

Κοινωνικές Δεξιότητες και Κοινωνική Λειτουργικότητα στη Σχιζοφρένεια

Χριστίνα Παπαστεφανάτου, ψυχολόγος, φοιτήτρια εργοθεραπείας

Η σχιζοφρένεια αποτελεί ένα πολύπλοκο σύνδρομο, με διάφορες αιτίες, κλινικά συμπτώματα, είδη θεραπευτικών προσεγγίσεων κυρίως όμως η πορεία της νόσου με το πέρασμα του χρόνου είναι πολυποίκιλη, μπορεί δηλαδή να σημειώνει υφέσεις και εξάρσεις ανά διαστήματα. Επομένως αποτελεί ένα θέμα πολύ ευαίσθητο και πόσο μάλλον εάν το εντάξουμε μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο. Τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια παρουσιάζουν προβλήματα στις κοινωνικές τους δεξιότητες και έχουν μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα με αποτέλεσμα την κοινωνική τους απόσυρση και απομόνωση. Φαίνεται όμως ότι η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες που γίνεται με διάφορες μεθόδους ακολουθώντας διάφορα μοντέλα και προγράμματα βοηθά πάρα πολύ αυτούς τους ανθρώπους στη βελτίωση των δεξιοτήτων τους και στην επανένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο.

Ορισμός

Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή της οποίας δεν έχει αναγνωριστεί μια συγκεκριμένη αιτία. Χαρακτηρίζεται από ψυχωσικά συμπτώματα τα οποία προκαλούν σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα και περιλαμβάνουν διαταραχές στη σκέψη, στη διάθεση και τη συμπεριφορά. Σημαντικό σημείο είναι η απουσία ελέγχου της πραγματικότητας. Η διαταραχή είναι χρονία και γενικά πιστεύεται ότι έχει μια πρόδρομη φάση, μια ενεργό (κύρια) φάση με παραληρηματικές ιδέες, ψευδαισθήσεις και μια υπολειμματική φάση κατά την οποία η διαταραχή είναι σε ύφεση ή αποδρομή (Μαδιανός, 2005).

Αιτιοπαθογένεια

Τα αίτια της σχιζοφρένειας αναζητήθηκαν σε διάφορους χώρους και με διάφορους τρόπους από τότε που η ασθένεια απομονώθηκε και περιγράφηκε. Αναζητήθηκαν σε γενετικούς, βιολογικούς παράγοντες καθώς και ψυχοδυναμικές θεωρίες όμως μόνο υποθέσεις μπορούν να γίνουν ακόμα τίποτα δεν είναι σίγουρο για το τι πραγματικά προκαλεί τη σχιζοφρένεια.

Επιδημιολογία

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

Διάγνωση και Κλινικά Συμπτώματα

Τα δυο πιο σημαντικά διαγνωστικά συστήματα που χρησιμοποιούνται για τη σχιζοφρένεια είναι το ICD-10 και το DSM-IV. Οι διαφορές μεταξύ των δυο αυτών συστημάτων είναι η προϋπόθεση που θέτει το DSM-IV της κοινωνικής ή επαγγελματικής δυσλειτουργικότητας και η παραμονή των συμπτωμάτων για τουλάχιστον έξι μήνες σε αντίθεση με τον ένα μήνα στο ICD-10 και την απουσία αναφοράς στην κοινωνική και επαγγελματική

δυσλειτουργικότητα. (Muesser & McGurk, 2004).

Τα συμπτώματα στη σχιζοφρένεια είναι τριών ειδών, ψυχωσικά συμπτώματα, αρνητικά συμπτώματα και γνωστικής εξασθένησης (Muesser & McGurk, 2004). Πιο αναλυτικά τα ψυχωσικά συμπτώματα (τα οποία συχνά στη βιβλιογραφία αναφέρονται και ως θετικά συμπτώματα) περιλαμβάνουν την απουσία ελέγχου της πραγματικότητας η οποία εκδηλώνεται με παραληρηματικές ιδέες (με περιεχόμενο: διωκτικό, ζηλοτυπικό, μεγαλείου, θρησκευτικό, υποχονδριακό, αυτοαναφοράς, παρερμηνείες), ψευδαισθήσεις (ακουστικές, οπτικές, γευστικές, οσφρητικές, σεξουαλικές) και παράδοση συμπεριφορά (κατατονικά στοιχεία, επιθετικότητα, στερεοτυπικές κινήσεις, διαταραχή βούλησης) (Μαδιανός, 2005). Τα αρνητικά συμπτώματα είναι ελλειμματικές καταστάσεις στις οποίες βασικές συναισθηματικές και πρακτικές διαδικασίες είναι εξασθενημένες ή απουσιάζουν εντελώς. Τα πιο συνηθισμένα αρνητικά συμπτώματα είναι η υποδραστηριότητα, επίπεδο συναισθημα, ανηδονία, φτωχό περιεχόμενο λόγου, απάθεια, έλλειψη απαντητικότητας, φτωχή ανταποκριτικότητα, έλλειψη αυθορμητισμού και στερεοτυπική και συγκροτημένη σκέψη (Μαδιανός, 2005). Η γνωστική εξασθένηση στη σχιζοφρένεια περιλαμβάνει προβλήματα στην προσοχή και συγκέντρωση, στην ψυχοκινητική ταχύτητα, στη μάθηση και τη μνήμη και στις εκτελεστικές λειτουργίες όπως αφηρημένη σκέψη και επίλυση προβλήματος (Muesser & McGurk, 2004).

Ακόμη πολύ σημαντικό διαγνωστικό κριτήριο της σχιζοφρένειας αποτελεί και η μειωμένη λειτουργικότητα στην εκτέλεση των ρόλων. Τα προβλήματα εδώ εντοπίζονται στην μειωμένη ικανότητα να πάει στη δουλειά, να παρακολουθήσει το σχολείο, να ανταποκριθεί σωστά στις οικογενειακές σχέσεις, να διατηρήσει ή να αποκτήσει στενούς φίλους, να φροντίσει τον εαυτό του καθώς και να απολαύσει τον ελεύθερο χρόνο του. Οι δυσκολίες σε αυτούς τους τομείς συνήθως υπάρχουν αρκετά χρόνια πριν εμφανιστούν τα ψυχωσικά συμπτώματα (Muesser & McGurk, 2004).

Υπότυποι Σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια περιλαμβάνει διάφορους τύπους, οι οποίοι αναφέρονται στην προεξάρχουσα συμπτωματολογία κατά τη χρονική στιγμή της αξιολόγησης:

I. Παρανοειδής τύπος, II. Αποδιοργανωμένος τύπος (Ηθνηφρενικός), III. Κατατονικός τύπος, V. Υπολειμματικός τύπος και IV. Αδιαφοροποίητος τύπος (American Psychiatric Association, 2004).

Πορεία

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

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

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

Πάντως είτε εμφανισθεί είτε όχι η πρόδρομη φάση όλοι οι σχιζοφρενικοί ασθενείς περνούν από την ενεργό φάση στην διάρκεια της οποίας η ψύχωση είναι έντονη και φανερή. Μετά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ακολουθεί συνήθως μια περίοδος ύφεσης η οποία μπορεί να διαρκέσει και πέντε χρόνια. Εν τούτοις, συνήθως επέρχεται υποτροπή και η γενική πορεία της νόσου κατά τα πέντε πρώτα χρόνια μετά την διάγνωση προκαθορίζει την μετέπειτα πορεία της ζωής του ασθενούς. Κάθε υποτροπή προκαλεί περαιτέρω έκπτωση σε σχέση με τη προνοσηρή του λειτουργικότητα (Ραμπαβίλλας & Χριστοδούλου, 2003).

Όταν η ενεργός φάση υποχωρήσει (με ή χωρίς θεραπεία), ο σχιζοφρενής δεν καταφέρνει να επιστρέψει στη προνοσηρή του λειτουργικότητα. Στη σχιζοφρένεια λοιπόν το άτομο μετά την ενεργό φάση περνάει σε μια υπολειμματική φάση, της οποίας τα συμπτώματα είναι παρόμοια με αυτά της πρόδρομης φάσης, αν

και η αμβλιότητα συναισθήματος και η κοινωνικοεπαγγελματική έκπτωση τείνουν να είναι πιο κοινές στην υπολειμματική φάση. Εδώ εξακολουθούν να υπάρχουν παραληρηματικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις αλλά είναι λιγότερο συναισθηματικά φορτισμένες (Kaplan & Sadock's, 2000). Επομένως τα θετικά συμπτώματα τείνουν να εξασθενούν και τα αρνητικά προκαλούν κοινωνική απόσυρση και απομόνωση.

Πρόγνωση

Σε έρευνες έχει βρεθεί ότι μετά τα πρώτα πέντε ως δέκα χρόνια της πρώτης νοσηλείας, μόνο το 10-20% των σχιζοφρενών έχει ικανοποιητική έκβαση της νόσου. Παραπάνω από το 50% έχει κακή έκβαση με συχνές νοσηλείες, εξάρσεις και απόπειρες αυτοκτονίας. Παρόλα αυτά η σχιζοφρένεια δεν έχει πάντοτε εκπρωτική πορεία, εξάλλου διάφοροι παράγοντες υπεισέρχονται στην πρόγνωση, όπως η υποβολή σε φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική αγωγή, το φύλο, η ηλικία, η κοινωνική και επαγγελματική θέση, το κοινωνικό περιβάλλον καθώς επίσης ο τύπος της πάθησης και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες εκδηλώθηκε (Kaplan & Sadock's, 2000). Η ηλικία έναρξης της πάθησης έχει σημασία για την εξέλιξή της. Η πρώιμη εκδήλωση, που αφορά κυρίως άνδρες, κατ' επέκταση λιγότερο δομημένους ψυχολογικά και με περισσότερα συμπτώματα οδηγεί σε χειρότερη πρόγνωση σε σχέση με άτομα όπου η νόσος εκδηλώνεται αργότερα και που είναι συνήθως γυναίκες, πνευματικά και ψυχικά αρτιότερες τη στιγμή της έκλησής της (Kaplan & Sadock's, 2000).

Θεραπεία

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

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

Κοινωνικές Δεξιότητες

Σύμφωνα με τους Combs & Slaby (1977) οι κοινωνικές δεξιότητες ορίζονται ως η ικανότητα να αλληλοεπιδράς με τους άλλους σε μια κοινωνική κατάσταση με όρους και αξίες αποδε-

κτούς από την κοινωνία (Hui-Ching, Chih-Hung et al., 2003). Επίσης οι Rinn & Markle (1979) όρισαν τις κοινωνικές δεξιότητες ως λεκτικές και εξωλεκτικές πράξεις που επηρεάζουν την αντίδραση του ατόμου κατά τη διάρκεια μιας κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Hui-Ching, Chih-Hung et al., 2003).

Οι κοινωνικές δεξιότητες είναι οι εξής:

1. εκτέλεση κοινωνικών ρόλων, ο προσδιορισμός, η διατήρηση και ισορρόπηση των ρόλων που αναλαμβάνει κάποιος ή αποκτά μέσα στην κοινωνία (όπως για παράδειγμα ο ρόλος του εργατή, σπουδαστή, γονέα, φίλου),
2. κοινωνική συμπεριφορά, η αλληλεπίδραση των ατόμων μέσα από την χρήση τρόπων συμπεριφοράς, προσωπικού χώρου, βλεμματικής επαφής, χειρονομιών, ενεργητικής ακρόασης και έκφραση εαυτού που είναι κατάλληλη για το εκάστοτε περιβάλλον,
3. διαπροσωπικές δεξιότητες, η χρήση λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας για αλληλεπίδραση σε μια ποικιλία καταστάσεων (δυσάδεια και ομαδική αλληλεπίδραση),
4. πρωτοβουλία, η αρχική σκέψη για την πραγματοποίηση ενός έργου, μιας συζήτησης,
5. αυτοέκφραση, η χρήση ποικίλων τρόπων συμπεριφοράς και δεξιοτήτων για την έκφραση σκέψεων, συναισθημάτων και αναγκών (Σηφάκη, 2001).

Οι κοινωνικές δεξιότητες περιλαμβάνουν λοιπόν συναισθηματικές (εμπλοκή), γνωσιακές (προγραμματισμός, επίλυση προβλήματος), αντιληπτικές (αναζήτηση πληροφοριών, αναγνώριση κοινωνικών σημάτων, ακρόαση δεξιοτήτων, ομιλία δεξιοτήτων) και κινητικές (εξωλεκτική έκφραση, ικανότητα χαιρετισμού, διεκδικητικές δεξιότητες και ενισχυτικές δεξιότητες) περιοχές της λειτουργικότητας ενός ατόμου. Αυτοί οι τομείς στην περίπτωση της χρόνιας διαδρομής μιας σχιζοφρενικής ψύχωσης εμφανίζουν μικρή ή μεγάλη έκπτωση, με αποτέλεσμα ο άρρωστος να είναι ανεπαρκής στους τομείς αυτούς (Μαδιανός, 2005).

Κοινωνική Λειτουργικότητα

Ο όρος κοινωνική λειτουργικότητα αποτελεί ευρύτερο όρο των κοινωνικών δεξιοτήτων και περιλαμβάνει δύο κύρια σημεία αναφοράς: τη δυνατότητα του ατόμου για αυτοφροντίδα και διατήρηση των δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής και τις βασικές και κοινωνικές δεξιότητες που χρειάζεται το άτομο για να τα καταφέρει και να ζήσει αρμονικά στην κοινότητα αυτόνομα και ανεξάρτητα (Saraswat, Rao et al., 2005).

Σύμφωνα με την εργοθεραπευτική κλίμακα αξιολόγησης της κοινωνικής λειτουργικότητας (Social Occupational Functioning Scale), αυτή περιλαμβάνει τις εξής υπο-κατηγορίες: την αυτονομία στο μπάνιο, τη συστηματοποίηση της προσωπικής υγιεινής, την επιλογή κατάλληλων ρούχων, το ντύσιμο και γδύσιμο, σωστές διατροφικές συνήθειες και προετοιμασία κάποιων

απλών γευμάτων, τις δουλειές του σπιτιού, επικοινωνιακές δεξιότητες, κοινωνική συμπεριφορά, διαχείριση χρημάτων, μεταφορές- μετακινήσεις, κοινωνικές δεξιότητες, αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου, εργασία, σεβασμό στην ξένη ιδιοκτησία, κοινωνική δέσμευση και δημιουργία σταθερών σχέσεων, ανεξαρτησία και υπευθυνότητα (Saraswat, Rao et al., 2005).

Προβλήματα Σε Κοινωνικές Δεξιότητες Και Κοινωνική Λειτουργικότητα

Η σχιζοφρένεια επιδρά αρνητικά στην κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου και στη συμμετοχή του στην καθημερινή ζωή (Yilmaz, Josephsson et al., 2008). Πολλές φορές μάλιστα οι ασθενείς φαίνεται πως δεν έχουν επίγνωση των δυσκολιών τους στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων ή δείχνουν ικανοποιημένοι με λίγες κοινωνικές επαφές και περιορισμένη συμμετοχή σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής (Lindstedt, Soderlund et al., 2004).

Επιπροσθέτως ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια συνήθως στερούνται κοινωνικών δεξιοτήτων. Πιο συγκεκριμένα εμφανίζουν μερικά από τα πιο κάτω συμπτώματα: δεν μπορούν αποτελεσματικά να επικοινωνήσουν με τους άλλους ανθρώπους, να επιβεβαιώσουν και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, να κατανοήσουν τα διαπροσωπικά όρια, να κάνουν εύκολα φίλους, συνήθως λύνουν τα προβλήματα τους με ιδιόμορφους τρόπους ή βρίσκουν περιορισμένες λύσεις, είναι δύσκολο για αυτούς να βρίσκουν και να διατηρούν δουλειές οπότε κατά επέκταση αποσύρονται και απομονώνονται από την κοινωνία (Hui-Ching, Chih-Hung et al., 2003). Επίσης έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση η οποία αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην αποτελεσματικότητα των διαπροσωπικών τους σχέσεων και επηρεάζει αρνητικά τις ικανότητες τους να χειρίζονται στρεσογόνες καταστάσεις και να επιλύουν τα προβλήματα τους (Ji-Min, Sukhee et al., 2007).

Έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια στην καθημερινή τους ζωή καταπιάνονται κυρίως με στατικές δραστηριότητες όπως να πίνουν καφέ, να βλέπουν τηλεόραση, να καπνίζουν και να κάθονται ή να ξαπλώνουν με τις ώρες κοιτάζοντας άλλους ανθρώπους ή αντικείμενα. Η πιο συνθιμισμένη δραστηριότητα εκτός σπιτιού είναι να κάνουν σύντομους περιπάτους ή να ψωνίζουν από μαγαζιά της γειτονιάς τους τσιγάρα, αναψυκτικά και άλλα τρόφιμα για προσωπική τους χρήση. Όπως συμπεραίνουμε πολύ ελάχιστα χρόνο φαίνεται να περνούν σε δραστηριότητες που περιλαμβάνουν και άλλους. Από τη στιγμή βέβαια που αυτά τα άτομα δεν συμμετέχουν από μόνα τους σε ομαδικές ή σχεδιασμένες δραστηριότητες χάνουν την ευκαιρία της δέσμευσής τους σε διαφορετικές πιο δυναμικές δραστηριότητες και της εγκαθίδρυσης σημαντικών κοινωνικών σχέσεων με τους άλλους (Yilmaz, Josephsson et al., 2008).

Παράγοντες Που Επηρεάζουν Τις Κοινωνικές Δεξιότητες

A) Ατομικοί παράγοντες : αποτελούν ικανότητες ή δυσκολίες του ίδιου του ατόμου με σχιζοφρένεια , οι οποίες ευνοούν ή αναστέλλουν τις κοινωνικές δεξιότητες.

Οι ικανότητες οι οποίες αποτελούν ευνοϊκούς παράγοντες κοινωνικής αλληλεπίδρασης σε ένα άτομο με σχιζοφρένεια είναι οι εξής: να παίρνει την πρωτοβουλία και να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες, να εκφράζει τις επιθυμίες του, να μπορεί να υπολογίζει τη γνώμη και τις ανάγκες των άλλων, να διαπραγματεύεται και να φτάνει σε συμφωνίες με τους άλλους, να δίνει και να λαμβάνει πληροφορίες για την ολοκλήρωση της δραστηριότητας και να συμμορφώνεται με τις κοινωνικές απαιτήσεις (Yilmaz, Josephsson et al., 2008). Η αυτοεκτίμηση επίσης είναι πολύ σημαντικός παράγοντας στην αποτροπή των εξάρσεων και στην εγγύηση της μακρόχρονης επιτυχίας στην αποκατάσταση (Ji-Min, Sukhee et al., 2007). Ακόμη τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας συνδέονται με υψηλή κοινωνική λειτουργικότητα (Saraswat, Rao et al., 2005)

Από την άλλη πλευρά υπάρχουν αρκετές δυσκολίες που μπορεί να εμφανίσει ένα άτομο με σχιζοφρένεια που δυσχαιρένουν πολύ την κοινωνική του αλληλεπίδραση και οι οποίες είναι οι εξής: η εξάρτηση του από τους άλλους για το ξεκίνημα και την ολοκλήρωση δραστηριοτήτων, δυσκολίες στην έκφραση των επιθυμιών του, δυσκολίες στο ξεκίνημα μιας αλληλεπίδρασης, να εκτελεί δραστηριότητες μόνο κατά απαίτηση των άλλων χωρίς καμιά δική του πρωτοβουλία, περιορισμένη κατανόηση στις προσδοκίες των άλλων και τέλος να αφήνουν την ευθύνη της δραστηριότητας στους άλλους (Yilmaz, Josephsson et al., 2008). Αυτές οι μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες έχουν πολύ στενή σχέση με τις επαναλαμβανόμενες εξάρσεις της ασθένειας και τις εισαγωγές στο ψυχιατρείο και αποτελούν πολύ σημαντικό προγνωστικό παράγοντα εκπτώτικης πορείας (Ji-Min, Sukhee et al., 2007). Ακόμη έχει παρατηρηθεί ότι τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας καθώς και το ξεκίνημα της ασθένειας σε νεαρή ηλικία συνδέονται γενικά με χαμηλότερη κοινωνική λειτουργικότητα (Saraswat, Rao et al., 2005).

B) Εξωτερικοί παράγοντες : είναι οι παράγοντες εκείνοι που δεν κρίνονται από το άτομο αλλά από το φυσικό, κοινωνικό και θεσμικό περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσει την ασθένειά του.

Έρευνες δείχνουν ότι όταν η δραστηριότητα που εκτελείται από το άτομο με σχιζοφρένεια έχει σημασία για αυτό και του παρέχει χαρά και ευχαρίστηση αποτελεί ευνοϊκό παράγοντα ανάπτυξης κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Yilmaz, Josephsson et al., 2008). Μάλιστα ένας καλός δείκτης του νοήματος που η δραστηριότητα αποκτά για το άτομο είναι το πόσο κοντά είναι αυτή στα ενδιαφέροντα του και τις αξίες του (Yilmaz, Josephsson et al., 2008).

Ένας άλλος ευνοϊκός παράγοντας για τις κοινωνικές δεξιότητες αυτών των ατόμων είναι η ύπαρξη και η διαθεσιμότητα υποστηρικτικών και εμπιστευτικών κοινωνικών περιβαλλόντων, σχέ-

σεων και δικτύων (οικογενειακών, φιλικών, πολιτειακών) (Yilmaz, Josephsson et al., 2008). Η συνεργασία με ειδικούς και με τα οικεία τους άτομα βοηθά πολύ αυτά τα άτομα στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και ενισχύει την αυτοεκτίμηση τους. Είναι πολύ σημαντικό να μπορείς να ιδωθείς, να ακουστείς και να είσαι σεβαστός ως μέλος ενός κοινωνικού συνόλου που μπορεί να συνεισφέρει στην αποκατάστασή σου. Άλλωστε ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως ξένο σε ένα εχθρικό περιβάλλον μπορεί να μειωθεί αν γίνουν αποδεκτοί για αυτό που είναι. Η κοινωνική βέβαια υποστήριξη πρέπει πάντα να συμβαδίζει με το αντίστοιχο κάθε φορά στάδιο της σχιζοφρένειας το οποίο διανύει ο εκάστοτε ασθενής (Yilmaz, Josephsson et al., 2008).

Ακόμη φαίνεται ότι οι δραστηριότητες εκτός σπιτιού τους παρακινούν περισσότερο σε αντίθεση με αυτές που επιτελούνται εντός σπιτιού. Ενδεχομένως αυτό να οφείλεται στην αίσθηση αυτονομίας που τους παρέχει το εξωτερικό περιβάλλον και στην ευκαιρία ενίσχυσης της ταυτότητάς τους. Άλλωστε πολλές φορές έχει βρεθεί ότι άτομα με σοβαρές ψυχικές αρρώστιες εντός σπιτιού «διογκώνουν» τα συμπτώματά τους για να εξασφαλίσουν την προσοχή και τη φροντίδα των άλλων. Γενικά ερεθίσματα και εμπειρίες από διαφορετικά περιβάλλοντα είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη της συμμετοχής και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης με τους άλλους όπως αυτά αντιμετωπίζονται στην καθημερινή ζωή (Yilmaz, Josephsson et al., 2008).

Εκπαίδευση Σε Κοινωνικές Δεξιότητες

Είναι πολύ σημαντική η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες για τα άτομα με σχιζοφρένεια καθώς ενθαρρύνει την ανθρώπινη αλληλεπίδραση και αναμένεται να βελτιώσει τις κοινωνικές δεξιότητες του ασθενή (Hui-Ching, Chih-Hung et al., 2003). Απώτερος σκοπός είναι η απόκτηση κοινωνικών συναναστροφών και φιλικών σχέσεων μέσω της συμμετοχής τους σε ομαδικές δραστηριότητες χτίζοντας σχέσεις ουσιαστικές και με νόημα (Yilmaz, Josephsson et al., 2008).

Η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες περιλαμβάνει εκπαίδευση στη συνομιλία, διεκδικητικότητα, επίλυση προβλήματος, διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής, ανεξάρτητη διαβίωση (αυτοφροντίδα), δημιουργία φίλων, διαχείριση στρεσογόνων καταστάσεων και επαγγελματικές δεξιότητες (Ji-Min, Sukhee et al., 2007).

Η συνομιλία είναι ένας τρόπος επικοινωνίας μεταξύ μας και είναι λεκτική και εξωλεκτική. Η συνομιλία ξεκινά με το χαιρετισμό περιλαμβάνει μια σειρά από διαλόγους, ερωτήσεις και απαντήσεις μέχρι το κλείσιμο της (Hui-Ching, Chih-Hung et al., 2003). Πιο συγκεκριμένα όσον αφορά τη συνομιλία η εκπαίδευση επικεντρώνεται στον τρόπο έκφρασης της εξωλεκτικής συμπεριφοράς (βλεμματική επαφή, εκφράσεις προσώπου, στάση σώματος, χειρονομίες, κινήσεις σώματος, σω-

ματικές αποστάσεις), της λεκτικής συμπεριφοράς (τόνος φωνής, ύψος φωνής, χροιά φωνής και ρυθμός ομιλίας), και στο περιεχόμενο της συζήτησης (έναρξη συζήτησης, ενεργητική ακρόαση, χρήση κατάλληλου λεξιλογίου, διατήρηση συζήτησης κάνοντας ερωτήσεις, δίνοντας πραγματικές πληροφορίες ή εκφράζοντας τα συναισθήματα μας, παραμονή στο θέμα συζήτησης που έχουμε ανοίξει, τι κάνουμε αν κάποιος δώσει μια απάντηση εκτός θέματος και λήξη συζήτησης) (Ji-Min, Sukhee et al., 2007).

Ο Alberti & Emmons (1974) περιγράφουν τη διεκδικητικότητα ως την συμπεριφορά που έχει κάποιος όταν εκφράζει ανοιχτά τις ιδέες του και τη γνώμη του (Hui-Ching, Chih-Hung et al., 2003). Όσον αφορά την διεκδικητική συμπεριφορά το πρόγραμμα περιλαμβάνει την έκφραση επιθυμιών, την άρνηση σε αδικαιολόγητες απαιτήσεις των άλλων, την έκφραση παραπόνων, την απάντηση σε παράπονα των άλλων, την έκφραση δυσάρεστων, επιθετικών ή θετικών συναισθημάτων και διαθέσεων, την αποδοχή αλλά και την έκφραση φιλοφρονήσεων, τη διαπραγμάτευση και το συμβιβασμό, τη διαφωνία με τη γνώμη κάποιου χωρίς αψιμαχίες, την απάντηση σε ψευδείς κατηγορίες, την άρνηση του αηκόδι ή του τσιγάρου, την δημιουργία ερωτήσεων για την εύρεση πληροφοριών, την έκφραση αποηγοιών, την έκφραση στους άλλους των φόβων μας, και τη ζήτηση βοήθειας από τους άλλους (Ji-Min, Sukhee et al., 2007).

Οι μέθοδοι εκπαίδευσης των κοινωνικών δεξιοτήτων είναι η επεξεργασία, η παρουσίαση, το παιχνίδι ρόλων, η ανατροφοδότηση και η κοινωνική βελτίωση και άσκηση για το σπίτι. Ο θεραπευτής αναπτύσσει απλές καταστάσεις και επεξηγεί το πρόβλημα που ίσως αντιμετωπίσουμε καθώς και τη δεξιότητα που θα πρέπει να αναπτύξουμε. Η εκπαίδευση χρησιμοποιεί οπτικοακουστικά μέσα ή έναν πίνακα ώστε να αναπτυχθεί ο προφορικός λόγος αλλά και να βοηθήσουμε τους ασθενείς να δουν στην πράξη και να μάθουν. Η παρουσίαση έχει σα στόχο να δείξει στον ασθενή την κατάλληλη αντίδραση σε κάθε κατάσταση και να προωθήσει την αρμόζουσα συμπεριφορά. Στην αρχή λοιπόν ο θεραπευτής επεξηγεί και απλοποιεί την κατάσταση, στην συνέχεια οι ασθενείς καλούνται να την διαδραματίσουν και έτσι λαμβάνουν ανατροφοδότηση. Η ανατροφοδότηση πρέπει να είναι συγκεκριμένη, θετική, να ενθαρρύνει το άτομο να επαναλάβει την πράξη και να δίνεται αμέσως μετά το παιχνίδι ρόλων. Ανεξάρτητα του πόσο καλά τα πηγαίνει ένας ασθενής στην αλληλεπίδραση του με την ομάδα, ο ασθενής πρέπει να εξασκείται στις κοινωνικές δεξιότητες του ώστε αυθόρμητα να τις εφαρμόσει και στην καθημερινή του ζωή (Hui-Ching, Chih-Hung et al., 2003).

Τα μοντέλα που συνήθως χρησιμοποιούνται για να εκπαιδεύσουν αυτές τις δεξιότητες είναι το μοντέλο της βασικής εκπαίδευσης, το μοντέλο εκπαίδευσης στην επίλυση προβλήματος και το μοντέλο εκπαίδευσης στην επικέντρωση της προσο-

χής (Ji-Min, Sukhee et al., 2007).

Το μοντέλο της βασικής εκπαίδευσης είναι βασισμένο στη θεωρία εκμάθησης των κοινωνικών δεξιοτήτων. Είναι το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο δεδομένου ότι χρησιμοποιείται και σαν θεμελιώδης και πρωταρχική εκπαίδευση για όλα τα μοντέλα εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες. Ωστόσο έχει βρεθεί ότι αν εφαρμοστεί μόνο του αυτό το μοντέλο οι ασθενείς αδυνατούν να εφαρμόσουν στην καθημερινή τους ζωή αυτά που μαθαίνουν και αυτό σχετίζεται με το γεγονός ότι στερούνται ικανοτήτων επίλυσης προβλημάτων (Ji-Min, Sukhee et al., 2007).

Το μοντέλο εκπαίδευσης στην επίλυση προβλήματος επικεντρώνεται στην εύρεση συγκεκριμένης κατάστασης, στην εύρεση εναλλακτικών, στην επιλογή των θετικών επιλογών και τέλος στη χρήση της τελικής επιλογής. Το μοντέλο αυτό φαίνεται πως βοηθά αρκετά τους ασθενείς στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων αλλά και στην εφαρμογή τους στην καθημερινή ζωή, Ωστόσο δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς που έχουν μειωμένες γνωστικές ικανότητες (Ji-Min, Sukhee et al., 2007).

Σε αυτούς τους ασθενείς χρησιμοποιείται κυρίως το μοντέλο εκπαίδευσης στην επικέντρωση της προσοχής το οποίο όμως από ότι φαίνεται βελτιώνει μεν τα επίπεδα προσοχής αλλά από την άλλη δεν τα καταφέρνει στην βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων αλλά και ούτε στη διατήρηση των αποτελεσμάτων του (Ji-Min, Sukhee et al., 2007).

Από την άλλη πλευρά επειδή τα μοντέλα προσφέρουν συγκεκριμένη γνώση και απευθύνονται σε περιορισμένο το καθένα πληθυσμό έχουν σχεδιαστεί κάποια προγράμματα που αποτελούνται από αλληλεπιδρώντες δομημένες φάσεις καλύπτοντας έτσι μια ευρύτερη γκάμα συμπεριφορών και δεξιοτήτων προσρμοσμένες στα μέτρα όλων των ασθενών καθώς είναι χωρισμένα και κατά στάδια.

Οι Falloon και συν. σχεδίασαν ένα πρόγραμμα το οποίο εστιάζει σε πέντε τομείς: 1) την επίλυση ενός προβλήματος, 2) την έκφραση θετικών συναισθημάτων σε ένα πρόσωπο που προσφέρει ευχαρίστηση, 3) την έκφραση αρνητικών συναισθημάτων σε μια δυσάρεστη κατάσταση και την πιθανότητα πρόληψης της, 4) την έκφραση θετικών αιτημάτων και 5) την ενεργητική ακρόαση (Μαδιανός, 2005).

Οι Hogarty και συν. ανέπτυξαν ένα πρότυπο πρόγραμμα δομημένο στις εξής φάσεις: 1) σταθεροποίηση και εκτίμηση, 2) κοινωνική πρακτική μέσα στην οικογένεια, 3) κοινωνικές αντιληπτικές δεξιότητες μέσα στην οικογένεια, 4) εξωοικογενειακές σχέσεις και 5) συντήρηση (Μαδιανός, 2005).

Τέλος το έργο του Liberman και των συν. αποτελείται από επίσης αλληλεπιδρώντες φάσεις, οι οποίες είναι οι εξής: εισαγωγή στον τομέα της μάθησης των δεξιοτήτων, μίμηση δεξιοτήτων με βίντεο, πρόβες και ασκήσεις δεξιοτήτων, μάθηση επίλυσης προβλημάτων, μίμηση δεξιοτήτων με βίντεο, ασκήσεις in vivo, ασκήσεις στο

σπίτι και αναμνηστικές συνεδρίες (Μαδιανός, 2005).

Τα ευρήματα δείχνουν ότι από τη στιγμή που οι ασθενείς θα μάθουν να επικοινωνούν σωστά και να ανταποκρίνονται στις διαπροσωπικές καταστάσεις θα λάβουν θετικές συμπεριφορές και από τους άλλους. Αυτό βέβαια θα αυξήσει την εμπιστοσύνη στις διαπροσωπικές σχέσεις, θα μειώσει το άγχος και θα οδηγήσει σε βελτιωμένες δεξιότητες διαπροσωπικών σχέσεων (Ji-Min, Sukhee et al., 2007). Σύμφωνα με τον Kielhofner (2008) ένα βασικό στοιχείο στην αλληλαγία είναι κάποια μεταβολή στις εσωτερικές ή εξωτερικές περιστάσεις, η οποία πρέπει να έχει χρονική συνέχεια και ότι μόνο μέσω της επανάληψης αρχίζει η αλλη-

γή (Yilmaz, Josephsson et al., 2008).

Περιορισμοί Στην Εκπαίδευση Των Κοινωνικών Δεξιοτήτων

Όπως είναι φυσικό ορισμένες φορές είναι δυνατόν να παρατηρούνται ορισμένοι περιορισμοί στην εκπαιδευτική διαδικασία ιδιαιτέρως όταν, : το άτομο είναι σοβαρά διαταραγμένο από ψυχοπαθολογική άποψη, το άτομο δεν έχει κίνητρα, το άτομο δεν αντέχει την εκπαιδευτική διαδικασία, ο θεραπευτής δεν είναι κατάλληλα καταρτισμένος, το περιβάλλον δε βοηθά ή το άτομο βρίσκεται σε φάση που λαμβάνει πολύ ισχυρή φαρμακευτική αγωγή (Μαδιανός, 2005).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Association (2004). Διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV-TRTM. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Ζερβός, Χ. (2001). Ψυχοπαθολογία του ενήλικα. Αθήνα: Ηλεκτρονικές Τέχνες.

Hui-Ching, C., Chih-Hung, K. et al. (2003). Effects of social skills training on improving social skills of patients with schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing, 5, 228-236.

Ji-Min, S., Sukhee, A. et al. (2007). Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self-esteem of inpatients with chronic schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing, 21, 317-326.

Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (2000). Ψυχιατρική. Τόμος Β, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Lindstedt, H., Soderlund, A. et al. (2004). Mentally disordered offenders' abilities in occupational performance and social participation. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 11, 118-127.

Μαδιανός, Μ. (2005). Ψυχιατρική και Αποκατάσταση. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Muesser, K. & McGurk, S. (2004). Schizophrenia seminar. Lancet, 363, 2063-72. Available on <http://www.sciencedirect.com>.

Ραμπαβίλλας, Α.Δ & Χριστοδούλου, Γ.Ν. Σχιζοφρένεια. Στο: Χριστοδούλου, Γ.Ν., Ραμπαβίλλας, Α.Δ., Σολδάτος, Κ.Ρ., Αλεβίζος, Β.Η. & Κονταξάκης, Β.Π. (2003). Ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Saraswat, N., Rao, K. et al. (2005). The social Occupational Functioning Scale (SOFs): a brief measure of functional status in persons with schizophrenia. Schizophrenia Research, 81, 301-309.

Σηφάκη, Μ. (2001). Ανάπτυξη και Εργοθεραπεία [πανεπιστημιακές σημειώσεις]. ΤΕΙ Αθίνas, Τμήμα Εργοθεραπείας, Χειμερινό εξάμηνο 2006-2007. Αθήνα.

Yilmaz, M., Josephsson, S. et al. (2008). Participation by doing: social interaction in everyday activities among persons with schizophrenia. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 1, 1-11.

Χριστοδούλου, Γ.Ν. & Συνεργάτες. (2000). Ψυχιατρική. Α' & Β' τόμος, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών: Εκδόσεις Βήτα.