's, 2007).

Το συναίσθημα στη σχιζοφρένεια συχνά παρατηρείται αμβλύ ή επίπεδο ή και απρόσφορο. Άλλες διαταραχές που μπορεί να παρατηρηθούν στο συναίσθημα ενός ατόμου με σχιζοφρένεια είναι η κατάθλιψη, το άγχος, η ευφορία, η αμηχανία, η συναισθηματική ακαμψία, η αποπροσωποποίηση και η ανηδονία. Η διαταραχή του συναισθήματος, όταν αυτή δεν εμφανίζεται σε υπερβολικό βαθμό, δεν είναι ιδιαίτερα χρήσιμο διαγνωστικό στοιχείο γιατί είναι δύσκολο να προσδιοριστεί με ακρίβεια. Αυτό που επίσης μπερδεύει τη διαγνωστική αξιολόγηση είναι η χρήση αντιψυχωτικών φαρμάκων, καθώς αυτά προκαλούν επιπέδωση του συναισθήματος (Ζερβής, 2001 . Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016).

Τα άτομα με φυσιολογική ψυχική λειτουργικότητα τείνουν να έχουν ένα αίσθημα ατομικότητας, μοναδικότητας και αυτοκατεύθυνσης. Τα στοιχεία αυτά συχνά



διαταράσσονται στους σχιζοφρενείς, όπου αυτό περιγράφεται ως απώλεια των ορίων του Εγώ και εκδηλώνονται με σύγχυση ταυτότητας και παραληρητικές ιδέες εξωτερικού ελέγχου (Μάνος, 1997). Στα άτομα που βιώνουν την σχιζοφρένεια καταλύονται οι αντικειμενότροπες σχέσεις και δυσκολεύεται η ανάπτυξη της μεταβίβασης. Έτσι, τα άτομα με σχιζοφρένεια αδυνατούν να μεταβιβάσουν τις εκφάνσεις της ψυχικής τους πραγματικότητας. Τα πραγματικά αντικείμενα αποδεικνύονται στερητικά και στρέφουν το άτομο στα φαντασιωτικά αντικείμενα που έχουν απωθηθεί (Τζαβάρας & Στυλιανίδης, 2002).

Στη σχιζοφρένεια πολύ συχνά διαταράσσεται η βούληση του ατόμου, με εκδηλώσεις ανεπαρκούς ενδιαφέροντος ή ανικανότητας του ατόμου να ακολουθήσει μια λογική πορεία ενεργειών. Έτσι επηρεάζεται η αυτόνομη πρωτοβουλία του ατόμου και παραβλάπτεται σε πολύ μεγάλο βαθμό η παραγωγική του λειτουργία που σαφώς έχει αντίκτυπο στην ικανότητά του για εργασία. Συχνά εμφανίζεται η αμφιθυμία του ατόμου, το οποίο δυσκολεύεται πολύ ή αδυνατεί να επιλέξει ανάμεσα σε εναλλακτικές πορείες δράσης (Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016).

Πέρα από τα παραπάνω συμπτώματα, η σχιζοφρένεια επηρεάζει σημαντικά την ψυχοκινητικότητα του ατόμου. Ουσιαστικά, ένας άνθρωπος που βρίσκεται στην οξεία φάση της σχιζοφρένειας, αρχική ή υποτροπής, παρουσιάζει έντονη διέγερση. Πολλές φορές αυτή η διαταραχή της ψυχοκινητικότητας του ατόμου δεν είναι παρά η αντίστασή του σε εντολές και προσπάθειες μετακίνησης της σκέψης, που δέχεται μέσω των ακουστικών ψευδαισθήσεών του. Μερικές φορές εμφανίζονται στο άτομο μαννερισμοί, ηχοπραξίες και κηρώδης ευκαμψία (Kaplan & Sadock's, 2007 . American Psychiatric Association, 1995, 2013).

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οποιοδήποτε από τα παραπάνω συμπτώματα μπορεί να εμφανιστεί ως συνοδό σύμπτωμα. Πιο αναλυτικά, συχνές είναι κάποιες ανωμαλίες στην ψυχοκινητικότητα του ατόμου, όπως η απάθεια, η ακινησία ή το να βαδίζει πάνω-κάτω ή να κουνιέται μπρος-πίσω. Επίσης, συχνά τείνει να εμφανίζεται κάποιου είδους ιεροτελεστική ή στερεοτυπική συμπεριφορά σε συνδυασμό με μαγική σκέψη. Η

συναισθηματική κατάσταση του σχιζοφρενή συχνά είναι δυσφορική και δεν αποκλείεται να μετατραπεί σε κατάθλιψη, άγχος, θυμό ή και συνδυασμό όλων αυτών. Ακόμη, συχνά παρατηρείται στο άτομο η ύπαρξη αποπροσωποποίησης, παραισθήσεις, υποχόνδριες ιδέες που ουσιαστικά μπορεί να είναι παραληρητικού επιπέδου. Συνοδά συμπτώματα των βασικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας μπορεί να είναι η διαταραχή του προσανατολισμού, η διαταραχή της μνήμης, η ανηδονία, χαμηλή libido, διαταραχές ύπνου και διαταραχές συγκέντρωσης. Οι σχιζοφρενείς συχνά μπορεί να εμφανίσουν επιπλέον σωματικά συμπτώματα, δομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, δυσλειτουργίες στην προσοχή και την αφαιρετική σκέψη, επιβράδυνση του χρόνου αντίδρασης (Kaplan & Sadock's, 2007).

### 1.3 Τύποι Σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια λειτουργεί ως διαγνωστική ομπρέλα, καλύπτοντας μια ποικιλία κλινικών καταστάσεων, που διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τη συμπτωματολογία, την κλινική πορεία και την πρόγνωση. Περιλαμβάνει συνολικά τους εξής πέντε τύπους: παρανοϊκός, αποδιοργανωμένος, κατατονικός, αδιαφοροποίητος και υπολειμματικός (Μάνος, 1997 . Καπρίνης. 2009).

Ο **παρανοϊκός τύπος** τείνει να εμφανίζεται αργότερα στη ζωή του ατόμου και με το πέρασμα του χρόνου τα χαρακτηριστικά του γίνονται όλο και πιο σταθερά. Έχει ως βασικά διαγνωστικά κριτήρια την έντονη ενασχόληση του ατόμου με μια ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες ή ακουστικές ψευδαισθήσεις και την μη προεξάρχουσα ύπαρξη αποδιοργανωμένου λόγου, αποδιοργανωμένης ή κατατονικής συμπεριφοράς, επίπεδου ή απρόσφορου συναίσθηματος. Οι παραληρητικές ιδέες του είναι συνήθως δίωξης ή μεγαλείου, αν και κάποιες φορές αφορούν κι άλλα θέματα. Αυτές οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να είναι πολλαπλές αλλά τείνουν να ομαδοποιούνται βάσει θέματος. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι παραληρητικές ιδέες δίωξης μπορεί να δημιουργήσουν στο άτομο μια προδιάθεση για

αυτοκτονία, ενώ ο συνδυασμός τους με παραληρητικές ιδέες μεγαλείου και θυμό μπορεί να οδηγήσουν το άτομο στην έκφραση βίαιης συμπεριφοράς. Συνήθως οι σχιζοφρενείς άνθρωποι αυτού του τύπου καταφέρνουν να λειτουργούν ικανοποιητικά στις κοινωνικές και επαγγελματικές του υποχρεώσεις, όταν οι συνθήκες δεν διεγείρουν τους παρανοϊκούς τους φόβους. Ο παρανοϊκός τύπος στη διαπροσωπική του αλληλεπίδραση με άλλους συχνά χαρακτηρίζεται από άγχος, θυμό, λεκτική και σωματική επιθετικότητα, καχυποψία και υπερευαισθησία. Μπορεί επίσης να εκδηλώσει αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου ή φόβο ότι θα τον προσεγγίσουν ομοφυλόφιλα άτομα και θα θεωρηθεί κι αυτός ομοφυλόφιλος. (American Psychiatric Association, 1995 . Καπρίνης. 2009).

Ο **αποδιοργανωμένος τύπος** της σχιζοφρένειας παλιότερα χαρακτηριζόταν ως ηβηφρενικός. Τα βασικά διαγνωστικά κριτήρια του τύπου αυτού είναι ο αποδιοργανωμένος λόγος, η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και το επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα. Συμπληρωματικά δε θα πρέπει να πληρούνται τα κριτήρια του κατατονικού τύπου. Την αποδιοργάνωση στο λόγο και τη συμπεριφορά του τύπου αυτού ενδεχομένως να συνοδεύσουν ανόητη συμπεριφορά και ανόητο γέλιο. Σαφώς δεν υπάρχουν οργανωμένες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, αλλά μπορεί να υπάρξουν χωρίς οργανωμένο περιεχόμενο. Επίσης, στον αποδιοργανωμένο τύπο συχνά εμφανίζονται υποχονδριακά ενοχλήματα παραληρητικού επιπέδου, υπερβολική κοινωνική απόσυρση και παραξενιές στη συμπεριφορά. Η κοινωνική έκπτωση του αποδιοργανωμένου τύπου είναι μεγάλη. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι συνήθως υπάρχει προνοσηρή διαταραχή της προσωπικότητας, πρώιμη έναρξη και χρόνια πορεία χωρίς σημαντική ύφεση (American Psychiatric Association, 1995 . Καπρίνης. 2009).

Ο **κατατονικός τύπος** για να διαγνωσθεί θα πρέπει να πληροί όλα τα κριτήρια της σχιζοφρένειας, ενώ η αιτιολογία για την κατατονία του ατόμου να μην είναι ούτε κάποια ουσία, ούτε κάποια γενική ιατρική κατάσταση ή κάποιο καταθλιπτικό επεισόδιο. Ο

κατατονικός τύπος μπορεί να δοθεί ως διάγνωση όταν το άτομο παρουσιάζει εμφανώς δύο τουλάχιστον από τα διαγνωστικά κριτήρια. Το πιο βασικό διαγνωστικό κριτήριο είναι η κινητική αναστολή που φαίνεται με εμβροντησία ή με καταληψία, δηλαδή με άκαμπτη διατήρηση μιας θέσης του σώματος για μεγάλο χρονικό διάστημα. Τα διαγνωστικά κριτήρια περιλαμβάνουν επίσης την υπερβολική κινητική δραστηριότητα που είναι εμφανώς άσκοπη και δεν επηρεάζεται από εξωτερικά ερεθίσματα, τον ακραίο αρνητισμό ή αλαλία που εκδηλώνεται με έντονη προβολή αντίστασης και διατήρηση δύσκαμπτης στάσης σε προσπάθειες μετακίνησης και εντολές. Στα διαγνωστικά κριτήρια εντάσσονται επίσης οι ιδιορρυθμίες των εκούσιων κινήσεων όπως γίνονται φανερές από στάσεις του σώματος, οι στερεοτυπικές κινήσεις, η ηχολαλία ή ηχοπραξία. Η ηχολαλία αφορά την επανάληψη σαν ηχώ από το κατατονικό άτομο όσων λέγονται τους άλλους. Η ηχοπραξία είναι ουσιαστικά η επαναληπτική μίμηση των κινήσεων ενός άλλου ατόμου (American Psychiatric Association, 1995 . Καπρίνης, 2009).

Ο **αδιαφοροποίητος τύπος** δίνεται ως διάγνωση όταν πληρούνται κάποια συμπτώματα του πρώτου διαγνωστικού κριτηρίου της σχιζοφρένειας, δηλαδή εμφανίζονται σχεδόν όλα τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της ενεργού φάσης, ενώ ταυτόχρονα δεν πληρούνται τα κριτήρια του παρανοϊκού, του αποδιοργανωμένου και του κατατονικού τύπου (American Psychiatric Association, 1995 . Καπρίνης, 2009).

Ο **υπολειμματικός τύπος** αφορά τις περιπτώσεις όπου έχει υπάρξει τουλάχιστον ένα επεισόδιο σχιζοφρένειας, αλλά στην τωρινή κατάσταση η κλινική εικόνα του ατόμου δεν έχει έντονα ψυχωτικά συμπτώματα, ενώ υπάρχουν αρνητικά ή εξασθενημένα θετικά συμπτώματα. Έτσι, τα διαγνωστικά κριτήρια του τύπου αυτού είναι καταρχήν η απουσία προεξαρχόντων παραληρητικών ιδεών, ψευδαισθήσεων, αποδιοργανωμένου λόγου και αποδιοργανωμένης ή κατατονικής συμπεριφοράς. Κατά δεύτερον, θα πρέπει να υπάρχουν σημεία που δείχνουν ότι η διαταραχή συνεχίζεται. Κάτι τέτοιο γίνεται εμφανές μέσα από

αρνητικά συμπτώματα ή από την παρουσία των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας που εμφανίζονται ως εξασθενημένα θετικά (American Psychiatric Association, 1995 . Καπρίνης. 2009).

Βέβαια, θα πρέπει να σημειωθεί ότι όλοι οι τύποι σχιζοφρένειας που περιγράφηκαν παραπάνω, αναφέρονταν στον διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), αλλά δεν περιλαμβάνονται πλέον στο αντίστοιχο εγχειρίδιο DSM-V (American Psychiatric Association, 2013).

#### **1.4 Επιδημιολογία**

Η σχιζοφρένεια ως διαταραχή συναντάται σε κάθε πολιτισμό οπουδήποτε στον κόσμο και προσβάλλει εξίσου άντρες και γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, η διαταραχή αυτή έχει φανεί ότι προσβάλλει από 0,5% έως 1% του γενικού πληθυσμού σε παγκόσμια κλίμακα (Ζερβής, 2001). Ωστόσο, η διάγνωση της σχιζοφρένειας συναντάται συχνότερα σε ομάδες του πληθυσμού με χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Τα περισσότερα άτομα εμφανίζουν τη σχιζοφρένεια μεταξύ της όψιμης εφηβείας και των πρώτων χρόνων της τρίτης δεκαετίας της ζωής τους. Ωστόσο, δεν αποκλείεται και η όψιμη έναρξη της σχιζοφρένειας, όπου η διαταραχή εμφανίζεται μετά τα 45 χρόνια (Ζερβής, 2001 . Μάνος, 1997). Γενικά όμως, η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η σχιζοφρένεια αυξάνει με την ηλικία (Ζηλίκης, 2003). Μάλιστα, έχει φανεί ότι η σχιζοφρένεια εμφανίζεται στους ενήλικες 100 φορές πιο συχνά σε σύγκριση με τα παιδιά και τους εφήβους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Μπορεί η σχιζοφρένεια να εμφανίζεται εξίσου και στα δύο φύλα, αλλά στις γυναίκες έχει φανεί ότι ξεκινάει αργότερα, όπου ενώ υπάρχει πιο έντονη συμπτωματολογία κυρίως στη διάθεση και το συναίσθημα, η πρόγνωση της εξέλιξης της διαταραχής είναι καλύτερη (American Psychiatric Association, 1995). Για την ακρίβεια, η σχιζοφρένεια εμφανίζεται

στους άντρες συχνότερα στην ηλικία των 18 έως 25 χρόνων και στις γυναίκες εμφανίζεται μεταξύ των 26 και 35 χρόνων (Ζερβής, 2001). Πιο συγκεκριμένα, είναι συχνότερο οι γυναίκες να έχουν πιο όψιμη έναρξη της σχιζοφρένειας, ενώ παρουσιάζουν λιγότερες δομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο και μικρότερες εκπτώσεις σε γνωστικό επίπεδο. Όλα αυτά βοηθούν στην καλύτερη πρόγνωση της πορείας της σχιζοφρένειας στις γυναίκες. Αντίθετα με όλα αυτά, οι άντρες τείνουν να εμφανίζουν τη σχιζοφρένεια σε νεαρή ηλικία, ενώ παρουσιάζουν φτωχότερη προνοσηρή προσαρμογή, χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, περισσότερες δομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, πιο έντονα αρνητικά συμπτώματα και μεγαλύτερη γνωστική έκπτωση. Ως εκ τούτου η πρόγνωση της πορείας της σχιζοφρένειας στους άντρες είναι χειρότερη (American Psychiatric Association, 1995, 2013).

### 1.5 Αιτιολογία

Όπως συμβαίνει με τις περισσότερες ψυχικές διαταραχές έτσι και με τη σχιζοφρένεια, η αιτιολογία της δεν περιορίζεται σε έναν συγκεκριμένο παράγοντα. Αντιθέτως, μοιάζει να είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων. Οι αιτιολογικοί αυτοί παράγοντες είναι γενετικοί, βιολογικοί, ψυχολογικοί και σαφώς κοινωνικοί (Μάνος, 1997 . Μέντζος, 2008).

Σε επίπεδο γενετικής η σχιζοφρένεια φαίνεται να έχει ισχυρή κληρονομική βάση, καθώς άτομα που έχουν έναν αδερφό ή γονέα ή και τους δύο γονείς με διάγνωση σχιζοφρένειας, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν και τα ίδια την διαταραχή αυτή. Ειδικότερα, σε μελέτες που έχουν γίνει σε διδύμους, έχουν δείξει ότι υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης της σχιζοφρένειας και στους δύο όταν είναι μονοζυγώτες παρά όταν είναι διζυγώτες. Ωστόσο, επειδή δεν εμφανίζουν πάντα σχιζοφρένεια και τα δύο μέλη των διδύμων, αυτό φανερώνει ότι εκτός από τον γενετικό παράγοντα υπάρχουν και άλλοι μη γενετικοί παράγοντες που επιδρούν (Karlan & Sadock's, 2007). Είναι γεγονός πάντως, όπως

έχει φανεί και μέσα από πληθώρα γενετικών μελετών, ότι υπάρχει μια γενετική συνιστώσα στην κληρονομικότητα της σχιζοφρένειας. Αυτό σημαίνει ότι ένα άτομο πιθανότατα θα νοσήσει εάν έχει συγγενείς σχιζοφρενείς, ενώ οι πιθανότητες αυξάνονται όσο πιο στενή είναι η συγγένεια (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).

Το γεγονός ότι η σχιζοφρένεια έχει κάποια νευρολογική βάση είναι αποδεκτό στη σύγχρονη εποχή, καθώς πολλές νευροανατομικές μελέτες έχουν δείξει δομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο των ατόμων με σχιζοφρένεια. Μια άμεση και ανέξοδη μέθοδος για την αξιολόγηση της εγκεφαλικής δυσλειτουργίας στη σχιζοφρένεια, είναι η τυπική νευρολογική κλινική εξέταση. Γενικά, στην σχιζοφρένεια έχει παρατηρηθεί αυξημένη παρουσία ήπιων νευρολογικών σημείων, σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό και τους ψυχωτικούς ασθενείς. Ωστόσο, οι συσχετίσεις μεταξύ των ήπιων νευρολογικών σημείων, των συμπτωμάτων και των κοινωνικών και δημογραφικών μεταβλητών παραμένουν ασαφείς (Παναγιωτίδης, Καπρίνης, Ιακωβίδης, Φουντουλάκης, 2013). Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι η διεύρυνση των κοιλιών σχετίζεται με φτωχή προνοσηρή λειτουργικότητα, χαμηλή ανταπόκριση στη θεραπεία και σαφώς γνωστικές εκπτώσεις. Πάντως, πιο γνωστή είναι η υπόθεση της ντοπαμίνης, που βασίστηκε στην ιδέα ότι ο μηχανισμός της δράσης των αντιψυχωτικών φαρμάκων θα μπορούσαν να διαλευκάνουν την παθοφυσιολογία της διαταραχής. Πιο αναλυτικά, επειδή τα αντιψυχωτικά φάρμακα αναστέλλουν τη μεταβίβαση των νευρικών ερεθισμάτων αποκλείοντας τη δράση του νευροδιαβιβαστή ντοπαμίνη στους υποδοχείς της, αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να δημιουργηθεί η υπόθεση ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται ή σχετίζεται με υψηλά επίπεδα δραστηριότητας της ντοπαμίνης. Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι δεν υπάρχει όντως τόσο αυξημένη δραστηριότητα της ντοπαμίνης στους εγκεφάλους των σχιζοφρενών ατόμων. Επίσης, τα φάρμακα αυτά δεν είναι ειδικά για τη σχιζοφρένεια, καθώς έχουν κατά βάση αντιψυχωτικά αποτελέσματα και σε άλλες διαταραχές όπως στη μανία και την ψυχωτική κατάθλιψη. Εκτός από τη ντοπαμίνη όμως, υπάρχουν και άλλοι

νευροδιαβιβαστές που διερευνώνται για τυχόν επίδραση στην παθογένεια της σχιζοφρένειας. Τέτοιοι νευροδιαβιβαστές είναι η σεροτονίνη, η νορεπινεφρίνη και το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA). Η νευροβιολογική έρευνα γύρω από τη σχιζοφρένεια εξελίσσεται συνεχώς και προσπαθεί να δια φωτίσει ακόμη περισσότερο την αιτιολογία της εμφάνισης της σχιζοφρένειας (American Psychiatric Association, 1995 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016).

Δεν έχουν εντοπιστεί σαφείς περιβαλλοντικοί παράγοντες που να επηρεάζουν ή να προβλέπουν την εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Ωστόσο, παλιότερα είχαν γίνει αναφορές στις συνθήκες γέννησης και τις είχαν συνδέσει αιτιολογικά με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Ουσιαστικά η υπόθεση ήταν ότι τυχόν τραυματισμοί ή επιπλοκές κατά τη διάρκεια του τοκετού θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αύξηση των πιθανοτήτων το άτομο να εμφανίσει σχιζοφρένεια (Μάνος, 1997). Μεταξύ άλλων, σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζουν στην εμφάνιση της νόσου διάφοροι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως η μετανάστευση, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σε συνδυασμό με την ζωή σε μεγάλη αστική περιοχή, όπου υπάρχει έντονο στρες (Ζερβής, 2001).

Τα ψυχολογικά αίτια της σχιζοφρένειας, εστιάζονται στις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας κατά την εξέλιξη της νόσου. Έτσι, παρόλο που η εμφάνιση της σχιζοφρένειας δεν επηρεάζεται από τις διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις, τείνει να επηρεάζεται η πορεία της νόσου, με πιο πιθανή την υποτροπή του ατόμου, παρά την όποια βελτίωση ή σταθεροποίηση έχει σημειώσει. Μάλιστα, σύμφωνα με τη θεωρία του "εκφραζόμενου συναισθήματος", σημαντικό ρόλο παίζει η γενικότερη συναισθηματική στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στο άτομο με σχιζοφρένεια, αλλά και ο βαθμός υπερεμπλοκής, δηλαδή κατά πόσο επιτρέπεται στο άτομο με σχιζοφρένεια η αυτονομία και η λήψη πρωτοβουλιών (Οικονόμου, 1992 . Bellack et al., 2000. Τσιάντης, 2007).

Με μια πιο ψυχαναλυτική οπτική, η αιτιολογία της σχιζοφρένειας βρίσκεται στη αποτυχία της λύσεως της συμβιωτικής κατάστασης, εξαιτίας της βαθιάς αμφιθυμίας της



μητέρας προς το βρέφος. Σε μια πιο παθολογική κατάσταση, η συμβιωτική κατάσταση μπορεί να μην εγκαθιδρυθεί καθόλου. Η φυσιολογική ανάπτυξη δρομολογείται μέσω της αποδοχής της αμφιθυμίας του αντικειμένου από το υποκείμενο. Η μη αναγνώριση αυτής της αμφιθυμίας είναι αποτέλεσμα των ισχυρών αμυνών του υποκειμένου που εκδηλώνονται λόγω της μη διαφοροποίησης και του κατακερματισμού του Εγώ (Τζαβάρας & Στυλιανίδης, 2002).

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η αιτιολογία της σχιζοφρένειας δεν είναι ακόμη ξεκάθαρη και χρήζει διερεύνησης από τη πλευρά της επιστήμης. Σαφώς η σχιζοφρένεια έχει νευροβιολογική βάση και η εμφάνισή της είναι αποτέλεσμα συνδυασμού γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Ουσιαστικά, είναι πολύ πιθανό να μεταβιβάζεται γενετικά κάποια ευαλωτότητα στη σχιζοφρένεια, που όμως η ανάπτυξή της εξαρτάται από περιβαλλοντικούς παράγοντες που ακόμη δεν έχουν διευκρινιστεί (American Psychiatric Association, 1995, 2013).

### **1.6 Θεραπευτική Διαχείριση Ασθένειας**

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι μια μακρόχρονη διαδικασία. Όμως, είναι αξιοσημείωτο το πόσο επίπονη είναι τόσο για τον ίδιο τον πάσχοντα όσο και για την οικογένεια αλλά και τους επαγγελματίες όλων των ειδικοτήτων που τον φροντίζουν. Μέχρι στιγμής, καμία θεραπεία για τη σχιζοφρένεια δεν έχει αποδειχτεί ότι είναι αποτελεσματική. Ουσιαστικά, η θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας αποσκοπεί στην επανάκτηση της χαμένης λειτουργικότητας και της ψυχολογικής ακεραιότητας του πάσχοντα κι έτσι εστιάζει σε παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αλλά και για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του πάσχοντα (Kaplan & Sadock's, 2007).

### 1.6.1 Φαρμακευτική και Μη Φαρμακευτική Θεραπεία

Όσον αφορά την φαρμακευτική θεραπεία της σχιζοφρένειας, τα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι συνήθως τα πρώτα που επιλέγονται γιατί έχουν αποδειχτεί ως τα πλέον ιδανικά για την καταστολή της ψυχωτικής διέγερσης και για τη θεραπεία των ψυχωτικών συμπτωμάτων, καθώς επιφέρουν σαφή μείωση αυτών (Μάνος, 1997 . Morrison et al., 2014)

Συγκεκριμένα, τα αντιψυχωτικά φάρμακα έχουν την ικανότητα να θεραπεύουν ή έστω να μειώνουν την ψυχωτική σύγχυση το άγχος και την αποδιοργάνωση, τις παραληρητικές ιδέες και τις ψευδαισθήσεις που βιώνει το άτομο με σχιζοφρένεια. (Μάνος, 1997). Επιπλέον, τα αντιψυχωτικά έχουν σημαντικά οφέλη στην πρόληψη των υποτροπών της σχιζοφρένειας. (Morrison et al., 2014). Η θεραπευτική αποτελεσματικότητα των αντιψυχωτικών φαρμάκων να μεν είναι εμφανής ήδη στις πρώτες ώρες από την έναρξη της αγωγής, αλλά φτάνει στο μέγιστό της συνήθως μετά από ένα εξάμηνο. Όταν η οξεία φάση των ψυχωτικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας τεθούν υπό έλεγχο, τότε η δόση της φαρμακευτικής αγωγής με τα αντιψυχωτικά μειώνεται σταδιακά και προσεχτικά τόσο, ώστε να αποτελεί απλώς μια θεραπεία συντήρησης. Σαφώς υπάρχει πάντα η ετοιμότητα για αύξηση της φαρμακευτικής δόσης εφόσον παρατηρηθεί επάνοδος των συμπτωμάτων (American Psychiatric Association, 1995, 2013). Ενώ τα αντιψυχωτικά φάρμακα μειώνουν τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, έχουν ελάχιστη ή μηδαμινή επίδραση στα αρνητικά συμπτώματα. Η πλειοψηφία των ατόμων με σχιζοφρένεια διακόπτουν τα φάρμακα τους μετά τους 18 μήνες, επειδή οι παρενέργειες που προκαλούν είναι πολύ δυσάρεστες (Morrison et al., 2014). Για τον λόγο αυτόν, στις μέρες μας, η προσπάθεια επικεντρώνεται στη χορήγηση της μικρότερης δυνατής δόσης που θα ελέγξει τα ψυχωτικά συμπτώματα, θα προκαλέσει τις λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες και ταυτόχρονα θα βοηθήσει το άτομο να είναι κοινωνικά λειτουργικό. Τέλος, σε περίπτωση που το άτομο είναι πολύ διεγερμένο και τα ψυχωτικά

συμπτώματα είναι έντονα, τότε προτείνεται και η ταχεία χορήγηση νευροληπτικών (American Psychiatric Association, 1995).

Η μη φαρμακευτική θεραπεία της σχιζοφρένειας εστιάζει σε ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που βοηθούν το άτομο να είναι λειτουργικό στην καθημερινότητά του. Υπό αυτή την οπτική, η θεραπευτική στήριξη του ατόμου με σχιζοφρένεια γίνεται εξωνοσοκομειακά και μόνο όταν χρειαστεί λόγω κάποιων υποτροπών γίνεται βραχεία νοσηλεία σε ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων. Σκοπός είναι να αποφευχθεί η ιδρυματοποίηση του ατόμου και να ενισχυθεί η κοινωνική του επανένταξη. Προγράμματα αυτής της ιδεολογίας συνήθως είναι δύσκολο να υποστηριχθούν οικονομικά και για το λόγο αυτό τα ψυχιατρικά τμήματα στα νοσοκομεία παραμένουν ο βασικός αναγκαίος χώρος περίθαλψης των ατόμων με σχιζοφρένεια. Ουσιαστικά λοιπόν, οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες διαχωρίζονται σε ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές, με βασικό στόχο και κατεύθυνση τη πορεία του ατόμου από το νοσοκομείο προς την κοινότητα, ενώ παράλληλα γίνεται προσπάθεια αποφυγής της επανάληψης της νοσηλείας (Kaplan & Sadock's, 2007).

Μερικές εξωνοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η οικογενειακή θεραπεία, η ψυχοθεραπεία σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο, η συνέχιση της μάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων. Κάποιες ενδονοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες της σχιζοφρένειας είναι η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, η θεραπεία συμπεριφοράς. Πιο συγκεκριμένα, η ενδονοσοκομειακή ψυχοκοινωνική θεραπεία της σχιζοφρένειας αποσκοπεί στην επίτευξη άμεσης παρέμβασης στον χώρο όπου διαμένει το άτομο με σχιζοφρένεια. Η άμεση παρέμβαση βασίζεται στην στενή παρακολούθηση που γίνεται από ειδικούς του χώρου, όπως ψυχιατρικές νοσηλεύτριες ή κοινωνικούς λειτουργούς, και μπορεί να αποτρέψει τη νοσηλεία του ατόμου σε κάποιο νοσοκομείο, παρόλο που η τελευταία μερικές φορές είναι αναπόφευκτη. Η ανάγκη για νοσηλεία σε νοσοκομείο γίνεται επιτακτική όταν δεν υπάρχει υποστηρικτικό δίκτυο στο

ευρύτερο περιβάλλον του ατόμου, όταν το άτομο αδυνατεί να φροντίσει τον εαυτό του και όταν το άτομο αυτό γίνεται επικίνδυνο για τον εαυτό του και τους γύρω του. Έτσι, παρέχεται βοήθεια στο άτομο ώστε να αποκτήσει όρια, δόμηση, ελευθερία και αυτονομία. Μια άλλη μορφή ψυχοκοινωνικής θεραπείας είναι η ατομική και η ομαδική ψυχοθεραπεία, που λειτουργεί υποστηρικτικά για το άτομο και προσπαθεί να βοηθήσει το άτομο να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει τη συμπτωματολογία, την πραγματικότητα και τις συνέπειες της σχιζοφρένειας, ενώ παράλληλα συμβάλλει στην καλύτερη προσαρμογή του ατόμου στην κοινωνική ζωή. Στην αρχή, η ατομική και η ομαδική ψυχοθεραπεία γίνονται ενδονοσοκομειακά και αργότερα πραγματοποιούνται σε εξωνοσοκομειακό πλαίσιο. Ο στόχος είναι πάντα η κοινωνικοποίηση του ατόμου με σχιζοφρένεια. Επίσης, η θεραπεία συμπεριφοράς είναι ιδιαίτερα βοηθητική, κυρίως με τη μορφή εκμάθησης των κοινωνικών δεξιοτήτων. Ακόμη, η οικογενειακή θεραπεία είναι πολύ σημαντική για την σχιζοφρένεια, και εστιάζει στην αναγνώριση και προσπάθεια αλλαγής των παθολογικών τρόπων επικοινωνίας των μελών της οικογένειας. Με την οικογενειακή θεραπεία, τα μέλη της οικογένειας εκπαιδεύονται για τη φύση και τις συνέπειες της σχιζοφρένειας, καθώς και για τους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων του ατόμου με σχιζοφρένεια. Τέλος, οι δημιουργικές θεραπείες, δηλαδή αυτές που χρησιμοποιούν την τέχνη, βοηθούν το άτομο εκφράσει αυθόρμητα τα συναισθήματά του μέσω διαφόρων μορφών τέχνης (Kaplan & Sadock's, 2007 . Remschmidt, 2005).

Πέρα από τα παραπάνω, αξίζει να αναφερθεί ότι το άτομο με σχιζοφρένεια χρειάζεται μετανοσοκομειακή φροντίδα, ο βαθμός της οποίας ποικίλλει ανάλογα με τις ανάγκες του εκάστοτε ατόμου. Η φροντίδα αυτή μπορεί να είναι καθημερινή επίβλεψη και υποστήριξη στις βασικές λειτουργίες του ατόμου (Kaplan & Sadock's, 2007).

Ενώ οι βιολογικές θεραπείες, δηλαδή η ψυχοφαρμακολογία, ζητούν από το άτομο με σχιζοφρένεια να δείχνει πλήρη συμμόρφωση στην αγωγή, η ψυχανάλυση ακολουθεί μια

διαφορετική προσέγγιση. Σκοπός της ψυχανάλυσης είναι να αναδείξει την υποκειμενικότητα του ατόμου, καθώς τη θεωρεί ενεργή παρά τον κατακερματισμό της προσωπικότητας που συντελείται εξαιτίας της σχιζοφρένειας. Ο ψυχαναλυτής έχει την δυνατότητα να αναφέρεται σε φαινόμενα της δικής του ψυχικής ζωής, προκειμένου να εγκαταστήσει μια αναλογία με την ψυχική ζωή του ατόμου με σχιζοφρένεια. Ουσιαστικά, ο ψυχαναλυτής προσπαθεί να κατανοήσει τα βιώματα του ατόμου με σχιζοφρένεια, κάνοντας αναφορές στα όνειρα, στην ψευδαισθητική ικανοποίηση των επιθυμιών και των ελεύθερων συνειρμών. Πρόκειται για μια ενσυναισθητική κατανόηση, που προκύπτει από την αναλογία των βιωμάτων του ψυχαναλυτή και του ατόμου με σχιζοφρένεια, και δεν βασίζεται απλώς σε μια ανθρώπινη κατανόηση του ψυχικού πόνου του άλλου (Βαρτζόπουλος, 2008).

Μια εναλλακτική θεραπευτική προσέγγιση της σχιζοφρένειας είναι μέσω της τέχνης. Σε ένα τέτοιο θεραπευτικό πλαίσιο πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η εικόνα, καθώς είναι αυτή που προσφέρει τη συνοχή της αίσθησης του εαυτού, δομεί τις σχέσεις και φέρει τον απόηχο της σκιάς του παιδιού. Όπως κάθε αντικείμενο της τέχνης, έτσι και η εικόνα, λειτουργεί ως το ενδιάμεσο αντικείμενο μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Τα πέντε σημαντικά στάδια στην εξέλιξη της εικόνας στον ψυχισμό του ατόμου με σχιζοφρένεια είναι: α) η φετιχιστική στάση στη φάση της ταύτισης, β) η εξοικείωση, γ) η αναγνώριση, δ) η αφομοίωση, και ε) η αποπομπή ή διαθεσιμότητα (Γαβριήλ, 2008). Επίσης, η εικόνα τείνει να διευκολύνει τόσο τον θεραπευτή όσο και τον θεραπευόμενο στην επικοινωνία τους με τις δημιουργικές πλευρές του ασυνείδητου. Μέσα από τις μεταμορφώσεις των εικόνων, ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος εκφράζονται και βιώνουν τα στάδια της θεραπευτικής διαδικασίας (Τζάκσον, 2002).

Ωστόσο, στη θεραπεία της σχιζοφρένειας, συχνά υπάρχουν δύο φαύλοι κύκλοι. Ο πρώτος αφορά την έντονη επιθυμία για εγγύτητα, που όμως οδηγεί σε φόβους οι οποίοι με τη σειρά τους οδηγούν στην απομόνωση που αποκλείει εν τέλει την προσδοκώμενη εγγύτητα. Ο

δεύτερος φαύλος κύκλος σχετίζεται με τα γνωστικά και συναισθηματικά ελλείμματα που δημιουργούνται κατά την εξέλιξη της σχιζοφρένειας, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα μια συχνά αδιέξοδη προσπάθεια κοινωνικοποίησης, εμποδίζοντας έτσι την επιθυμητή κοινωνικοποίηση (Μέντζος, 2008). Επίσης, μπορεί κάθε μία από τις παρεμβάσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω να είναι χρήσιμη και καλή, όμως καμία από αυτές δεν είναι αρκετή για να χρησιμοποιηθεί μόνη της στη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Για το λόγο αυτό επισημαίνεται ότι η θεραπεία εκλογής για τη σχιζοφρένεια θα πρέπει να είναι ο συνδυασμός φαρμακευτικής και μη φαρμακευτικής θεραπείας (American Psychiatric Association, 1995).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΦΗΒΕΙΑ

### 2.1 Ορισμός

Τυπικά, η εφηβεία, που ξεκινά γύρω στα 13 και ολοκληρώνεται γύρω στα 20 έτη, είναι το αναπτυξιακό στάδιο που βρίσκεται ανάμεσα στην παιδική και την ενήλικη ζωή (Feldman, 2009). Ωστόσο, έχουν διακριθεί και άλλα μικρότερα στάδια της εφηβείας, τα οποία είναι τα εξής: α) η προεφηβεία που εντάσσεται στο ηλικιακό φάσμα 10 έως 12 ετών, β) η πρόωμη εφηβεία από τα 11 έως τα 14 έτη, γ) η μέση ή καθυστερημένη εφηβεία που εκδηλώνεται στις ηλικίες από 14 έως 17 ετών και δ) το τελικό στάδιο που αφορά άτομα από 17 έως 21 ετών (Αναστασόπουλος, 1997).

Υπάρχουν διάφορες θεωρίες σχετικά με την εφηβεία. Οι βιολογικές θεωρίες εστιάζουν στις οικουμενικές αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα. Οι θεωρίες περιβάλλοντος-μάθησης αντιλαμβάνονται την εφηβεία ως συνέχεια των προηγούμενων αναπτυξιακών περιόδων και δίνουν έμφαση στην επίδραση που έχει η κοινωνία στη διαμόρφωση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών. Αντίθετα, οι κονστρουκτιβιστικές θεωρίες υποστηρίζουν την ασυνέχεια της εφηβείας με τις προηγούμενες περιόδους ανάπτυξης και θεωρούν ότι βιολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες έχουν συμπληρωματικό ρόλο στην ψυχική οργάνωση του εφήβου. Τέλος, οι θεωρίες του πολιτισμικού πλαισίου υποστηρίζουν ότι η εφηβεία δεν είναι ένα οικουμενικό στάδιο ανάπτυξης, αλλά αντιθέτως θεωρούν ότι τείνει να εμφανίζεται όταν υπάρχει καθυστέρηση μεταξύ της βιολογικής ωρίμανσης και της ενηλικίωσης (Cole & Cole, 2002).

Η εφηβεία είναι μία σημαντική περίοδος, όπου το άτομο ανακαλύπτει τον εαυτό του μέσα από μια ποικιλία συμπεριφορών και σωματικών και ψυχολογικών μεταβολών (Τσιάντης, 1997 . Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006). Λόγω της βιολογικής ωρίμανσης που συντελείται, η εφηβεία τείνει να είναι μια περίοδος αυξημένης αστάθειας και

συναισθηματικής σύγκρουσης (Cole & Cole, 2002). Η εφηβεία είναι μια μεταβατική περίοδος, κατά την οποία οργανώνεται ο ψυχισμός και διαμορφώνεται η προσωπικότητα του ατόμου. Συντελούνται σημαντικές αλλαγές στη γνωστική ανάπτυξη, την ψυχοσεξουαλική εξέλιξη, την προβληματική των ταυτίσεων και της ταυτότητας και την πορεία από την εξάρτηση στην αυτονομία (Αμπατζόγλου & Ζηλίκης, 2004). Στην εξελικτική αυτή φάση, η ψυχική ισορροπία του εφήβου διαταράσσεται, η προσωπικότητά του χαρακτηρίζεται από ρευστότητα, ενώ το Εγώ γίνεται ευάλωτο εξαιτίας της προσπάθειας που κάνει ο έφηβος να οργανώσει τις καινούργιες εμπειρίες της ήβης. Συγχρόνως, ο έφηβος έρχεται αντιμέτωπος με την από-ιδανικοποίηση των εσωτερικευμένων γονεϊκών εικόνων, και προσπαθεί να ανεξαρτητοποιηθεί (Μανωλόπουλος, 1987). Η εφηβεία είναι μια κρίσιμη φάση στην ανάπτυξη του ανθρώπου, κατά την οποία πολλές παθολογικές συμπεριφορές και προβλήματα μπορεί να εμφανιστούν (Καλαρρύτης, 2004). Από μια αναπτυξιακή προοπτική, η εφηβεία είναι η περίοδος της ανεξαρτησίας, του πειραματισμού και των ρίσκων. Ένας από τους τομείς που πειραματίζονται οι έφηβοι αφορά τη χρήση ουσιών (Burrow-Sanchez, 2006).

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της εφηβείας είναι η έντονη επιθυμία και τάση του εφήβου να αποκτήσει νέες εμπειρίες, να πειραματιστεί με νέες καταστάσεις, να δοκιμάσει νέες μορφές συμπεριφοράς και τρόπου ζωής. Μέσω αυτής της διαδικασίας αποκτά σταδιακά αυτονομία, ανεξαρτησία, καθώς και επιδεξιότητες που θα του επιτρέψουν να λειτουργήσει αποτελεσματικά μέσα στον κόσμο των ενηλίκων. Χαρακτηριστικό του εφήβου αποτελεί και η «εφηβική ατρωτότης», η αντίληψη ότι δεν απειλείται από τους κινδύνους ανεξαρτητοποιηθεί (Μανωλόπουλος, 1987).

## **2.2 Ανάπτυξη Εφήβου**

Η εφηβεία, λειτουργεί ως ένα μεταβατικό στάδιο, κατά το οποίο συντελούνται σημαντικές σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006).



Κάθε έφηβος αναπτύσσεται και πορεύεται προσπαθώντας συνεχώς να ανταποκριθεί στις ποικίλες προσωπικές και κοινωνικές απαιτήσεις αλλά και στις προκλήσεις που του επιβάλλει η ηλικιακή αυτή φάση. Σε αυτή την περίοδο της ζωής του, ο έφηβος έρχεται αντιμέτωπος με πολλούς πειρασμούς, μεγάλες γνωστικές αλλαγές κι έντονα συναισθήματα (Μόττη-Στεφανίδη, 1997 . Feldman, 2009).

Τα αναπτυξιακά επιτεύγματα που αναμένεται να κατακτήσει ο έφηβος είναι να καταφέρει να ανεξαρτητοποιηθεί από τους γονείς του, να εξοικειωθεί με τις σωματικές μεταβολές, να αποκτήσει και να σταθεροποιήσει τη σεξουαλική του ταυτότητα, να αποκτήσει μια καλύτερη αίσθηση του εαυτού του σχηματίζοντας ένα σύστημα προσωπικών αξιών και στάσεων ζωής, να αναπτύξει την ικανότητα επιλογής φίλων, να διευρύνει και να αναθεωρήσει τους εκπαιδευτικούς και επαγγελματικούς του στόχους, και τέλος, να επανεξετάσει τα συστήματα αξιών της κοινωνίας, απορρίπτοντας ή ενστερνιζόμενος κάποια από αυτά (Τσιάντης, 1997). Μέσα από την κατάκτηση αυτών των επιτευγμάτων, ο έφηβος καταφέρνει να βγει ομαλά από την κρίση της εφηβείας. Η "κρίση εφηβείας" ορίζεται ως μια περίοδος παροδικής ψυχικής αποδιοργάνωσης, όπου ο έφηβος αφήνει τα στηρίγματα της παιδικής ηλικίας ενώ ψάχνει να βρει εκείνα της ενήλικης ζωής. Εκδηλώνεται με ποικίλες διαταραχές της συμπεριφοράς, με τον έφηβο και την οικογένεια του να βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση με έντονες συγκρούσεις, χαρακτηριστικές της περιόδου (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006).

### **2.2.1 Βιολογική ανάπτυξη**

Οι έφηβοι βιώνουν μια "έκρηξη" ανάπτυξης, που είναι ένα χρονικό διάστημα που συντελούνται ραγδαίες μεταβολές στο μέγεθος, στη δύναμη και στις αναλογίες του σώματός τους (Craig & Baucum, 2007). Έτσι, οι έφηβοι μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα βιώνουν έντονες αλλαγές στην σωματική και εξωτερική τους εμφάνιση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα

αποτελεί η σημαντική αύξηση του ύψους και τους βάρους, τόση που οι έφηβοι χρειάζονται ρούχα μεγαλύτερου μεγέθους. Βέβαια, τα δύο φύλα αναπτύσσονται κατά την εφηβεία με διαφορετικούς ρυθμούς. Συγκεκριμένα, τα κορίτσια ξεκινούν να αναπτύσσονται ως έφηβες γύρω στην ηλικία των 10 χρονών, τη στιγμή που τα αγόρια ξεκινούν να το κάνουν αυτό στην ηλικία των 12 περίπου χρονών. Για τον λόγο αυτόν, τα πρώτα χρόνια της εφηβείας, τα κορίτσια είναι κατά μέσο όρο ψηλότερα από τα αγόρια, φαινόμενο όμως που αντιστρέφεται κατά την ηλικία των 13 χρονών και διατηρείται έτσι για το υπόλοιπο της ζωής τους (Craig & Baucum, 2007 . Feldman, 2009).

Στην εφηβεία, η αρχική φάση, η ήβη αποτελεί την αφετηρία της σεξουαλικής ωρίμανσης των εφήβων, η οποία ξεκινά νωρίτερα στα κορίτσια από ότι στα αγόρια. Γενικότερα, οι αλλαγές που συντελούνται στην ήβη σχετίζονται με την ανάπτυξη πρωτογενών και δευτερογενών χαρακτηριστικών του κάθε φύλου. Τα πρωτογενή χαρακτηριστικά του κάθε φύλου αφορούν την ανάπτυξη των οργάνων του σώματος που έχουν άμεση σχέση με την αναπαραγωγή, ενώ τα δευτερογενή χαρακτηριστικά είναι οι ορατές ενδείξεις της σεξουαλικής ωριμότητας, που όμως δεν συνδέονται άμεσα με τα όργανα αναπαραγωγής αλλά φαίνονται στην εξωτερική εμφάνιση των εφήβων (Cole & Cole, 2002 . Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006 . Craig & Baucum, 2007 . Feldman, 2009).

Στα κορίτσια, κατά την ήβη σαφώς αναπτύσσονται τα γεννητικά τους όργανα και μεγαλώνει το στήθος τους, αλλά η εμφάνιση της εμμηνου ρύσεως είναι χαρακτηριστική ένδειξη της ήβης τους. Η εμμηναρχή επηρεάζεται από περιβαλλοντικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, καθώς τείνει να εμφανίζεται ηλικιακά αργότερα στα κορίτσια που μεγαλώνουν σε λιγότερο αναπτυσσόμενες χώρες συγκριτικά με τα κορίτσια που μεγαλώνουν σε πιο ευνοϊκές συνθήκες και πιο οικονομικά αναπτυγμένες περιοχές. Προβλήματα εντός της οικογένειας και χρόνιες ασθένειες, επίσης επηρεάζουν την εμφάνιση της εμμηνου ρύσεως. Στα αγόρια η ήβη, που ξεκινά σε μεγαλύτερη ηλικία από ότι στα κορίτσια, χαρακτηρίζεται

από την ταχεία ανάπτυξη του γεννητικού τους οργάνου κι αρχίζουν οι πρώτες εκσπερματίσεις. Επίσης, αρχίζει να βαθαίνει η φωνή τους και αυξάνεται η τριχοφυΐα τους (Craig & Baucum, 2007 . Feldman, 2009).

Κατά την ήβη, υπάρχει μια έντονη αλλαγή της εικόνας του σώματος και της εικόνας εαυτού , που ωθεί τον έφηβο στην αναζήτηση μιας νέας ταυτότητας. Οι ορμονικές μεταβολές παράλληλα ενισχύουν τις σεξουαλικές και επιθετικές ενορμήσεις του εφήβου και κινητοποιούν την ψυχοσυναισθηματική του εξέλιξη (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006). Έτσι, η ήβη μπορεί να προκαλέσει ποικιλία αντιδράσεων στον έφηβο, από την πλήρη σύγχυση μέχρι την αυξημένη αυτοεκτίμηση (Feldman, 2009). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι έφηβοι έχουν πλήρη επίγνωση των σωματικών αλλαγών που τους συμβαίνουν και τείνουν να συγκρίνουν τον εαυτό τους με τους συνομηλίκους τους και γενικά τα κυρίαρχα ιδανικά πρότυπα σχετικά με το φύλο τους. Ουσιαστικά, προσπαθούν να συμφιλωθούν με τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ της πραγματικής και της ιδανικής εικόνας σώματος. Τα κορίτσια συνήθως επικεντρώνονται στο βάρος τους, ενώ τα αγόρια επικεντρώνονται στη δύναμή τους (Craig & Baucum, 2007). Κάποιοι έφηβοι αντιδρούν με χαρά ή τρόμο σε αυτές τις αλλαγές, περνώντας πολύ χρόνο κοιτάζοντας τον εαυτό τους μπροστά στον καθρέφτη, ενώ κάποιοι άλλοι αντιδρούν πολύ ουδέτερα σε όλο αυτό. Επίσης, μερικές αλλαγές έχουν μεγάλη επίδραση στην ψυχολογία του εφήβου, παρόλο που δεν σχετίζονται άμεσα με την εξωτερική του εμφάνιση. Για παράδειγμα, τα κορίτσια τείνουν να αγχώνονται τις πρώτες φορές που έχουν έμμηνη ρύση, κυρίως λόγω των αρνητικών στοιχείων, όπως ο πόνος, στα οποία δίνεται μεγαλύτερη σημασία από όσο χρειάζεται. Σταδιακά ωστόσο, τα κορίτσια αποκτούν αυτοεκτίμηση, αποκτούν καλύτερη αυτεπίγνωση και βλέπουν τον εαυτό τους ως ενήλικες γυναίκες. Ότι επιφέρει η πρώτη εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως για τα κορίτσια, το ίδιο επιφέρει και η πρώτη εκσπερμάτιση για τα αγόρια. Η διαφορά των δύο φύλων έγκειται στο ότι τα κορίτσια το μοιράζονται με τους γονείς και τους φίλους τους, ενώ τα αγόρια το

αποφεύγουν, κυρίως γιατί δεν γνωρίζουν ακόμη πολλά για τη σεξουαλικότητά τους (Feldman, 2009).

### 2.2.2 Γνωστική ανάπτυξη

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, η ανάπτυξη του εγκεφάλου συνεχίζεται. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η σκέψη του εφήβου να γίνεται πολυπλοκότερη και σύνθετη και να κατακτώνται ιδιαίτερα πολύπλοκες νοητικές δεξιότητες (Feldman, 2009). Μάλιστα, η σκέψη των εφήβων παρουσιάζει χαρακτηριστικά που δεν εμφανίζονται σε μικρότερες ηλικίες. Συγκεκριμένα, οι έφηβοι σκέφτονται το μέλλον, επεξεργάζονται υποθέσεις και σκέφτονται τις πιθανότητες, σκέπτονται για τη σκέψη και πέρα από τα συμβατικά όρια (Cole & Cole, 2002).

Πιο συγκεκριμένα, συντελείται αξιοσημείωτη ανάπτυξη του προμετωπιαίου φλοιού του εγκεφάλου, γεγονός που δίνει τη δυνατότητα στον έφηβο να βελτιώνει τον τρόπο σκέψης του, να προβαίνει σε πιο σύνθετες κρίσεις και να αξιολογεί καλύτερα. Η ανάπτυξη του προμετωπιαίου φλοιού, βοηθά το άτομο να ελέγχει όλο και περισσότερο τις παρορμήσεις του, να ελέγχει τα συναισθήματά του και να καταστέλλει την επιθυμία του για δράση, ειδικά όταν αυτή είναι απόρροια αρνητικών συναισθημάτων. Στην εφηβεία, η βιολογική ωρίμανση του προμετωπιαίου φλοιού δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί. Αυτό έχει ως συνέπεια, ο έφηβος να δυσκολεύεται να καταστείλει τις παρορμήσεις του. Έτσι, ενδέχεται να παρουσιάσει ριψοκίνδυνη και παρορμητική συμπεριφορά, μια συμπεριφορά που συχνά συναντάται στην περίοδο της εφηβείας (Feldman, 2009).

Ουσιαστικά, η εφηβεία σύμφωνα με τον Piaget είναι η περίοδος της τυπικής νόησης ή αλλιώς των τυπικών λογικών πράξεων, καθώς το άτομο κατακτά την ικανότητα να σκέφτεται αφαιρετικά. Για την ακρίβεια, ο Piaget υποστηρίζει ότι ο έφηβος αρχίζει να κατακτά την τυπική λογική σκέψη στην ηλικία των 15 χρόνων. Στα πλαίσια λοιπόν της γνωστικής ανάπτυξης που συντελείται κατά τη διάρκεια της εφηβείας, μια πολύ σημαντική αλλαγή που

συμβαίνει είναι ότι ο έφηβος αποκτά την ικανότητα να σκέφτεται πέραν μιας συγκεκριμένης κατάστασης και μπορεί να χρησιμοποιεί αφηρημένες έννοιες. Επίσης, ο έφηβος καταφέρνει να αντιλαμβάνεται τις καταστάσεις ή διάφορα θέματα με πιο σχετικό κι όχι απόλυτο τρόπο και να σκέφτεται πιθανά σενάρια και εναλλακτικές οπτικές ή λύσεις. Σε κάθε πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο έφηβος χρησιμοποιεί την τυπική λογική σκέψη και καταφέρνει πλέον να ελέγξει τις υποθέσεις του, παρεμβαίνοντας πειραματικά και παρατηρώντας τις αλλαγές που επέρχονται. Με την ίδια λογική, οι έφηβοι καταφέρνουν να χρησιμοποιούν την προτασιακή σκέψη, κατά την οποία χρησιμοποιείται η αφαιρετική λογική, χωρίς συγκεκριμένα παραδείγματα. Με τον τρόπο αυτόν, ο έφηβος σκέφτεται πιο κριτικά, αντιλαμβάνεται την ύπαρξη ορθότητας ή μη διαφόρων δηλώσεων που ακούει ή διαβάζει και μπορεί να αμφισβητήσει οτιδήποτε χρησιμοποιώντας επιχειρήματα (Δημητρίου & Γωνίδα, 1997 . Cole & Cole, 2002 . Craig & Baucum, 2007 . Feldman, 2009).

Ένα σημαντικό επίτευγμα της σκέψης που συντελείται κατά την εφηβεία είναι η ευσυνειδησία. Ο έφηβος κατακτά την ικανότητα να κατανοεί πως μια δεδομένη σκέψη είναι αντικείμενο μιας άλλης σκέψης, που με τη σειρά της μπορεί να είναι αντικείμενο μιας τρίτης σκέψης. Με τον τρόπο αυτό, γίνεται αντιληπτό από τον έφηβο ότι ένα μέρος της καθημερινής του εμπειρίας είναι περισσότερο μια αλληλουχία σκέψεων παρά η ίδια η πραγματικότητα (Δημητρίου & Γωνίδα, 1997). Ακόμη, κατά τη διάρκεια της εφηβείας, αξιοσημείωτη είναι η ανάπτυξη που παρουσιάζουν οι λεκτικές και οι μαθηματικές ικανότητες του εφήβου, καθώς και η ικανότητά του περί αντίληψης του χώρου. Επίσης, στην εφηβεία, πολλαπλασιάζονται οι γνώσεις, ο ρυθμός επίλυσης προβλημάτων γίνεται ταχύτερος, η χωρητικότητα της μνήμης αυξάνεται σημαντικά και η προσοχή του κατανέμεται πιο αποτελεσματικά. Στο πλαίσιο της νοητικής προόδου που παρουσιάζει ο έφηβος συγκαταλέγεται και η ανάπτυξη της μεταγνώσης, με αποτέλεσμα ο έφηβος να αποκτά μεγαλύτερη επίγνωση τόσο για τη δική του νόηση όσο και των άλλων. Χαρακτηριστικό είναι

ότι η σκέψη του εφήβου γίνεται περισσότερο εγωκεντρική, καθώς ο έφηβος θεωρεί ότι αποτελεί το κέντρο της προσοχής των άλλων, ότι έχει ένα φανταστικό ακροατήριο που τον παρακολουθεί κι αρχίζει πλέον να φαντάζεται το τι οι άλλοι σκέφτονται για αυτόν, κάνοντας διάφορα σενάρια για τις σκέψεις των άλλων. Έτσι, εξηγείται γιατί ο έφηβος συχνά γίνεται έντονα επικριτικός απέναντι σε πρόσωπα εξουσίας, όπως είναι οι γονείς και εκπαιδευτικοί του. Λόγω του εγωκεντρισμού που τον διακατέχει σε αυτή την ηλικία τον έφηβο, μια άλλη γνωστική διαστρέβλωση του τρόπου σκέψης του είναι οι προσωπικοί του μύθοι. Δηλαδή, ο έφηβος έχει την πεποίθηση ότι όσα συμβαίνουν στον ίδιο είναι μοναδικά και δεν συμβαίνουν σε κανέναν άλλον. Έτσι, πολλές φορές ο έφηβος νιώθει ότι είναι άτρωτος και ότι μπορεί να αντιμετωπίσει όλους τους κινδύνους, για αυτό και συμπεριφέρεται ρισκοκίνδυνα (Αναστασόπουλος, 1997 . Δημητρίου & Γωνίδα, 1997 . Craig & Baucum, 2007 . Feldman, 2009).

Στην εφηβεία, η σκέψη του εφήβου μετακινείται από την απλή περιγραφή του κόσμου και αναπροσανατολίζεται στην κατανόηση των μηχανισμών και των αρχών που διέπουν την λειτουργία του κόσμου (Δημητρίου & Γωνίδα, 1997). Συγκεντρωτικά λοιπόν, η γνωστική ανάπτυξη στην εφηβεία περιλαμβάνει μια πιο αποτελεσματική επεξεργασία των πληροφοριών μέσω της μνήμης, της διατήρησης και της μεταβίβασης τους. Επίσης, καθώς αναπτύσσεται γνωστικά ο έφηβος, οι στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων γίνονται πιο περίπλοκες και οι τρόποι απόκτησης και αποθήκευσης πληροφοριών γίνονται πιο αποτελεσματικοί (Craig & Baucum, 2007). Σαφώς, όλες οι γνωστικές αλλαγές που συντελούνται στις νοητικές ικανότητες του εφήβου, δεν κατακτώνται από τη μια στιγμή στην άλλη, αλλά αντιθέτως εκδηλώνονται βαθμιαία ως αποτέλεσμα της σωματικής ανάπτυξης του εφήβου και των περιβαλλοντικών συνθηκών. Επομένως, η ανάπτυξη των γνωστικών δεξιοτήτων του εφήβου γίνεται βαθμιαία αλλά με συνεχή τρόπο, καθώς συντελούνται

προοδευτικές αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο ο έφηβος οργανώνει την σκέψη του, αναπτύσσει στρατηγικές και αντιμετωπίζει νέες καταστάσεις (Feldman, 2009).

### 2.2.3 Ψυχολογική ανάπτυξη

Οι βασικοί αναπτυξιακοί στόχοι της εφηβείας επικεντρώνονται στο να επιτύχουν οι έφηβοι αυτονομία και ανεξαρτησία από τους γονείς τους, αλλά και στο να μπορέσουν να συγκροτήσουν μια ταυτότητα, έναν ολοκληρωμένο εαυτό με τη σύνθεση διαφορετικών στοιχείων της προσωπικότητάς τους (Craig & Baucum, 2007).

Σύμφωνα με τον Blos (1967), η εφηβεία είναι η δεύτερη περίοδος της ατομικοποίησης, δεδομένου ότι η πρώτη φτάνει στο τέλος της λίγο πριν τα τρία χρόνια ζωής του παιδιού. Και στις δύο αυτές περιόδους, παρατηρείται αυξημένη ευαισθησία της προσωπικότητας, σημειώνονται έντονες ψυχολογικές αλλαγές, που λειτουργούν βοηθητικά στην προσαρμογή του ατόμου καθώς αυτό ωριμάζει, και τέλος, συντελείται μια διαδικασία σταδιακής ανεξαρτητοποίησης, όπου το βρέφος μετασχηματίζεται σε ανεξάρτητο παιδί (πρώτη περίοδος ατομικοποίησης) και ο έφηβος σε ανεξάρτητο ενήλικα (δεύτερη περίοδος ατομικοποίησης), εφόσον διενεργείται ψυχολογική απομάκρυνση από τα εσωτερικευμένα γονεϊκά αντικείμενα. Η διαφορά στις δύο περιόδους ατομικοποίησης έγκειται στο γεγονός ότι το παιδί και ο έφηβος προσανατολίζονται σε διαφορετικά αντικείμενα αγάπης. Έτσι, το παιδί, στην προσπάθειά του να ανεξαρτητοποιηθεί από τη μητέρα του, εσωτερικεύει και διατηρεί την αναπαράσταση της μητέρας του, η οποία αποτελεί το αντικείμενο αγάπης του σε αυτή την ηλικία. Αντίθετα, ο έφηβος επιδιώκοντας να μειώσει την εξάρτησή του από τους γονείς του και να ανεξαρτητοποιηθεί, προσπαθεί να αποδεσμευτεί από την εσωτερικευμένη εικόνα της μητέρας του, χαλαρώνει τους συναισθηματικούς του δεσμούς με τους γονείς του και αναζητά καινούρια αντικείμενα αγάπης, έξω από την οικογένειά του.

Καθώς ο έφηβος αναπτύσσεται, καλείται να από-ιδανικοποιήσει τους γονείς του ή την εσωτερικευμένη εικόνα τους και να ανεξαρτητοποιηθεί από αυτούς. Κατά αυτόν τον τρόπο απορρίπτει την αυθεντία των γονιών του, γεγονός που τον αποδιοργανώνει σε κάποιο βαθμό και τον κάνει να νιώθει αναποφασιστικότητα, αμφιθυμία αλλά και μοναξιά. Για το λόγο αυτό έχει έντονη ανάγκη για δημιουργία σχέσεων με άτομα εκτός του οικογενειακού του πλαισίου (Blos, 1962). Έτσι, στην προσπάθειά του να καλύψει το κενό που προκύπτει από την απομάκρυνση από τους οικογενειακούς του δεσμούς, ο έφηβος καταφεύγει στην ομάδα των συνομηλίκων, επενδύοντας στους φίλους του και τη σημαντικότητα αυτών των σχέσεων (Τσιάντης, 1997 . Craig & Baucum, 2007). Έτσι, ο έφηβος αρχίζει να νιώθει όλο και πιο ανεξάρτητος και γίνεται σταδιακά περισσότερο διεκδικητικός (Feldman, 2009). Ο έφηβος λοιπόν, αρχίζει να ταυτίζεται και να συμμορφώνεται με τα στερεότυπα των συνομηλίκων του, μεταβαίνοντας έτσι από την εγκατάλειψη της ταύτισης με τους γονείς προς την ανάπτυξη της προσωπικής του ταυτότητας (Αναστασόπουλος, 1997). Στο πλαίσιο αυτό, η παρέα των συνομηλίκων λειτουργεί ως το βοηθητικό Εγώ του εφήβου, ρυθμίζοντας και καθοδηγώντας τη συμπεριφορά του. Κι ενώ από τη μια πλευρά οι έφηβοι συμπεριφέρονται αντιδραστικά απέναντι στους γονείς τους, δημιουργώντας μια αίσθηση ανεξαρτησίας, από την άλλη πλευρά τείνουν να συμμορφώνονται υπερβολικά με τις αντιλήψεις, τις αξίες και τις τάσεις των φίλων τους (Μανωλόπουλος, 1987). Μέσα από την αλληλεπίδραση που έχει ο έφηβος με τους συνομηλίκους του αναπτύσσει τις κοινωνικές του δεξιότητες και αποκτά μια αίσθηση κοινωνικής επάρκειας (Craig & Baucum, 2007). Η στήριξη των συνομηλίκων βοηθά τον έφηβο να καθορίσει την ταυτότητά του και να διαμορφώσει τις διαπροσωπικές του σχέσεις, βελτιώνοντας έτσι την ψυχοκοινωνική του ανάπτυξη (Feldman, 2009).

Στην εξελικτική φάση της εφηβείας, διαταράσσεται η ισορροπία του ψυχισμού και το Εγώ του εφήβου γίνεται ιδιαίτερα ευάλωτο εξαιτίας της προσπάθειάς του να αποδεχτεί τις



όποιες αλλαγές συντελούνται στην εικόνα του και στη ζωή του (Μανωλόπουλος, 1987). Σύμφωνα με τον Blos (1962), αυτή η ευαλωτότητα του Εγώ του εφήβου οφείλεται και στο γεγονός ότι ο έφηβος τείνει να απορρίπτει και να εγκαταλείπει σταδιακά τις εσωτερικευμένες γονεϊκές εικόνες, οι οποίες λειτουργούσαν μέχρι αυτή την ηλικία, υποστηρικτικά και ως προέκταση του δικού του Εγώ. Στο πλαίσιο της εφηβείας, συντελείται λοιπόν, η επώδυνη διαδικασία της απο-ιδανικοποίησης του παιδικού Ιδεώδους του Εγώ, καθώς ο έφηβος ξεπερνάει την εξιδανίκευση των γονιών του και συγχρόνως εξιδανικεύει τον εξωτερικό κόσμο, αλλά και τον ίδιο του τον εαυτό (Αναστασόπουλος, 1997 . Μανωλόπουλος, 1987 . Τσιάντης, 1997 . Μπρακονιέ & Μαρτσελί, 2002).

Κατά την εφηβεία, η ραγδαία παραγωγή ορμονών κατά την διάρκεια της εφηβείας και της ήβης, τείνει να προκαλεί έντονες και γρήγορες εναλλαγές στην ψυχική διάθεση των εφήβων. Έτσι, συχνά οι έφηβοι βιώνουν αισθήματα θυμού, ενόχλησης, κατάθλιψης, αμηχανίας. Το γεγονός ότι στην εφηβεία κατακτάται η αυτοαντίληψη, αυτό δεν συνεπάγεται και την αύξηση της αυτοεκτίμησης. Έτσι, ενώ ο έφηβος ανακαλύπτει όλο και περισσότερο τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά του, η αίσθηση της αυτοεκτίμησης που αναπτύσσει δεν είναι πάντα θετική. Αρκετοί παράγοντες επηρεάζουν τον βαθμό αυτοεκτίμησης ενός εφήβου. Ένας παράγοντας είναι το φύλο, καθώς τα κορίτσια τείνουν να έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση σε σχέση με τα αγόρια. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση ενός εφήβου είναι οι σχολικές του επιδόσεις, η εξωτερική του εμφάνιση, η κοινωνική του επιτυχία, τα κοινωνικά στερεότυπα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειάς του, η φυλετική ταυτότητα (Feldman, 2009). Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι συνήθως, η πλειοψηφία των εφήβων που σε προηγούμενες αναπτυξιακές περιόδους ήταν ψυχολογικά επαρκείς, παρά την συνολική αναταραχή που βιώνουν λόγω της εφηβείας, θα συνεχίσουν να είναι ψυχολογικά επαρκείς, αντιμετωπίζοντας αποτελεσματικά τις νέες προκλήσεις και έχοντας την ικανότητα να προσαρμοστούν καλύτερα (Μόττη-Στεφανίδη, 1997).

#### 2.2.4 Ανάπτυξη ταυτότητας

Καταρχήν, ο όρος "ταυτότητα" περιλαμβάνει ένα σύνολο πεποιθήσεων που έχει το άτομο για τον εαυτό του. Η ταυτότητα κατασκευάζεται για να μπορεί το άτομο να συμφιλιώνεται με τις ομοιότητες και τις διαφορές που έχει με τους άλλους ανθρώπους (Cole & Cole, 2002). Η αντίληψη για τον εαυτό επηρεάζεται εν μέρει από τους σημαντικούς άλλους, κυρίως σε μικρότερες ηλικίες. Όμως, προς το τέλος της εφηβείας, η ταυτότητα του ατόμου δομείται από τις προσωπικές του πεποιθήσεις και τα εσωτερικευμένα του πρότυπα (Αναστασόπουλος, 1997).

Η εφηβεία είναι μια ηλικιακή φάση κατά την οποία επέρχονται ουσιώδεις αλλαγές στην αυτοεικόνα και την αυτοεκτίμηση του εφήβου, δηλαδή στην αντίληψή του για την ταυτότητά του (Feldman, 2009). Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, είναι μεγάλη πρόκληση για τον έφηβο να μπορέσει να ενσωματώσει τα θετικά και αρνητικά στοιχεία του εαυτού του και του κόσμου στην προσωπική του ταυτότητα, με τρόπο που αυτή να είναι λειτουργική (Μόττη-Στεφανίδη, 1997). Είναι γνωστό ότι ο έφηβος έρχεται αντιμέτωπος με σωματικές και ορμονικές αλλαγές, αναζητώντας τη σεξουαλική του ταυτότητα, το δυναμικό της σκέψης του αναπτύσσεται και προετοιμάζεται να αναλάβει νέους κοινωνικούς ρόλους (Erwin, 1998). Έτσι, ο έφηβος αναλύοντας τους ρόλους του, αναγνωρίζει ασυνέπειες και συγκρούσεις, τις οποίες αναδομεί για να συγκροτήσει την ταυτότητά του. Στα πλαίσια αυτά, μερικές φορές ο έφηβος εγκαταλείπει προηγούμενους ρόλους κι εδραιώνει νέες σχέσεις με την οικογένεια και τους συνομηλίκους του (Craig & Baucum, 2007). Ο έφηβος καθώς αντιλαμβάνεται τον εαυτό του σε συνάρτηση με τους άλλους, συνειδητοποιεί ότι είναι ένα ξεχωριστό άτομο και διαφέρει από τους γύρω του. Μάλιστα, ο έφηβος αντιλαμβάνεται όλο και περισσότερες πλευρές του εαυτού του, περιγράφοντάς τον με ιδεολογικούς όρους και όχι εξωτερικά χαρακτηριστικά. Έτσι, η εικόνα αυτή του εαυτού του γίνεται πιο οργανωμένη και πιο συνεκτική (Feldman, 2009). Κι ενώ η συγκρότηση ταυτότητας επηρεάζεται σημαντικά από

τις ομάδες κοινωνικής αναφοράς (Craig & Baucum, 2007), το σημαντικό είναι ότι ο έφηβος αρχίζει να αποκτά καλύτερη αίσθηση του εαυτού του, σχηματίζοντας ένα σύστημα δικών του, προσωπικών αξιών και στάσεων ζωής, και κατά αυτόν τον τρόπο αναθεωρείται και τροποποιείται η σχέση του με τους συνομηλίκους (Τσιάντης, 1997).

Καθώς, λοιπόν, ο έφηβος βιώνει διαρκείς αλλαγές σε πολλά επίπεδα, αναγκάζεται να αναθεωρήσει τις ταυτόσεις του. Ο όρος «ταύτιση» αναφέρεται σε μια κυρίως ασυνείδητη διαδικασία, μέσα από την οποία το άτομο λαμβάνοντας υπόψη του την εικόνα, την ιδιότητα και τα χαρακτηριστικά ενός άλλου, αλλάζει έτσι ώστε να μοιάζει μερικώς ή απόλυτα στο πρότυπό του. Καθώς η ταύτιση είναι ένας θεμελιώδης μηχανισμός της εφηβείας, οι δυσκολίες στον τομέα αυτόν, ενδέχεται να διαταράξουν την ταυτότητά του (Μπρακονιέ & Μαρτσελί, 2002). Έτσι, η ταύτιση και η συμμόρφωση με τα χαρακτηριστικά της ομάδας των συνομηλίκων λειτουργεί σαν μετάβαση από την εγκατάλειψη της ταύτισης με τους γονείς προς την ανάπτυξη της προσωπικής ταυτότητας (Τσιάντης, 1997). Μέσα από τις ταυτόσεις με πρόσωπα περά από αυτά των γονιών του, ο έφηβος θα μπορέσει να αποκτήσει μια περισσότερο ολοκληρωμένη ταυτότητα του φύλου του, καθώς επίσης και να οριστικοποιήσει την ταυτότητά του ως άτομο και το ρόλο που θα έχει μέσα σε μια ετερόφυλη σχέση σε φιλικό επίπεδο (Μανωλόπουλος, 1987). Με αυτή την έννοια, το άτομο κατά την εφηβεία οδηγείται σταδιακά σε ένα σταθερό αίσθημα ταυτότητας και αρχίζει να εντάσσεται στον κόσμο των ενηλίκων (Ζηλίκης, 2003).

Σύμφωνα με τον Freud αλλά και τον Erikson, κατά τη διάρκεια της εφηβείας, ανακεφαλαιώνονται κι επιλύονται όλες οι προηγούμενες αναπτυξιακές κρίσεις, προκειμένου να σχηματιστεί η ταυτότητα του ενήλικα, και στην περίπτωση αποτυχίας επίλυσης των προηγούμενων κρίσεων ο έφηβος οδηγείται στην ενήλικη ζωή έχοντας μια νευρωτική προσωπικότητα. Ο Erikson υποστήριξε ότι οι έφηβοι σχηματίζουν την ταυτότητά τους, ανάλογα με το πώς τους κρίνουν οι άλλοι, το πώς οι ίδιοι κρίνουν τους άλλους, το πώς

κρίνουν τις διεργασίες της κρίσης των άλλων αλλά και από το πόσο ικανοί είναι να λαμβάνουν υπόψη κατά την κρίση τους το πολιτισμικό πλαίσιο (Cole & Cole, 2002). Σύμφωνα με τη θεωρία του Erikson, η συγκρότηση ταυτότητας είναι μια μακρόχρονη και πολύπλοκη διαδικασία αυτοπροσδιορισμού. Στο αναπτυξιακό αυτό στάδιο της ταυτότητας ή της σύγχυσης της ταυτότητας, ο έφηβος μέσω της γνωστικής του προόδου, προσπαθεί να εντοπίσει τα χαρακτηριστικά εκείνα του εαυτού του, που είναι μοναδικά και ξεχωριστά, τα ιδιαίτερα προτερήματά του και τις αδυναμίες του. Για να επιτύχει σε αυτή του την προσπάθεια, ο έφηβος δοκιμάζει τον εαυτό του σε διάφορους ρόλους και κάνει μια σειρά διαφορετικών επιλογών, ώστε να διαπιστώσει έμπρακτα τι ικανότητες έχει και τι συμπίπτει με την αντίληψη που έχει για τον εαυτό του. Εάν οι επιλογές που κάνει ο έφηβος είναι λανθασμένες, αυτό ενέχει τον κίνδυνο να αποτύχει στην οργάνωση ενός ενιαίου πυρήνα ταυτότητας και να έχει μια διάχυτη εικόνα για τον εαυτό του. Αντιθέτως, αν οι επιλογές που κάνει ο έφηβος είναι σωστές, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες διαμόρφωσης μιας κατάλληλης ταυτότητας για τον εαυτό του, γεγονός που θα του εξασφαλίσει τη βάση για μια καλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη στο μέλλον. Ένας τέτοιος έφηβος θα έχει αντιληφθεί ποιες είναι οι ικανότητές του, θα έχει μια καλή αίσθηση της προσωπικής του ταυτότητας και θα νιώθει πιο σίγουρος να προχωρήσει αξιοποιώντας τις δυνατότητές του (Cole & Cole, 2002 . Craig & Baucum, 2007 . Feldman, 2009).

Μια άλλη θεωρία σχετικά με την διαμόρφωση ταυτότητας κατά την εφηβεία, έρχεται από τον Marcia, ο οποίος βασισμένος στη θεωρία του Erikson, διαχώρισε την εφηβική ταυτότητα σε τέσσερις κατηγορίες. Αρχικά, είναι η *κατακτημένη ταυτότητα* ή αλλιώς η *επίτευξη ταυτότητας*, στην οποία ο έφηβος έχει δοκιμάσει ποικιλία επιλογών κι έχει καταφέρει να διερευνήσει ακριβώς ποιος θέλει να είναι κι έτσι επιλέγει και δεσμεύεται στη συγκεκριμένη ταυτότητα. Η δεύτερη κατηγορία είναι η *δοτή ταυτότητα* ή αλλιώς *αποκλεισμός*, όπου ο έφηβος ναι μεν δεσμεύεται σε μια ταυτότητα, αλλά χωρίς πρώτα να έχει

διερευνήσει επαρκώς τις διάφορες εναλλακτικές που έχει, ενώ συνήθως υιοθετεί τις μορφές ταυτότητας των γονιών του. Μια τρίτη κατηγορία είναι το λεγόμενο "*μορατόριουμ*" ή αλλιώς η *αναστολή*, όπου ο έφηβος έχει διερευνήσει κάποιες εναλλακτικές εκδοχές της ταυτότητάς του, αλλά αδυνατεί να δεσμευτεί σε κάποια από αυτές, συνεχίζοντας να βιώνει κρίση ταυτότητας. Τέλος, είναι η *σύγχυση ταυτότητας* ή αλλιώς η *διάχυση ταυτότητας*, που αφορά την περίπτωση του εφήβου που διερευνά διάφορες εναλλακτικές εκδοχές ταυτότητας χωρίς ποτέ να δεσμεύεται σε μία ή δεν μελετά καν διαφορετικές επιλογές ως προς την ταυτότητά του (Μόττη-Στεφανίδη, 1997 . Cole & Cole, 2002 . Craig & Baucum, 2007 . Feldman, 2009).

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ****3.1 Συμπτωματολογία**

Γενικά, η σχιζοφρένεια στην εφηβεία χαρακτηρίζεται από διαταραχές στη σκέψη, την αντίληψη και το συναίσθημα (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006), περιορισμό των σχέσεων και των δραστηριοτήτων με παράλληλη βαθμιαία απώλεια ενδιαφερόντων (Ιεροδιακόνου & Ζηλίκης, 2005), δηλαδή έχει εικόνα συμπτωμάτων όμοια με αυτή που συναντάται στους ενήλικους (Ζηλίκης, 2003). Η συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας χωρίζεται σε δύο κατηγορίες, τα θετικά και αρνητικά συμπτώματα. Τα θετικά συμπτώματα περιλαμβάνουν τις διαταραχές της σκέψης, τις παραληρητικές ιδέες και τις ψευδαισθήσεις και όλα αυτά μαζί χαρακτηρίζονται από την αίσθηση της παρουσίας. Στα αρνητικά συμπτώματα κυριαρχεί η αίσθηση της έλλειψης κι εδώ εντάσσεται η κοινωνικότητα, η ευχαρίστηση, το συναίσθημα και η ενέργεια (Wenar & Kerig, 2008), καθώς και το αμβλύ συναίσθημα, τη συναισθηματική απόσυρση, την απάθεια, την κινητική απόσυρση, την έλλειψη αυθορμητισμού, τη δυσκολία στην αφηρημένη σκέψη και τον στερεότυπο τρόπο σκέψης. Ειδικότερα, η διαταραχή της σκέψης ως σύμπτωμα της εφηβικής σχιζοφρένειας συναντάται σε ποσοστό 40% έως 80%, ενώ σε αντίθεση με τους ενήλικες, η ασυναρτησία και το φτωχό περιεχόμενο δεν παρατηρούνται συχνά. Στην εφηβική σχιζοφρένεια, όμως, επικρατούν η μαγική σκέψη και η χάλαση του συνειρμού της σκέψης τους. Επιπλέον, όσον αφορά το συναίσθημα εντός της εφηβικής σχιζοφρένειας, αυτό είναι επίπεδο και απρόσφορο. Είναι σαφές ότι τα αρνητικά συμπτώματα αναφέρονται στη μείωση της λειτουργικότητας του έφηβου, ενώ παράλληλα υπάρχουν και τα κατατονικά συμπτώματα, στα οποία συγκαταλέγονται η ακινησία, η παράδοξη κινητικότητα, η κηρώδης ευκαμψία (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006).

Ένα βασικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας στην εφηβεία είναι οι οπτικές και οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, με τις δεύτερες να είναι πιο συνήθεις από τις πρώτες. Το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων είναι ανάλογο του αναπτυξιακού επιπέδου του εφήβου. Για παράδειγμα, οι ψευδαισθήσεις των αναπτυγμένων εφήβων μπορεί να έχουν σεξουαλικό περιεχόμενο. Ένα άλλο, εξίσου βασικό, σύμπτωμα της σχιζοφρένειας στην εφηβεία είναι οι παραληρητικές ιδέες, οι οποίες αφορούν πεποιθήσεις και επίμονες σκέψεις που στερούνται λογικής βάσης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 . Wenar & Kerig, 2008 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016 . Remschmidt, 2005 . Χριστιανόπουλος, 2012). Στην εφηβεία οι παραληρητικές ιδέες συνηθέστερα αφορούν το σώμα του και μπορεί να έχουν μεγαλομανιακό, θρησκευτικό ή φιλοσοφικό περιεχόμενο (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006).

Η αποδιοργάνωση που βιώνει ο έφηβος με σχιζοφρένεια, τόσο στον λόγο του όσο και στη συμπεριφορά του, είναι πολύ συχνά συμπτώματα. Πιο συγκεκριμένα, η ομιλία είναι αποσπασματική, ενώ ο αποδιοργανωμένος αυτός λόγος περιλαμβάνει ασυναρτησίες, παράλογες προτάσεις και ασύνδετες μεταξύ τους φράσεις. Η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά φαίνεται από το γεγονός ότι ο έφηβος με σχιζοφρένεια κάνει παράξενες και ασυνήθιστες χειρονομίες ή κινήσεις, καθώς και περίεργες εκφράσεις προσώπου (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 . Wenar & Kerig, 2008 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016 . Χριστιανόπουλος, 2012). Παραδείγματα της σοβαρά αποδιοργανωμένης ή κατατονικής συμπεριφοράς είναι επίμονο λίκνισμα σε όρθια ή καθιστή στάση, μακρές περιόδους ακινησίας, παράξενες επαναλαμβανόμενες ενέργειες, όπως το θυμωμένο χτύπημα του καρπού, το έντονο τρίψιμο του μετώπου ή το έντονο κι επίμονο ξύσιμο του δέρματος (Wenar & Kerig, 2008).

Ωστόσο, μια μορφή απλής σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από ένα αργό πέρασμα από μια σχιζοειδή κατάσταση προς μια προοδευτική έκπτωση της συνολικής λειτουργικότητας του ατόμου. Από το βίωμα της απλής σχιζοφρένειας, επηρεάζονται αρνητικά οι

δραστηριότητες και οι σχέσεις του εφήβου, όπως και το συναισθηματικό και γνωστικό του επίπεδο, αλλά απουσιάζουν οι παραισθητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις (Ιεροδιακόνου & Ζηλίκης, 2005).

### 3.2 Επιδημιολογία

Γενικότερα, η σχιζοφρένεια είναι μια σπάνια διαταραχή κι εμφανίζεται σε λιγότερο από το 1% του συνολικού πληθυσμού (Wenar & Kerig, 2008). Για την ακρίβεια, η συχνότητα της σχιζοφρένειας στους εφήβους υπολογίζεται στο 0,5% έναντι του 1% που είναι στους ενήλικες και συνήθως εμφανίζεται στην τελευταία φάση εφηβείας (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006 . Sadock, Sadock & Kaplan, 2009). Ωστόσο, ο κίνδυνος εμφάνισης της σχιζοφρένειας είναι έως και 20 φορές μεγαλύτερος σε συγγενείς πρώτου βαθμού των ατόμων με σχιζοφρένεια, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Ρακιτζή & Γεωργιλιά, 2016).

Στις περισσότερες περιπτώσεις η ηλικία που πρωτοεμφανίζονται συμπτώματα σχιζοφρένειας είναι στα τέλη της εφηβείας και στα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης. Δεν αποκλείεται όμως, να γίνει η πρώτη εμφάνιση της διαταραχής στην παιδική ηλικία, όπου όμως τα πράγματα είναι πιο σοβαρά καθώς τότε τα συμπτώματα επιμένουν σε βάθος χρόνου και σπάνια υποχωρούν (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Γενικά, η πρόγνωση είναι κακή όταν η σχιζοφρένεια εμφανίζεται στην παιδική ή στην εφηβική ηλικία, καθώς η νόσος βιώνεται με πολύ μεγάλο άγχος (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006 . Ανδρούτσος, 2012 . Ρακιτζή & Γεωργιλιά, 2016 . Χριστιανόπουλος, 2012). Έτσι, η σχιζοφρένεια με έναρξη στα 13 έως τα 18 χρόνια αναφέρεται ως σχιζοφρένεια με πρώιμη έναρξη, ενώ όταν η σχιζοφρένεια εμφανίζεται πριν από τα 13 χρόνια, τότε αναφέρεται ως σχιζοφρένεια με πολύ πρώιμη έναρξη (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006 . Χριστιανόπουλος, 2012). Πάντως, σε ποσοστό περίπου 4%, η σχιζοφρένεια εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 15 χρόνων, όπου είναι η πρώιμη έναρξη της σχιζοφρένειας (Παπαγεωργίου, 2005 . Sadock, Sadock &



Kaplan, 2009). Όταν όμως, η διαταραχή εκδηλώνεται ανάμεσα στην ηλικία των 14 και 15 χρόνων, τότε πρόκειται για την εφηβική έναρξη. Πράγματι έχει πλέον διαπιστωθεί ότι μετά την παιδική ηλικία, η εκδήλωση της σχιζοφρένειας τείνει να αυξάνεται εντυπωσιακά. Ο αριθμός μάλιστα των περιστατικών σχιζοφρένειας έχει παρουσιάσει δεκαπλάσια αύξηση στις ηλικίες 12 έως 15 χρόνων (Wenar & Kerig, 2008 . Sadock, Sadock & Kaplan, 2009). Επομένως, η έναρξη της σχιζοφρένειας συνήθως γίνεται στην εφηβεία έως τα 30 έτη. (American Psychiatric Association, 2013 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016). Η έναρξη της εφηβικής σχιζοφρένειας μπορεί να γίνει με δύο τρόπους. Από τη μια είναι η οξεία έναρξη, χωρίς να προϋπάρχουν εμφανή προνοσηρά σημεία. Από την άλλη είναι η ύπουλη έναρξη, όπου πραγματοποιείται βαθμιαία επιδείνωση της λειτουργικότητας του ατόμου. Από αυτές τις δύο μορφές, πιο συχνή είναι η ύπουλη έναρξη, με ποσοστό εμφάνισης κοντά στο 75% (Ανδρούτσος, 2012).

Η σχιζοφρένεια τείνει να εμφανίζεται με διπλάσια συχνότητα και νωρίτερα στα αγόρια παρά στα κορίτσια (Τσιάντης, 1986 . Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 . Wenar & Kerig, 2008). Για την ακρίβεια, σύμφωνα με τον APA, η σχιζοφρένεια έχει σημείο έναρξης τη μετεφηβεία σε μεγαλύτερο ποσοστό για τους άντρες, ενώ στις γυναίκες τείνει να εμφανίζεται κυρίως στην ενήλικη ζωή, γύρω στα 30 χρόνια τους (American Psychiatric Association, 2013). Παρόλο που θα μπορούσε να υποστηριχθεί η άποψη ότι τα αγόρια είναι πιο ευάλωτα από τα κορίτσια σε βιολογικούς παράγοντες που αποτελούν το γενετικό υπόβαθρο της σχιζοφρένειας, η μεγαλύτερη αναλογία αγοριών με σχιζοφρένεια δεν μπορεί να αιτιολογηθεί επαρκώς μέχρι στιγμής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Ωστόσο, στην εφηβεία, η αναλογία αγοριών και κοριτσιών εξισορροπείται (Wenar & Kerig, 2008).

### 3.3 Αιτιολογία

Οι πιο σύγχρονες προσεγγίσεις σχετικά με την αιτιολογία της σχιζοφρένειας υποστηρίζουν ότι η εμφάνιση της διαταραχής αυτής είναι ένας συνδυασμός της προδιάθεσης του ίδιου του ατόμου να νοσήσει από αυτή τη διαταραχή και όλων των αγγογόνων περιβαλλοντικών παραγόντων που λειτουργούν ελκυστικά για την εκδήλωση της. Επομένως, πρόκειται για ένα είδος αλληλεπίδρασης της γενετικής προδιάθεσης που έχει ένα άτομο με τα σοβαρά και δυσμενή γεγονότα που μπορεί να του τύχουν στη ζωή του. Έτσι, τόσο τα γενετικά χαρακτηριστικά όσο και περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να κάνουν ένα άτομο ευάλωτο στην εκδήλωση της σχιζοφρένειας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 . Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006 . Τσιάντης, 2007).

Το γεγονός ότι οι γενετικοί παράγοντες έχουν ένα βασικό αιτιολογικό ρόλο στην σχιζοφρένεια, είναι κάτι επιβεβαιωμένο. Ο κίνδυνος εμφάνισης σχιζοφρένειας για διάφορους συγγενείς των ατόμων που ήδη πάσχουν από τη διαταραχή αυτή, είναι ιδιαίτερα αυξημένος από ότι για τον υπόλοιπο πληθυσμό. Ωστόσο, δεν είναι ακόμη γνωστό ποια είναι εκείνα τα γονίδια που εμπλέκονται στη μετάδοση της σχιζοφρένειας (Wenar & Kerig, 2008 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016). Όμως, όσον αφορά την παιδική κι εφηβική σχιζοφρένεια, αυτή εμφανίζει πολύ μεγαλύτερη οικογενή προδιάθεση και κληρονομική επιβάρυνση, σε σύγκριση με τη σχιζοφρένεια των ενηλίκων (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006 . Ανδρούτσος, 2012).

Βέβαια, η οποιαδήποτε γενετική επιρροή δεν αναιρεί τη σημαντική επίδραση που έχουν διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες στην τελική εκδήλωση της σχιζοφρένειας. Λαμβάνοντας υπόψη τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που θα μπορούσαν να αιτιολογήσουν την εκδήλωση της σχιζοφρένειας, επιπλοκές κατά τη διάρκεια της κύησης ή και του τοκετού, έχουν συνδεθεί περιστασιακά με ορισμένες περιπτώσεις σχιζοφρένειας. Ένας άλλος παράγοντας επιβαρυντικός για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας είναι το στρες που εκδηλώνεται μέσα σε διάφορες αγγογόνες καταστάσεις, όπως κάποια οδυνηρά γεγονότα

που συμβαίνουν ξαφνικά, για παράδειγμα ένας αιφνίδιος θάνατος (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 . Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006 . Wenar & Kerig, 2008 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016). Επιπλέον, πιθανοί περιβαλλοντικοί κίνδυνοι αφορούν την προγεννητική μόλυνση από ερυθρά και την κατάχρηση ουσιών (Wenar & Kerig, 2008).

Το ενδοοικογενειακό περιβάλλον παίζει πολύ σημαντικό ρόλο και οποιαδήποτε δυσλειτουργία εντός αυτού αποτελεί έναν στρεσογόνο παράγοντα που αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης της σχιζοφρένειας σε ένα ευάλωτο άτομο. Έτσι, μια ανοργάνωτη ή κατακερματισμένη οικογενειακή δομή, με διάχυτα μοτίβα αλληλεπίδρασης, με αόριστες ιδέες και ασαφή νοήματα, έχουν αρνητική επίδραση στην ψυχολογική ανάπτυξη και ισορροπία ενός εφήβου (Remschmidt, 2005 . Wenar & Kerig, 2008 . Χριστιανόπουλος, 2012). Με την έννοια αυτή, οι χρόνιες καταστάσεις που προκαλούν συσσώρευση αρνητικών συναισθημάτων λειτουργούν επιβαρυντικά. Ακόμη, έχει φανεί ότι μια δυσλειτουργική ή παρεκκλίνουσα επικοινωνία μέσα στην οικογένεια, η οποία χαρακτηρίζεται από έντονη κριτική και έκφραση αρνητικών συναισθημάτων, μπορεί να θεωρηθεί παράγοντας που λειτουργεί προγνωστικά και αιτιολογεί την εκδήλωση της σχιζοφρένειας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 . Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006). Μάλιστα, όταν η επικοινωνία των μελών μιας οικογένειας χαρακτηρίζεται από άμορφη σκέψη, παρέκκλιση από θέμα σε θέμα, συλλογισμούς χωρίς αλληλουχία, παράλογα και αντιφατικά σχόλια, συναισθήματα ματαιότητας, τότε ο κίνδυνος εμφάνισης σχιζοφρένειας στην εφηβεία αυξάνεται κατά πολύ (Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016 . Wenar & Kerig, 2008). Επομένως, σε επίπεδο οικογενειακής δυναμικής, όταν η επικοινωνία μεταξύ του παιδιού και της μητέρας του χαρακτηρίζεται από αντιφατικότητα και λογική ασυμβατότητα, τότε η επικοινωνία αυτή είναι παθογόνος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το παιδί στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει το αδιέξοδο, δηλαδή τα αλληλοσυγκρουόμενα μηνύματα που του δημιουργεί η οικογένεια, εκδηλώνει σχιζοφρενική συμπεριφορά. Το ίδιο ισχύει και όταν οι σχέσεις των γονέων είναι διαταραγμένες. Οι

διαταραγμένες αυτές σχέσεις μπορεί να είναι, είτε όταν αυτές χαρακτηρίζονται από συναισθηματική διάσταση μεταξύ τους (συζυγικό σχίσμα), όπου κυριαρχούν η δυσπιστία, η εχθρικότητα και ο ανταγωνισμός, είτε όταν χαρακτηρίζονται από την ολοκληρωτική επικυριαρχία κάποιου και από την συνακόλουθη αλλοτρίωση της προσωπικότητας του άλλου (έκτροπο ζεύγος), χωρίς όμως να υπάρχει εμφανής επιθετικότητα ή άμεση απειλή διάλυσης της οικογένειας (Τσιάντης, 1986 . Τσιάντης, 2007).

Από μια άλλη οπτική αιτιολογίας της σχιζοφρένειας, μέσω ερευνών που έχουν γίνει σε ενήλικες, έχει φανεί ότι σε επίπεδο βιολογικών παραγόντων, η σχιζοφρένεια ενδέχεται να προκαλείται από κάποια βλάβη στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, που με τη σειρά της προκαλεί σοβαρή εγκεφαλική δυσλειτουργία στα άτομα με σχιζοφρένεια. Ωστόσο, δεν έχει εντοπιστεί συγκεκριμένη εγκεφαλική περιοχή που να έχει υποστεί βλάβη σε όλες τις περιπτώσεις των ατόμων με σχιζοφρένεια (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 . Wenar & Kerig, 2008). Από μια άλλη οπτική, κάποιες βιολογικές διεργασίες που συμβαίνουν στον εγκέφαλο ενδεχομένως να ευθύνονται για τις περίεργες αντιλήψεις, τις ψευδαισθήσεις και τις παραληρητικές ιδέες που έχουν οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια (Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016). Μάλιστα υπάρχει ένα νευροψυχιατρικό μοντέλο τεσσάρων παραγόντων που προσπαθεί να αιτιολογήσει την σχιζοφρένεια. Με βάση αυτό το μοντέλο, ο πρώτος παράγοντας σχετίζεται με την αποδυνάμωση των αναμνήσεων και την παράλληλη ενεργοποίηση δυσλειτουργικών αντιλήψεων και ψευδαισθήσεων. Έτσι, οι εμμονές αρχίζουν να εισβάλλουν όλο και περισσότερο στην αντίληψη του ατόμου, ενώ το άτομο προσπαθεί να κατανοήσει τις ψυχωσικές του εμπειρίες. Ο δεύτερος παράγοντας του μοντέλου συσχετίζεται με έναν τρόπο σκέψης για την εξήγηση παράξενων εμπειριών με λογικό τρόπο. Ο τρίτος παράγοντας διαμεσολαβεί και χαρακτηρίζεται από γνωστικά λάθη. Εδώ, το άτομο με παραλήρημα τείνει να οδηγείται σε βεβιασμένα συμπεράσματα χωρίς να αναπτύσσει εναλλακτικές σκέψεις, αντιμετωπίζοντας έτσι προβλήματα στην κοινωνική του αλληλεπίδραση. Ο τέταρτος

παράγοντας περιλαμβάνει τις διαδικασίες που εδραιώνουν το παραλήρημα σχετικά με την προέλευση των φωνών, όπου το άτομο με σχιζοφρένεια βρίσκεται σε συνεχή επαγρύπνηση κι εμποδίζει την έκθεσή του σε διορθωτικές εμπειρίες (Van der Gaag, 2006).

Εκτός από τους αρνητικούς παράγοντες που λειτουργούν επιβαρυντικά για το άτομο, είναι και κάποιοι προστατευτικοί παράγοντες που θα μπορούσαν να συντελέσουν στην πρόληψη της εκδήλωσης της σχιζοφρένειας. Τέτοιοι προστατευτικοί παράγοντες είναι η υψηλή νοημοσύνη, η οικογενειακή και κοινωνική στήριξη, η υγιής επικοινωνία με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Αυτοί οι προστατευτικοί παράγοντες θα μπορούσαν να λειτουργήσουν βοηθητικά και για την πρόληψη της εκδήλωσης ενός επόμενου σχιζοφρενικού επεισοδίου εφόσον έχει ήδη προηγηθεί η εκδήλωση ενός άλλου (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Ένας ακόμη παράγοντας που φαίνεται να παίζει σημαντικά θετικό και προστατευτικό ρόλο για την αποφυγή εκδήλωσης της σχιζοφρένειας, είναι η ψυχολογική ανθεκτικότητα που εμφανίζουν μερικά παιδιά σε αντίξοες συνθήκες (Wenar & Kerig, 2008).

### **3.4 Διάγνωση**

Για την ψυχανάλυση, η σχιζοφρένεια κατά την περίοδο της εφηβείας είναι περισσότερο πρόγνωση, παρά διάγνωση (Καψαμπέλης, 2008). Σε πρακτικό επίπεδο όμως, θα πρέπει να αναφερθεί ότι στην εφηβική ηλικία, η αξιολόγηση της σχιζοφρένειας βασίζεται στη συνέντευξη με τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς του εφήβου, καθώς επίσης και στην κλινική παρατήρηση που κάνει ο ειδικός επαγγελματίας. Έτσι, λοιπόν, για να είναι σίγουρος ο ειδικός για τη διάγνωση που θα δώσει χρειάζεται ένα πλήρες ιστορικό ανάπτυξης του εφήβου, όπου θα πρέπει να διερευνήσει κατά πόσο υπήρξαν ελλείμματα στους διάφορους αναπτυξιακούς τομείς, πριν την αρχική εκδήλωση των συμπτωμάτων. Παράλληλα γίνεται διερεύνηση τυχόν ύπαρξης άλλου συγγενικού μέλους με ανάλογες δυσκολίες ή συγκεκριμένη διάγνωση. Επιπλέον, ο ειδικός θα πρέπει να συλλέξει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες

σχετικά με τις τρέχουσες δυσκολίες του εφήβου. Εξίσου σημαντικό είναι ο ειδικός να προσπαθήσει να αποσαφηνίσει την ποιότητα επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας του εφήβου αλλά την έκφραση των συναισθημάτων απέναντι στον έφηβο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Μάλιστα, όταν υπάρχει σοβαρή υποψία για ύπαρξη σχιζοφρένειας στον έφηβο, τότε θα πρέπει μεταξύ των διαγνωστικών ερωτήσεων που γίνονται, να υπάρχουν μερικές που να διερευνούν την ψύχωση (McClellan, Sandra & AACAP, 2013).

Η προνοσηρή κατάσταση συχνά περιλαμβάνει μια ποικιλία συμπτωμάτων που ενδεχομένως να μπορούν να οδηγήσουν στη διάγνωση της εφηβικής σχιζοφρένειας. Βάσει αυτού, κατά τη λήψη του ιστορικού, πολλές φορές παρατηρείται κοινωνική απομόνωση, προβλήματα συμπεριφοράς, μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα στην εξέλιξη του λόγου και της γλώσσας. Όταν υπάρχουν και παράγοντες όπως η κληρονομικότητα στην οικογένεια, πρόσφατη έκπτωση της λειτουργικότητας, σκέψη με παρανοϊκά στοιχεία, δυσλειτουργική κοινωνική συμπεριφορά, κατάχρηση ουσιών, τότε όλα αυτά μαζί αυξάνουν τις πιθανότητες εκδήλωσης της σχιζοφρένειας και διάγνωσης αυτής (Χριστιανόπουλος, 2012 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016).

Γενικά, για να μπορέσει να τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας, θα πρέπει τουλάχιστον δύο βασικά συμπτώματα της διαταραχής αυτής να είναι παρόντα για σημαντικό χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια ενός μήνα, ενώ ενδείξεις της σχιζοφρένειας θα πρέπει να επιμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες. Ωστόσο, μερικές φορές αρκεί η ύπαρξη μόνο ενός συμπτώματος για να γίνει η διάγνωση της σχιζοφρένειας. Σαφώς πρόκειται για πολύ σοβαρό σύμπτωμα, όπως είναι για παράδειγμα οι αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες ή οι ψευδαισθήσεις κατά τις οποίες ο έφηβος ακούει κάποια φωνή να σχολιάζει συνεχώς τη συμπεριφορά και τη σκέψη του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 . Sadock, Sadock & Kaplan, 2009). Για να δοθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας στους εφήβους χρησιμοποιούνται τα κριτήρια των ενηλίκων (McClellan et al., 2013 . Παπαγεωργίου, 2005 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016). Ωστόσο, η

διάγνωση στους εφήβους βασίζεται σε αρνητικές επιπτώσεις που έχει η συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας στη συνολική τους λειτουργικότητα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Συγκεκριμένα, σημαντικό διαγνωστικό κριτήριο αποτελεί και η εξαιρετικά μειωμένη ικανότητα του εφήβου να φτάσει στο αναμενόμενο επίπεδο σχολικής επιτυχίας και διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης με τους συνομηλίκους του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 . Sadock, Sadock & Kaplan, 2009).

Όταν υπάρχει υποψία για σχιζοφρένεια στους εφήβους, πρέπει να διερευνάται και η ύπαρξη άλλων διαταραχών, όπως η αυτοκτονικότητα, η κατάχρηση ουσιών, οι αναπτυξιακές διαταραχές, τυχόν συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές (McClellan et al., 2013). Έτσι, για να δοθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας σε έναν έφηβο, θα πρέπει να προηγηθεί μια καλή διαφοροδιάγνωση ώστε να αποκλειστεί το ενδεχόμενο η συμπτωματολογία που παρουσιάζει ο έφηβος να εμφανίζεται στο πλαίσιο κάποιας άλλης διαταραχής, όπως για παράδειγμα σε διαταραχές διάθεσης, διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 . Sadock, Sadock & Kaplan, 2009 . Χριστιανόπουλος, 2012). Ειδικά, όταν η συμπτωματολογία των εφήβων περιλαμβάνει ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες και διαταραχές στη σκέψη, τότε επιβάλλεται να γίνει η διαφορική διάγνωση από των συναισθηματικών διαταραχών από τις ψυχώσεις. Έχει φανεί ότι πολύ συχνά διαγιγνώσκονται η μανία και η μείζων κατάθλιψη ως σχιζοφρένεια, όταν το πρώτο επεισόδιο εμφανίζεται στην εφηβεία (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006 . Sadock, Sadock & Kaplan, 2009). Σαφώς είναι απαραίτητο να αποκλειστεί και το ενδεχόμενο η συμπτωματολογία που εμφανίζει ο έφηβος να είναι αποτέλεσμα χρήσης ουσιών ή να οφείλεται στην γενικότερη ιατρική του κατάσταση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 . Sadock, Sadock & Kaplan, 2009).

Παλιότερα, υπήρχε η πεποίθηση ότι η σχιζοφρένεια και ο αυτισμός είναι εκδηλώσεις της ίδιας ψυχοπαθολογίας. Βέβαια, στις μέρες μας η άποψη αυτή δεν ισχύει πλέον, παρόλο

που παιδιά με αυτισμό ενδέχεται να εκδηλώσουν αργότερα σχιζοφρένεια. Κι επειδή τίθεται σημαντικό θέμα διαφοροδιάγνωσης, οι δύο αυτές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις παρουσιάζουν διαφορετική κλινική εικόνα. Συγκεκριμένα, στον αυτισμό απουσιάζουν οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις, καθώς και οι χαλαροί συνειρμοί και οι διαταραχές διάθεσης που χαρακτηρίζουν την σχιζοφρένεια. Επίσης, διαφορές μεταξύ τους υπάρχουν και ως προς την ηλικία έναρξης και την εξελικτική πορεία. Για την ακρίβεια, ο αυτισμός εμφανίζεται στους πρώτους 30 μήνες ζωής του παιδιού, ενώ η σχιζοφρένεια πολύ αργότερα. Από την άλλη, ο αυτισμός είναι ιδιαίτερα σταθερός, σε αντίθεση με την σχιζοφρένεια που παρουσιάζει αρκετές προόδους ή παλινδρομήσεις (Remschmidt, 2005 . Wenar & Kerig, 2008).

Καλό είναι να αναφερθεί ότι η πρόγνωση της σχιζοφρένειας στην εφηβική ηλικία είναι φτωχή. Λαμβάνοντας υπόψη κάποιες ενδείξεις, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η καλή προνοσηρή λειτουργικότητα, η όψιμη έναρξη και η γρήγορη ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας, αποτελούν ευνοϊκά προγνωστικά στοιχεία. Αντιθέτως, η φτωχή προνοσηρή λειτουργία, η πρόωμη έναρξη αλλά μια άσχημη πορεία, αποτελούν δυσμενή προγνωστικά σημεία (Wenar & Kerig, 2008).

### **3.5 Θεραπευτικές προσεγγίσεις**

Η βασική προϋπόθεση μιας επιτυχημένης θεραπείας είναι μια σωστή διάγνωση (Ζηλίκης, 2003). Βέβαια, η θεραπευτική αντιμετώπιση της εφηβικής σχιζοφρένειας ακολουθεί πανομοιότυπη πορεία με αυτή των ενηλίκων. Είναι όμως σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη κάποιες ιδιαίτερες ανάγκες των εφήβων, όπως για παράδειγμα οι εκπαιδευτικές τους ανάγκες. Σε αυτή την περίπτωση χρειάζεται να γίνει παρέμβαση στο σχολικό πλαίσιο (Παπαγεωργίου, 2005). Σε γενικές γραμμές, η θεραπεία της σχιζοφρένειας στους εφήβους επηρεάζεται σημαντικά από τη γρήγορη και έντονη βιολογική τους ανάπτυξη



αλλά και από την ψυχολογική τους ωρίμανση (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1992), ενώ ταυτόχρονα η θεραπεία είναι ιδιαίτερα δύσκολη, γιατί ακόμη και σε περιόδους ύφεσης η αναπτυξιακή εξέλιξη του εφήβου εξακολουθεί να διαταράσσεται και να επηρεάζεται από τη νόσο (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας στην εφηβεία εστιάζει σε δύο διαστάσεις. Η μία αφορά καθαρά την φαρμακευτική αγωγή, όμως η άλλη αφορά την ψυχοθεραπεία σε ατομικό ή οικογενειακό επίπεδο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Στο πρώτο επεισόδιο έχει φανεί ότι η βραχεία νοσηλεία μπορεί να είναι χρήσιμη. Οι μονάδες εφήβων ημερησίας νοσηλείας και απασχόλησης, που είναι συνδεδεμένες με τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μπορεί να βοηθήσουν ίσως περισσότερο σε επίπεδο φροντίδας και αποκατάστασης (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006 . Ιεροδιακόνου & Ζηλίκης, 2005). Το σημαντικό είναι να εφαρμόζονται έγκαιρα τεκμηριωμένες παρεμβάσεις, τόσο στον έφηβο με σχιζοφρένεια όσο και στην οικογένειά του, οι οποίες μπορεί να αποτρέψουν την αρνητική εξέλιξη της νόσου και παράλληλα θα βοηθήσουν την οικογένεια να κάνει έναν νέο σχεδιασμό ζωής (Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016). Έχει διαπιστωθεί πόσο σημαντική είναι η εγκαθίδρυση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης. Οι έφηβοι με σχιζοφρένεια συχνά κινητοποιούν αντιμεταβιβαστικές στάσεις ποικίλων μορφών στον θεραπευτή τους. Για το λόγο αυτό συνήθως χρειάζεται να γίνει μια προκαταρκτική αξιολόγηση τεσσάρων τάξεων. Η πρώτη αφορά την οιδιπόδεια οργάνωση, όπου ο θεραπευτής θα πρέπει να ανιχνεύσει σε ποιο βαθμό ο έφηβος διατηρεί τα βασικότερα στοιχεία αυτής της αναφοράς. Η δεύτερη αφορά τη σχέση αντικειμένου, όπου κρίνεται σημαντική η διερεύνηση των δεσποζουσών ενορμήσεων και του βαθμού διαφοροποίησης του Εγώ με το αντικείμενο, του εσωτερικού και του εξωτερικού κόσμου. Η τρίτη σχετίζεται με την ψυχονοητική λειτουργία, όπου πρέπει να αξιολογείται ο βαθμός επένδυσης και ποιότητας της σκέψης και διατήρησης των συνειρμικών ικανοτήτων. Η τέταρτη αφορά τη σχέση με την πραγματικότητα, και ο

θεραπευτής οφείλει να διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο ο σχιζοφρενής έφηβος χρησιμοποιεί την πραγματικότητα, αλλά και κατά πόσο μπορεί να κάνει διάκριση ανάμεσα ψυχική και στην υλική πραγματικότητα (Καψαμπέλης, 2008).

Η βασική προτιμώμενη θεραπεία για εφήβους με σχιζοφρένεια μέχρι και 18 ετών, δεν διαφέρει από αυτή των ενηλίκων, που είναι η ψυχοφαρμακολογία και συγκεκριμένα η χορήγηση αντιψυχωσικών φαρμάκων (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006 . McClellan et al., 2013 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016 . Wenar & Kerig, 2008 . Τσιάντης, 2007). Τα τυπικά και άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα είναι αποτελεσματικές θεραπείες για την πρόωρη εμφάνιση της σχιζοφρένειας, με πολύ λεπτές διαφορές στην αποτελεσματικότητα τους (Klein & Bernal, 2014). Τα αντιψυχωσικά φάρμακα συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της επιθετικότητας, των κρίσεων οργής, της ψυχοκινητικής υπερδιέγερσης, των στερεοτυπιών και της υπερκινητικότητας (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1992). Έτσι, από τη μια γίνεται προσπάθεια να περιοριστούν τα βασικά ψυχωτικά συμπτώματα, δηλαδή οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες και η ενδεχόμενη επιθετική συμπεριφορά, με τη χρήση ειδικής φαρμακευτικής αγωγής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Όμως, οι έφηβοι συχνά αντιλαμβάνονται τα φάρμακα ως απειλή ή τιμωρία, κι έτσι έρχονται σε σύγκρουση με τους γονείς τους και την κοινωνία, παρουσιάζοντας δυσπιστία απέναντι σε θεραπείες και θεραπευτές. Η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να δίνεται μακροπρόθεσμα και η φαρμακευτική δόση θα πρέπει να αυξάνεται σταδιακά έως ότου παρατηρηθεί σημαντική βελτίωση ή διαπιστωθεί η ύπαρξη ανεπιθύμητων ενεργειών, αποσκοπώντας στην πρόληψη της υποτροπής (McClellan et al., 2013 . Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1992). Ειδικά σε φάσεις που η συμπτωματολογία είναι οξεία, τότε ενδείκνυται η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ή και νοσηλείας. Όταν όμως πρόκειται για μια χρόνια κατάσταση, τότε χρειάζεται στενή παρακολούθηση από παιδοψυχίατρο, προς αποφυγήν οποιασδήποτε τυχόν υποτροπής (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006 . Παπαγεωργίου, 2005 . Τσιάντης, 2007). Σαφώς η

φαρμακευτική αγωγή, δηλαδή τα αντιψυχωτικά, συντηρεί την κατάσταση και λειτουργεί συμπληρωματικά και υποστηρικτικά παράλληλα με την ψυχοθεραπεία του εφήβου (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006 . Παπαγεωργίου, 2005). Δυστυχώς, οι έφηβοι με σχιζοφρένεια εκδηλώνουν μια αυξημένη ευαισθησία στις παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων, όπως αύξηση βάρους, κινητικές διαταραχές, μεταβολικό σύνδρομο. Άλλες αναφερόμενες παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων είναι η οξεία δυστονία, η δυσκινησία, τα παρκινσονικά συμπτώματα, το κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο, καθώς και ηπατικές, αιματολογικές νεφρικές ή ενδοκρινολογικές διαταραχές. Για τον λόγο αυτόν, η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής θα πρέπει να γίνεται με πολύ μεγάλη προσοχή (Τσιάντης, 2007 . NICE, 2013). Έτσι, κρίνεται σημαντική η συνεχής παρακολούθηση του εφήβου που λαμβάνει τα φάρμακα, προκειμένου να αξιολογούνται οι επιδράσεις των φαρμάκων στις γνωστικές του λειτουργίες. Προκειμένου να αποφευχθούν οι παρενέργειες και η ανάπτυξη ανοχής, μερικές φορές επιλέγεται η προσωρινή διακοπή λήψης του φαρμάκου, ενώ μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια αδρανής ουσία (placebo), για να διαπιστωθεί αν ο έφηβος εξακολουθεί να χρειάζεται τη φαρμακευτική αγωγή (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1992). Επί του παρόντος, δεν υπάρχουν πραγματικά πρωτοποριακές φαρμακολογικές θεραπευτικές επιλογές. Παρόλο που υπάρχουν πολλά νεότερα αντιψυχωσικά φάρμακα που βρίσκονται ήδη σε κλινικές δοκιμές, είναι απαραίτητο να εντοπιστούν νέα πιο αποτελεσματικά φάρμακα για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας σε όλη την πορεία της (Klein & Beshpalov, 2014).

Η δεύτερη διάσταση της θεραπευτικής αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας επικεντρώνεται στην ψυχοκοινωνική στήριξη των εφήβων και των οικογενειών τους, έχοντας σκοπό να μειωθεί η απομόνωσή τους και να βελτιωθεί η κοινωνική τους προσαρμογή (Ιεροδιακόνου & Ζηλίκης, 2005 . Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 . Wenar & Kerig, 2008 . Sadock, Sadock & Kaplan, 2009). Οι πιο βασικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στους εφήβους με σχιζοφρένεια, είναι η γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, η θεραπεία

οικογένειας και η θεραπεία τέχνης, οι οποίες λειτουργούν συνδυαστικά με την αντιψυχωσική αγωγή (NICE, 2013 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016). Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις θεωρούνται ιδιαίτερα χρήσιμες στην πρόληψη υποτροπών, ενώ πιο αποτελεσματικές είναι εκείνες που εστιάζουν στη μείωση εκφραζόμενου αρνητικού συναισθήματος προς τον έφηβο. Η ψυχοθεραπεία έχει επίσης υποστηρικτικό χαρακτήρα και απευθύνεται τόσο στον έφηβο όσο και στους γονείς του. Έτσι, εφαρμόζονται όλα τα μοντέλα ψυχοθεραπείας, δηλαδή ψυχαναλυτικό, γνωστικό, συστημικό (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006 . Τσιάντης, 2007).

Πράγματι, η οικογένεια μπορεί να χρήζει ιδιαίτερης αντιμετώπισης, καθώς έχει ανάγκη από υποστήριξη, τουλάχιστον για να κατανοήσει την φύση της διαταραχής της σχιζοφρένειας και την μετέπειτα πιθανή εξέλιξή της, αλλά και για να μπορέσουν τα μέλη της οικογένειας να μειώσουν την συναισθηματική τους εμπλοκή. Εάν η οικογένεια υποστηριχθεί κατάλληλα, τότε είναι σε θέση να κατανοήσει τη φύση της ψυχικής αυτής νόσου και να χειριστεί καλύτερα και πιο αποτελεσματικά την κατάσταση. Έτσι, θα μπορέσουν τα μέλη της οικογένειας να προσαρμοστούν ευκολότερα (Παπαγεωργίου, 2005). Για τον λόγο αυτόν, πέρα από την θεραπεία οικογένειας, συστήνεται επίσης η ψυχοεκπαίδευση και η πρόληψη υποτροπής (Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016). Ακόμη, μέσα από τη διαδικασία της θεραπείας, τα μέλη της οικογένειας μαθαίνουν να επικοινωνούν με νέους τρόπους, διορθώνοντας τα επικοινωνιακά και συναισθηματικά μοτίβα που είχαν μέχρι τότε (Wenar & Kerig, 2008). Επίσης, η συμμετοχή όλων των μελών της οικογένειας σε κάποιο ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα θα δημιουργήσει ένα υποστηρικτικό περιβάλλον γύρω από τον έφηβο και θα αυξηθούν οι προστατευτικοί παράγοντες που μπορούν να αποτρέψουν την εκδήλωση ενός νέου σχιζοφρενικού επεισοδίου (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Για τους λόγους αυτούς, συχνά κρίνεται απαραίτητη η οικογενειακή θεραπεία, μέσω της οποίας γίνεται λεπτομερής αξιολόγηση της δομής της οικογένειας, της επικοινωνίας και των ρόλων που έχουν τα μέλη

της. Η οικογενειακή θεραπεία συνήθως γίνεται εκτός νοσοκομείου ή κλινικής, χωρίς να αποκλείεται το ενδεχόμενο να γίνει κι εντός. Και μπορεί ο χώρος διεξαγωγής να μην παίζει τόσο σημαντικό ρόλο αλλά είναι πάρα πολύ σημαντικό προτού ξεκινήσει η οικογενειακή θεραπεία, να διασφαλιστεί ότι όλα τα μέλη της οικογένειας είναι προετοιμασμένα και ικανά να δουλέψουν ψυχοθεραπευτικά (Παπαγεωργίου, 2005). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα, παρόλο που η οικογένεια του ατόμου με σχιζοφρένεια επωμίζεται ένα μεγάλο μέρος της φροντίδας του, οι ψυχοεκπαιδευτικού τύπου οικογενειακές παρεμβάσεις δεν εφαρμόζονται ευρέως. Σε μια πρώτη προσπάθεια εφαρμογής ενός ψυχοεκπαιδευτικού θεραπευτικού προγράμματος, η Ελληνική Εταιρεία Έρευνας της Συμπεριφοράς σε συνεργασία με το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής και την Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, πραγματοποίησαν 10-12 συνεδρίες με τις οικογένειες ανθρώπων με σχιζοφρένεια. Μέσα από αυτή την παρέμβαση έγινε ψυχοεκπαίδευση για τη νόσο, δουλεύτηκαν οι επικοινωνιακές δεξιότητες και τα μέλη της οικογένειας εκπαιδεύτηκαν στην αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων, στην επίτευξη στόχων και στην χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης ειδικών προβλημάτων. Διαπιστώθηκε η αποτελεσματικότητα μιας γνωστικής - συμπεριφορικής θεραπευτικής παρέμβασης για οικογένειες, επιβεβαιώνοντας την άποψη ότι οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε οικογένειες με κάποιον που πάσχει από σχιζοφρένεια έχουν θετική επίδραση τόσο με τους ασθενείς όσο και στην λοιπή οικογένεια (Οικονόμου και συνεργάτες, 2014).

Επειδή η σχιζοφρένεια επηρεάζει αρνητικά τον έφηβο στο σύνολο της καθημερινής του λειτουργικότητας, πέρα από τη φαρμακευτική αγωγή που θα λαμβάνει καλό θα ήταν ο έφηβος να ενταχθεί και σε κάποιο πρόγραμμα ψυχοθεραπείας. Με τον τρόπο αυτό, ο έφηβος με σχιζοφρένεια θα υποστηριχθεί ολιστικά και θα έχει την ευκαιρία να μάθει κοινωνικές δεξιότητες αλλά και αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης των καθημερινών δυσκολιών που προκαλεί η σχιζοφρένεια (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Πιο

συγκεκριμένα, υπάρχει η θεραπεία της συμπεριφοράς, όπου ο έφηβος μαθαίνει να τονίζει τις προσαρμοστικές του αντιδράσεις, όπως για παράδειγμα την ρεαλιστική του σκέψη, ενώ παράλληλα μαθαίνει τρόπους να αποδυναμώνει τις δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις, όπως αυτές των παραληρητικών ιδεών (Wenar & Kerig, 2008). Επίσης, ο έφηβος με σχιζοφρένεια μπορεί να δεχτεί μια θεραπευτική παρέμβαση, όπου θα εκπαιδεύεται σε κοινωνικές δεξιότητες προκειμένου να ενισχυθεί η κοινωνική του αντίληψη, οι δεξιότητες επικοινωνίας και οι κοινωνικές του δεξιότητες (Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016), ενώ θα μπορέσει να μάθει να αντιμετωπίζει και να ξεπερνάει την κοινωνική απομόνωση (Wenar & Kerig, 2008). Ακόμη, μέσα από την εφαρμογή προγραμμάτων αποκατάστασης, ο έφηβος με σχιζοφρένεια μπορεί να βελτιώσει την ψυχοπαθολογία του, τις γνωστικές του λειτουργίες, τις κοινωνικές του δεξιότητες και τις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων (Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016). Είναι όμως σημαντικό να τονιστεί ότι οποιαδήποτε ψυχοθεραπευτική παρέμβαση πρέπει να γίνεται σε συνδυασμό με τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (McClellan et al., 2013).

Επειδή τα άτομα με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζονται από βιολογική και γνωστική ευαλωτότητα, συχνά παρατηρούνται διαταραχές σε επίπεδο σκέψης και συναισθήματος, που με τη σειρά τους οδηγούν το άτομο σε δυσλειτουργικές συμπεριφορές. Ουσιαστικά, το άτομο με σχιζοφρένεια δυσκολεύεται να επεξεργαστεί τις πληροφορίες που λαμβάνει μέσω των ψευδαισθήσεων και των παραληρημάτων του, και στην προσπάθειά του να τις ερμηνεύσει και να τους δώσει ένα νόημα, τείνει να εκφράζεται πολυπαραγοντικά και να εκφράζεται σε γνωστικό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο. Έτσι, η γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία ενδείκνυται για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας στους εφήβους (Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016). Η γνωστική - συμπεριφορική θεραπεία έχει φανεί ότι είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη διαχείριση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, κυρίως στην οξεία φάση της νόσου, όπου τα συμπτώματα είναι έντονα (Ευθυμίου, 2002 . Kingdon et al., 2000 . Morrison et al, 2014). Με την εφαρμογή ενός γνωστικού - συμπεριφορικού μοντέλου

ψυχοθεραπείας,, δίνεται έμφαση στην αντιμετώπιση της αρνητικής συμπτωματολογίας και στην δόμηση ενός εξατομικευμένου τρόπου ζωής, παράλληλου με την ψυχωτική εμπειρία, μέσα από τον οποίο η πραγματικότητα του ατόμου θα βελτιώνεται σε όλα τα επίπεδα της λειτουργικότητάς του. Για να υλοποιηθεί κάτι τέτοιο, είναι σημαντικό να έχει προηγηθεί συμφωνία μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου για τους θεραπευτικούς στόχους. Για παράδειγμα, οι παραληρητικές ιδέες αντιμετωπίζονται στο πλαίσιο της γνωστικής - συμπεριφορικής θεραπείας μέσα από τη μείωση της παρεισφρυτικότητας και της δυσφορίας σχετικά με τις πεποιθήσεις που προκαλούν σημαντική έκπτωση και λειτουργικά ελλείμματα (Beck, Rector, Stolar & Grant, 2009). Η γνωστική - συμπεριφορική θεραπεία έχει αποδειχτεί αποτελεσματική στη θεραπεία εφήβων με σχιζοφρένεια, καθώς έχει ωφέλιμες συνέπειες στη μείωση θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων, στην καλύτερη λειτουργικότητα και στη διάθεση του ατόμου. Πιο αναλυτικά, διαπιστώθηκε ότι η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες βελτίωσε την διεκδικητικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα και την γενικότερη ψυχοπαθολογία τους (Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016). Επίσης, η γνωστική - συμπεριφορική θεραπεία της οικογένειας και η ψυχοεκπαίδευση των μελών της έχει φανεί ότι περιορίζει την πιθανότητα υποτροπών και τη συχνότητα τη νοσοκομειακής περίθαλψης (Ευθυμίου, 2002 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016).

Για την αντιμετώπιση της εφηβικής σχιζοφρένειας έχουν προταθεί δύο τύποι ψυχαναλυτικών ψυχοθεραπειών. Με τον έναν τύπο επιδιώκεται η έκφραση ασυνείδητου υλικού, όπου γίνεται ερμηνεία των φαντασιώσεων σε σχέση με την τρέχουσα εμπειρία του εφήβου. Παράλληλα επιδιώκεται διερεύνηση της βαθύτερης σημασίας των συμπτωμάτων, που ερμηνεύονται με βάση τις σχέσεις του εφήβου με τους γονείς του. Στον άλλο τύπο ψυχοθεραπείας, ενώ ο θεραπευτής προσπαθεί να διευκολύνει την έκφραση ασυνείδητου υλικού, ωστόσο δεν διερευνά τη βαθύτερη σημασία των συμπτωμάτων. Ο σκοπός του θεραπευτή είναι να διευκολύνει το παιδί να προσαρμοστεί στις ανάγκες της πραγματικότητας

και να αναπτύξει μια αίσθηση προσωπικής ύπαρξης και ταυτότητας (Τσιάντης, 2007). Ανάμεσα στις ψυχαναλυτικές θεραπευτικές μεθόδους που έχουν χρησιμοποιεί για την εφηβική σχιζοφρένεια, είναι και το ψυχόδραμα. Πρόκειται για μια μέθοδο όπου γίνεται σκηνοθέτηση, εκδραμάτιση και επεξεργασία της συγκρουσιακής ζωής των ατόμων μέσα από διάφορες σκηνές. Το ψυχόδραμα βασίζεται στην προβολή και αποσκοπεί να κινητοποιήσει τις ικανότητες παιχνιδιού και συμβολοποίησης, βοηθώντας έτσι στην ψυχοκινητική εκφόρτιση και στον εκφραστικό αυθορμητισμό, χωρίς να θέτει σε κίνδυνο το θεραπευτικό πλαίσιο. Για άτομα τα οποία για διάφορους λόγους δε μπορούν να επωφεληθούν από τις κλασσικές μορφές ψυχοθεραπείας, το ψυχόδραμα ενδείκνυται (Καψαμπέλης, 2008).

Συνοπτικά, λοιπόν, η θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας στους εφήβους, βασίζεται σε ένα πολυδιάστατο θεραπευτικό σχέδιο, που παρέχει πολύπλευρη και συνδυαστική παρέμβαση. Το θεραπευτικό αυτό σχέδιο περιλαμβάνει χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, ατομική γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία και οικογενειακές παρεμβάσεις για ψυχοεκπαίδευση, μείωση του εκφραζόμενου συναισθήματος και ενίσχυση της ενσυναίσθησης. Επίσης, περιλαμβάνει κοινωνικές παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων με δραστηριότητες στην κοινότητα. Τέλος, μπορεί να είναι πολύ σημαντική η θεραπευτική δουλειά που γίνεται με τον έφηβο που πάσχει από σχιζοφρένεια και με την οικογένειά του, όμως η άμεση ενημέρωση του σχολείου κρίνεται εξίσου απαραίτητη και σημαντική. Το σχολείο θα πρέπει να συγκαταλέγεται στα πλαίσια της θεραπείας ως υποστηρικτικός παράγοντας και μπορεί να αποτελέσει ένα πλαίσιο συνεργασίας για την οικογένεια και ειδικούς ψυχικής υγείας (Ανδρούτσος, 2012).



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ****4.1 Επιπτώσεις της Σχιζοφρένειας στον Έφηβο**

Η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια ψυχική διαταραχή που έχει υψηλό οικονομικό και συναισθηματικό κόστος, δεδομένου ότι επηρεάζει αρνητικά τη συνολική λειτουργικότητα του ατόμου, πτυχές της ψυχοσυναισθηματικής και κοινωνικής του ζωής, ενώ ταυτόχρονα έχει σημαντικές επιπτώσεις και στην οικογένειά του (Οικονόμου και συνεργάτες, 2014 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016). Η σχιζοφρένεια λοιπόν, με σημείο έναρξης την εφηβεία, έχει αρνητικές επιπτώσεις σε διάφορους τομείς στο μέλλον του εφήβου. Έτσι, επηρεάζεται αρνητικά ο τομέας της απασχόλησης, η σεξουαλική συντροφικότητα αλλά και η ανεξάρτητη διαβίωσή του. Οι κοινωνικοί ρόλοι που αφορούν αυτούς τους τομείς βρίσκονται υπό διαμόρφωση κατά την περίοδο της εφηβείας και για το λόγο αυτό είναι πιο ευάλωτοι να διαταραχθούν από ότι αν ήταν στην ενηλικίωση όπου θα είχαν σταθεροποιηθεί. Ο μόνος τομέας που φαίνεται να παραμένει σχετικά ανεπηρέαστος είναι η εκπαίδευση του εφήβου (Wenar & Kerig, 2008).

Η εκδήλωση της σχιζοφρένειας στην εφηβεία συνήθως λειτουργεί ιδιαίτερα επιβαρυντικά στη ζωή του ίδιου του εφήβου και επιδρά αρνητικά σε πολλούς τομείς. Πέρα από τα βασικά ψυχωτικά συμπτώματα που καλείται να αντιμετωπίσει, επηρεάζεται δυσμενώς η συνολική λειτουργικότητα και η γενικότερη προσαρμογή του εφήβου, τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Το βίωμα της απώλειας της κατοχής της σκέψης έχει άμεση αρνητική επίδραση στο συναίσθημα ελευθερίας. Ουσιαστικά, ο έφηβος νιώθει ότι δεν είναι πλέον ελεύθερος, κάτι που τον κάνει να νιώθει περισσότερο ως "αντικείμενο" παρά ως "υποκείμενο" (Βαρτζόπουλος, 2002). Συχνά, λόγω της σχιζοφρένειας, αυξάνεται το αίσθημα της αβοηθησίας και το άτομο αισθάνεται τον εαυτό του περισσότερο παθητικό, χωρίς να μπορεί να αντιδράσει στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, ειδικά όταν

απαιτείται η χρήση αφηρημένης σκέψης και σύνθετης μάθησης. Έτσι το άτομο με σχιζοφρένεια σταδιακά χάνει το κίνητρό του, δεν παίρνει πρωτοβουλίες και παθητικοποιείται (Wenar & Kerig, 2008).

Λαμβάνοντας υπόψη μια περισσότερο ψυχαναλυτική προσέγγιση, η σχιζοφρένεια σύμφωνα με τον Freud, θεωρείται αποτέλεσμα καθήλωσης σε πρώιμο προοιδιπόδειο στάδιο που ταυτόχρονα ισοδυναμεί με την ύπαρξη ενός 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. Έτσι, το άτομο με σχιζοφρένεια, διαθέτει σοβαρά μειωμένες ικανότητες να αναπτύξει σχέσεις και κατά συνέπεια μεταβίβαση, καθιστώντας ιδιαίτερα προβληματική την ενδεχόμενη απόπειρα ψυχαναλυτικής θεραπείας (Βαρτζόπουλος, 2002).

Η διαπροσωπική λειτουργικότητα του σχιζοφρενή ατόμου αλλά και η σχέση του με τον εξωτερικό κόσμο επίσης επηρεάζεται αρνητικά. Πιο συγκεκριμένα, το άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια παρουσιάζει μεγάλη δυσκολία στις διαπροσωπικές του σχέσεις, καθώς συχνά αποσύρεται από τον εξωτερικό κόσμο και ταυτόχρονα προσηλώνεται στην υπέρμετρη ενασχόλησή του με τις παράλογες ιδέες του. Σε ένα τέτοιο πλαίσιο επικρατεί η φαντασία και χάνεται η αντικειμενικότητα. Η πιο συχνή περιγραφή που δίνεται από οικείους και φίλους για το σχιζοφρενή άνθρωπο, είναι ότι μοιάζει σα να είναι χαμένος στο δικό του κόσμο και ότι αποκόβεται συναισθηματικά από τους γύρω του (Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016).

Οι έφηβοι με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν σημαντικά ελλείμματα στην επιλεκτική προσοχή, καθώς τείνουν να αφαιρούνται εύκολα. Επίσης, οι έφηβοι αυτοί χαρακτηρίζονται συχνά ως αδέξια όσον αφορά την κινητική τους ανάπτυξη, παρουσιάζοντας βλάβες στον οπτικοκινητικό τους συντονισμό και στην ταχύτητα της λεπτής κινητικότητας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 . Wenar & Kerig, 2008). Παρόλο που δεν υφίστανται κάποια βασική βλάβη στην αντίληψη και στην κατανόηση οπτικών και ακουστικών ερεθισμάτων, η επίδοση

μειώνεται όταν η μνήμη προστίθεται σε ένα οπτικό ή ακουστικό έργο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι αυξάνεται η απαίτηση για επεξεργασία των πληροφοριών. Μάλιστα σε έργα οπτικής αντίχνευσης, έχει φανεί ότι οι έφηβοι με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν μεγαλύτερη δυσκολία στην οπτική αντίχνευση σε σύγκριση με τα φυσιολογικά άτομα και με τα άτομα που έχουν το σύνδρομο της ελλειμματικής προσοχής - υπερκινητικότητας. Επιπλέον, οι επιτελεστικές λειτουργίες σε εφήβους με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν βλάβη, όπως για παράδειγμα στη σκέψη και στη μνήμη. Οι άνθρωποι γενικότερα με σχιζοφρένεια τείνουν να έχουν εμμονή στη σκέψη τους και ελλειμματική εργαζόμενη μνήμη (Wenar & Kerig, 2008).

Περισσότερο επηρεάζονται αρνητικά οι ακαδημαϊκές επιδόσεις του εφήβου, η κοινωνική του ανάπτυξη, ενώ έντονος είναι και ο ψυχικός πόνος που βιώνει ο έφηβος καθώς προσπαθεί να ζήσει με αυτή τη διαταραχή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Έτσι, ο έφηβος με σχιζοφρένεια συχνά ταλαιπωρείται από τη συμπτωματολογία της διαταραχής αυτής τόσο, που παρουσιάζει κοινωνική δυσλειτουργία. Έτσι, αποσύρεται, απορροφάται από τις σκέψεις του, ασχολείται υπερβολικά με αυτές και δεν δίνει σημασία στους άλλους γύρω του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα μερικές φορές να μπερδεύεται με όσα συμβαίνουν γύρω του. Ο έφηβος με σχιζοφρένεια λοιπόν, χαρακτηρίζεται από έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων, που με τη σειρά της τον οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση από τους συνομηλίκους του (Wenar & Kerig, 2008).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας μπορεί να είναι εξαιρετικά επικίνδυνη ή και μοιραία για τον έφηβο. Πιο συγκεκριμένα, ένα μεγάλο ποσοστό εφήβων με σχιζοφρένεια παρουσιάζει αυτοκτονικό ιδεασμό κι ένα 20% κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας. Αυτή η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα αντίδρασης στις ακουστικές ψευδαισθήσεις, κι όταν συνυπάρχει κατάχρηση ουσιών ή κατάθλιψη αυξάνονται οι πιθανότητες το άτομο να θελήσει ή να αποπειραθεί να αυτοκτονήσει (American Psychiatric Association, 2013).

#### 4.2 Επιπτώσεις της Σχιζοφρένειας στην Οικογένεια του Εφήβου

Ο ρόλος της οικογένειας στη ζωή του ατόμου είναι πολύ σημαντικός. Η στοργή και η ασφάλεια που μπορούν να προσφέρουν οι γονείς συμβάλλουν θετικά στην ψυχολογία του ατόμου, πόσο μάλλον ενός εφήβου (Παπαγεωργίου, 2005). Η οικογένεια παίζει έναν διαμεσολαβητικό ρόλο που λειτουργεί ως δυναμικό φίλτρο μεταξύ του εφήβου και του κοινωνικού περιβάλλοντος. Ο έφηβος από τη μια εξαρτάται από τους γονείς του λόγω του στηρικτικού τους ρόλου κι από την άλλη έχει συνεχώς αυξανόμενη ανάγκη για περισσότερη αυτονομία (Ζηλίκης, 2003). Γενικότερα, η σχέση που έχει ο έφηβος με τους γονείς του παίζει καθοριστικό ρόλο στην φυσιολογική του ανάπτυξη αλλά και στην ενδεχόμενη εμφάνιση ψυχοπαθολογίας. Οι έφηβοι επηρεάζονται σημαντικά από την οικογένεια στην οποία ζουν και παράλληλα η εμφάνιση μιας ψυχικής διαταραχής επηρεάζει όχι μόνο τον έφηβο αλλά και την οικογένειά του. Οι επιπτώσεις στους γονείς είναι ανάλογες με την προηγούμενη εμπειρία τους, την ιδιοσυγκρασία τους, τη βοήθεια που λαμβάνουν από το ευρύτερο οικογενειακό τους περιβάλλον αλλά και από τις διάφορες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας (Παπαγεωργίου, 2005).

Οι οικογένειες των ατόμων με σχιζοφρένεια διαφέρουν πολύ μεταξύ τους ως προς τον τρόπο που αλληλεπιδρούν. Στις μέρες μας έχει μεγάλο νόημα να παρατηρηθεί ποια σχήματα συμπεριφοράς και επικοινωνίας, αλλά και ποιος τρόπος έκφρασης των συναισθημάτων επικρατεί στην αλληλεπίδραση των μελών της οικογένειας κι έπειτα να γίνει προσπάθεια να αναγνωριστούν ποια από τα παραπάνω τείνουν να επιδεινώνουν τα ψυχωτικά συμπτώματα του σχιζοφρενούς εφήβου και ποια λειτουργούν ανακουφιστικά και μπορούν να τα βελτιώσουν (American Psychiatric Association, 1995, 2013). Στην οικογένεια όπου μεγαλώνει ένας έφηβος με σχιζοφρένεια, συχνά οι ρόλοι είναι συγκεχυμένοι, με τους γονείς να λειτουργούν εγωκεντρικά, χρησιμοποιώντας το παιδί τους για να εξυπηρετήσουν τις δικές τους ανάγκες. Σε τέτοιες οικογένειες μπορεί να συναντάται μητέρα που είναι

υπερπροστατευτική, εξουσιαστική, παρεισφρητική ενώ ο πατέρας λειτουργεί παράλληλα με έναν παθητικό και άβουλο τρόπο. Σε ένα διαφορετικό οικογενειακό πρότυπο, οι γονείς μπορεί να βρίσκονται σε συνεχή σύγκρουση μεταξύ τους, όπου ο καθένας υποτιμά τον άλλον μπροστά στο παιδί τους, τείνοντας να ανταγωνίζονται για την αφοσίωση του παιδιού τους. Μέσα σε ένα τέτοιο οικογενειακό πλαίσιο, η μητέρα ενδέχεται να έχει χαμηλό αυτοσεβασμό και ο πατέρας μπορεί να είναι ιδιαίτερα ανασφαλής για τον ανδρισμό του, κι έχοντας ανάγκη για θαυμασμό, να χρησιμοποιεί την κυριαρχία του στη γυναίκα του ως υποκατάστατο δύναμης (Wenar & Kerig, 2008). Επίσης, παρόλο που ακόμη δεν είναι ξεκάθαρο κατά πόσο το υψηλό εκφραζόμενο συναίσθημα προϋπήρχε ή αυτό εμφανίστηκε εξαιτίας της διαταραχής, έχει διαπιστωθεί ότι στις οικογένειες που είναι επικριτικές απέναντι στο άτομο με σχιζοφρένεια, υπάρχει εχθρότητα και συχνές συγκρούσεις. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να επηρεάζεται τόσο το άτομο με σχιζοφρένεια όσο και η οικογένειά του, καθώς δημιουργείται ένα στρεσογόνο περιβάλλον, επανεμφανίζονται τα συμπτώματα και υπονομεύεται η ικανότητα προσαρμογής του ατόμου που πάσχει από τη διαταραχή (Οικονόμου, 1992 . Bellack et al., 2000 . Τσιάντης, 2007).

Η φροντίδα του ατόμου με σχιζοφρένεια είναι δύσκολη, και για τον λόγο αυτόν είναι σημαντικό να μοιράζεται και να γίνεται από όλα τα μέλη της οικογένειας και να μην την αναλαμβάνει μόνο ένα μέλος της οικογένειας (Ευθυμίου, 2002). Δεδομένου ότι η οικογένεια επωμίζεται το μεγαλύτερο φορτίο της παροχής φροντίδας και υποστήριξης του ατόμου με σχιζοφρένεια, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν οι αποδιοργανωτικές συνέπειες που έχει η νόσος αυτή τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στην οικογένειά του, και κατά συνέπεια στις μεταξύ τους σχέσεις. Ο ρόλος του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι σημαντικός στην πορεία της ψυχικής νόσου και για τον λόγο αυτόν, η εμπλοκή και η ενεργός συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία παίζει σημαντικό και ουσιαστικό ρόλο επίσης στη θεραπεία και ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση (Οικονόμου και συνεργάτες, 2014).

Πράγματι, καθώς η φροντίδα του ατόμου με σχιζοφρένεια είναι ιδιαίτερα απαιτητική για τα μέλη της οικογένειας, επιβαρύνοντας τόσο την σωματική όσο και την συναισθηματική τους κατάσταση, είναι σημαντικό και τα ίδια τα μέλη να φροντίζουν τη δική τους ποιότητα ζωής. Έτσι, προτείνεται η συμμετοχή τους σε ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα, που θα τους βοηθήσουν να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις για τη φύση της νόσου, καθώς και τις δεξιότητες που χρειάζονται για να διαχειριστούν καλύτερα την φροντίδα του ατόμου με σχιζοφρένεια, βελτιώνοντας παράλληλα και τη δική τους προσωπική ζωή (Ευθυμίου, 2002).

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΨΥΧΩΣΕΙΣ****5.1 Ψυχώσεις**

Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών, DSM-IV, στα πλαίσια της σχιζοφρένειας και της βραχείας ψυχωτικής διαταραχής, ο όρος "ψυχωτικός" αφορά τις παραληρητικές ιδέες, τις ψευδαισθήσεις, την αποδιοργάνωση του λόγου και της συμπεριφοράς που έχει το άτομο. Ωστόσο, όταν ο όρος αυτός χρησιμοποιείται καθώς γίνεται λόγος για την ψυχωτική διαταραχή που οφείλεται σε γενική ιατρική κατάσταση ή στη χρήση ουσιών, τότε αφορά παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις που έχει το άτομο χωρίς όμως εναισθησία. Τέλος, στην επινεμόμενη ψυχωτική διαταραχή, ο όρος "ψυχωτικός" ισοδυναμεί με τον όρο "παραληρητικός" (American Psychiatric Association, 1995). Από μια πιο ψυχοδυναμική θεώρηση, η ψύχωση είναι μια ναρκισσιστική νεύρωση, όπου η λιβιδινική ενέργεια δεν επενδύεται στο αντικείμενο αλλά στον εαυτό. Αυτό συμβαίνει λόγω παλινδρόμησης του Εγώ σε πρώιμα στάδια ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης, ενώ υποστηρίζεται και η άποψη ότι υπάρχει καθήλωση σε αυτά τα στάδια και το Εγώ δεν μπόρεσε να αναπτυχθεί (Gabbard, 2000). Η φύση της ψυχωτικής ψυχοπαθολογίας δημιουργεί συγκρούσεις και αντιθέσεις μέσα σε μια διαδικασία ταυτίσεων και εσωτερικεύσεων των ψυχωτικών μηχανισμών άμυνας (Τζαβάρας & Στυλιανίδης, 2002).

Γενικά, ως ψυχώσεις χαρακτηρίζονται οι καταστάσεις εκείνες κατά τις οποίες υπάρχουν μείζονες διαταραχές σκέψης που αγγίζουν το παράλογο και διαταραχές αντίληψης, όπως οι ψευδαισθήσεις. Ουσιαστικά, το βασικό χαρακτηριστικό στοιχείο των ψυχώσεων είναι η απώλεια επαφής που βιώνει το άτομο σε σχέση με την πραγματικότητα, ενώ παράλληλα εμφανίζει αδυναμία ενδοσκόπησης και αναγνώρισης ότι κάτι δεν πηγαίνει καλά (Καπρίνης, 2009 . Παπαγεωργίου, 2005). Ψυχωτικά συμπτώματα, συνδυαστικά ή

μεμονωμένα, ενδέχεται να είναι η ασυναρτησία, οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες, η διέγερση ή η κατατονία, η έντονη αναστάτωση και σύγχυση, η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά γενικότερα, καθώς και η ταχεία εναλλαγή των συναισθημάτων του ατόμου (Καπρίνης, 2009).

Μια σημαντική δυσκολία που έχουν οι άνθρωποι με ψύχωση είναι η αποεπένδυση του εξωτερικού κόσμου (Τζαβάρας & Στυλιανίδης, 2002). Το βίωμα των ψυχωτικών συμπτωμάτων, όπως οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες, είναι μια δυναμική διάδραση μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων. Οι εσωτερικοί παράγοντες, που μπορεί να είναι βιολογικοί, ψυχολογικοί, κληρονομικοί ή επίκτητοι, αυξάνουν την ευαλωτότητα του ατόμου στην ψύχωση. Όταν συνυπάρχουν εξωτερικοί παράγοντες, όπως η έκθεση σε στρεσογόνες καταστάσεις, τότε ο κίνδυνος είναι πιο αυξημένος (Καπρίνης, 2009 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016).

## **5.2 Ψυχώσεις στην Εφηβεία**

Οι κλάδοι της παιδοψυχιατρικής και της ψυχιατρικής έχει φανεί ότι δυσκολεύονται στην αξιολόγηση, μελέτη και θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχώσεων στην εφηβεία. Για την προσέγγιση της παιδοψυχιατρικής, οι ψυχώσεις στην εφηβεία παρουσιάζουν κλινική εικόνα αντίστοιχη αυτής των ενηλίκων. Από την πλευρά της ψυχιατρικής, οι ψυχώσεις στην εφηβεία δύσκολα κατανοούνται επαρκώς λόγω της έλλειψης εξοικείωσης με την μετέπειτα ανάπτυξη του εφήβου. Ωστόσο, οι πλέον αναθεωρημένες εκδόσεις των κύριων ταξινομήσεων της ψυχοπαθολογίας, τείνουν να συμφωνούν σε μια προσέγγιση που θέλει τις ψυχώσεις να αξιολογούνται μέσω μιας ενιαίας θεώρησης με παράλληλη διατήρηση κοινών ενοτήτων για τις ψυχωτικές διαταραχές σε όλες τις ηλικίες. Δηλαδή, οι ψυχώσεις είναι μια νοσολογική οντότητα ενιαία για όλες τις ηλικίες και όποιες διαφορές παρατηρούνται σε συμπτώματα και συμπεριφορές, κατά βάση είναι ποσοτικές και όχι ποιοτικές (Ζηλίκης, 2003).



Παρόλο που σε σύγκριση με τους ενήλικες, η συχνότητα εμφάνισης ψυχώσεων στην εφηβεία είναι μικρότερη, ωστόσο δεν αποκλείεται (Παπαγεωργίου, 2005). Πράγματι, οι ψυχωτικές διαταραχές έχει παρατηρηθεί ότι εμφανίζονται σε όλο το αναπτυξιακό φάσμα, ενώ οι ψυχώσεις πρωτοεμφανίζονται στο τέλος της εφηβικής ηλικίας και κυρίως στην μετεφηβική περίοδο (Ιεροδιακόνου & Ζηλίκης, 2005). Βέβαια, από τη μια η εφηβεία χαρακτηρίζεται ως μια δυναμική περίοδος εξέλιξης που περιλαμβάνει την αλλαγή και την ανάπτυξη. Από την άλλη, οι ψυχώσεις δηλώνουν την αδυναμία του εφήβου να διαπραγματευτεί και να επεξεργαστεί τους αναπτυξιακούς στόχους αυτής της περιόδου. Αυτή η αντινομία μεταξύ εφηβείας και ψύχωσης μπορεί να προκαλέσει σύγχυση σε κλινικό επίπεδο, με την έννοια ότι οι ψυχώσεις στην ηλικία αυτή θα μπορούσαν λανθασμένα να θεωρηθούν απλώς εκδηλώσεις λόγω της ανάπτυξης στην εφηβεία παρά να γίνουν αντιληπτές ως ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις (Ζηλίκης, 2003 . Ιεροδιακόνου & Ζηλίκης, 2005).

Τόσο οι συναισθηματικές όσο και οι σχιζοφρενικές ή σχιζοσυναισθηματικές ψυχώσεις έχουν συχνά σημείο έναρξης στην εφηβεία. Από τις δύο αυτές κατηγορίες ψυχώσεων, οι δεύτερες εμφανίζονται στην εφηβεία πολύ συχνότερα από τις πρώτες (Ζηλίκης, 2003). Από τις συναισθηματικές ψυχώσεις επηρεάζονται κυρίως οι ενήλικες, οι οποίοι εμφανίζουν συμπτώματα που αφορούν κυρίως το συναίσθημα, παρόλο που συνυπάρχουν ψυχωτικά συμπτώματα, όπως το παραλήρημα. Οι σχιζοφρενικές ψυχώσεις παρουσιάζουν συμπτωματολογία που συνδυάζουν την κλινική εικόνα σχιζοφρένειας και συναισθηματικών ψυχώσεων (Ιεροδιακόνου & Ζηλίκης, 2005). Μάλιστα οι έφηβοι ενδέχεται να εμφανίσουν ψυχώσεις που όμως είναι οργανικές ή λειτουργικές, με τις δεύτερες να εμφανίζονται πιο σπάνια. Οι παράγοντες που θα μπορούσαν να αιτιολογήσουν την εμφάνιση των ψυχώσεων, κυρίως των λειτουργικών, είναι οργανικοί, γενετικοί αλλά και περιβαλλοντικοί. Το κοινό στοιχείο με τους ενήλικες, είναι το γεγονός ότι μέρος των ψυχώσεων μπορεί να έχει εξέλιξη στη σχιζοφρένεια στην ενήλικη ζωή (Παπαγεωργίου, 2005).

Η ψύχωση στους εφήβους συνήθως εκδηλώνεται με μια ψυχωτική κρίση, που αποτελεί ένα οξύ και βραχύ ψυχωτικό επεισόδιο, όπου ο έφηβος κατακλύζεται από το αναπτυξιακό άγχος που αφορά τις ψυχολογικές αλλαγές που συνδέονται με την σεξουαλική του ανάπτυξη, ενώ παράλληλα έχει αυξημένες απαιτήσεις για ανεξαρτησία. Ωστόσο, όταν οι ψυχολογικές ανάγκες συνδυάζονται με ένα πιεστικό εξωτερικό περιβάλλον, και ειδικά αν ο έφηβος έχει ευάλωτο Εγώ, αδύναμο να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις τους τότε επέρχεται η ψυχωτική κατάρρευση. Η ψυχωτική κρίση της εφηβείας σε αρκετές περιπτώσεις αποτελεί το πρώτο σχιζοφρενικό επεισόδιο και εξελίσσεται μετέπειτα σε σχιζοφρένεια (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006). Ωστόσο, η εμφάνιση του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου, δεν σημαίνει απαραίτητα ότι ο έφηβος μπαίνει σε μια συνθήκη μόνιμης και χρόνιας ψυχωτικής λειτουργίας (Ιεροδιακόνου & Ζηλίκης, 2005). Αυτό όμως που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι σε πολλές περιπτώσεις μέχρι να εκδηλωθεί η νόσος και το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, οι έφηβοι φαίνονται φυσιολογικοί όσον αφορά το επίπεδο της συνολικής τους λειτουργικότητας. Ακόμη και με την παρουσία ψυχωτικών συμπτωμάτων στην εφηβεία, αυτό δεν συνιστά απαραίτητα ψύχωση ούτε και σχιζοφρένεια (Ζηλίκης, 2003).

Στην ψύχωση, η έναρξη των συμπτωμάτων δεν είναι πάντοτε οξεία και ενδεχομένως να επηρεάζεται από παράγοντες όπως η ακαδημαϊκή αποτυχία, η περιστασιακή χρήση τοξικών ουσιών. Ένα από τα συμπτώματα είναι ότι παρατηρείται αλλαγή στη συμπεριφορά του εφήβου, ο οποίος εκφράζεται με περισσότερη επιθετικότητα. Πράγματι, οι διαταραχές που συντελούνται στο συναίσθημα είναι έντονες, καθώς υπάρχει αστάθεια, έντονο άγχος, πανικός, διέγερση ή αδράνεια. Συγχρόνως, χάνονται τα όρια ανάμεσα στην πραγματικότητα και τη φαντασία, ο έφηβος αισθάνεται ότι η βασική δομή του Εγώ του καταρρέει, καταφεύγοντας έτσι σε παραληρητικές μορφοποιήσεις. Βέβαια, οι παραισθήσεις, οι ψευδαισθήσεις και οι παθολογικοί ερμηνευτικοί μηχανισμοί είναι συχνές εκδηλώσεις, που

μπορεί να κυριαρχούν στην κλινική εικόνα (Ιεροδιακόνου & Ζηλίκης, 2005 . Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006).

Η διάγνωση της ψύχωσης στους εφήβους βασίζεται σε μια ποικιλία παραγόντων, όπως στην αιφνίδια έναρξη, στην ύπαρξη κάποιου εκλυτικού παράγοντα, στη γρήγορη εναλλαγή των συμπτωμάτων (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006). Τα συμπτώματα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως διαγνωστικά κριτήρια είναι οι ψευδαισθήσεις, οι στερεοτυπίες, διαταραχές στη ροή της σκέψης, το επίπεδο και απρόσφορο συναίσθημα, διαταραχές στη βούληση και στις ενορμήσεις (Τσιάντης, 2007). Η διάγνωση στους εφήβους με παθολογία ψυχωτικού τύπου απαιτεί κλινική παρατήρηση μεγάλης διάρκειας και συνήθως αποφεύγεται να δίνεται διάγνωση μόνιμης ψύχωσης σε αυτές τις ηλικίες, καθώς η πορεία δεν είναι προκαθορισμένη. Ουσιαστικά, ακόμη κι αν φαίνεται να είναι σαφής η είσοδος του ατόμου σε μια χρόνια ψυχωτική κατάσταση, μέσα από τη θεραπευτική αντιμετώπιση θα φανούν οι πιθανότητες μείωσης των καταστροφικών επιπτώσεων που προκαλεί η ψύχωση στη συνολική λειτουργικότητα του ατόμου (Ζηλίκης, 2003).

### **5.3 Θεραπεία Ψυχώσεων**

Οι ψυχωτικές διαταραχές ήδη από την δεκαετία του '60 προσεγγίζονται πολυδύναμα, και η θεραπεία τους συνδυάζει συχνά την φαρμακευτική αγωγή με διάφορες ψυχοθεραπείες. Στην ψυχοθεραπεία των χρόνιων ψυχώσεων, ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος έχουν αμοιβαία συναισθηματική συμμετοχή, καθώς είναι σημαντική η ύπαρξη μιας "συμβιωτικής κατάστασης" μεταξύ τους. Στο πλαίσιο αυτό, ο θεραπευτής νιώθει και συμπεριφέρεται όπως τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής του θεραπευόμενου. Σύμφωνα με τον Searles, η ψυχοθεραπεία των χρόνιων ψυχώσεων ακολουθεί μια σειρά πέντε εξελικτικών σταδίων. Το πρώτο στάδιο είναι το λεγόμενο "φάση εκτός επαφής", όπου θεραπευτής και θεραπευόμενος δεν αλληλοσυσχετίζονται ουσιαστικά, καθώς ο θεραπευόμενος παραμένει αποσυρμένος στις

χαοτικές αντιλήψεις του και ο θεραπευτής αδυνατεί να συγκροτήσει συγκεκριμένες σκέψεις και συναισθήματα. Παράλληλα, υπάρχει μια μεταβίβαση που χαρακτηρίζεται από την παλινδρομική μη διαφοροποίηση και ασαφή διάκριση του εσωτερικού και του εξωτερικού κόσμου. Το δεύτερο στάδιο είναι η "αμφιθυμική συμβιωτική κατάσταση", εισάγεται με τις πρώτες εκρήξεις θυμού. Στο στάδιο αυτό ο θεραπευτής αναγνωρίζει την βαθιά αμφιθυμία του θεραπευόμενου και νιώθει αντιφατικά συναισθήματα για αυτόν, κάτι που παρεμποδίζει την κλινική του πράξη. Το τρίτο στάδιο είναι η "προαμφιθυμική συμβιωτική κατάσταση", ο θεραπευτής αναγνωρίζει την ματαιότητα των προσπαθειών του να επιφέρει ίαση ή αλλαγή στην κατάσταση του θεραπευόμενου. Το τέταρτο στάδιο είναι η "λύση της συμβιωτικής κατάστασης", κατά το οποίο επέρχεται μερική αποεπένδυση της σχέσης από την πλευρά του θεραπευτή και παράλληλα μειώνεται η ανοχή του για τις υπερβολικές απαιτήσεις του θεραπευόμενου του. Σε αυτή τη φάση της θεραπείας υπάρχει ο κίνδυνος αυτοκτονίας ή επιδείνωσης της ψύχωσης και συγχρόνως υπάρχει το ενδεχόμενο ο θεραπευόμενος να αλλάξει ξαφνικά θεραπευτή. Τέλος, το πέμπτο στάδιο είναι η "φάση της νέας αυτονομίας", όπου ο θεραπευόμενος αποβάλλει παθολογικές ταυτίσεις του παρελθόντος, εσωτερικεύει θετικά στοιχεία του παρόντος, συγκροτείται μια πιο ρεαλιστική εικόνα του εαυτού και το άτομο καταφέρνει να θυμηθεί και να αποκτήσει έτσι παρελθόν, παρόν και μέλλον (Τζάκσον, 2002).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ψύχωσης στους εφήβους τείνει να έχει χαρακτήρα του επείγοντος και συνήθως εστιάζεται στη διαμόρφωση συνθηκών ασφάλειας για τον έφηβο και ταυτόχρονα στην εξουδετέρωση ή απομάκρυνση των εκλυτικών αιτιών (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006). Το πιο συνηθισμένο είναι η θεραπεία των σχιζοφρενικών ψυχώσεων στην εφηβεία να γίνεται με τη χορήγηση νευροληπτικών ή αλλιώς αντιψυχωτικών φαρμάκων, που έχει ως στόχο την ανακούφιση από τα συμπτώματα (Eggers, 2003 . Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006). Ωστόσο, η εκάστοτε δοσολογία χρήζει προσοχής

και θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη και ανάλογη των κλινικών συμπτωμάτων που έχουν παρατηρηθεί και αξιολογηθεί κλινικά. Γενικά, συνιστώνται οι χαμηλές και οι μέτριες δόσεις φαρμακευτικής αγωγής. Τέλος, η επιλογή της φαρμακοθεραπείας θα λειτουργήσει ανεπαρκώς αν δεν συνδυαστεί και με ατομική ή οικογενειακή ψυχοθεραπεία (Eggers, 2003).

Επειδή συχνά η ψυχωτική κρίση του εφήβου εκδηλώνεται στο πλαίσιο του οικογενειακού του περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο ο έφηβος αδυνατεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του, ένα ουσιώδες μέρος της θεραπευτικής προσπάθειας κατευθύνεται προς τους γονείς (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006). Πράγματι, σε περιπτώσεις εγκατεστημένης ψύχωσης, οι γονείς συχνά χρειάζονται ένα σταθερό και υποστηρικτικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο θα μπορέσουν να στηρίξουν και να βοηθήσουν το παιδί τους σε βάθος χρόνου, αποτρέποντας μια μαζική αποεπένδυση ενός χαμένου παιδιού (Ιεροδιακόνου & Ζηλίκης, 2005). Από την άλλη, σε πλαίσιο ψυχοδυναμικής οπτικής, η ψυχοθεραπεία των ψυχώσεων είναι μια θεραπευτική προβολή της θετικής αντιμεταβίβασης, που αποπροσωποποιείται και ενδοβάλλεται στο άτομο με ψύχωση. Έτσι, η θετικοποίηση του ψυχωτικού βιώματος είναι αναπόσπαστο μέρος της ψυχοθεραπείας των ψυχώσεων. Η θετικοποίηση αυτή πραγματοποιείται με ποικίλους τρόπους, όπως μέσα από την εύρεση φυσιολογικών παραλληλισμών μεταξύ συμπτωμάτων και βιωμάτων, με τις διορθωτικές φαντασιώσεις, μέσα από τη διαδικασία ταύτισης του θεραπευτή με τον θεραπευόμενο, με τη λύση της αντίστασης (Τζαβάρας & Στυλιανίδης, 2002).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

### 6.1 Συμπεράσματα

Η σχιζοφρένεια είναι μια πολύ σοβαρή και βαριά ψυχοπαθολογία, μια ψυχωτική διαταραχή, που περιλαμβάνει μια ποικιλία συμπτωμάτων, που με τη σειρά τους οδηγούν σε έκπτωση της λειτουργικής συμπεριφοράς του ατόμου, αλλά έχει σοβαρές επιπτώσεις και στη ζωή της οικογένειας συνολικά (Ζηλίκης, 2003 . Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 . Wenar & Kerig, 2008). Η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η σχιζοφρένεια αυξάνει με την ηλικία (Ζηλίκης, 2003) και εμφανίζεται συνήθως είτε στην εφηβεία είτε στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016 . Wenar & Kerig, 2008). Πράγματι, μέσα από διάφορες μελέτες, υποστηρίζεται η άποψη ότι η σχιζοφρένεια αποτελεί μια ενιαία διαταραχή, ανεξάρτητα με την ηλικία έναρξής της. Βέβαια, η εφηβική σχιζοφρένεια παρουσιάζει δυσμενέστερη πορεία κι έκβαση από τη σχιζοφρένεια των ενηλίκων (Remschmidt, 2005 . Ανδρούτσος, 2012 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016). Παρόλο που η σχιζοφρένεια προσβάλλει ένα πολύ μικρό ποσοστό του γενικού πληθυσμού, απαντάται σε κάθε πολιτισμό οπουδήποτε στον κόσμο και προσβάλλει εξίσου άντρες και γυναίκες (Ζερβής, 2001).

Η κλινική εικόνα των ατόμων με σχιζοφρένεια παρουσιάζει μια ποικιλία συμπτωμάτων. Μια πρώτη κατηγοριοποίηση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας έγινε από τον Bleuler, σε πρωτογενή και σε δευτερογενή (Βαρτζόπουλος, 2002), ενώ μια άλλη κατηγοριοποίηση των συμπτωμάτων, έγινε στο διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών DSM-IV, όπου τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας διαχωρίζονται σε θετικά και αρνητικά (American Psychiatric Association, 1995 . Wenar & Kerig, 2008 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016). Τόσο με βάση το διαγνωστικό εγχειρίδιο ICD-10 (ICD-10, 2010) όσο και με το αντίστοιχο διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών

διαταραχών DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995, 2013), η διάγνωση της σχιζοφρένειας βασίζεται σε κάποια πολύ χαρακτηριστικά συμπτώματα, που περιλαμβάνουν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένο λόγο και αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά. Στα συμπτώματα της σχιζοφρένειας συγκαταλέγονται η σταδιακή απόσυρση, η έλλειψη ενδιαφερόντων και η κοινωνική απομόνωση (Kaplan & Sadock's, 2007 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016). Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική διαταραχή που η συμπτωματολογία της χαρακτηρίζεται από θεμελιώδεις και ιδιαίτερα χαρακτηριστικές αλλοιώσεις της σκέψης και της αντίληψης, όπως και του συναισθήματος, το οποίο αδυνατεί να εναρμονιστεί με την πραγματικότητα και είναι αμβλύ. Σημαντικά ελλείμματα παρουσιάζονται σε διάφορες γνωστικές ικανότητες του ατόμου λόγω της σχιζοφρένειας, με την σκέψη και την αντίληψη να επηρεάζονται περισσότερο. Ωστόσο, στη σχιζοφρένεια διατηρείται διαυγής η συνείδηση του ατόμου και η νοητική του ικανότητα, η οποία μάλιστα, παρά την παρουσία της σχιζοφρένειας μπορεί να αναπτυχθεί (Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016). Βέβαια, βασικό ψυχοπαθολογικό γνώρισμα της σχιζοφρένειας είναι η αποδόμηση του Εγώ και της υποκειμενικότητας (Βαρτζόπουλος, 2008), καθώς τα όρια του εαυτού (Μέντζος, 2008). Κάποια χαρακτηριστικά της κλινικής εικόνας της σχιζοφρένειας παραμένουν ίδια ανεξάρτητα από την ηλικία. Τα χαρακτηριστικά αυτά συμπτώματα είναι τα αντιφατικά συναισθήματα, η μειωμένη ή η ανύπαρκτη όρεξη για λήψη τροφής, η αποπροσωποποίηση, οι ενδεχόμενες αγχώδεις διαταραχές και οι φοβίες, τα γνωστικά ελλείμματα, η δυσφορική διάθεση που μπορεί να εκδηλωθεί ως άγχος, θυμός, κατάθλιψη (American Psychiatric Association, 2013 . Kaplan & Sadock's, 2007 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016).

Είναι αποδεδειγμένο ότι υπάρχει μια γενετική συνιστώσα στην κληρονομικότητα της σχιζοφρένειας (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003), όμως, η πολυμορφία της εκδήλωσης των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας αλλά και του επιπέδου λειτουργικότητας του ατόμου, είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Από τη

μια μπορεί να υπάρχει κάποια γενετικά μεταδιδόμενη δυσλειτουργία του εγκεφάλου και από την άλλη κάποιοι παράγοντες μπορεί να λειτουργήσουν επιβαρυντικά ή προστατευτικά για το άτομο, εντείνοντας ή μειώνοντας την επίδραση της γενετικής προδιάθεσης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Σημειώνεται επίσης, η σημασία αλληλεπίδρασης ψυχοκοινωνικών με τους βιολογικούς παράγοντες στην εμφάνιση και την πορεία της νόσου, τα ψυχοτραυματικά γεγονότα που προηγούνται της εμφάνισης της νόσου, καθώς και η παρουσία ανεπιθύμητων γεγονότων στις σχέσεις του έφηβου με την οικογένειά του, ιδιαίτερα μέσω αρνητικών συναισθηματικών εντάσεων και συμπεριφορών. Όλα αυτά συμβάλλουν στην υποτροπή και την κακή πορεία της διαταραχής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 . Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006 . Wenar & Kerig, 2008 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016). Το ενδοοικογενειακό περιβάλλον παίζει πολύ σημαντικό ρόλο και οποιαδήποτε δυσλειτουργία εντός αυτού αποτελεί έναν στρεσογόνο παράγοντα που αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης της σχιζοφρένειας σε ένα ευάλωτο άτομο (Wenar & Kerig, 2008 . Χριστιανόπουλος, 2012).

Η εφηβεία είναι μια κρίσιμη αναπτυξιακή φάση, όπου συμβαίνουν ποικίλες συμπεριφορικές, σωματικές και ψυχολογικές μεταβολές (Τσιάντης, 1997 . Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006). Εξαιτίας της βιολογικής ωρίμανσης που συντελείται, η εφηβεία τείνει να είναι μια περίοδος αυξημένης αστάθειας και συναισθηματικής σύγκρουσης (Cole & Cole, 2002) όπου πολλές παθολογικές συμπεριφορές και προβλήματα μπορεί να εμφανιστούν (Καλαρρύτης, 2004), καθώς οργανώνεται ο ψυχισμός και διαμορφώνεται η προσωπικότητα του ατόμου (Αμπατζόγλου & Ζηλίκης, 2004).

Η σχιζοφρένεια λοιπόν στην εφηβεία χαρακτηρίζεται από διαταραχές στη σκέψη, την αντίληψη και το συναίσθημα (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006), περιορισμό των σχέσεων και των δραστηριοτήτων με παράλληλη βαθμιαία απώλεια ενδιαφερόντων (Ιεροδιακόνου & Ζηλίκης, 2005), ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και αποδιοργανωμένο λόγο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 . Wenar & Kerig,



2008 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016 . Χριστιανόπουλος, 2012). Η πρόγνωση είναι κακή όταν η σχιζοφρένεια εμφανίζεται στην παιδική ή στην εφηβική ηλικία, καθώς η νόσος βιώνεται με πολύ μεγάλο άγχος (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006 . Ανδρούτσος, 2012 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016 . Χριστιανόπουλος, 2012).

Ουσιαστικά, η συνολική εικόνα της συμπτωματολογίας που παρουσιάζει ένας έφηβος με σχιζοφρένεια, είναι όμοια με αυτή που συναντάται στους ενήλικους (Ζηλίκης, 2003). Το ίδιο ισχύει και για την αιτιοπαθογένεια της νόσου στην ηλικία αυτή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 . Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006 . Wenar & Kerig, 2008 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016). Πέρα από τη συνολική εικόνα της σχιζοφρένειας όμως, τόσο στην ενήλικη ζωή όσο και στην εφηβεία, σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνηθούν οι επιπτώσεις της σχιζοφρένειας στον έφηβο και στην οικογένειά του. Έτσι, έχει φανεί ότι η σχιζοφρένεια έχει υψηλό οικονομικό και συναισθηματικό κόστος στη ζωή του εφήβου, δεδομένου ότι επηρεάζει αρνητικά τη συνολική του λειτουργικότητα ταυτόχρονα έχει σημαντικές επιπτώσεις και στην οικογένειά του (Οικονόμου και συνεργάτες, 2014 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016).

Οι επιπτώσεις της σχιζοφρένειας στον έφηβο φαίνονται στην συνολική λειτουργικότητα και τη γενικότερη προσαρμογή του, τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Πιο συγκεκριμένα, με την σχιζοφρένεια στην εφηβική ηλικία υπάρχουν αρνητικές συνέπειες στην απασχόληση, στη σεξουαλική συντροφικότητα αλλά και στην ανεξάρτητη διαβίωσή του εφήβου, αυξάνεται το αίσθημα της αβοηθησίας, παρατηρείται σημαντική μείωση κινήτρου (Wenar & Kerig, 2008), υπάρχει άμεση αρνητική επίδραση στο συναίσθημα ελευθερίας (Βαρτζόπουλος, 2002), έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων και μεγάλη δυσκολία στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων (Βαρτζόπουλος, 2002 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016), δημιουργούνται ελλείμματα στην επιλεκτική προσοχή, βλάβες στον οπτικοκινητικό τους συντονισμό και στην ταχύτητα της λεπτής κινητικότητας

(Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 . Wenar & Kerig, 2008), ενώ επηρεάζονται αρνητικά οι επιτελεστικές λειτουργίες όπως η σκέψη και η μνήμη (Wenar & Kerig, 2008).

Οι επιπτώσεις της σχιζοφρένειας στην οικογένεια του εφήβου που νοσεί, εστιάζουν στην μεταξύ τους αλληλεπίδραση, καθώς συχνά οι ρόλοι είναι συγκεχυμένοι (Wenar & Kerig, 2008), υπάρχει υψηλό εκφραζόμενο αρνητικό συναίσθημα και έντονη επικριτικότητα, εχθρικότητα και συχνές συγκρούσεις, δημιουργείται στρεσογόνο περιβάλλον, επανεμφανίζονται τα συμπτώματα και υπονομεύεται η ικανότητα προσαρμογής του ατόμου που πάσχει από τη διαταραχή (Οικονόμου, 1992 . Bellack et al., 2000 . Τσιάντης, 2007).

Ακριβώς επειδή η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική διαταραχή που προκαλεί σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε όλους τους τομείς, η θεραπεία είναι πολύπλευρη. Αρχικά, επιλέγεται η φαρμακευτική θεραπεία με αντιψυχωτικά φάρμακα για την μείωση των συμπτωμάτων, όμως χρειάζεται να γίνει συγκεκριμένη παρέμβαση για να αποκατασταθεί το επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου. Η παρέμβαση αυτή ξεκινάει ενδονοσοκομειακά με ομαδική ή ατομική ψυχοθεραπεία και ομαδικές δραστηριότητες, ενώ συνεχίζεται ενδονοσοκομειακά και εξωνοσοκομειακά με εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων (Morrison et al., 2014 . Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2006 . McClellan et al., 2013 . Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016 . Wenar & Kerig, 2008 . Τσιάντης, 2007). Όταν η οικογένεια έχει μια ανοργάνωτη ή κατακερματισμένη δομή, με διάχυτα μοτίβα αλληλεπίδρασης, με αόριστες ιδέες και ασαφή νοήματα, αυτό επιδρά αρνητικά στην ψυχολογική ανάπτυξη και ισορροπία ενός εφήβου (Wenar & Kerig, 2008 . Χριστιανόπουλος, 2012). Εάν η οικογένεια υποστηριχθεί κατάλληλα, τότε είναι σε θέση να κατανοήσει τη φύση της σχιζοφρένειας και να χειριστεί καλύτερα και πιο αποτελεσματικά την κατάσταση. Έτσι, θα μπορέσουν τα μέλη της οικογένειας να προσαρμοστούν ευκολότερα (Παπαγεωργίου, 2005). Συχνά μάλιστα συστήνεται η ψυχοεκπαίδευση και η πρόληψη υποτροπής (Ρακιτζή & Γεωργιά, 2016). Επομένως, η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην ανάπτυξη

δεξιοτήτων και εκμάθηση στρατηγικών αντιμετώπισης για πιο αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων και καλύτερη διαχείριση των αρνητικών συμπτωμάτων, στην πρόληψη υποτροπών και στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων. Με τον τρόπο αυτόν, τα μέλη της οικογένειας ανακουφίζονται από το ψυχολογικό φορτίο της φροντίδας του ατόμου με σχιζοφρένεια και βελτιώνεται η ενδοοικογενειακή επικοινωνία (Ευθυμίου, 2002). Η συμμετοχή όλων των μελών της οικογένειας σε κάποιο ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα θα δημιουργήσει ένα υποστηρικτικό περιβάλλον γύρω από τον έφηβο και θα αυξηθούν οι προστατευτικοί παράγοντες που μπορούν να αποτρέψουν την εκδήλωση ενός νέου σχιζοφρενικού επεισοδίου (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

## **6.2 Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα**

Η παρούσα εργασία δεν είναι παρά μια ερευνητική προσπάθεια να συλλεχθούν επιστημονικές πληροφορίες σχετικά με την διαταραχή της σχιζοφρένειας. Η εστίαση έγινε κυρίως στην εμφάνιση και πορεία της διαταραχής αυτής στην εφηβική ηλικία. Επίσης, έγινε μια προσπάθεια προέκτασης της έρευνας στη διερεύνηση των επιπτώσεων που έχει η σχιζοφρένεια τόσο στον ίδιο τον έφηβο όσο και στην οικογένειά του.

Δεδομένου ότι η παρούσα έρευνα είναι αποκλειστικά βιβλιογραφική, μια πρόταση για μελλοντική έρευνα θα ήταν η διερεύνηση της πορείας της σχιζοφρένειας και των επιπτώσεών της στη ζωή του πάσχοντα και της οικογένειάς του, σε πρακτικό επίπεδο. Δηλαδή, θα μπορούσε να γίνει προσπάθεια για επιδημιολογική έρευνα, είτε με απλή παρατήρηση είτε με παρέμβαση.

Με την διεξαγωγή μιας έρευνας παρατήρησης θα μπορούσαν να συλλεχθούν και να περιγραφούν νεότερα δεδομένα για τη σχιζοφρένεια σε δείγμα πασχόντων από τη διαταραχή αυτή, από την εφηβεία μέχρι και την ενήλικη ζωή τους. Επίσης, μέσω της έρευνας παρατήρησης θα μπορούσαν να συλλεχθούν χρόνια δεδομένα τα οποία θα έδιναν υλικό για

σύγκριση διαφορετικών ομάδων ως προς το σύνολο της λειτουργικότητάς τους. Για παράδειγμα, θα μπορούσαν να παρατηρηθούν για αρκετά χρόνια άτομα με σχιζοφρένεια που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικές κλινικές και άτομα με την ίδια νόσο που όμως διαμένουν και λειτουργούν εκτός αντίστοιχης δομής.

Από μια άλλη οπτική, θα μπορούσαν ενδεχομένως να γίνουν εκ νέου έρευνες παρατήρησης, με σκοπό να διερευνηθούν και να αξιολογηθούν ως προς την αποτελεσματικότητά τους, διαφορετικές θεραπευτικές παρεμβάσεις εστιασμένες στους εφήβους.

Τέλος, μια άλλη προτεινόμενη εκδοχή της παρούσας έρευνας και προέκταση αυτής, θα ήταν η ποιοτική έρευνα του ίδιου θέματος. Δηλαδή, θα μπορούσαν να διερευνηθούν οι επιπτώσεις της σχιζοφρένειας στους εφήβους και στις οικογένειές τους μέσω συνεντεύξεων στα ίδια τα ενδιαφερόμενα άτομα. Με τον τρόπο αυτό θα ήταν δυνατό να αναφερθούν τα προσωπικά βιώματα τόσο των ίδιων των πασχόντων όσο και του οικογενειακού περιγύρου που τους στηρίζει καθημερινά. Αντίστοιχα, με παρόμοιο ερευνητικό τρόπο θα μπορούσαν να διερευνηθούν τα προσωπικά βιώματα επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται ενεργά με ασθενείς με σχιζοφρένεια. Έτσι λοιπόν, θα ήταν πολύ ενδιαφέρον και χρήσιμο να συγκριθούν πιο πρόσφατα και ρεαλιστικά ευρήματα με αυτά της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας.

**Βιβλιογραφία**

- American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-4* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Association. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Αμπατζόγλου, Γ., & Ζηλίκης, Ν. (2004). *Θέματα ψυχιατρικής παιδιού και εφήβου*. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστημιακό τυπογραφείο ΑΠΘ.
- Αναστασόπουλος, Δ. (1997). Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του εφήβου. Στο: Ι. Τσιάντης (Επιμ.). *Βασική παιδοψυχιατρική: Εφηβεία*. (Β' τόμος, κεφ. 2, σελ. 31-61). Αθήνα: Καστανιώτη.
- Ανδρούτσος, Χ. (2012). Σχιζοφρένεια σε παιδιά και εφήβους: Συνάφεια και ετερότητα προς τη σχιζοφρένεια των ενηλίκων. *Ψυχιατρική*, 23(1), 82-93.
- Βαρτζόπουλος, Ι. (2008). Εισαγωγή. Στο: Ν. Τζαβάρας, Ι. Βαρτζόπουλος, & Στ. Στυλιανίδης. (Επιμ.). *Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία της σχιζοφρένειας* (κεφ. 1, σελ. 21-47). Αθήνα: Καστανιώτη.
- Βαρτζόπουλος, Γ. (2002). Η συνεισφορά του Bleuler στην κατανόηση της σχιζοφρένειας. Στο: Ν. Τζαβάρας, Δ. Πλουμπίδης, & Στ. Στυλιανίδης. (Επιμ.). *Σχιζοφρένεια: Φαινομενολογική και ψυχαναλυτική προσέγγιση*. (κεφ. 4, σελ. 87-106). Αθήνα: Καστανιώτη.
- Beck, A., Rector, N., Stolar, N., & Grant, P. (2009). *Schizophrenia: Cognitive theory, research and therapy*. NY: The Guilford Press.
- Bellack, A., Haas, G., Schooler, N., & Fory, L. (2000). Effects of behavioural family management of family communication and patient outcomes in Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 177, 434-439.

- Blos, P. (1962). *On adolescence: A psychoanalytic interpretation*. New York: The Free Press of Glencoe.
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 22, 162-186.
- Burrow-Sanchez, J. (2006). Understanding adolescent substance abuse: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Journal of Counseling & Development*, 84, 283-290.
- Cole, M., & Cole, S. (2002). *Η ανάπτυξη των παιδιών: Εφηβεία*. (Τόμος Γ). Αθήνα: Τυπωθήτω-Δαρδάνος.
- Craig, G. & Baucum, D. (2007). *Η ανάπτυξη του ανθρώπου*. (Τόμος Β). Αθήνα: Παπαζήση.
- Γαβριήλ, Ι. (2008). Η ψυχοδυναμική προσέγγιση της σχιζοφρένειας μέσω της τέχνης. Στο: Ν. Τζαβάρας, Ι. Βαρτζόπουλος, & Στ. Στυλιανίδης. (Επιμ.). *Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία της σχιζοφρένειας* (κεφ. 14, σελ. 338-360). Αθήνα: Καστανιώτη.
- Δημητρίου, Α., & Γωνίδα, Ε. (1997). Γνωστική ανάπτυξη κατά την εφηβεία: Γενικά χαρακτηριστικά και ειδικές ικανότητες. Στο: Ι. Τσιάντης. (Επιμ.) *Βασική παιδοψυχιατρική: Εφηβεία*. (Β' τόμος, κεφ. 5, σελ. 145-181). Αθήνα: Καστανιώτη.
- Eggers, Ch. (2003). Ψυχοφαρμακολογία σε ψυχωτικές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Στο: Γ. Τσιάντης, (Επιμ.). *Βασική Παιδοψυχιατρική: Εφηβεία* (Τόμος Β2, κεφ. 8, σελ. 221-245). Αθήνα: Καστανιώτη.
- Erwin, P. (1998). *Friendship in Childhood and Adolescence*. London and New York: Routledge.
- Ευθυμίου, Κ. (2002). *Εφαρμογή της γνωστικής- συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας στην σχιζοφρένεια*. Σημειώσεις. Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.

- Feldman, R. (2009). *Εξελικτική ψυχολογία: Δια βίου ανάπτυξη*. (Τόμος Β). Αθήνα: Gutenberg.
- Gabbard, G. (2000). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* (3<sup>rd</sup> Ed.). American Psychiatric Press.
- Ζερβής, Χ. (2001). *Ψυχοπαθολογία του ενήλικα*. Αθήνα: Ηλεκτρονικές τέχνες.
- Ζηλίκης, Ν. (2003). Ψυχώσεις και ψυχωτικές διεργασίες στην εφηβεία. Στο: Γ. Τσιάντης, (Επιμ.). *Βασική Παιδοψυχιατρική: Εφηβεία* (Τόμος Β2, κεφ. 5, σελ. 143-178). Αθήνα: Καστανιώτη.
- ICD-10 (2010). *Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας*. 10<sup>η</sup> αναθεώρηση. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Ιεροδιακόνου, Χ., & Ζηλίκης, Ν. (2005). Ψυχώσεις στην εφηβική και μετεφηβική ηλικία. Στο: Ν. Ζηλίκης, (Επιμ.). *Ψυχικά προβλήματα στα παιδιά* (κεφ.29, σελ. 349-365). Θεσσαλονίκη: Τυποφιλία / Μαστορίδης.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση* (5<sup>η</sup> εκδ.). Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Karlan, H., & Sadock's (2007). Σχιζοφρένεια. Στο: Β. Sadock, & V. Sadock (Επιμ.). *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής* (κεφ. 8, σελ. 155-173). Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- Καπρίνης, Γ. (2009). Ψυχώσεις, σχιζοφρενικές ψυχώσεις. Στο: Γ. Καπρίνης, Ι. Γκιουζέπας, Α. Ιακωβίδης, Δ. Κανδύλης, & Κ. Φωκάς (Επιμ.). *Κλινική Ψυχιατρική* (Α' Τόμος, κεφ. 2, σελ. 414-458). Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.
- Καψαμπέλης, Β. (2008). Σχιζοφρένεια και εφηβεία: Θεωρητικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις της γαλλικής ψυχαναλυτικής σχολής. Στο: Ν. Τζαβάρας, Ι. Βαρτζόπουλος, & Στ. Στυλιανίδης. (Επιμ.). *Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία της σχιζοφρένειας* (κεφ. 8, σελ. 189-232). Αθήνα: Καστανιώτη.

- Klein, C., & Bernal, A. (2014). Development of novel therapy of schizophrenia in children and adolescents. *Journal of Expert Opinion on Investigational Drugs*, 23, 1531-1540.
- Kingdon, D., Turnington, D., Sensky, T. Scott, J., Siddle, R., O'Carroll, M., & Barnes, T. (2000). A randomised controlled trial of cognitive - behavioral therapy of persistent symptoms in schizophrenia resistant medication. *Psychiatry*, 57, 165-172.
- Λαζαράτου, Ε., & Αναγνωστόπουλος, Δ. (2006). Ψυχικές διαταραχές της εφηβικής ηλικίας Στο: Κ. Σολδάτος, & Λ. Λύκουρας. (Επιμ.). *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*. (Β' Τόμος, κεφ. 22, σελ.557-584). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μανωλόπουλος, Σ. (1987). Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του εφήβου. Στο Ι. Τσιάντης, & Σ. Μανωλόπουλος, (Επιμ.). *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής: Ανάπτυξη* (κεφ. 3, σελ. 43-73). Αθήνα: Καστανιώτης.
- McClellan, J., Sandra, S., & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). (2013). Practice parameter of the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(9), 976-990.
- Μέντζος, Στ. (2008). Νέες τάσεις στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία της σχιζοφρένειας. Στο: Ν. Τζαβάρας, Ι. Βαρτζόπουλος, & Στ. Στυλιανίδης. (Επιμ.). *Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία της σχιζοφρένειας* (κεφ. 2, σελ. 51-84). Αθήνα: Καστανιώτη.
- Morrison, A., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., Christodoulides, T., Dudley, R., Chapman, Callcott, P., Grace, T., Lumley, V., Drage, L., Tully, S., Irving, K., Cummings, A., Byrne, R., Davies, L., & Hutton, R. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: A single-blind randomised controlled trial. *The Lancet*, 383, 1395–1403.



- Μόττη-Στεφανίδη, Φ. (1997). Η εξέλιξη της προσωπικότητας στην εφηβεία. Στο: Ι. Τσιάντης. (Επιμ.). *Βασική παιδοψυχιατρική: Εφηβεία*. (Β' τόμος, κεφ. 3, σελ. 75-100). Αθήνα: Καστανιώτη.
- Μπρακονιέ, Α., & Μαρτσελί, Ν. (2002). *Τα χίλια πρόσωπα της εφηβείας*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- NICE: National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Psychosis and schizophrenia in children and young people. Recognition and management*. NICE Clinical Guideline 155.
- Οικονόμου, Μ. (1992). *Συμπεριφοριστική αξιολόγηση οικογένειας σχιζοφρενούς. Πρόληψη υποτροπής*. Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.
- Οικονόμου, Μ., Πάλλη, Α., Πέππου, Λ., Λουκή, Ε., Πατελάκης, Α., Κολοστούμπης, Δ., & Παπαδημητρίου, Γ. (2014). Ψυχοεκπαίδευση & Συμπεριφορική Θεραπεία Οικογένειας στη Σχιζοφρένεια: κλινική εφαρμογή στην Ελλάδα. *Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Έρευνα & Θεραπεία*, 1(1), 15-24.
- Παναγιωτίδης, Π., Καπρίνης, Γ., Ιακωβίδης, Α., & Φουντουλάκης, Κ. (2013). Ήπια νευρολογικά σημεία στη σχιζοφρένεια: Συσχετίσεις με ηλικία, φύλο, εκπαίδευση και ψυχοπαθολογία. *Ψυχιατρική* 24(4), 272-287.
- Παπαγεωργίου, Β. (2005). *Ψυχιατρική Παιδιών Και Εφήβων*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Ρακιτζή, Στ., & Γεωργιά, Π. (2016). Σχιζοφρένεια σε παιδιά και εφήβους. Στο: Α. Καλαντζή - Αζίζι & Α. Σοφianoπούλου. (Επιμ.). *Γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία παιδιών και εφήβων: Θεωρία και πράξη* (κεφ. 14, σελ. 595-642). Αθήνα: Πεδίο.
- Ραμπαβίλας, Α., & Χριστοδούλου, Γ. (2003). Σχιζοφρένεια. Στο: Γ. Χριστοδούλου, Α. Ραμπαβίλας, Κ. Σολδάτος, Β. Αλεβίζος, & Β. Κονταξάκης. *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

- Remschmidt, H. (2005). *Η σχιζοφρένεια στα παιδιά και τους εφήβους*. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.
- Sadock, B., Sadock, V., & Kaplan, H. (2009). Σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης. Στο: B. Sadock, V. Sadock, & H. Kaplan (Επιμ.). *Επίτομη ψυχιατρική παιδιών και εφήβων* (κεφ.16, σελ. 225-231). Αθήνα: Λίτσα.
- Τζαβάρας, Ν., & Στυλιανίδης, Σ. (2002). Ψυχοθεραπεία και μεταβίβαση ψυχωτικών ασθενών: Αναφορές σε κείμενα του Freud και επιγόνων. Στο: Ν. Τζαβάρας, Δ. Πλουμπίδης, & Στ. Στυλιανίδης. (Επιμ.). *Σχιζοφρένεια: Φαινομενολογική και ψυχαναλυτική προσέγγιση*. (κεφ. 3, σελ. 65-86). Αθήνα: Καστανιώτη.
- Τζάκσον, Δ. (2002). Ο Harold Searles και η ψυχοθεραπεία της χρόνιας σχιζοφρένειας. Στο: Ν. Τζαβάρας, Δ. Πλουμπίδης, & Στ. Στυλιανίδης. (Επιμ.). *Σχιζοφρένεια: Φαινομενολογική και ψυχαναλυτική προσέγγιση*. (κεφ. 5, σελ. 107-123). Αθήνα: Καστανιώτη.
- Τσιάντης, Γ., & Μανωλόπουλος, Σ. (1992). *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής: Θεραπευτικές Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Τσιάντης, Γ. (1986). Παιδικές ψυχώσεις. Στο: Γ. Τσιάντης, & Σ. Μανωλόπουλος. (Επιμ.). *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής: Ψυχοπαθολογία* (κεφ. 14, σελ. 323-351). Αθήνα: Καστανιώτη.
- Τσιάντης, Ι. (1997). *Βασική παιδοψυχιατρική: Εφηβεία*. (Β' τόμος). Αθήνα: Καστανιώτη.
- Τσιάντης, Γ. (2007). Παιδικές ψυχώσεις. Στο: Γ. Τσιάντης, & Β. Χαντζάρα (Επιμ.). *Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική* (κεφ. 11, σελ. 209-238). Αθήνα: Καστανιώτη.
- Van der Gaag, M. (2006). A neuropsychiatric model of biological and psychological processes in the remission of delusions and auditory hallucinations. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 113-122.

Wenar, Ch., & Kerig, P. (2008). Εξελικτική ψυχοπαθολογία: Από τη βρεφική ηλικία στην εφηβεία. Αθήνα: Gutenberg.

Χριστιανόπουλος, Κ. (2012). *Κλινικό Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Παιδιών και Έφηβων*. Θεσσαλονίκη: Προμηθευς.