



UNIVERSITY  
OF IOANNINA

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**Πτυχιακή Εργασία:**  
**«Σχιζοφρένεια: Διαταραχές Λόγου και**  
**Επικοινωνίας»**

Φοιτήτριες:

Μακατσέλου Χριστίνα (Α.Μ. 17643)

Μαυρίδου Μυρτώ Χριστίνα (Α.Μ. 17639)

Τσόκανη Ερμιόνη (Α.Μ. 17627)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Σιαφάκα Βασιλική

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:**

**ΜΑΚΑΤΣΕΛΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ**

**ΜΑΥΡΙΔΟΥ ΜΥΡΤΩ-ΧΡΙΣΤΙΝΑ**

**ΤΣΟΚΑΝΗ ΕΡΜΙΟΝΗ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΙΑΦΑΚΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**

**UNIVERSITY OF IOANNINA**  
**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  
**SPEECH AND LANGUAGE THERAPY DEPARTMENT**

**SUBJECT OF DISSERTATION**  
**SCHIZOPHRENIA: SPEECH AND COMMUNICATION DISORDERS**

**STUDENTS:**

**MAKATSELOU CHRISTINA**  
**MAVRIDOU MYRTO CHRISTINA**  
**TSOKANI ERMIONI**

**SUPERVISOR: SIAFAKA VASILIKI**

© Μακατσέλου Χριστίνα, Μαυρίδου Μυρτώ Χριστίνα, Τσόκανη Ερμιόνη, 2020.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

## Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνουμε υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μας ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Μακατσέλου Χριστίνα

Μαυρίδου Μυρτώ Χριστίνα

Τσόκανη Ερμιόνη

Υπογραφές

## Ευχαριστίες

Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε εκ βαθέων την κυρία Σιαφάκα Βασιλική, επιβλέπουσα καθηγήτρια της εργασίας μας, για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή της καθ' όλη τη συγγραφή της παρούσας πτυχιακής εργασίας, καθώς και όλους όσους μας στήριξαν στο έργο αυτό. Ένα ειλικρινές ευχαριστώ και στους γονείς μας για όλα όσα μας προσέφεραν, αλλά και για την υποστήριξή τους όλα αυτά τα χρόνια.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται τη νόσο της σχιζοφρένειας και τις επικοινωνιακές διαταραχές που παρουσιάζονται. Αρχικά, αναλύεται ο όρος της σχιζοφρένειας, στη συνέχεια, μια ιστορική ανασκόπηση της νόσου και έπειτα, παρουσιάζονται τα διαγνωστικά κριτήρια. Παράλληλα, γίνεται σύγκριση του DSM –IV-TR και του DSM-5. Στη συνέχεια, προσδιορίζονται οι υπότυποι της σχιζοφρένειας και αναλύεται η κλινική εικόνα και συμπτωματολογία. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις διαταραχές του λόγου, τόσο σε λεκτικό, όσο και σε μη λεκτικό επίπεδο με διεξοδική ανάλυση του γλωσσικού συστήματος στους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Ακόμη, εξετάζεται η ψυχοκινητικότητα των ασθενών και οι γνωστικές τους λειτουργίες μία προς μία, ενώ γίνεται μια προσέγγιση των παραγόντων, που παίζουν ρόλο στην εκδήλωση της νόσου. Αναφέρονται στοιχεία σχετικά με τη συννοσηρότητα της σχιζοφρένειας με άλλες διαταραχές, αλλά και την διαφοροδιάγνωσή της. Στο τελευταίο μέρος, αναφέρεται αναλυτικά η πορεία και η πρόγνωση των ασθενών με σχιζοφρένεια και έπεται η εκτενής αναφορά της θεραπείας της ασθένειας. Εν κατακλείδι, γίνεται λόγος για τον πολύτιμο ρόλο, που διαδραματίζει η οικογένεια αυτών των ανθρώπων καθ' όλη την πορεία της νόσου.

**Λέξεις Κλειδιά:** σχιζοφρένεια, διαταραχές λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας, γνωστικές διαταραχές, θεραπεία

## ABSTRACT

This dissertation refers to schizophrenia, a serious mental disorder, and specifically to common communication deficits and abnormalities that occur. In the first place, the term of schizophrenia is explained. Then, the historical background of the disorder and also the diagnostic criteria are being presented. At the same time, a comparison between DSM-IV-TR and DSM-5 is made. Furthermore, the subtypes of schizophrenia, the clinical picture and the symptoms of this disorder are presented. Particular emphasis is placed on speech disorders at the verbal, as well as, on the non-verbal level but also on the language system of these people. Psychomotricity, cognitive functions and factors that may cause schizophrenia are also examined one by one. Data on the comorbidity and differential diagnosis of schizophrenia are reported. In the last part, the prognosis of patients with schizophrenia and the field of treatment are mentioned in detail. In conclusion, the supportive role of patients' families throughout the course of the disease is pointed out.

**Key Words:** schizophrenia, deficits of verbal and non-verbal communication, cognitive disorders, treatment



# Περιεχόμενα

Ευχαριστίες .....	vi
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>viii</b>
<b>Λίστα Πινάκων .....</b>	<b>xiv</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>xv</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο .....</b>	<b>1</b>
<b>Σχιζοφρένεια και Διαταραχές Επικοινωνίας .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Ορισμός σχιζοφρένειας .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Ιστορική Αναδρομή .....</b>	<b>2</b>
<b>1.3 Διάγνωση Σχιζοφρένειας .....</b>	<b>7</b>
<b>1.3.1 Εισαγωγή στα Διαγνωστικά Κριτήρια .....</b>	<b>7</b>
<b>1.3.2 Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV-TR.....</b>	<b>8</b>
<b>1.3.3 Σύγκριση Διαγνωστικών Κριτηρίων Σχιζοφρένειας σε DSM-IV και DSM-5 .....</b>	<b>10</b>
<b>1.4 Υπότυποι Σχιζοφρένειας.....</b>	<b>11</b>
<b>1.4.1 Παρανοειδής Τύπος.....</b>	<b>12</b>
<b>1.4.2 Αποδιοργανωμένος / Ηβηφρενικός Τύπος.....</b>	<b>13</b>
<b>1.4.3 Κατατονικός Τύπος.....</b>	<b>14</b>
<b>1.4.4 Αδιαφοροποίητος Τύπος .....</b>	<b>16</b>
<b>1.4.5 Υπολειμματικός Τύπος.....</b>	<b>16</b>
<b>1.5 Κλινική Εικόνα και Συμπτωματολογία.....</b>	<b>17</b>
<b>1.5.1 Χαρακτηριστικά Συμπτώματα Σχιζοφρένειας.....</b>	<b>17</b>
<b>1.5.1.2 Θετικά ή Παραγωγικά Συμπτώματα .....</b>	<b>18</b>
<b>1.6 Σχιζοφρένεια Και Λόγος: Μια Γενική Εικόνα .....</b>	<b>32</b>
<b>1.6.1 Η Χρήση Του Γλωσσικού Συστήματος Στους Ασθενείς Με Σχιζοφρένεια.....</b>	<b>34</b>
<b>1.7 Διαταραχές Μη Λεκτικής Επικοινωνίας.....</b>	<b>45</b>
<b>1.7.1 Εκφραστικότητα προσώπου .....</b>	<b>46</b>

1.7.2 Βλεμματική επαφή .....	47
1.7.3 Εμφάνιση .....	47
1.7.4 Διαταραχές της ψυχοκινητικότητας .....	48
1.7.5 Διαταραχές συμπεριφοράς .....	51
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup></b> .....	52
<b>Νοητικές και Γνωστικές Λειτουργίες στη Σχιζοφρένεια</b> .....	52
2.1 Νοημοσύνη .....	53
2.2 Προσοχή .....	54
2.3 Αντίληψη.....	55
2.4 Μνήμη .....	55
2.5 Εκτελεστικές Λειτουργίες .....	57
2.6 Επίλυση Προβλημάτων .....	58
2.7 Συναίσθημα.....	59
2.8 Θεωρία του Νου .....	60
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup></b> .....	61
<b>Αιτιολογία</b> .....	61
3.1 Γενετικοί Παράγοντες.....	61
3.2 Μελέτες Υιοθεσίας.....	62
3.3 Προγεννητικοί και Περιγεννητικοί Παράγοντες.....	62
3.4 Η Υπόθεση της Ντοπαμίνης .....	64
3.5 Κοινωνικο-Πολιτισμικοί Παράγοντες.....	65
3.6 Ψυχολογικοί Παράγοντες.....	65
3.6.1 Θεωρία Διπλού Δεσμού.....	66
3.6.2 Πρότυπο Στρες-Ευπάθεια .....	66
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup></b> .....	68
<b>Νευροαπεικονιστικά δεδομένα</b> .....	68
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup></b> .....	70
<b>Συχνότητα και Επιδημιολογία</b> .....	70

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°</b> .....	72
<b>Συννοσηρότητα Σχιζοφρένειας</b> .....	72
6.1 Συννοσηρότητα με Κατάθλιψη .....	72
6.2 Συννοσηρότητα με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΔ).....	73
6.3 Συννοσηρότητα με Asperger .....	77
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°</b> .....	80
<b>Διαφοροδιάγνωση Σχιζοφρένειας</b> .....	80
7.1 Διαφοροδιάγνωση από Κατάθλιψη .....	80
7.2 Διαφοροδιάγνωση από Asperger .....	81
7.3 Διαφοροδιάγνωση από Διπολική Διαταραχή .....	82
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8°</b> .....	83
<b>Υποτροπή και προστατευτικοί παράγοντες</b> .....	83
8.1 Παράγοντες Υποτροπής.....	83
8.2 Πρόληψη Της Υποτροπής .....	85
8.3 Προστατευτικοί Παράγοντες.....	86
8.4 Παράγοντες Επικινδυνότητας .....	87
8.4.1 Κληρονομικότητα .....	87
8.4.2 Προγεννητική έκθεση του ατόμου σε λοίμωξη.....	88
8.4.3 Άλλοι Προγεννητικοί παράγοντες.....	88
8.4.4 Τόπος και εποχή γέννησης .....	89
8.4.5 Προχωρημένη Ηλικία γονέων .....	90
8.5 Μοντέλο Στρεσογόνου Προδιάθεσης.....	90
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9°</b> .....	92
<b>Πορεία και Πρόγνωση</b> .....	92
9.1 Πορεία.....	92
9.2 Πρόγνωση .....	93
9.3 Αιτίες Θνησιμότητας.....	94
9.3.1 Κάπνισμα.....	95

9.3.2 Καρδιαγγειακές Παθήσεις .....	96
9.3.3 Καρκίνοι .....	96
9.3.4 Παρενέργειες Φαρμάκων .....	97
9.3.5 Αυτοκτονία .....	97
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup></b> .....	<b>99</b>
<b>Θεραπεία</b> .....	<b>99</b>
10.1 Ιστορική Αναδρομή .....	99
10.2 Θεραπευτικοί στόχοι στη σχιζοφρένεια.....	101
10.2.1 Αντιμετώπιση θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων.....	101
10.2.2 Αντιμετώπιση νευρογνωστικών και κοινωνικογνωστικών ελλειμμάτων.....	101
10.2.3 Βελτίωση Κοινωνικής Λειτουργικότητας .....	102
10.2.4 Βελτίωση Μεταγνωσιακής Ικανότητας.....	103
10.2.5 Ανθεκτική Σχιζοφρένεια .....	103
10.3 Ρόλος Διεπιστημονικής Ομάδας .....	104
10.4 Γνωστική ή Γνωσιακή Αναδόμηση .....	105
10.4.1 Ιστορική Αναδρομή.....	105
10.4.2 Μέθοδος.....	106
10.5 Δυσκολίες στη θεραπεία .....	107
10.5.1 Παροχή Κινήτρου.....	108
10.6 Φαρμακοθεραπεία .....	109
10.6.1 Τοπικά και Άτυπα Αντιψυχωτικά .....	109
10.6.2 Τρίτης Γενιάς Αντιψυχωτικά.....	110
10.7 Ψυχοθεραπεία.....	111
10.7.1 Γνωστική Συμπεριφοριστική Θεραπεία (ΓΣΘ).....	111
10.7.2 Θεραπεία Αποδοχής και Αποδέσμευσης - ACT.....	113
10.7.3 Θεραπεία Εικονικής Πραγματικότητας .....	114
10.8 Δημιουργική Θεραπεία .....	115
10.8.1 Μουσικοθεραπεία.....	116

<b>10.9 Ρόλος της Οικογένειας.....</b>	<b>117</b>
<b>10.9.1 Διπλά Μηνύματα.....</b>	<b>118</b>
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>122</b>

## Λίστα Πινάκων

Πίνακας 1: Διαγνωστικά Κριτήρια Σχιζοφρένειας με βάση το DSM-IV-TR.....	9
Πίνακας 2: Παράγοντες Υποτροπής στη σχιζοφρένεια.....	83

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένεια είναι μία σοβαρή και χρόνια ψυχωτική διαταραχή. Με τον όρο «ψυχωτική», εννοείται η αδυναμία του ατόμου με σχιζοφρένεια να διακρίνει το πραγματικό από το μη πραγματικό. Χαρακτηρίζεται από μία σειρά συμπτωμάτων, όπως ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, αποδιοργανωμένη ομιλία ή συμπεριφορά και μειωμένη γνωστική ικανότητα. Κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμά της αποτελούν, επίσης, οι διαταραχές της σκέψης.

Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου αφορά κατά κανόνα το 1% του γενικού πληθυσμού, ωστόσο έχει σημαντικές κοινωνικοοικονομικές συνέπειες. Η πρόωμη έναρξη της νόσου, καθώς και η χρόνια πορεία της την καθιστούν δύσκολα διαχειρίσιμη τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τις οικογένειές τους. Τα ελλείμματα που προκύπτουν από τη νόσο αυτή, συχνά είναι απόρροια των αρνητικών συμπτωμάτων που εμφανίζονται, καθώς και των γνωστικών ελλειμμάτων, όπως λόγου χάρη διαταραχές στην προσοχή, στην μνήμη εργασίας ή στην εκτελεστική λειτουργία. Επιπλέον, είναι πιθανή η εμφάνιση υποτροπής, εξαιτίας των θετικών συμπτωμάτων που είναι εμφανή στη νόσο, όπως πχ. οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες.

Η κατανόηση της αιτίας και της παθογένειας της νόσου εξακολουθεί να αποτελεί μια πρόκληση, λόγω της πολυπλοκότητάς της. Όπως σε όλες τις ασθένειες, ψυχικές και μη, η έγκαιρη διάγνωση κρίνεται ζωτικής σημασίας και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την έκβαση και την πορεία της νόσου, αλλά και για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Η ύπαρξη όμως προ-ψυχωτικών συμπτωμάτων που δεν οδηγούν πάντοτε σε σχιζοφρένεια, δυσκολεύουν την έγκαιρη διάγνωση.

Στα επόμενα κεφάλαια αναλύονται όλες οι σημαντικές πληροφορίες γύρω από την νόσο της σχιζοφρένειας, ενώ ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στις επικοινωνιακές διαταραχές που συναντώνται σε αυτήν.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

## Σχιζοφρένεια και Διαταραχές Επικοινωνίας

---

### 1.1 Ορισμός σχιζοφρένειας

Ο όρος σχιζοφρένεια χρησιμοποιήθηκε αρχικά το 1911 από τον Ελβετό ψυχίατρο Eugen Bleuler, προκειμένου να περιγράψει την πάθηση, την οποία προηγουμένως ο Γερμανός ψυχίατρος Emil Kraepelin είχε προσδιορίσει ως dementia praecox ή αλλιώς «πρόωρη άνοια». Ο όρος αποτελείται από τα συνθετικά «σχιζο» (εκ του «σχίζω», δηλαδή κατακερματισμένος ή χωρισμένος στα δύο) και «φρένεια» (εκ του «φρηνη», δηλαδή νους), καθώς σε αυτή την πάθηση τα άτομα δυσκολεύονται να σκεφτούν με διαύγεια και να νιώσουν φυσιολογικά συναισθήματα (Andreasen & Black, 2015). Έτσι, ο διχασμός στη σχιζοφρένεια συνεπάγεται με διχασμό ή αποκοπή από την πραγματικότητα, σε αντίθεση με κάποιες αντιλήψεις, οι οποίες συγχέουν την σχιζοφρένεια με την Διαταραχή Πολλαπλής Προσωπικότητας (Getzfeld A. , 2009).

Σύμφωνα με τον ορισμό των Schacter, Gilbert & Wegner (2012) « Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από την έντονη αποδιοργάνωση των βασικών ψυχικών διεργασιών, την στρεβλή αντίληψη της πραγματικότητας, το αλλοιωμένο ή αμβλυμένο συναίσθημα, και διαταραχή στη σκέψη, την κινητοποίηση και τη συμπεριφορά». (σελ.692) (Schacter, Gilbert, & Wegner, 2012). Επιπροσθέτως, η βούληση, η ψυχοκινητικότητα, οι γνωστικές λειτουργίες, όπως και η κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και οι διαπροσωπικές σχέσεις επηρεάζονται αρνητικά σε μεγάλο βαθμό (Sadock & Sadock, 2007).

Η σχιζοφρένεια (τεχνικά αναφέρονται ως Σχιζοφρενικές Διαταραχές) είναι από τις πιο σοβαρές ψυχικές νόσους και προσβάλλει από 0.5 έως 1.5% του πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών (Getzfeld A. , 2009). Η σχιζοφρένεια προσβάλλει ανθρώπους ανεξαρτήτως φυλής ή κοινωνικών στρωμάτων. Ωστόσο, σύμφωνα με το APA (2000, σελ. 313) έχουν παρατηρηθεί κάποιοι παράγοντες, που συμβάλλουν στην εκδήλωση της νόσου:

- Είναι άγαμος
- Προέρχεται από δυτική ή βιομηχανοποιημένη κοινωνία
- Προέρχεται από χαμηλή κοινωνικο - οικονομική τάξη
- Ζει σε αστικό περιβάλλον
- Είχε προβλήματα κατά την εμβρυϊκή ανάπτυξη
- Γεννήθηκε τους χειμερινούς μήνες



- Έχει βιώσει πρόσφατα κάποιο σοβαρό ψυχοπιεστικό γεγονός

Αναφορικά με την ηλικία εμφάνισης της σχιζοφρένειας, πολλές λανθασμένες θεωρίες υποστηρίζουν, ότι πλήττει μόνο τους ηλικιωμένους. Ωστόσο, η όψιμη εφηβεία και η πρόωμη ενήλικη ζωή (γύρω στα 30) φαίνεται να αποτελούν τις βασικές ηλικίες έναρξης της διαταραχής. (AmericanPsychiatricAssociation, 2000). Μία δημοφιλής άποψη σήμερα θεωρεί, ότι η σχιζοφρένεια είναι ένας όρος που καλύπτει ένα ευρύ φάσμα κλινικών εικόνων και διαδικασιών, δηλαδή αποτελεί μια ομάδα ή σειρά διαταραχών με διαφορετικές αιτίες. Παρ' όλα αυτά, αν και οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν με αυτή την θεωρία συνεχίζουν να προκύπτουν εσφαλμένες αντιλήψεις, που συναντώνται κυρίως στην ψυχαναλυτική και ψυχοδυναμική βιβλιογραφία. Για παράδειγμα, οι όροι «ψύχωση» και «ψυχωτική διαταραχή» συχνά συγχέονται και παράλληλα χρησιμοποιούνται, προκειμένου να προσδιορίσουν τις σχιζοφρενικές διαταραχές. Στην πραγματικότητα, όμως, δεν είναι όλοι οι ψυχωτικοί σχιζοφρενείς, ούτε όλοι οι σχιζοφρενείς συνεχώς ψυχωτικοί (Perris, 1992).

Συμπερασματικά, καταλήγουμε στην άποψη, που ο Bleuler εξ ορισμού υποστήριζε, δηλαδή στην ετερογένεια ή αλλιώς ποικιλομορφία της σχιζοφρένειας.

## 1.2 Ιστορική Αναδρομή

Οι όροι «ψυχική ασθένεια» και «αποκλίνουσα συμπεριφορά» δεν ήταν κατανοητοί στην αρχαιότητα. Δύο εκατομμύρια χρόνια πριν για πολιτισμούς της **Λίθινης εποχής** κύρια αιτία των ψυχικών νόσων αποτελούσαν τα κακά πνεύματα. Εκτός από τους εξορκισμούς, που τελούνταν συνήθως από ιερείς, εκείνη την εποχή αναπτύχθηκε μια πρόωμη θεραπεία (τρυπανισμός), με σκοπό την απαλλαγή από τα πνεύματα αυτά. Συγκεκριμένα, επρόκειτο για μια χειρουργική επέμβαση, κατά την οποία άνοιγαν τρύπες στο κρανίο με την πεποίθηση, ότι τα κακά πνεύματα θα απομακρύνονταν (Getzfeld A. , 2009). Η εφαρμογή της τεχνικής αυτής συνεχίστηκε μέχρι τον Μεσαίωνα. Σύμφωνα με ιστορικές πηγές, πραγματοποιούνταν παράλληλα με τον τρυπανισμό τελετές εξορκισμού «δαιμονισμένων» (Χαρτοκόλλης, 1991). Συχνή ήταν, επίσης, η μέθοδος της αφαίμαξης, κατά την οποία γίνονταν τομές στις φλέβες του ασθενή, έτσι ώστε να απελευθερωθεί μια μικρή ποσότητα του λεγόμενου «κακού αίματος» (Dr. Cheryl Lane, n.d.). Παρ' όλο που οι τεχνικές αυτές σταμάτησαν να

εκτελούνται, η ιδέα ότι η σχιζοφρένεια αποτελούσε ένα πνευματικό και ηθικό πρόβλημα φαίνεται να κυριάρχησε για εκατοντάδες, αν όχι για χιλιάδες χρόνια (<https://www.mentalhelp.net/schizophrenia/understanding/>).

Στην **Αρχαία Ελλάδα** των ομηρικών επών η αποκλίνουσα συμπεριφορά και οι ψυχικές διαταραχές, αποδίδονταν στην τιμωρία του ήρωα, από τους θεούς μετά από ύβρη που είχε διαπράξει (Dodds, 1996). Οι αρχαίοι Έλληνες δεν θεωρούσαν την αποκλίνουσα συμπεριφορά ως αρρώστια, αλλά ως μια κατάσταση, η οποία είναι δυνατόν να διορθωθεί εάν βρεθεί η βαθύτερη αιτία που την προκαλεί. Έτσι, σύμφωνα με τους αρχαίους, ο ασθενής εισέρχεται στο ναό, όπου υπόκειται σε μία διαδικασία αυτοσυγκέντρωσης και κάθαρσης. Με την διαδικασία του υπνωτισμού, καθώς και με την βοήθεια διουρητικών, καθαρτικών, αφεψημάτων και υπνωτικών έρχεται σε επαφή με τον θεό. Αμέσως μετά, γίνεται ανάλυση των ονείρων και της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή και εξάγονται συμπεράσματα σχετικά με τις αιτίες της νόσου. Αυτή η θεραπεία λάμβανε χώρα στα Ασκληπιεία, δηλαδή κάποια θεραπευτικά κέντρα με τους ιερείς του θεού Ασκληπιού να αποτελούν, τους τότε ψυχιάτρους (Γρίβας, 1985).

Η άποψη για την αποκλίνουσα συμπεριφορά εξελίχθηκε σημαντικά από τον **Ιπποκράτη** (460-377 π.Χ.), τον πατέρα της σύγχρονης Ιατρικής, σύμφωνα με τον Getzfeld (2009, σελ. 16). Ο Ιπποκράτης είχε την πεποίθηση, πως οποιοδήποτε είδος ασθένειας ή παράλογης συμπεριφοράς έχει τις ρίζες του σε βιολογικά αίτια. Αυτός ήταν και ο λόγος, που πρότεινε ξεκούραση, σωστή διατροφή, άσκηση και νηφαλιότητα στους ασθενείς του. Η βασική του θεωρία αποτελούνταν από την εξής φράση «Εάν κανείς φροντίζει το σώμα του, τότε παραμένει και υγιής». Ήταν ο πρώτος, που περιέγραψε τις σημαντικότερες ψυχιατρικές διαταραχές, τις φρενίτιδες, τις οποίες και ονόμασε ως υστερία, μελαγχολία, μανία, άνοια και παράνοια, όροι που μέχρι και σήμερα είναι παγκοσμίως γνωστοί. Επιπλέον υποστήριξε, πως οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές προέρχονται από κάποια ανώμαλη έκκριση, σύσταση ή θερμοκρασία των τεσσάρων χυμών του ανθρώπινου σώματος. Οι ουσίες αυτές είναι η λέμφος, το αίμα, η κίτρινη και η μαύρη χολή. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, με βάση την αναλογία αυτών των χυμών διαμορφώνεται και ο ανθρώπινος χαρακτήρας. Και άλλοι φιλόσοφοι ενστερνίζονται τις απόψεις του Ιπποκράτη σχετικά με την προέλευση των ψυχικών διαταραχών. Δύο από αυτούς είναι ο Δημόκριτος, ο οποίος επηρέασε σημαντικά την θεωρία του Ιπποκράτη, καθώς και ο Αριστοτέλης. Ο τελευταίος, μάλιστα, πρότεινε το θέατρο ως μέσο κάθαρσης των ψυχικών διαταραχών (Γρίβας, 1985).

Στην εποχή του **Μεσαίωνα**, από τον 5<sup>ο</sup> έως τον 15<sup>ο</sup> αιώνα περίπου, κυριάρχησε ξανά η παράλογη άποψη περί δαιμόνων και ψυχικής νόσου. Συνεπώς, η άποψη των αρχαίων Ελλήνων και Ρωμαίων, σχετικά με τα βιολογικά αίτια των αποκλινόντων συμπεριφορών έχασε την ισχύ της. Γνωστή και ως «εποχή του σκοταδισμού» ο Μεσαίωνας κράτησε στάσιμες τις θεωρίες σχετικά με τις ρίζες των ψυχικών ασθενειών. Η αποσύνθεση των δομών του ελληνορωμαϊκού συστήματος, των θανατηφόρων επιδημιών και των ανεπανάληπτων καταστροφών των πολέμων σκόρπισε το αίσθημα του φόβου στην ανθρωπότητα. Ως επακόλουθο, οι άνθρωποι στράφηκαν στην θρησκευτική πίστη και τις μεταφυσικές ερμηνείες, γεγονός που φέρνει όλες τις προηγούμενες θεωρίες των ψυχικών διαταραχών ξανά στο μηδέν (Τσαλίκου Φ. , 1987).

Κατά την **Αναγέννηση** (1400-1700 μ.Χ.) διαμορφώθηκε η άποψη, ότι οι ψυχικά ασθενείς έχουν άρρωστο νου. Η πιο αποτελεσματική θεραπεία ήταν ολιστική, δηλαδή απέβλεπε τόσο στην θεραπεία του νου, όσο και του σώματος. Έτσι, δημιουργήθηκαν τα άσυλα, προκειμένου η θεραπεία να γίνεται με ανθρώπινο τρόπο (Getzfeld A. , 2009). Απόρροια αυτού, ήταν και η δημιουργία ενός νέου φιλοσοφικού κινήματος, του ανθρωπισμού, που στόχευε στην ανύψωση της ευημερίας και της μοναδικότητας του ανθρώπου. Επειδή σύντομα τα άσυλα αυξήθηκαν σε αριθμό, η θεραπεία, δυστυχώς, μετατράπηκε σε βασανιστήριο. Σε άθλια κατάσταση βρίσκονταν οι περισσότερες κτιριακές εγκαταστάσεις των ασύλων, ενώ οι ασθενείς ήταν έγκλειστοι, δεμένοι, υποσιτίζονταν και σε ακραίες περιπτώσεις τους παρουσίαζαν στο κοινό σαν ζώα (Τσαλίκου Φ. , 1987).

Τον **19<sup>ο</sup> αιώνα** σπουδαίο ρόλο διαδραμάτισε η εμφάνιση δύο σημαντικών προσωπικοτήτων, του Philippe Pinel (1745-1826) και της Dorothea Dix (1802-1887). Ο Γάλλος ψυχίατρος Pinel προωθεί τον τερματισμό της σκοταδιστικής θεώρησης του ψυχασθενούς, αποφυλακίζοντας τους ψυχασθενείς και αντικαθιστώντας τα άσυλα με ψυχιατρεία. Στις παραπάνω πράξεις του, τον οδήγησε η πεποίθηση, πως οι ψυχικά ασθενείς πρέπει να αντιμετωπίζονται με συμπάθεια, ευσπλαχνία και ενσυναίσθηση (Getzfeld A. , 2009).

Με την ανθρωπιστική αυτή αντιμετώπιση, καταργείται ουσιαστικά η καταστολή και τιμωρία. Έτσι, ιδρύθηκε και στην Αγγλία το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο, The Retreat House (Χαρτοκόλλης, 1991). Σπουδαία ήταν και η συμβολή της Dorothea Dix στην ίδρυση πολλών κρατικών ψυχιατρικών νοσοκομείων στις ΗΠΑ κατά την διάρκεια της παγκόσμιας καμπάνιας της για τον εκσυγχρονισμό της θεραπείας των ψυχικά ασθενών. Ήταν η κυρίως υπεύθυνη για

τους νόμους, που στόχευαν στον εκσυγχρονισμό της θεραπείας του πληθυσμού αυτού (Getzfeld, 2009, σελ.17).

Το 1860 ο Morel εισάγει για πρώτη φορά τον όρο «πρώιμη άνοια» (dementia praecox). Με τον όρο αυτό, περιγράφεται η ψυχοπαθολογία, που εμφανίζεται σε νέους από 20 έως 30 ετών και οδηγεί σε ραγδαία ψυχοδιανοητική αποδιοργάνωση μέσα σε λίγα χρόνια. Ο Morel ενοχοποιεί κληρονομικούς παράγοντες, τον αλκοολισμό και τις σεξουαλικές καταχρήσεις (Τσαλίκογλου Φ. , 1989). Η θεωρία αυτή του Morel επεκτείνεται τα επόμενα χρόνια κι εμπλουτίζεται ακόμα περισσότερο με τις συμβολές των Hecker και Kahlbaum. Επιπλέον, εισάγονται οι όροι «ηβηφρένεια» και «κατατονία» και θεωρούνται διαγνωστικές κατηγορίες της πρώιμης άνοιας (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010).

Ωστόσο, ο Γερμανός ψυχίατρος Emil Kraepelin (1856-1926) ήταν έμμεσα υπεύθυνος για την δημιουργία των DSM, καθώς στις αρχές του **20ού αιώνα** εισάγει τελικά τον όρο dementia praecox- πρώιμη άνοια, κάτω από τον οποίο συμπεριέλαβε τις ποικίλες ψυχωτικές διαταραχές (Dr. Neel Burton, 2012). Σύμφωνα με τον Kraepelin, η πρώιμη άνοια υφίσταται μία βαθμιαία επιδείνωση, η οποία ξεκινάει από την εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή και καταλήγει σε νοητική και γνωστική έκπτωση. Ο όρος «πρώιμη» αναφέρεται στην ηλικία έναρξης της νόσου, ενώ η «άνοια» στην σοβαρή διανοητική έκπτωση που επιφέρει (Getzfeld A. , 2009).

Ο Kraepelin ήταν ο πρώτος που διέκρινε τις ψυχωτικές διαταραχές από την μανιοκαταθλιπτική ψύχωση. Υποστήριξε, μάλιστα, πως οι ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε οργανικούς παράγοντες και συγκεκριμένα πως η πρώιμη άνοια είναι κάποια ασθένεια του εγκεφάλου. Την ονόμασε, λοιπόν, πρώιμη προκειμένου να την διαχωρίσει από άλλες μορφές άνοιας, όπως η νόσος του Alzheimer, που εμφανίζεται σε μεγαλύτερη ηλικία. Ένας δεύτερος λόγος αποτελεί το γεγονός, ότι οι μελέτες του επικεντρώθηκαν στην άνοια των νέων ατόμων (<http://schizophrenia.com/history.htm>).

Ο Ελβετός ψυχίατρος Eugen Bleuler (1857-1939) ήταν ο πρώτος, που χρησιμοποίησε τον όρο «σχιζοφρένεια» το 1911. Η κυριολεκτική σημασία της έννοιας «σχιζοφρένεια» αναφέρεται στο «σχίσσιμο του μυαλού» ή την «διάσπαση των νοητικών συνειρημών». Ο Ελβετός ψυχίατρος ασπάστηκε την θεωρία, ότι η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή της σκέψης με αποδιοργάνωση της διεργασίας της σκέψης, όπου το άτομο «αποκόπτεται» από

την πραγματικότητα και εμφανίζει ελλείμματα τόσο στη συνοχή της σκέψης, όσο και στο συναίσθημα.

Στην πλειονότητα των απόψεων σχετικά με την σχιζοφρένεια ο Bleuler και ο Kraepelin συμφωνούσαν. Ωστόσο η διαφωνία του Bleuler έγκειται σε δύο σημεία. Πρώτον, ότι η νόσος δεν καταλήγει απαραίτητα σε νοητική έκπτωση και δεύτερον διαφωνεί με την ηλικία έναρξης της νόσου (Getzfeld A. , 2009). Εφόσον για τον Bleuler η ηλικία εμφάνισης της διαταραχής και η νοητική εκφύλιση δεν είναι καθοριστικοί παράγοντες, έρχεται αντιμέτωπος με ένα εννοιολογικό πρόβλημα: Δημιουργώντας αυτή την έννοια της «σχιζοφρένειας» ο Bleuler αυτομάτως κατατάσσει τους ασθενείς σε μια κατηγορία, δηλαδή τους «βαπτίζει» σχιζοφρενείς. Ωστόσο, τα συμπτώματα διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή. Επομένως, ο καλείται να εξηγήσει την λογική με την οποία τους κατατάσσει σε μία μόνο κατηγορία. Οφείλει, δηλαδή, να βρει το κοινό στοιχείο, που συνδέει τις ποικίλες διαταραχές. Έτσι, μιλά για την «ρήξη των συνειρμικών αλυσίδων». Με βάση την θεωρία αυτή, οι συνειρμικές αλυσίδες συνδέουν τόσο τις λέξεις, όσο και τις σκέψεις. Με σκοπό την παραγωγική και στοχοκατευθυνόμενη σκέψη και επικοινωνία, οι αλυσίδες αυτές πρέπει να παραμείνουν άρρηκτα συνδεδεμένες και ακέραιες (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Συνεπώς, η διαταραχή εκδηλώνεται στη σκέψη με την χαλάρωση συνειρμικών δεσμών, με αποτέλεσμα ο λόγος του ασθενούς να πάσχει από αφηρημένες έννοιες, αοριστία και ασάφεια (Τσαλίκογλου Φ. , 1989). Τέλος, αυτή η χαλάρωση δεσμών και το «σχίσμα» αποτελούν για τον Bleuler τα κυριότερα χαρακτηριστικά της «σχιζοφρένειας» (Moskowitz&Heim, 2011).

**Σήμερα** οι σχιζοφρενικές διαταραχές είναι γνωστές από τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), τα οποία είναι πιο περιορισμένα από αυτά του Bleuler. Ο Ελβετός ψυχίατρος δεν έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στις ψευδαισθήσεις και τις παραληρητικές ιδέες, καθώς τις θεώρησε ως δευτερεύοντα χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας. Επίσης, το DSM-IV-TR περιλαμβάνει στα διαγνωστικά κριτήρια και τα αρνητικά συμπτώματα, τα οποία σχετίζονται με έλλειψη ή έκπτωση κάποιας φυσιολογικής λειτουργίας (πχ. ανηδονία, φτωχός λόγος κ.α.). Αντιθέτως, τα θετικά συμπτώματα εμφανίζονται κατά κύριο λόγο ως αρχικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και υποδηλώνουν διαταραχές ως προς την λειτουργικότητα του ατόμου (πχ. παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις κ.α.). Σύμφωνα με μία άλλη ταξινόμηση, η σχιζοφρένεια χωρίζεται σε δύο τύπους, τον Τύπο I και II. Αυτοί οι τύποι επικεντρώνονται σε βιολογικούς παράγοντες και στην αποτελεσματικότητα των φαρμάκων, παρ' όλο που τα συμπτώματά τους είναι παρόμοια με τα αρνητικά και τα θετικά. Στον Τύπο I ο ασθενής ανταποκρίνεται καλύτερα στα

αντιψυχωτικά φάρμακα, παρουσιάζει τυπικό μέγεθος εγκεφαλικών κοιλιών και ανωμαλίες στο μεταιχμιακό σύστημα. Η σχιζοφρένεια Τύπου II δεν έχει καλή ανταπόκριση στα αντιψυχωτικά, το μέγεθος των εγκεφαλικών κοιλιών είναι αυξημένο και εμφανίζονται ανωμαλίες στους μετωπιαίους λοβούς. Η πλειονότητα των ασθενών εμφανίζει τόσο θετικά, όσο και αρνητικά συμπτώματα, ενώ ασθενείς με πλειονότητα αρνητικών συμπτωμάτων έχουν χειρότερη πρόγνωση (Bezchlibnyk-Butler&Jeffries, 2005).

### **1.3 Διάγνωση Σχιζοφρένειας**

#### **1.3.1 Εισαγωγή στα Διαγνωστικά Κριτήρια**

Η σχιζοφρένεια προσβάλλει κατά κανόνα το 1% του ανθρώπινου πληθυσμού και η συχνότητα εμφάνισής της αφορά τόσο τις γυναίκες, όσο και τους άνδρες (Gottesman, 1991). Παρά το μικρό ποσοστό εκδήλωσής της, η σχιζοφρένεια είναι η πρωταρχική διάγνωση για το 40% περίπου των εισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσηλευτικά ιδρύματα, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί την δεύτερη πιο συχνή διάγνωση στις ψυχιατρικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων (Schacter, Gilbert, &Wegner, 2012).

Προκειμένου να υπάρξει ομόφωνος καθορισμός των σχιζοφρενικών συνδρόμων είναι απαραίτητη η ύπαρξη παθολογικών χαρακτηριστικών, που μπορούν να προσδιορισθούν εύκολα και να είναι συνεχώς παρόντα. Μία πρώιμη προσπάθεια να περιγραφούν συμπτώματα παθολογικά για την σχιζοφρένεια έγινε από τον Schneider (1959) (Perris, 1992). Σύμφωνα με τον Schneider, ο οποίος περιέγραψε 11 πρώτης σειράς συμπτώματα η παρουσία οποιουδήποτε από αυτά, επαρκούσε για να δικαιολογήσει την διάγνωση της σχιζοφρένειας. Αυτή η άποψη ίσχυε, βέβαια, μόνο εφόσον δεν υπήρχαν χονδροειδείς οργανικές ανωμαλίες στον εγκέφαλο. Άλλοι κλινικοί, ωστόσο, έχουν στηριχτεί περισσότερο σε συμπτώματα, που αφορούν την ανικανότητα του ασθενή να αναπτύξει μία συναισθηματική σχέση με ένα άλλο άτομο. Η ανικανότητα αυτή μεταφράζεται ως «έλλειψη συναισθηματικής αντίληψης».

Οι σύγχρονες προσπάθειες, επικεντρώνονται στην δημιουργία λειτουργικών διαγνωστικών κριτηρίων, τα οποία εφαρμόζονται εύκολα και βελτιώνουν πολύ την αξιοπιστία των διαγνωστικών εκτιμήσεων. Τελικά, αναπτύχθηκαν αρκετά παρεμφερή σύνολα κριτηρίων,

συνιστώντας τις βάσεις από τις οποίες αναπτύχθηκε το DSM-III (Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση, 1980), όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο Perris (1992, σελ.28). Παρ' όλα αυτά, σήμερα, οι σχιζοφρενικές διαταραχές είναι γνωστές από τα διαγνωστικά κριτήρια που αναφέρει το DSM-IV-TR (AmericanPsychiatricAssociation, 2000).

### **1.3.2 Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV-TR**

Για να γίνει διάγνωση της σχιζοφρένειας, δεν απαιτείται μόνο η εμφάνιση συμπτωμάτων, αλλά και η παραμονή τους στο χρόνο, δηλαδή τουλάχιστον 6 μήνες. Συγκεκριμένα, όσον αφορά τα συμπτώματα της οξείας φάσης της σχιζοφρένειας, δηλαδή τα συμπτώματα του Κριτηρίου Α πρέπει να είναι παρόντα τουλάχιστον έναν μήνα κατά την διάρκεια του εξαμήνου. Στο DSM-IV-TR απαριθμούνται έξι κριτήρια για τη σχιζοφρένεια:

DSM-IV-TR	Διαγνωστικά Κριτήρια Σχιζοφρένειας	
<p><b>A. Χαρακτηριστικά <u>συμπτώματα:</u></b> Δύο ή περισσότερα από τα παρακάτω, που να είναι παρόντα στο μεγαλύτερο μέρος διαστήματος ενός μήνα (ή λιγότερο αν αντιμετωπιστούν επιτυχώς).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Παραληρητικές Ιδέες</li> <li>2. Ψευδαισθήσεις</li> <li>3. Αποδιοργανωμένος Λόγος (εκτροχιασμός της ροής ασυναρτησία)</li> <li>4. Έντονα αποδιοργανωμένη κατατονική συμπεριφορά</li> <li>5. Αρνητικά Συμπτώματα</li> </ol> <p><b>Σημείωση:</b> Χρειάζεται μόνο ένα σύμπτωμα του κριτηρίου A αν οι παραληρητικές ιδέες είναι αλλόκοτες ή οι ψευδαισθήσεις αποτελούνται από μια φωνή, η οποία συνεχώς σχολιάζει τη συμπεριφορά ή τις σκέψεις του ατόμου, ή από δύο ή περισσότερες φωνές που συνομιλούν μεταξύ τους.</p> <p><b><u>B. Κοινωνική/ επαγγελματική δυσλειτουργία:</u></b> Για μία σημαντική χρονική περίοδο από την έναρξη της διαταραχής, μία ή περισσότερες σημαντικές λειτουργίες όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις, ή η προσωπική φροντίδα είναι εμφανώς κάτω από το επίπεδο που επιτυγχανόταν πριν από την έναρξη</p>	<p>(όταν η έναρξη είναι στην παιδική ηλικία ή στην εφηβεία η αποτυχία στον να επιτύχουν το αναμενόμενο για την ηλικία επίπεδο διαπροσωπικών, ακαδημαϊκών ή επαγγελματικών επιτευγμάτων).</p> <p><b><u>Γ. Διάρκεια:</u></b> Συνεχή παρουσία των σημείων της διαταραχής για 6 μήνες το λιγότερο. Αυτή η περίοδος πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον 1 μήνα συμπτωμάτων (ή λιγότερο αν αντιμετωπιστεί επιτυχώς) που να πληρούν το κριτήριο A (συμπτώματα ενεργού φάσης) και να μπορεί να περιλαμβάνει περιόδους από πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα. Κατά τη διάρκεια αυτών των περιόδων, τα σημεία της διαταραχής μπορεί να εκδηλώνονται μόνο με αρνητικά συμπτώματα ή με δύο ή περισσότερα από τα αναγραφόμενα στο κριτήριο A, σε μορφή ύφεσης. Π.χ. Παράξενες ιδέες, ασυνήθιστα αισθητηριακά βιώματα.</p> <p><b><u>Δ. Αποκλεισμός Σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και διαταραχής Διάθεσης:</u></b> Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η διαταραχή Διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία έχουν αποκλειστεί επειδή είτε: 1) Δεν έχουν συμβεί συγχρόνως, με τα συμπτώματα της οξείας φάσης, μείζον καταθλιπτικό μανιακό ή</p>	<p>μεικτά επεισόδια είτε: 2) Αν έχουν συμβεί επεισόδια διαταραχής διάθεσης στη διάρκεια συμπτωμάτων της ενεργού φάσης, η συνολική τους διάρκεια υπήρξε σύντομη σε σχέση με τη διάρκεια της ενεργού και της υπολειμματικής περιόδου.</p> <p><b><u>Ε. Αποκλεισμός χρήσης ουσιών/ γενικής σωματικής κατάστασης:</u></b> Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες παρενέργειες μιας ουσίας (πχ. χρήση ναρκωτικών ή λήψη φαρμακευτικής αγωγής) ή μιας γενικής σωματικής κατάστασης.</p> <p><b><u>ΣΤ. Σχέση με διάγυτη αναπτυξιακή διαταραχή:</u></b> Αν υπάρχει ιστορικό διαταραχής αυτισμού ή άλλης διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής, η επιπρόσθετη διάγνωση της σχιζοφρένειας γίνεται μόνο αν παρουσιάζονται εμφανείς παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για ένα μήνα τουλάχιστον (ή λιγότερο αν έχουν αντιμετωπιστεί έγκαιρα).</p>
<p><b>Πίνακας 1.</b> Διαγνωστικά Κριτήρια Σχιζοφρένειας με βάση το DSM-IV-TR. <i>Πηγή:</i> Ανατύπωση με την άδεια της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (2000). <i>Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών.</i></p>		



### 1.3.3 Σύγκριση Διαγνωστικών Κριτηρίων Σχιζοφρένειας σε DSM-IV και DSM-5

Παρακάτω γίνεται λόγος για τις αλλαγές που υπέστη το DSM-IV σχετικά με την σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωτικές διαταραχές. Στο DSM-5 προστέθηκε η λέξη «φάσμα» στον τίτλο. Οι ίδιες βασικές διαγνώσεις εξακολουθούν να είναι διαθέσιμες στο DSM-5. Ωστόσο, τροποποιήθηκαν ορισμένα κριτήρια συμπτωμάτων με σκοπό την πιο ακριβή διάγνωση. Επιπλέον, η κατατονία έχει αναπροσαρμοστεί ως ξεχωριστό διαγνωστικό χαρακτηριστικό και περιλαμβάνει, πλέον, διάφορες ευρείες κατηγορίες διαταραχών (<https://www.mentalhelp.net/schizophrenia/the-new-dsm-5/>).

#### **Διαγνωστικά Κριτήρια Σχιζοφρένειας σύμφωνα με το DSM-5:**

Το Κριτήριο Α απαριθμεί τα 5 βασικά συμπτώματα ψυχωτικών διαταραχών:

1. Παραληρητικές Ιδέες
2. Ψευδαισθήσεις
3. Αποδιοργανωμένος Λόγος
4. Αποδιοργανωμένη/ Κατατονική Συμπεριφορά
5. Αρνητικά Συμπτώματα

Στο DSM-IV 2 από αυτά τα 5 συμπτώματα απαιτούνταν για την διάγνωση σχιζοφρένειας. Ωστόσο, 1 ένα από τα 5 συμπτώματα ήταν απαραίτητο, εάν οι παραληρητικές ιδέες ήταν αλλόκοτες ή οι ψευδαισθήσεις αποτελούνταν από μια φωνή, η οποία συνεχώς σχολιάζει τη συμπεριφορά ή τις σκέψεις του ατόμου, ή από δύο ή περισσότερες φωνές που συνομιλούν μεταξύ τους.

Αυτή, λοιπόν, η εξαίρεση αφαιρέθηκε από το DSM-5, λόγω έλλειψης εξειδίκευσης και ανεπαρκούς αξιοπιστίας. Η έννοια του «αλλόκοτου» είναι μάλλον ασαφής και η απομάκρυνσή του μειώνει την πολιτισμική προκατάληψη. Έτσι, στο DSM-5, πλέον, απαιτούνται δύο από αυτά τα συμπτώματα ΚΑΙ τουλάχιστον ένα σύμπτωμα πρέπει να είναι

ένα από τα πρώτα τρία (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος) (<https://www.mentalhelp.net/schizophrenia/the-new-dsm-5/>).

## 1.4 Υπότυποι Σχιζοφρένειας

Οι υπότυποι της σχιζοφρένειας χρησιμοποιούνται για να προσδιορίσουν ποιο από τα συμπτώματα είναι αυτό που προέχει.

Ενώ σύμφωνα με το DSM-IV-TR, οι υπότυποι της σχιζοφρένειας είναι 5, δηλαδή:

- ο Παρανοειδής
- ο Αποδιοργανωμένος
- ο Κατατονικός
- ο Αδιαφοροποίητος
- και ο Υπολειμματικός

στο ICD-10 αναφέρονται 9 υπότυποι:

- Παρανοειδής Σχιζοφρένεια
- Ηβηφρένεια
- Κατατονική Σχιζοφρένεια
- Αδιαφοροποίητη Σχιζοφρένεια
- Μετασχιζοφρενική Κατάθλιψη
- Υπολειμματική Σχιζοφρένεια
- Απλή Σχιζοφρένεια
- Άλλη Σχιζοφρένεια
- Σχιζοφρένεια Αδιαφοροποίητη με 8 πιθανότητες ταξινόμησης της πορείας της διαταραχής, κυμαινόμενη από συνεχιζόμενη μέχρι πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων

(Ρακιτζή, Γεωργιά, & Ευθυμίου, ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ. Βιολογική και γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση, 2016).

Αντιθέτως, στο DSM-5 γίνεται εξάλειψη των υποτύπων. Η λογική πίσω από την αφαίρεσή τους από το DSM-5 στηρίζεται στο γεγονός, ότι οι υπότυποι δεν αποτελούν σταθερές συνθήκες, καθώς επίσης δεν έχουν κάποια σημαντική κλινική χρησιμότητα. Τέλος, δεν προσφέρουν επιστημονική εγκυρότητα και αξιοπιστία (<https://www.mentalhelp.net/schizophrenia/the-new-dsm-5/>).

Με βάση, λοιπόν, το DSM-IV-TR παρουσιάζονται παρακάτω αναλυτικά οι πέντε υπότυποι:

#### **1.4.1 Παρανοειδής Τύπος**

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τον παρανοειδή τύπο με βάση το DSM-IV-TR είναι τα εξής:

**A.** Συνεχής απασχόληση με μία ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες ή ακουστικές ψευδαισθήσεις.

**B.** Τίποτα από τα παρακάτω δεν είναι προέχον: Αποδιοργανωμένος λόγος, αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά, επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009).

Ο παρανοειδής τύπος, θεωρείται η πιο συχνή και αυθεντική μορφή σχιζοφρένειας, στον οποίο απαντώνται ποικίλες διαταραχές της σκέψης. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η διαταραχή του περιεχομένου της σκέψης, δηλαδή παραληρητικές ιδέες, διαταραχή της κατοχής της σκέψης, όπως υφαρπαγή, καθώς και διαταραχή εκπομπής της σκέψης και διαταραχές αντίληψης, όπως είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις. Συνήθως, οι παραληρητικές ιδέες είναι δίωξης και μπορούν να εκδηλωθούν με κάποιο πραλήρημα δηλητηρίασης, κατασκόπευσης ή σεξουαλικής φύσεως (πχ. το άτομο πιστεύει ότι οι άλλοι το θεωρούν ομοφυλόφιλο και το σχολιάζουν). Παρατηρούνται, επίσης, ερωτομανιακό και ζηλοτυπικό παραλήρημα, δηλαδή η παραληρητική ιδέα, πως κάποιο πρόσωπο ανώτερης

κοινωνικής και μορφωτικής τάξης, από τον ασθενή, θρέφει αισθήματα για αυτόν. Αξιοσημείωτα είναι, επίσης, το θρησκευτικό παραλήρημα και το παραλήρημα μεγαλείου. Όσον αφορά στις ψευδαισθήσεις, αυτές είναι, κυρίως, ακουστικές και καθοδηγούν ή προτρέπουν το άτομο σε διάφορες πράξεις ή είναι υβριστικές (Στεφανής, Ρίζος, & Λύκουρας, 2013).

Πολλές φορές, όχι πάντα, οι ψευδαισθήσεις μπορεί να συνδέονται με τις παραληρητικές ιδέες. Για παράδειγμα, ένα άτομο, το οποίο θεωρεί ότι παρακολουθείται από το FBI, μπορεί ταυτόχρονα να ακούει τις φωνές των πρακτόρων, οι οποίοι γελούν μαζί του ή του μιλούν (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009).

Ο τύπος αυτός της σχιζοφρένειας είναι ο μόνος που δεν παρουσιάζει αποδιοργάνωση της προσωπικότητας, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες μορφές σχιζοφρένειας. Μπορεί να ξεκινήσει σταδιακά με αργό ρυθμό ή να εγκατασταθεί πολύ γρήγορα. Η πορεία αυτού του τύπου σχιζοφρένειας είναι είτε επεισοδιακή, με μερική ή πλήρη ύφεση, είτε χρόνια χωρίς μεγάλες διακυμάνσεις (Στεφανής, Ρίζος, & Λύκουρας, 2013).

#### **1.4.2 Αποδιοργανωμένος / Ηβηφρενικός Τύπος**

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τον αποδιοργανωμένο τύπο με βάση το DSM-IV-TR είναι τα εξής:

**A.** Όλα τα παρακάτω είναι έντονα:

- Αποδιοργανωμένος λόγος
- Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
- Απρόσφορο/ Επίπεδο συναίσθημα

**B.** Τα κριτήρια της κατατονικής συμπεριφοράς δεν πληρούνται (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009).

Ο αποδιοργανωμένος τύπος σχιζοφρένειας, χαρακτηρίζεται αλλιώς και ως ηβηφρενικός, από τον όρο «ηβηφρένεια» προκειμένου να προσδιορίσει την πρόωμη εμφάνισή του ήδη από την εφηβεία. Η αποδιοργανωμένη δομή της σκέψης, το επίπεδο συναίσθημα, όπως και η παιδικόμορφη και παράδοξη συμπεριφορά αποτελούν κύρια χαρακτηριστικά του

αποδιοργανωμένου τύπου (Στεφανής, Ρίζος, & Λύκουρας, 2013). Η αποδιοργάνωση αυτή αντανακλάται και στον λόγο, με εκτροχιασμό και απεραντολογία, αλλά και σε βασικές δραστηριότητες της καθημερινότητας, όπως λόγου χάρη η ένδυση. Συγκεκριμένα, παρατηρείται δυσκολία του ατόμου να ακολουθήσει όλα τα απαραίτητα βήματα για να ντυθεί. Ως εκ τούτου, μπορεί να φοράει, τελικά, τα απαραίτητα ρούχα, αλλά η σειρά που ακολουθεί στο ντύσιμο και τα ποικίλα βήματα που πρέπει να ακολουθήσει πχ. κούμπωμα, κλείσιμο του φερμουάρ, δέσιμο, μπορεί να είναι πολλά με αποτέλεσμα να μην τα καταφέρει.

Σχετικά με την συναισθηματική έκφραση, παρατηρείται μια απροσφορότητα ή μπορεί οι εκφράσεις του να μην συνάδουν με τα λεγόμενά του (πχ. μπορεί να γελάει, ενώ τον έδιωξαν από το σπίτι) (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009). Πολλές φορές, το επίπεδο συναίσθημα με τον καιρό, μπορεί να εξελιχθεί σε τέλεια απάθεια και πλήρη αδιαφορία.

Η συμπεριφορά του ατόμου, συχνά, είναι παιδικόμορφη, με ασυντόνιστες κινήσεις και εξεζητημένο, σχολαστικό λόγο (άκαιροι αστεϊσμοί και μορφασμοί), ενώ παρατηρείται και άρση αναστολών, με αποτέλεσμα να προκαλεί ένα άβολο περιβάλλον στους γύρω του (Στεφανής, Ρίζος, & Λύκουρας, 2013).

Οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες είναι πιο αποδιοργανωμένες και όχι τόσο συχνές, όσο στον παρανοειδή τύπο (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009). Ο αποδιοργανωμένος τύπος είναι ο σοβαρότερος από όλους και έχει αρνητική πρόγνωση, καθώς τα κλινικά συμπτώματα επιδεινώνονται σταδιακά (Στεφανής, Ρίζος, & Λύκουρας, 2013).

### **1.4.3 Κατατονικός Τύπος**

Η κλινική εικόνα στον κατατονικό τύπο χαρακτηρίζεται από τουλάχιστον 2 εκ των παρακάτω:

**A.** Ακαμψία που εκδηλώνεται με καταληψία (συμπεριλαμβανομένης της κηρώδους ευκαμψίας) ή εμβροντησία (stupor).

**B.** Υπέρμετρη κινητική δραστηριότητα (η οποία είναι άσκοπη) και δεν επηρεάζεται από εξωτερικά ερεθίσματα.

**Γ.** Έντονος αρνητισμός (αντίσταση σε όλες τις οδηγίες ή διατήρηση μιας άκαμπτης στάσης σώματος ενάντια σε προσπάθειες να μετακινηθεί) ή βωβότητα.

Δ. Ιδιομορφίες των εκούσιων κινήσεων που εκδηλώνονται με συγκεκριμένη στάση του σώματος (εκούσια λήψη ακατάλληλων ή περιέργων στάσεων), στερεότυπες κινήσεις, έντονους μορφασμούς.

Ε. Ηχολαλία ή ηχοπραξία (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009).

Ο κατατονικός τύπος χαρακτηρίζεται από ακραία ψυχοκινητική έκφραση, καθώς και από διαταραχή στην βούληση. Το κύριο χαρακτηριστικό σε αυτή την μορφή σχιζοφρένειας αποτελεί η κατατονική εμβροντησία (catatonic stupor), κατά την οποία παρατηρείται σταδιακή ή ξαφνική αναστολή κάθε κινητικής δραστηριότητας και ομιλίας, ενώ δεν υπάρχει ανταπόκριση σε εξωτερικά ερεθίσματα (Στεφανής, Ρίζος, & Λύκουρας, 2013). Παρά την κατάσταση πλήρους ακινησίας η συνείδηση παραμένει άθικτη και ο ασθενής βρίσκεται σε πλήρη εγρήγορση, ενώ έχει και την ικανότητα ανάκλησης των γεγονότων που συνέβησαν κατά την διάρκεια της εμβροντησίας. Αντιθέτως, σε περίπτωση που επικρατεί σύγχυση και διαταραχθεί το πεδίο της συνείδησης, ο ασθενής δεν γνωρίζει επακριβώς τι συμβαίνει γύρω του (Περιογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Η αναστολή βασικών λειτουργιών, όπως η λήψη τροφής, η ένδυση, το πλύσιμο και η αφόδευση είναι επίσης κοινή. Κατά το επεισόδιο εμβροντησίας ο ασθενής εμφανίζει συμπτώματα προκλητής υποβολιμότητας, δηλαδή ηχοπραξία, ηχολαλία, ηχομιμία, κηρώδη ευκαμψία κ.α. (Στεφανής, Ρίζος, & Λύκουρας, 2013).

Η ηχοπραξία είναι η επανάληψη, σαν ηχώ, από τον ασθενή κάθε κίνησης και πράξης που γίνεται από ένα άτομο στο άμεσο περιβάλλον. Κατά την ηχολαλία, ο ασθενής επαναλαμβάνει λέξεις ή φράσεις, χωρίς να κατανοεί το περιεχόμενο των όσων επαναλαμβάνει. Οι ηχομιμίες γίνονται αντιληπτές ως αυτόματα, αντανακλαστική αναπαραγωγή της μιμικής του εξεταστή από τον ασθενή (Περιογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Τέλος, κατά την κηρώδη ευκαμψία ο ασθενής επιτρέπει στα άκρα ή στον κορμό του να τοποθετηθούν σε οποιαδήποτε θέση, η οποία διατηρείται για κάποια λεπτά. Ο όρος υποδηλώνει την πλαστικότητα, καθώς τις κινήσεις αυτές τις προκαλεί ο εξεταστής και ο ασθενής απλώς μένει ακίνητος (McKenna, Schizophrenia and Related Syndromes, 1997).

Εκτός από την κατατονική εμβροντησία, απαντάται και η κατατονική διέγερση, η οποία είτε συμβαίνει προοδευτικά, είτε ραγδαία. Κατατονικές εκδηλώσεις θεωρούνται πχ. η εναντίωση, οι στερεοτυπίες, η αλόγιστη ευερεθιστότητα ή ο αρνητισμός. Στην κατατονική διέγερση το υποκείμενο αίσθημα υπερεγρήγορσης του ασθενή εκφράζεται στην κινητική του δραστηριότητα, η οποία είναι άσκοπη και ανεξέλεγκτη και στρέφεται στα πρόσωπα ή

αντικείμενα του περιβάλλοντός του, χωρίς την παρουσία συναισθηματικής έκφρασης (Στεφανής, Ρίζος, & Λύκουρας, 2013).

#### **1.4.4 Αδιαφοροποίητος Τύπος**

Στον αδιαφοροποίητο τύπο σχιζοφρένειας (undifferentiated), μπορεί να υπάρξει οποιοσδήποτε συνδυασμός συμπτωμάτων, από εκείνα των γενικών διαγνωστικών κριτηρίων της σχιζοφρένειας, χωρίς να πληρούνται τα κριτήρια των προηγούμενων τύπων, δηλαδή του παρανοειδούς, του αποδιοργανωμένου ή του κατατονικού.

Επειδή ο αδιαφοροποίητος τύπος σχιζοφρένειας φέρει συμπτώματα, τα οποία συναντώνται και σε άλλους τύπους σχιζοφρένειας, πρέπει αρχικά να γίνει εξονυχιστικός έλεγχος των συμπτωμάτων και προσπάθεια κατηγοριοποίησής τους σε κάποιον από τους προηγούμενους τύπους σχιζοφρένειας. Μόνο σε περίπτωση που αυτό δεν είναι δυνατόν, τότε διαγιγνώσκεται ο αδιαφοροποίητος τύπος (Στεφανής, Ρίζος, & Λύκουρας, 2013).

#### **1.4.5 Υπολειμματικός Τύπος**

Στον υπολειμματικό τύπο πληρούνται τα εξής κριτήρια:

**A.** Απουσία έντονων παραληρητικών ιδεών, ψευδαισθήσεων, αποδιοργανωμένου λόγου και έντονα αποδιοργανωμένης ή κατατονικής συμπεριφοράς.

**B.** Υπάρχουν σημεία και συμπτώματα της διαταραχής, που υποδηλώνουν ότι η διαταραχή συνεχίζεται όπως φαίνεται από την παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων ή δύο ή περισσότερων σημείων που αναγράφονται στο κριτήριο A για τη σχιζοφρένεια, παρόντα σε μια εξασθενημένη μορφή πχ. περίεργα πιστεύω, ασυνήθιστες εμπειρίες αντίληψης (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009).

Ο υπολειμματικός τύπος σχιζοφρένειας (residual) αναφέρεται σε περιπτώσεις, όπου ο ασθενής έχει υποστεί τουλάχιστον ένα σχιζοφρενικό επεισόδιο χωρίς να εμφανίζει όμως θετικά συμπτώματα. Εμφανή είναι τα αρνητικά συμπτώματα, όπως για παράδειγμα η συναισθηματική αμβλύτητα ή η ανικανότητα για εργασία, ωστόσο ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά δεν υπάρχουν (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009). Αν υπάρχουν θετικά συμπτώματα τότε αυτά είναι εξασθενημένα. Ο τύπος αυτός, μπορεί να θεωρηθεί ως ενδιάμεσο στάδιο ανάμεσα στις περιόδους ύφεσης και έξαρσης της νόσου, αλλά συνήθως διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα με ή χωρίς εξάρσεις των συμπτωμάτων (Στεφανής, Ρίζος, & Λύκουρας, 2013).

Τέλος, όταν ο ασθενής παρουσιάζει τα παραπάνω χαρακτηριστικά θεωρείται ότι αυτά είναι υπολειμματικά στοιχεία της ασθένειας και συνεπώς διαγιγνώσκεται με υπολειμματικό τύπο σχιζοφρένειας (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009)

## **1.5 Κλινική Εικόνα και Συμπτωματολογία**

### **1.5.1 Χαρακτηριστικά Συμπτώματα Σχιζοφρένειας**

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας ταξινομούνται στις εξής πέντε κατηγορίες (Lindenmayer&Khan, 2006) :

- Θετικά ή Παραγωγικά Συμπτώματα
- Αρνητικά Συμπτώματα
- Γνωστικές Διαταραχές
- Διέγερση
- Καταθλιπτικά Συμπτώματα



### 1.5.1.2 Θετικά ή Παραγωγικά Συμπτώματα

Τα θετικά συμπτώματα εμφανίζονται κατά κύριο λόγο ως αρχικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και υποδηλώνουν διαταραχές ως προς τη λειτουργικότητα του ατόμου. Συγκεκριμένα, είναι συμπτώματα, που αντιπροσωπεύουν μια υπερβολή της φυσιολογικής συμπεριφοράς και μια διαστρέβλωση των φυσιολογικών λειτουργιών. Τέτοιες λειτουργίες είναι, λόγου χάρη, οι φυσιολογικές σκέψεις και συμπεριφορές ή τα συναισθήματα (Weiden, Diamond, Scheifler, & Ross, 1999).

Ονομάζονται θετικά συμπτώματα, όχι επειδή είναι «καλά», αλλά επειδή αφορούν βιώματα, τα οποία είναι κομμάτι της καθημερινότητας των σχιζοφρενών ατόμων, ενώ φυσιολογικά θα έπρεπε να απουσιάζουν.

Τα θετικά συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν σε όλες τις φάσεις της διαταραχής από την προδρομική και την οξεία φάση έως την υπολειμματική, αλλά σε μικρότερη ένταση (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010).

Στα θετικά συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται τα εξής πιο εμφανή συμπτώματα της νόσου:

- 1) Ψευδαισθήσεις
- 2) Παραληρητικές Ιδέες
- 3) Αποδιοργανωμένος Λόγος και Συμπεριφορά

1.) Η **Ψευδαίσθηση**, όπως ορίστηκε αρχικά από τον Esquirol (1838), είναι μία αντίληψη χωρίς αντικείμενο. Άλλοι συγγραφείς πρόσθεσαν ότι οι ψευδαισθήσεις συμβαίνουν ταυτόχρονα με τις πραγματικές αντιλήψεις, ότι έχουν τη δύναμη και τον αντίκτυπο των πραγματικών αντιλήψεων και ότι βρίσκονται εκτός εθελοντικού ελέγχου. Εμφανίζονται με οποιονδήποτε αισθητηριακό τρόπο, ωστόσο οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι ιδιαίτερα εμφανείς στη σχιζοφρένεια και αντιμετωπίζονται ξεχωριστά από τις υπόλοιπες (McKenna, 1997).

Οι ψευδαισθήσεις είναι η πιο ακραία, αλλά παρ' όλα αυτά η πιο συχνή αντιληπτική διαταραχή στη σχιζοφρένεια. Με πιο απλά λόγια, είναι μια υποκειμενική αντίληψη για κάτι, το οποίο δεν υφίσταται στο εξωτερικό περιβάλλον. Στις ψευδαισθήσεις συμμετέχουν μία ή περισσότερες από τις πέντε αισθήσεις (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009). Συνεπώς, οι ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι:

- Ακουστικές
- Οπτικές

- Οσφρητικές
- Γευστικές
- Απτικές

### **Ακουστικές Ψευδαισθήσεις:**

Είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος ψευδαισθήσεων σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, αποτελούνται συνήθως από φωνές που σχολιάζουν τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου, που απειλούν ή σε σπάνιες περιπτώσεις, διατάζουν το άτομο να εκτελέσει μια ενέργεια (Andreasen, Arndt, Alliger, Miller, & Flaum, 1995) (Mueser, et al., 1990).

Η παρουσία ακουστικών ψευδαισθήσεων δεν συνεπάγεται απαραίτητα ήχο ανθρώπινης ομιλίας (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009). Οι φωνές μπορεί να προέρχονται είτε από το εσωτερικό του κεφαλιού, είτε από το εξωτερικό περιβάλλον. Κάποιες φορές είναι σαφείς, κάποιες άλλες όμως μπορεί να είναι δυσνόητες ή μπερδεμένες, γεγονός που συμβαίνει λιγότερο συχνά. Συνήθως, η δομή των προτάσεων που ακούγονται είναι καθαρή, ωστόσο σε περίπτωση που αποτελούνται από προσβολές ή κατηγορίες, μπορεί να είναι σύντομες και μονοσύλλαβες λέξεις. Αναλόγως με την κάθε περίπτωση, λοιπόν, οι ασθενείς μπορεί να αναφέρουν πως ακούν «καλές» ή «κακές» φωνές (Lindenmayer & Khan, 2006).

### **Οπτικές Ψευδαισθήσεις:**

Κατά την διάρκεια των οπτικών ψευδαισθήσεων τα άτομα παρατηρούν άτομα, σχήματα, χρώματα και αντικείμενα, που δεν υπάρχουν. Οι οπτικές ψευδαισθήσεις εμφανίζονται λιγότερο συχνά σε σχιζοφρενικούς ασθενείς συγκριτικά με άτομα που εμφανίζουν παραλήρημα (Lindenmayer & Khan, 2006).

### **Οσφρητικές Ψευδαισθήσεις:**

Οι οσφρητικές ψευδαισθήσεις περιλαμβάνουν αισθήσεις, όπως ασυνήθιστες μυρωδιές που κανείς άλλος δεν βιώνει. Συχνά οι οσφρητικές αντιδράσεις σχετίζονται με **γευστικές ψευδαισθήσεις**, κατά τις οποίες το άτομο μπορεί να περιγράψει ασυνήθιστες γεύσεις ως γλυκές, αλμυρές, πικρές ή αλλόκοτες (Carter, 1992). Πολλές φορές ο σχιζοφρενής ασθενής θεωρεί, ότι κάποια εξωτερική δύναμη του «στέλνει» δυσάρεστες ή δηλητηριώδεις μυρωδιές με σκοπό να του κάνει κακό.

### **Απτικές Ψευδαισθήσεις:**

Αυτός ο τύπος ψευδαισθήσεων περιγράφηκε λίγο περισσότερο από τους Kraepelin και Bleuler. Οι ασθενείς περιγράφουν αισθήματα αγγιγμάτων, γαργαλητών και τσιμπημάτων (απτικές ψευδαισθήσεις). Νιώθουν μια αίσθηση θερμότητας και υγρασίας ή μπορεί να έχουν και κιναισθητικές ψευδαισθήσεις. Άλλοι ασθενείς παραπονιούνται για πόνο και σεξουαλικές αισθήσεις, ενώ άλλοι νιώθουν ηλεκτρισμό, δονήσεις, ή το αίσθημα του να κυλάει, να κινείται ή να γλιστράει κάτι στο εσωτερικό του σώματός τους. Τέτοιες σωματικές ψευδαισθήσεις εξακολουθούν να θεωρούνται πολύ συνηθισμένες στη σχιζοφρένεια (McKenna, Schizophrenia and Related Syndromes, 1997).

2.) Οι **Παραληρητικές Ιδέες** είναι λανθασμένες πεποιθήσεις, που μπορεί να έχει ένας σχιζοφρενής ασθενείς τόσο για τον εαυτό του, όσο και για το εξωτερικό περιβάλλον και για τις οποίες είναι σταθερά πεπεισμένο, χωρίς να υπάρχουν αποδείξεις (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009).

Οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να είναι διαφόρων ειδών:

**Δίωξης:** Το άτομο θεωρεί ότι το καταδιώκουν.

(πχ. «Δε μπορώ να αφήσω το διαμέρισμα περισσότερο από μια φορά το μήνα. Πρέπει να έχω αυτή τη κάρτα στις τσέπες, έτσι ώστε όταν πηγαίνω η CIA να μην μπορεί να τραβήξει τις φωτογραφίες μου»)

**Συσχέτισης:** Θεωρεί πως οτιδήποτε ακούει ή βλέπει σχετίζεται με αυτόν.

(πχ. «Παρακολουθούσα τηλεόραση και όταν οι δύο δημοσιογράφοι μίλησαν για την έκρηξη ήξερα ότι μιλούσαν για μένα»)

**Σωματικές:** Εκφράζει μη λογικές πεποιθήσεις σχετικά με την σωματική του δομή και λειτουργία

(πχ. «Πρόκειται να αιμορραγήσω, θα βγάλω αίμα μέχρι θανάτου από το στόμα μου»)

**Θρησκευτικού Περιεχομένου:** Εκφράζει έμμονες ιδέες για κάποιο θρησκευτικό θέμα.

(πχ. «Μπορώ να πω πότε κάποιος είναι λάθος προφήτης γιατί είμαι η Αλήθεια και η Σοφία»)

**Υποκατάστασης:** Συγκρίνει για παράδειγμα κάποιο πρόσωπο με ένα αλλόκοτο αντικείμενο

(πχ. «Μοιάζει ακριβώς με τη σύζυγό μου, αλλά είναι αληθινά ένα ρομπότ»)

**Τοποθέτησης Σκέψης από τους Άλλους:** Το άτομο θεωρεί πως κάποιοι «εισάγουν» σκέψεις στο μυαλό του, παρά την θέλησή του.

(πχ. «Αυτές οι σκέψεις έχουν τοποθετηθεί στο κεφάλι μου από τη συνομωσία εξωγήινων»)

**Μηδενιστικές:** Το άτομο νιώθει ότι όλα καταρρέουν τόσο στο εσωτερικό του σώματός του, όσο και στο εξωτερικό του περιβάλλον.

(πχ. «Όλα καταρρέουν, τα σωθικά μου φθείρονται και το ίδιο συμβαίνει και με οτιδήποτε άλλο»)

**Μεγαλείου:** Έχει την πεποίθηση ότι αποτελεί μια μεγάλη και σημαντική προσωπικότητα.

(πχ. «Είμαι η χαμένη Ρωσίδα πριγκίπισσα Αναστασία, αλλά το κρατάω μυστικό μέχρι οι φρουροί του τσάρου να μπορούν να έρθουν να με προστατέψουν»)

**Εκπομπής Σκέψεων:** Το άτομο πιστεύει πως οι σκέψεις του έχουν γίνει γνωστές στους γύρω του. Συνήθως θεωρεί, ότι οι σκέψεις αυτές μεταδίδονται παθητικά σε άλλους με ηλεκτρονικά ή τηλεπαθητικά μέσα (Lindenmayer & Khan, 2006).

**Ελέγχου Σκέψεων:** Ο ασθενής θεωρεί, πως ένα τρίτο πρόσωπο ελέγχει τις σκέψεις, τα συναισθήματα ή ακόμα και κάποια μέρη του σώματός του, στερώντας του την ελεύθερη βούληση (Lindenmayer & Khan, 2006).

**Αμαρτίας ή Ενοχής:** Το άτομο πιστεύει ότι έχει διαπράξει ένα τρομερό έγκλημα. Αυτές οι αυταπάτες μπορεί να εκδηλωθούν ως συνέπεια κάποιου μικρού λάθους που έκανε ο ασθενής στο παρελθόν και πιστεύει πως μπορεί να οδηγήσει σε μια μεγάλη καταστροφή και να επηρεάσει την οικογένειά του (Lindenmayer & Khan, 2006).

**Ερωτομανιακές:** Το άτομο έχει την πεποίθηση ότι το έχει ερωτευτεί κάποια σημαντική προσωπικότητα (Στεφανής, Ρίζος, & Λύκουρας, 2013).

**Ζηλοτυπικές:** Ο ασθενής θεωρεί πως ο σύντροφός του είναι άπιστος (Στεφανής, Ρίζος, & Λύκουρας, 2013).

Αξίζει να σημειωθεί, η ύπαρξη μίας ιδιαίτερης κατηγορίας παραληρητικών ιδεών, των ***παραληρητικών παραγνωρίσεων (delusional misidentification syndromes)***.

Το πιο τυπικό σύνδρομο, μεταξύ άλλων, αποτελεί το **Σύνδρομο Capgras**, κατά το οποίο παρατηρείται άρνηση αναγνώρισης κάποιου οικείου προσώπου, καθώς και η παραληρητική πεποίθηση, πως το άτομο αυτό έχει αντικατασταθεί από κάποιον σωσία. Σε αυτή την περίπτωση, ο ασθενής από τη μία αναγνωρίζει την φυσική ομοιότητα του οικείου και του παραγνωριζόμενου ατόμου, ωστόσο αρνείται τη ψυχολογική του ταυτότητα.

Ένα δεύτερο σύνδρομο, είναι το **Σύνδρομο Fregoli**. Σε αυτό το σύνδρομο, το άτομο με σχιζοφρένεια θεωρεί πως το οικείο του πρόσωπο, αποτελεί τον «διώκτη» του και πως μεταμορφώνεται, έτσι ώστε να κατέχει την φυσική υπόσταση άλλων ατόμων.

Το σύνδρομο **Σωματοψυχικής Μεταμόρφωσης (intermetamorphosis)**, αποτελεί το τρίτο σύνδρομο, το οποίο είναι μια παραλλαγή του προηγούμενου.

Τέλος, υφίσταται, επίσης, το **Σύνδρομο Σωσιών Εαυτού (syndrome of subjective doubles)**, όπου κυριαρχεί η πεποίθηση πως κάποιο τρίτο άτομο έχει μεταμορφωθεί στον ίδιο τον ασθενή (Στεφανής, Ρίζος, & Λύκουρας, 2013).

3.) Η **Αποδιοργανωμένη Συμπεριφορά** εκδηλώνεται σε ορισμένους ασθενείς με σχιζοφρένεια με ασυνήθιστους και εκκεντρικούς τρόπους, οι οποίοι δεν συνάδουν με τα κοινωνικά πρότυπα. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν εικόνες ασθενών, που μιλούν στον εαυτό τους, βαδίζουν προς τα πίσω, γελούν χωρίς κάποιο λογικό έναυσμα, μιμούνται συμπεριφορές, κάνουν περιέργους μορφασμούς και εκφράσεις προσώπου (Lindenmayer & Khan, 2006).

Με βάση μια κατηγοριοποίηση της (WorldHealthOrganization, 1998) οι διαταραχές συμπεριφοράς, που αφορούν τη σχιζοφρένεια, συνοψίζονται ως εξής:

**Αλλόκοτη/ Παράδοξη Συμπεριφορά:** Παρατηρούνται παραδοξότητες στη συμπεριφορά του ασθενούς, οι οποίες σχετίζονται με την ψυχωτική του διαταραχή, ενώ παράλληλα οι παραληρητικές του ιδέες καθορίζουν, συνήθως, τη φύση του συμπτώματος. Ένα παράδειγμα αποτελεί μία ασθενής, η οποία φορούσε ένα καπέλο ειδικά κατασκευασμένο «για να

αντανακλά τις ακτίνες» (World Health Organization, Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), Glossary, 1998). Ένα δεύτερο παράδειγμα είναι η συμπεριφορά των ηβηφρενικών στα πρώτα στάδια της ασθένειας, που πολλές φορές καθίσταται ανόητη, παιδικόμορφη, κωμική και ενοχλητική για τους άλλους (Στεφανής Κ. , 1991).

**Άρση Αναστολών:** Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται συμπεριφορές όπως προτάσεις σεξουαλικού περιεχομένου προς τον εξεταστή, δυνατό ρέψιμο ή άγγιγμα των γεννητικών οργάνων χωρίς να τηρούνται τα απαραίτητα κοινωνικά πρότυπα. Ειδικότερα, σε ηβηφρενικούς ασθενείς, καταργείται κάθε αναστολή, κυρίως, σε σεξουαλικό επίπεδο. Συνεπώς, βωμολοχούν, αυνανίζονται μπροστά σε άλλους, κάνουν ερωτικές προτάσεις και απρεπείς χειρονομίες σε άσχετους ανθρώπους και μπορεί να φτάσουν στο σημείο να κάνουν σεξουαλική επίθεση ακόμα και σε συγγενικά πρόσωπα (Στεφανής Κ. , 1991).

**Συνάθροιση Αντικειμένων:** Αναφέρεται στην συλλογή και αποθήκευση πολλών άχρηστων αντικειμένων, όπως παλιών εφημερίδων, καλυμμάτων από συσκευασίες χαρτοπετσετών κ.α. Σε περίπτωση απώλειας των αντικειμένων αυτών προκαλείται το αίσθημα μεγάλης δυσφορίας (World Health Organization, Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), Glossary, 1998).

**Χαοτική Συμπεριφορά:** Ο ασθενής προκαλεί χάος σε ένα ήδη οργανωμένο περιβάλλον, μετακινώντας αντικείμενα μέσα στον χώρο ή πετώντας τα (World Health Organization, Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), Glossary, 1998)

Η συμπεριφορά αυτή αντανακλάται και στην **ψυχοκινητικότητα** του ατόμου. Ορισμένοι ασθενείς διατηρούν, για παράδειγμα, μία άκαμπτη στάση σώματος για μεγάλο χρονικό διάστημα, φαινόμενο γνωστό και ως «Καταληψία ή Στερεοτυπία Θέσης». Χαρακτηρίζεται από έλλειψη της κινητικής πρωτοβουλίας και τάση διατήρησης στάσεων, οι οποίες είτε πάρθηκαν αυτομάτως από τον ασθενή, είτε μέσω της παρέμβασης κάποιου άλλου ατόμου (Lempriere & Feline, 1995). Οι άκαμπτες αυτές στάσεις δεν εξυπηρετούν κανέναν σκοπό (Στεφανής Κ. , 1991). Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η στάση του πελαργού, κατά την οποία ο ασθενής στέκεται στο ένα του πόδι για μεγάλο χρονικό διάστημα και η στάση του εμβρύου μέσα στη μήτρα (Λιάκος, 1991). Ωστόσο, το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα άκαμπτης στάσης σώματος είναι το λεγόμενο «ψυχικό προσκέφαλο». Κατά το

σπάνιο αυτό φαινόμενο, ο ασθενής καθώς ξαπλώνει κρατά το κεφάλι του ανασηκωμένο λίγα εκατοστά πάνω από το μαξιλάρι και μπορεί να διαρκέσει ακόμα και ώρες (Sims, 2002).

Ένα ακόμα παράδειγμα δυσλειτουργικών κινήσεων, αποτελεί η λεγόμενη «Κηρώδης Ευκαμψία», κατά την οποία ο ασθενής επιτρέπει στα άκρα ή στον κορμό του να τοποθετηθούν σε οποιαδήποτε θέση, η οποία διατηρείται για κάποια λεπτά. Ο όρος υποδηλώνει την πλαστικότητα, καθώς τις κινήσεις αυτές τις προκαλεί ο εξεταστής και ο ασθενής απλώς μένει ακίνητος (McKenna, Schizophrenia and Related Syndromes, 1997).

Εκτός από την ψυχοκινητικότητα, η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά των σχιζοφρενών ασθενών μπορεί να εκδηλωθεί και στην εξωτερική τους εμφάνιση. Χρόνιοι ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορεί να είναι ατημέλητοι, βρώμικοι και εκκεντρικά ή παλιομοδίτικα ντυμένοι. Σε κάποιες περιπτώσεις ηλικιωμένων, μοναχικών σχιζοφρενών ασθενών συναντάται το κακώς επονομαζόμενο «σύνδρομο του Διογένη», γνωστό φιλόσοφο της αρχαιότητας, που υποτιμούσε την άνεση και τις κοινωνικές συμβάσεις (Περιογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Οι ασθενείς αυτοί παραμελούν τελείως τόσο την εμφάνισή τους, όσο και την ατομική τους υγιεινή, παρ' όλο που είναι έξυπνοι, μορφωμένοι και οικονομικά ευκατάστατοι (Sims A. , 2002).

Από την άλλη πλευρά, ο αποδιοργανωμένος λόγος αποτελεί την εξωτερική εκδήλωση των διαταραγμένων σκέψεων του ατόμου. Η σοβαρότητα ποικίλλει από πιο ήπιες μορφές, όπου το άτομο μπορεί να μεταπηδά από το ένα θέμα στο άλλο, έως σοβαρότερες μορφές, όπου ο λόγος του χαρακτηρίζεται ως δυσνόητος (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009).

### **1.5.1.3 Αρνητικά Συμπτώματα**

Στα αρνητικά συμπτώματα υπάγονται διαταραχές της δομής, οργάνωσης και ροής της σκέψης, όπως η *αλογία*. Παρατηρούνται, επίσης, διαταραχές του συναισθήματος, όπως *συναισθηματική έκπτωση ή συναισθηματική αμβλότητα*. Η *έλλειψη ενδιαφέροντος* και η *απάθεια*, καθώς και οι διαταραχές της βούλησης, όπως η *ανηδονία* αποτελούν, επίσης, συχνά συμπτώματα (Στεφανής, Ρίζος, & Λύκουρας, 2013).

### 1.) **Αλογία:**

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, συνήθως, χρησιμοποιούν κενές λεκτικές εκφράσεις ή μονολεκτικές εκφράσεις (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009). Ο λόγος χαρακτηρίζεται ως λακωνικός με φτωχό περιεχόμενο και ελάχιστες πληροφορίες (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Αντί να απαντήσει ολοκληρωμένα σε μία ερώτηση, απαντά μονολεκτικά ή με έναν περιορισμένο αριθμό λέξεων (Ουλής, 1996). Μπορεί, ακόμη, να χρειαστεί να επαναληφθεί η ίδια ερώτηση αρκετές φορές μέχρι να δοθεί απάντηση, ενώ μάλιστα δεν εκφέρονται επιπρόσθετες φράσεις πέρα από τις απολύτως απαραίτητες. Η διατήρηση μιας συζήτησης και η πρόοδος μιας συνέντευξης μεταξύ κλινικού κι ασθενή, καθίστανται πολύ δύσκολες (World Health Organization, Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), Glossary, 1998). Αυτή η πενία λόγου, αντανακλάται στο περιορισμένο εύρος σκέψεων του ασθενούς (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009). Ωστόσο, δεν υποδηλώνει απαραίτητα επιβραδυμένη σκέψη (World Health Organization, Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), Glossary, 1998). Διαφέρει από την «άρνηση του λόγου», καθώς σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής δεν έχει την ικανότητα να εκφραστεί, αφού χαρακτηρίζεται από περιορισμένο λεξιλόγιο. Συνεπώς, παρατηρείται έλλειψη της ικανότητας έκφρασης ιδεών, σκέψεων και εμπειριών (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009).

### 2.) **Συναισθηματική Έκπτωση:**

Το άτομο αποστασιοποιείται συναισθηματικά από τον περίγυρό του, χαρακτηρίζεται από απάθεια και έλλειψη φιλικών συναισθημάτων, καθώς το συναίσθημά του γίνεται αμβλύ και ρηχό (επιπέδωση του συναισθήματος/ flat effect) (Στεφανής, Ρίζος, & Λύκουρας, 2013). Συνήθως, η συναισθηματική, αυτή, αμβλύτητα συνοδεύεται και από την έλλειψη βλεμματικής επαφής (American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2000).

### 3.) **Έλλειψη Ενδιαφέροντος και Απάθεια:**

Η έλλειψη ενδιαφέροντος και η γενικότερη απάθεια, συχνά, παρερμηνεύονται από τα μέλη της οικογένειας και την κοινωνία, ως «τεμπελιά» ή ως «απροθυμία να στηρίξει ο ασθενής τον εαυτό του». Η αδυναμία του ασθενούς να επιδιώκει και να εμμένει σε δραστηριότητες που έχουν κάποιο σκοπό, είναι εμφανείς παραδείγματα, που τροφοδοτούν τις παραπάνω απόψεις. Για παράδειγμα, ένας ασθενής μπορεί να αποφεύγει μια συνέντευξη για



δουλειά ή να μην μπλέκεται σε δραστηριότητες, ακόμα κι αν αυτές του παρέχονται εύκολα. Ακόμη, είναι σύνηθες το φαινόμενο απομάκρυνσης της οικογένειας και των φίλων από τον ασθενή. Πρώτον, λόγω της στάσης και αδιαφορίας του προς τις συστάσεις τους, και δεύτερον λόγω του συναισθήματος απόρριψης που νιώθουν τα ίδια τα μέλη της οικογένειας εξαιτίας της όλης συμπεριφοράς (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009).

#### 4.) **Ανηδονία:**

Ως ανηδονία, ορίζεται η υποκειμενική αίσθηση απώλειας της ικανότητας άντλησης ικανοποίησης ή ηδονής από το περιβάλλον.

### **Διχοτομία Αρνητικών και Θετικών Συμπτωμάτων στην Σχιζοφρένεια**

Μία από τις πρώτες θεωρίες που διέκριναν τα αρνητικά από τα θετικά συμπτώματα ήταν αυτή του John Russell Reynolds, ο οποίος εισήγαγε τα αρνητικά συμπτώματα στο πλαίσιο της επιληψίας. Ο Reynolds, περιέγραψε τα αρνητικά συμπτώματα ως την απώλεια των «ζωτικών ιδιοτήτων», με αποτέλεσμα την παράλυση, την αναισθησία κ.α.. Αντιθέτως, τα θετικά συμπτώματα περιγράφηκαν ως μια προσθήκη «ζωτικών ιδιοτήτων», όπως οι σπασμοί και ο πόνος. Τα θετικά και αρνητικά συμπτώματα θεωρήθηκαν ως ξεχωριστές εκδηλώσεις μιας υποκείμενης παθολογίας.

Σύμφωνα με τον John Hughlings Jackson, έναν νευρολόγο του 19<sup>ου</sup> αιώνα, η διχοτομία των αρνητικών και θετικών συμπτωμάτων σχετίζεται με το νευρικό σύστημα. Κατά την άποψή του, ο εγκέφαλος είναι δομημένος σαν ένα κρεμμύδι, δηλαδή με ανώτερα και κατώτερα στρώματα. Έτσι, με βάση το ιεραρχικό μοντέλο του νευρικού συστήματος υποστήριξε τα εξής:

1.) Τα αρνητικά συμπτώματα προκύπτουν από μια βλάβη, που επηρεάζει ένα δεδομένο επίπεδο του νευρικού συστήματος.

2.) Τα ανώτερα εγκεφαλικά κέντρα συνήθως ασκούν ανασταλτικό έλεγχο στα κατώτερα κέντρα. Έτσι, μία βλάβη σε ένα συγκεκριμένο επίπεδο αυτού του συστήματος μπορεί να προκαλέσει τα ανώτερα εγκεφαλικά κέντρα στην αναστολή λειτουργίας των κατώτερων εγκεφαλικών κέντρων.

3.) Αυτή, λοιπόν, η αναστολή λειτουργίας των κατώτερων εγκεφαλικών στρωμάτων μετά από εντολή των ανώτερων, προκαλεί τα «θετικά συμπτώματα».

4.) Τα θετικά συμπτώματα δεν υφίστανται, χωρίς την εμφάνιση αρνητικών συμπτωμάτων (Dollfus&Lyne, 2017).

Ωστόσο, ίσως η επιρροή του Schneider (1958) αποτέλεσε πολύ σημαντικό βήμα στην διάκριση των συμπτωμάτων αυτών, καθώς εστίασε την προσοχή του στα θετικά συμπτώματα (florid symptoms) της νόσου, ειδικά εκείνα που εμφανίζονταν σε οξεία επεισόδια.

Ο Jilek (1968) ήταν ο πρώτος συγγραφέας, που δημιούργησε έναν πλήρη κατάλογο ελαττωματικών συμπτωμάτων, τα οποία τα κατηγοριοποίησε σε 4 ομάδες:

- Εξασθενημένη επαγγελματική λειτουργικότητα
- Μειωμένη κίνηση και πρωτοβουλία
- Ελλιπής συναισθηματική διαμόρφωση
- Φτωχές διαπροσωπικές σχέσεις

Αυτές οι κατηγορίες περιλάμβαναν σημαντικά και πιο συγκεκριμένα συμπτώματα, όπως έλλειψη βούλησης, συναισθηματική απάθεια, καθώς και πιο ήπια και λιγότερο εμφανή, όπως έλλειψη ιδεών, μειωμένες φιλοδοξίες και έλλειψη ενδιαφέροντος.

Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου οι όροι «θετικά και αρνητικά συμπτώματα» άρχισαν να εφαρμόζονται σταδιακά στη σχιζοφρένεια, ωστόσο οι Wing και Brown (1970) ήταν αυτοί που καθιέρωσαν τους σύγχρονους όρους των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων (McKenna, 1997). Αντιπαρέβαλλαν, λοιπόν, τα θετικά ή παραγωγικά συμπτώματα, τα οποία εμφανίζονταν κυρίως σε οξείες φάσεις της σχιζοφρένειας, με τα αρνητικά συμπτώματα. Στα τελευταία, περιλαμβάνονταν η συναισθηματική απόσυρση, η ελλιπής σκέψη και κίνηση, η υπνηλία, ο φτωχός λόγος και η κοινωνική απόσυρση, συμπτώματα που παρατηρήθηκαν κυρίως σε χρόνια σχιζοφρένεια.

Με σκοπό τη δημιουργία μιας διχοτομικής προσέγγισης, αναπτύχθηκαν ποικίλα μοντέλα, τα οποία θα ενσωμάτωναν βιολογικά, γνωστικά, νευροανατομικά, θεραπευτικά και εξελικτικά δεδομένα. Ο Crow (1985), για παράδειγμα, ανέφερε 2 τύπους σχιζοφρένειας (Τύπος I και II). Ο Τύπος I χαρακτηριζόταν από θετικά συμπτώματα, με παραληρητικές ιδέες,

ψευδαισθήσεις, καλή ανταπόκριση σε νευροληπτικά φάρμακα, καλή πρόγνωση για υποχώρηση των συμπτωμάτων, διανοητικά ελλείμματα και μη φυσιολογικές κινήσεις, καθώς και από μια αύξηση στους ντοπαμινεργικούς υποδοχείς D2. Ο Τύπος II, από την άλλη πλευρά, χαρακτηριζόταν από αρνητικά συμπτώματα (συναισθηματική αμβλύτητα και μειωμένη διάθεση, φτωχός λόγος, έλλειψη κινήτρων), ελλιπής ανταπόκριση σε νευροληπτικά φάρμακα, λιγότερες πιθανότητες για αναστροφή των συμπτωμάτων, διανοητικά ελλείμματα και ασταθείς κινήσεις μαζί με κυτταρική απώλεια στους κροταφικούς λοβούς. Ο Crow υποστήριξε, πως ο Τύπος I μπορεί να αναπτύξει αρνητικά συμπτώματα και να εξελιχθεί σε Τύπο II, ενώ ο Τύπος II μπορεί να αναπτύξει θετικά συμπτώματα, αλλά ποτέ δεν θα εξελιχθεί σε Τύπο I (Dollfus&Lyne, 2017).

Οι παραπάνω προσωπικότητες αποτελούν μερικά μόνο παραδείγματα ανθρώπων, που εξέφρασαν τις απόψεις τους και έφεραν στην επιφάνεια τις θεωρίες τους σχετικά με τον διαχωρισμό των αρνητικών και θετικών συμπτωμάτων.

Εν κατακλείδι, οι περισσότεροι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν τόσο αρνητικά, όσο και θετικά συμπτώματα κατά την διάρκεια της ασθένειας, ωστόσο εκείνοι που υπερτερούν σε αρνητικά συμπτώματα έχουν χειρότερη πρόγνωση, όπως και ανταπόκριση στη θεραπεία τους (Bezchlibnyk-Butler & Jeffries, 2005).

#### **1.5.1.4 Γνωστικές Διαταραχές**

Η δυσκολία στη συγκέντρωση και η ελλιπής μνημονική ικανότητα, καθώς και η δυσχέρεια επεξεργασίας πληροφοριών και η μειωμένη εκτελεστική λειτουργία, ορίζονται ως «γνωστικές διαταραχές». Έως τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, αυτά θεωρούνταν τα συμπτώματα που «συνόδευαν» τη σχιζοφρένεια. Ωστόσο, πλέον, οι γνωστικές αυτές δυσλειτουργίες αποτελούν πρωτεύοντα και διαχρονικά συμπτώματα της ασθένειας. Αξιοσημείωτο είναι, μάλιστα, πως ο βαθμός σημαντικότητάς τους συγκαταλέγεται μαζί με αυτόν των αρνητικών και θετικών συμπτωμάτων, αλλά και της αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς. Τα νοητικά ελλείμματα αντανακλούν δυσλειτουργίες, κυρίως, του προμετωπιαίου και του κροταφικού λοβού, εγκεφαλικές περιοχές, δηλαδή, που ευθύνονται για την οργάνωση και επεξεργασία των πληροφοριών στο επίπεδο της μνήμης. Συνεπώς, επηρεάζονται αρνητικά οι λειτουργίες

συγκέντρωσης και προσοχής, η ανάκληση πρόσφατων λέξεων, αλλά και χωρικών πληροφοριών (ενεργός μνήμη/ working memory). Επίσης, θίγεται και η εκτελεστική λειτουργία (executive function), που εποπτεύει την οργάνωση πληροφοριών, με σκοπό την εκτέλεση μιας στοχοπροσανατολισμένης συμπεριφοράς (Στεφανής, Ρίζος, & Λύκουρας, 2013). Η δυσχέρεια στον σχηματισμό της σκέψης, αποτελεί το πιο συνηθισμένο γνωστικό σύμπτωμα και είναι εμφανές στον λόγο του ασθενούς. Επειδή τα ελλείμματα αυτά δεν είναι εύκολα ανιχνεύσιμα, χρησιμοποιούνται ειδικές δοκιμασίες, όπως για παράδειγμα η εκτίμηση της ικανότητας μεταφορικής σκέψης με τη χρήση παροιμιών. Για παράδειγμα, στην παροιμία «Μην κλαις πάνω από το χυμένο γάλα», η απάντηση ενός ασθενούς ήταν η εξής: «Είναι οι αποφάσεις που παίρνουμε σχετικά με τη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Η βάση της λήψης αποφάσεων από τους ανθρώπους» (Lindenmayer & Khan, 2006). Τα γνωστικά ελλείμματα, που εντοπίζονται από τις απαντήσεις των ασθενών σε τέτοιες δοκιμασίες είναι παρόντα στα τρία τέταρτα των ασθενών, ήδη από το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο (Στεφανής, Ρίζος, & Λύκουρας, 2013) και επιδεινώνονται στην αρχή της ασθένειας, για να σταθεροποιηθούν στα πρώτα χρόνια (Goldberg, David, & Gold, 2003).

Επιπροσθέτως, παρατηρείται μία σταθερότητα των ελλειμμάτων κατά την διάρκεια της νόσου, χωρίς να είναι σίγουρο πως βελτιώνονται με τα κλασικά αντιψυχωσικά φάρμακα. Δυσμενέστεροι δείκτες πρόγνωσης και γενικότερης λειτουργικότητας των πασχόντων ενοχοποιούνται για την επιβάρυνση των γνωστικών ελλειμμάτων. Χαρακτηριστικά παραδείγματα δεικτών, που σχετίζονται στενά με το επίπεδο των γνωστικών ελλειμμάτων είναι, λόγου χάρη, η ικανότητα ανεξάρτητης διαμονής, η διατήρηση φιλικών σχέσεων και συντρόφων, οι επαγγελματικές επιδόσεις και η επίλυση καθημερινών προβλημάτων. Συχνά, γνωστικές δυσλειτουργίες είναι εμφανείς και σε συγγενείς πρώτου βαθμού, χωρίς να είναι εμφανώς προσβεβλημένοι από την ασθένεια. Συνεπώς, τα γνωστικά ελλείμματα έχουν συσχετισθεί με γενετική προδιάθεση εκδήλωσης της νόσου (Στεφανής, Ρίζος, & Λύκουρας, 2013).

### 1.5.1.5 Διέγερση

Η ψυχοκινητική ανησυχία, η εχθρότητα και επιθετικότητα, όπως και ο ελλιπής έλεγχος των παρορμήσεων αποτελούν κάποια παραδείγματα διέγερσης (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010).

Η εχθρότητα και επιθετικότητα στη σχιζοφρένεια αντανακλώνται, τόσο στη λεκτική έκφραση, όσο και στη συμπεριφορά. Συγκεκριμένα, παρατηρούνται λεκτικές και μη λεκτικές εκφράσεις θυμού και δυσαρέσκειας, συμπεριλαμβανομένου και του σαρκασμού. Επίσης, η παθητική- επιθετική συμπεριφορά, η ευερεθιστότητα, η καχυποψία και η μη συνεργασία είναι συνηθισμένες συμπεριφορές διέγερσης (Volavka, 2002).

Τα αίτια της επιθετικής συμπεριφοράς μπορούν να θεωρηθούν πολύπλοκα και πολύπλευρα. Παραδείγματα υποκείμενων αιτιών είναι η κατάχρηση ουσιών, η εξάρτηση από ουσίες ή η δηλητηρίαση από τις ουσίες αυτές (Citrome&Volavka, 2001)(Steadman , etal., 1998).

Επιπλέον, η ίδια η νόσος της σχιζοφρένειας προκαλεί ψευδαισθήσεις, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε βίαιες συμπεριφορές (Citrome & Volavka, 1999).

Οι Krakowski και Czobor (1997), σε μία έρευνα που εξετάζει την ψύχωση σε ασθενείς με σχιζοφρένεια παρατήρησαν, ότι η επίμονη βία, σε αντίθεση με την επεισοδιακή βία συσχετίστηκε με νευρογνωστικές διαταραχές στο μετωπιαίο λοβό. Από την άλλη πλευρά, η επεισοδιακή βία συσχετίστηκε με σημαντικά θετικά συμπτώματα και μειωνόταν, όσο τα θετικά συμπτώματα βελτιώνονταν.

Η επεισοδιακή βία μπορεί να σχετίζεται και με παραληρητικές αντιλήψεις του ατόμου, όπως λόγου χάρη, ότι κάποιος τον καταδιώκει. Έτσι, με σκοπό να υπερασπιστεί τον εαυτό του καταφεύγει σε μια προληπτική επιθετική πράξη.

Αξιοσημείωτοι είναι και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, που σχετίζονται με την επιθετική συμπεριφορά. Παραδείγματα αποτελούν χαοτικές και ασταθείς καταστάσεις στο σπίτι ή στο νοσοκομείο, οι οποίες ενθαρρύνουν την επιθετική συμπεριφορά (Owen, Tarantello, Jones, & Tennant, 1998).

### 1.5.1.6 Καταθλιπτικά Συμπτώματα

Το 40% των σχιζοφρενών ασθενών παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης κατά την διάρκεια της ασθένειας. Ωστόσο το στάδιο της ασθένειας (πρώιμο στάδιο ή χρόνια σχιζοφρένεια), η κατάσταση του ασθενούς (αν βρίσκεται, δηλαδή, σε οξεία φάση ή όχι) και άλλες παράμετροι παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των στοιχείων, τα οποία μπορεί να εμφανίζουν ποικίλες διαφορές μεταξύ τους (Uphthegrove, Marwaha, & Birchwood, 2017).

Στην οξεία φάση της σχιζοφρένειας, το ποσοστό κατάθλιψης ανέρχεται στο 60%, ενώ στη σχιζοφρένεια μετά από κάποιο ψυχωτικό επεισόδιο (μεταψυχωτική) εμφανίζεται μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη σε ποσοστό 20% στη χρόνια σχιζοφρένεια και 50% μετά από θεραπεία του πρώτου επεισοδίου (Uphthegrove, et al., 2010).

Η κατάθλιψη μπορεί να προηγηθεί της ψύχωσης ως προψυχωτική κατάθλιψη ή η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της νόσου μπορεί να είναι αποτέλεσμα ανάκτησης από ένα οξύ ψυχωτικό επεισόδιο (μεταψυχωτική κατάθλιψη) (Lindenmayer & Khan, 2006).

Σύμφωνα με έρευνες η ύπαρξη συναισθηματικών συμπτωμάτων κατά την πορεία της σχιζοφρένειας θεωρείται θετικός παράγοντας πρόβλεψης (Craddock & Owen, 2010).

Άλλες έρευνες, ωστόσο, ανέφεραν πως κατά τη διάρκεια της χρόνιας σχιζοφρένειας η κατάθλιψη μπορεί να δημιουργήσει ένα ξεχωριστό προφίλ νοσηρότητας και θνησιμότητας με αρνητικές συνέπειες για το ίδιο το άτομο και την εξέλιξή του. Η κατάθλιψη είναι ο σημαντικότερος παράγοντας αυτοκτονίας και επηρεάζει το άτομο περισσότερο και από τις «εντολές» που δέχεται ο ασθενής μέσω των ψευδαισθήσεών του (Dutta, Murray, Allardyce, Jones, & Boydell, 2011).

Η κατάθλιψη έχει, επίσης, μακροπρόθεσμες συνέπειες τόσο στη λειτουργική αποκατάσταση του ατόμου, όσο και στην ποιότητα ζωής του γενικότερα. Συγκεκριμένα, ασθενείς με σχιζοφρένεια και καταθλιπτικά συμπτώματα έχουν υψηλότερη πιθανότητα υποτροπής ή αντιμετώπισης προβλημάτων ασφαλείας. Για παράδειγμα, είναι πιθανότερο να καταστούν θύματα βίας, να συλληφθούν, ή να αποκτήσουν αυτοκτονικές τάσεις. Επιπλέον, τα προβλήματα αυτά επεκτείνονται και σε επίπεδο οικογενειακών και φιλικών σχέσεων, φαρμακευτικής αγωγής και πνευματικής λειτουργικότητας.

Η αναγνώριση της κατάθλιψης και η διάκρισή της από τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας δεν είναι πάντα εύκολη. Η κλίμακα κατάθλιψης του Calgary για τη σχιζοφρένεια (CDSS) χρησιμοποιείται ευρέως προκειμένου να επιτευχθεί η διάκριση αυτή. Η χρήση της κλίμακας βασίστηκε στη διάκριση μεταξύ πρωτογενών και δευτερογενών αρνητικών συμπτωμάτων. Τα δευτερογενή αρνητικά συμπτώματα και ειδικά η απάθεια, η

αλογία και η συναισθηματική έκπτωση μπορεί να εμφανιστούν ως συνέπεια της κατάθλιψης. Ωστόσο, παρατηρούνται και κάποια κοινά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης και των αρνητικών συμπτωμάτων, όπως λόγου χάρη, η κοινωνική απόσυρση, η ανηδονία και η απώλεια κινήτρων (Upthegrove, Marwaha, & Birchwood, 2017).

## **1.6 Σχιζοφρένεια Και Λόγος: Μια Γενική Εικόνα**

Στα άτομα με σχιζοφρένεια παρατηρούνται μη τυπικά μοτίβα όσον αφορά τη λεκτική επικοινωνία. Συγκεκριμένα, είναι εμφανείς διαταραχές ως προς την ένταση της φωνής, ενώ παρατηρούνται επίσης φτωχός λόγος, αυξημένες παύσεις και διακριτικός τόνος ομιλίας (Alpert et al., 2000; Andreasen et al., 1985; Cohen et al., 2012, 2016; Galynker et al., 2000; Hoekert et al., 2007; Trémeau et al., 2005). Τα άτυπα αυτά μοτίβα λεκτικής επικοινωνίας, χρησιμοποιούνται στη διαδικασία της κλινικής αξιολόγησης και υποβοηθούν τα συνεχώς αυξανόμενα ευρήματα στη συσχέτιση των άτυπων αυτών μοτίβων με τις γνωστικές λειτουργίες, τις συναισθηματικές καταστάσεις και την κοινωνική αλληλεπίδραση των σχιζοφρενών (Cohen and Elvenåg, 2014; Cohen and Hong, 2011; Faurholt-Jepsen et al., 2016; Nevler et al., 2017; Pisanski et al., 2016; Trigeorgis et al., 2016; Tsanas et al., 2011; Wang et al., 2015; Williams et al., 2014; Yin et al., 2007).

Τα μη τυπικά μοτίβα λεκτικής επικοινωνίας των ασθενών, έχουν συσχετιστεί με κάποια βασικά αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η αμβλεία διάθεση (πχ. μειωμένη συναισθηματική έκφραση και έλλειψη επιτονισμού) και η αλογία (πχ. φτωχός λόγος, αδράνεια ομιλίας και παύσεις κατά την ομιλία) (Alpert et al., 2000; Andreasen, 1984; Cohen et al., 2012a, 2012b; Millan et al., 2014; Ross et al., 2001). Τα αρνητικά συμπτώματα περιλαμβάνονται στα κύρια διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας (DSM-V) και σχετίζονται με την πρόιμη ηλικία έναρξης, την φτώχη κοινωνική και λειτουργική δραστηριότητα, τη μειωμένη ποιότητα ζωής και την κακή ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή (Couture et al., 2011; Häfner et al., 1999; Rabinowitz et al., 2012; Tandon et al., 2008).

Η φωνητική έκφραση σχετίζεται άμεσα με την ικανότητα επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης με τον κοινωνικό περίγυρο, ωστόσο οι ασθενείς με σχιζοφρένεια υστερούν σημαντικά στον τομέα αυτόν (Bambini et al., 2016; Bosco et al., 2019; Brüne and Bodenstein, 2005; Champagne-Lavau and Stip, 2010; Colle et al., 2013; Meilijson et al., 2004; Parola et al., 2018). Οι δυσκολίες στον έλεγχο της φωνής με σκοπό την έκφραση συναισθηματικών καταστάσεων, όπως λόγου χάρη της έκφρασης ποικίλων συναισθημάτων, της διάθεσης ή των κινήτρων του ατόμου, καθώς και της μεταφοράς λεκτικών πληροφοριών, έχει άμεσο και αρνητικό αντίκτυπο στην επιτυχή επικοινωνία του ατόμου σε οποιοδήποτε κοινωνικό πλαίσιο. Οι δυσχέρειες στην κοινωνική επικοινωνία, μπορεί να οδηγήσουν σε αποτυχημένες προσπάθειες κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Άτομα, μάλιστα, που εμφανίζουν παράλληλα και άτυπα μοτίβα λεκτικής επικοινωνίας, πολύ συχνά, θα βρεθούν στη δυσάρεστη θέση να κρίνονται αρνητικά από τους συνομιλητές τους, σε αντίθεση με ασθενείς στους οποίους τα λεκτικά μοτίβα είναι τυπικά (Altenberg and Ferrand, 2006).

Συνεπώς, τα άτυπα μοτίβα λεκτικής επικοινωνίας, αποτελούν έναν σημαντικό δείκτη που αντιστοιχεί τόσο στα κλινικά χαρακτηριστικά, όσο και στην κοινωνική γνωστική λειτουργία των σχιζοφρενών (Cohen et al., 2016; Rapcan et al., 2010; Tahir et al., 2019).

Επίσης, οι φωνητικές ανωμαλίες έχουν συσχετιστεί με νευροκινητικές διαταραχές που συχνά αφορούν τη σχιζοφρένεια και την νευροαναπτυξιακή παθοφυσιολογία της (Cannizzaro et al., 2005; Konopka and Roberts, 2016; Matsumoto et al., 2013; Walther, 2015; Walther and Strik, 2012).

Συγκεκριμένα, μέσω νέων νευροαπεικονιστικών τεχνικών πραγματοποιήθηκε η *in vivo* (σε πραγματικό χρόνο) μελέτη συγκεκριμένων περιοχών του εγκεφάλου σχιζοφρενών ασθενών, προκειμένου να επιβεβαιωθεί ή όχι η συσχέτιση των διαταραχών του λόγου με βλάβη στις περιοχές αυτές.

Κατά την πραγματοποίηση ποικίλων μελετών, εξήχθησαν διάφορα συμπεράσματα αναφορικά με την λεκτική επικοινωνία των σχιζοφρενών. Σε μία έρευνα του Kircher (2001) για παράδειγμα, έγινε λόγος για συσχέτιση της διαταραχής του λόγου με την οξυγόνωση σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου κατά την διάρκεια ασυνάρτητου λόγου από τον ασθενή. Το συμπέρασμα αυτής της έρευνας, ήθελε την περιοχή του Wernicke να παρουσιάζει μειωμένη δραστηριότητα.

Παρομοίως, ο Razafimandimby και οι συνεργάτες του (2007) υποστήριξαν την ελλιπή αριστερή πλαγίωση της λειτουργίας της γλώσσας των σχιζοφρενών, καθώς και το γεγονός πως αυτή έχει μια ιδιαίτερη οργάνωση.



Το 2009 ο Horn και οι συνεργάτες του, μέσω νευροαπεικονιστικών δεδομένων συμπεράναν μία συσχέτιση μεταξύ διαταραχής στον σχηματισμό της σκέψης και λειτουργικών αλλοιώσεων σε περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού, που σχετίζονται με τον λόγο.

Μια άλλη μελέτη, που επίσης αναφέρεται στον παραπάνω συσχετισμό, δηλαδή διαταραχής σχηματισμού της σκέψης και δυσχέρεια λόγου είναι αυτή του Leeson (2006). Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν 16 ασθενείς με σχιζοφρένεια, με και χωρίς διαταραχή στον σχηματισμό της σκέψης και 16 υγιή άτομα. Ζητήθηκε από τους ασθενείς η κατονομασία 120 αντικειμένων από φωτογραφίες. Συμπερασματικά, οι ασθενείς με διαταραχή στον σχηματισμό της σκέψης είχαν τη χειρότερη απόδοση. Επομένως, η αδυναμία ανάκλησης των ορθών λέξεων αντανακλά και προβλήματα στο λόγο, όπως ασυναρτησία, εφαπτομενικότητα και εκτροχιασμός.

Την ίδια χρονιά ο Docherty και οι συνεργάτες του έφεραν στο προσκήνιο τη σχέση που μπορεί να έχουν οι γνωστικές δυσλειτουργίες και συγκεκριμένα, πως την αιτία των διαταραχών λόγου αποτελούν οι διαταραχές προσοχής και η αδυναμία αιτιολογικών συσχετισμών. Ο Marini (2008) και οι συνεργάτες του, ακολούθησαν ένα παρόμοιο μονοπάτι και, μέσω νευροψυχολογικών δοκιμασιών, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως ο λόγος επηρεάζεται από διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών, ιδιαίτερα διαταραχές προσοχής, σχεδιασμού, ταξινόμησης και λογικής αλληλουχίας (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010).

### **1.6.1 Η Χρήση Του Γλωσσικού Συστήματος Στους Ασθενείς Με Σχιζοφρένεια**

Σύγχρονες έρευνες, εστίασαν στις λεκτικές συμπεριφορές ασθενών με σχιζοφρένεια και μέσω της λήψης δειγμάτων αυθόρμητου λόγου, παρατηρήθηκαν ποικίλες ανωμαλίες σε γλωσσικό επίπεδο. Βρέθηκε πως οι ασθενείς παράγουν σωστά τις ψευδολέξεις σε φωνητικό επίπεδο, μπερδεύουν, ωστόσο, τις αντώνυμες λέξεις. Επίσης, εμφανίζουν σημασιολογικές παραφασίες μπερδεύουν, δηλαδή, λέξεις που προέρχονται από την ίδια σημασιολογική κατηγορία, όπως πχ. καρέκλα και τραπέζι. Ακόμη, παράγουν σημασιολογικά και συντακτικά αποκλίνουσες προτάσεις, ενώ ο λόγος τους είναι λιγότερο συνεκτικός και λιγότερο περίπλοκος. Ο λόγος τους στερείται συμπλεκτικών συνδέσμων (πχ. «και»), καθώς και άλλων

συνδέσμων που συμβάλλουν στη συνοχή και την ομαλή σύνδεση των προτάσεων μεταξύ τους (Stephane, Kuskowski, & Gundel, 2014).

Επιπρόσθετες δυσκολίες που είναι εμφανείς στο λόγο των ασθενών, αφορούν την σωστή επιλογή λέξης, καθώς και την δυσκολία ανάκτησης μιας λέξης από το «νοητικό λεξικό» (deBoer, Brederoo, Voppel, & Sommer, 2020). Άλλες σχετικές διαταραχές που εντοπίζονται περιλαμβάνουν νεολογισμούς, δηλαδή νέες λέξεις ή φράσεις, όπου δεν είναι δυνατή η κατανόηση της σημασίας, της ετυμολογίας και της προέλευσής τους. Παρόμοιο φαινόμενο είναι και οι «προσεγγίσεις λέξεων», δηλαδή λέξεων των οποίων η σημασία και προέλευση είναι κατανοητή, ωστόσο έχουν κατασκευαστεί από τον ασθενή (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Παρακάτω θα αναλυθεί η λεκτική συμπεριφορά των ασθενών με σχιζοφρένεια ξεχωριστά σε κάθε γλωσσικό επίπεδο.

#### **1.6.1.2 Συντακτικό Και Μορφολογικό Σύστημα**

Ενώ σε μορφολογικό επίπεδο, σπανίως συναντώνται ανωμαλίες, το συντακτικό σύστημα εμφανίζει κάποιες δυσχέρειες (Covington, et al., 2005). Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι γενικά σε θέση να σχηματίσουν σωστές προτάσεις, ακόμη και αν η σημασιολογία είναι σαφώς διαταραγμένη. Είναι αξιοσημείωτο, πως οι ασθενείς τείνουν να απλοποιούν σημαντικά τη σύνταξή τους, μειώνοντας έτσι την συντακτική πολυπλοκότητα. Αυτό αποδεικνύεται, μεταξύ άλλων, από το γεγονός ότι παράγουν συντομότερες προτάσεις, οι οποίες πολλές φορές παρουσιάζουν ελλείψεις, γεγονός που οδηγεί σε διαταραγμένη γραμματική δομή. Ωστόσο, τα αποτελέσματα των μελετών είναι πολύ ετερογενή και συχνά αντιφατικά, με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη η σαφής δήλωση σχετικά με τα συντακτικά ελλείμματα στη σχιζοφρένεια (Heim, Dehmer, & Berger-Tunkel, 2019).

Ωστόσο, τα συντακτικά λάθη είναι επίσης εμφανή στον αυθόρμητο λόγο ατόμων με σχιζοφρένεια με τυπική διαταραχή σκέψης ή αλλιώς FTD (Formal Thought Disorder) (Marvel, 2006). Μια λιγότερο συχνή κατάσταση που παρουσιάζεται σε άτομα με σχιζοφρένεια είναι η λεγόμενη «γλωσσική σαλάτα» (word salad), η οποία περιγράφει ένα μοτίβο λόγου, που στερείται γραμματικής, σύνταξης και συνάφειας του λόγου (Covington, et al., 2005). Οι λέξεις και οι προτάσεις που χρησιμοποιούνται από το άτομα δεν έχουν κανένα

ειρμό και απουσιάζει το νόημα. Θυμίζει πολύ την αφασία του Wernicke και γι' αυτό όταν είναι κλινικά παρούσα θα πρέπει να αποκλειστεί η πιθανότητα κάποιου οργανικού αιτίου (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010).

Εκτός από την απλή συντακτική δομή των ασθενών στον προφορικό λόγο κατά την διεξαγωγή ορισμένων μελετών παρατηρήθηκε, πως παρουσιάζουν και κάποια ελλείμματα στην κατανόηση μεγάλων και γραμματικά σύνθετων προτάσεων. Η αδυναμία τους αυτή, σχετίζεται με την ελαττωματική τους λεκτική (ακουστική) εργαζόμενη μνήμη. Αυτά τα ευρήματα αποτελούν την απόδειξη πως οι διαταραχές στη σύνταξη είναι αποτέλεσμα δυσλειτουργίας της λεκτικής εργαζόμενης μνήμης των ασθενών με σχιζοφρένεια. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες αμφιβολίες σχετικά με την εγκυρότητα αυτού του συμπεράσματος. Για παράδειγμα, όσον αφορά στη συσχέτιση της λεκτικής εργαζόμενης μνήμης και των γλωσσικών δυσλειτουργιών μπορεί να έχουν παραβλεφθεί κάποιες άλλες απαραίτητες μεταβλητές για την διεξαγωγή ακριβών συμπερασμάτων. Ένας άλλος λόγος είναι το γεγονός, πως έχει παρατηρηθεί και σε υγιή άτομα δυσκολία στην κατανόηση σύνθετων προτάσεων. Επομένως, δεν μπορεί να είναι απόλυτη η εγκυρότητα της παραπάνω θεωρίας (Kuperberg, 2010).

### **1.6.1.3 Σημασιολογικό Σύστημα**

Ο ρόλος της τυπικής διαταραχής της σκέψης (FTD) αναφέρεται σε ποικίλες βιβλιογραφίες και φαίνεται να σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τη σημασιολογία και τον λόγο των ασθενών με σχιζοφρένεια (Moro, etal., 2015). Συγκεκριμένα, η τυπική διαταραχή σκέψης χαρακτηρίζεται από αποδιοργανωμένη ομιλία και περιλαμβάνει εκτροχιασμό, καθώς και απότομη αλλαγή θέματος, χωρίς κάποια λογική. Παράλληλα, παρατηρείται σε μικρότερο βαθμό η εφραπτομενικότητα, φαινόμενο κατά το οποίο οι απαντήσεις του ασθενή αποκλίνουν όλο και περισσότερο από το θέμα ή απαντά με πλάγιο τρόπο (Pauselli, etal., 2018).

Ανάμεσα στα γλωσσικά ελλείμματα που έχουν αναφερθεί στους ασθενείς με σχιζοφρένεια, μελέτες πολλών ερευνητών εξέτασαν δύο τύπους σημασιολογικών ελλειμμάτων στη σχιζοφρένεια. Ο πρώτος τύπος είναι η αφύσικη σημασιολογική ενεργοποίηση ( τόσο με την μορφή υπέρ- προέγερσης, όσο και υπό- προέγερσης) και το

«διαταραγμένο» περιεχόμενο των λέξεων (Levy, etal., 2010). Οι όροι υπέρ και υπό προέγερση, αναφέρονται στην σημασιολογία και ως εκ τούτου εννοείται η σημασιολογική προέγερση. Κατά το φαινόμενο αυτό παρατηρείται βελτίωση της επίδοσης ενός ατόμου σε ένα έργο, όταν τα ερεθίσματα συνδέονται σημασιολογικά. Για παράδειγμα, μπορούμε να αναγνωρίσουμε την λέξη «γιατρός» γρηγορότερα, εάν πιο πριν έχει προηγηθεί η λέξη «νοσοκόμα», παρά κάποια άλλη λέξη της οποίας η σημασιολογική κατηγορία δεν συνάδει με των δύο προηγούμενων πχ. «μήλο». Η ταχύτητα με την οποία αναγνωρίζουμε μια λέξη, λοιπόν, αφορά την σημασιολογική συσχέτιση ανάμεσα σε 2 λέξεις και ονομάζεται σημασιολογική προέγερση. Συμπερασματικά, η υπέρ προέγερση συνεπάγεται γρηγορότερη ταχύτητα, ενώ η υπό προέγερση μειωμένη ταχύτητα (McNamara, 2005).

Αξιοσημείωτη είναι επίσης η συσχέτιση της λειτουργίας του σημασιολογικού συστήματος με την εγκεφαλική δραστηριότητα των ασθενών με σχιζοφρένεια και ειδικότερα ο ρόλος της κυματομορφής N400.

Συγκεκριμένα, μέσω του Ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (HEΓ) και της τοποθέτησης ηλεκτροδίων στο κρανίο του ασθενούς πραγματοποιείται η διεξαγωγή ηλεκτρικής δραστηριότητας από το τριχωτό της κεφαλής του εγκεφάλου. Έτσι, εκτιμάται και καταγράφεται η εγκεφαλική λειτουργία και δραστηριότητα (Kumar&Bhuvanewari, 2012). Προκειμένου, να γίνει ανάλυση του N400, είναι απαραίτητη η αναφορά στα προκλητά δυναμικά. Ως προκλητά δυναμικά, ορίζονται οι σύντομες μεταβολές στο σήμα ενός HEΓ, οι οποίες συμβαίνουν ως απάντηση σε ένα αισθητικό ερέθισμα. Στην πλειοψηφία τους τα προκλητά δυναμικά διαβαθμίζονται στους δενδρίτες, οι οποίοι πυροδοτούνται από κάποιο αισθητικό ερέθισμα (Kolb & Whishaw, 2011).

Το N400, λοιπόν, είναι ένα αρνητικό συστατικό των προκλητών δυναμικών, που κορυφώνεται περίπου στα 400 ms (millisecond) μετά την έναρξη του ερεθίσματος και μας δείχνει την επεξεργασία σημασιολογικών πληροφοριών. Το N400 ανακαλύφθηκε για πρώτη φορά σε μια έρευνα, όπου καταγράφηκε ως απάντηση σε ασυνήθιστες καταλήξεις φράσεων, χωρίς νόημα (πχ. «Πίνει τον καφέ του με γάλα και σκύλο»).

Συνεπώς, αυτή η φράση στερείται νοήματος και οι λέξεις που χρησιμοποιούνται αποκλίνουν σημασιολογικά μεταξύ τους. Το συμπέρασμα της μελέτης αυτής ήταν, λοιπόν, πως μετά από τέτοιες φράσεις (σημασιολογικά αποκλίνουσες) παρατηρείται μια τεράστια αρνητική κυματομορφή, που κορυφώνεται περίπου 400 ms μετά την έναρξη (Kumar&Debruille, 2004). Οι Kutas και Hillyard ήταν οι πρώτοι, που εξήγησαν αυτό το φαινόμενο ως μια διαδικασία κατά την οποία τα άτομα προσπαθούν να αντλήσουν νόημα από μη λογικές προτάσεις (Kutas&Hillyard, 1980).

Η κυματομορφή N400 εμφανίζεται συνήθως ως απόκριση σε οποιοδήποτε σημαντικό ερέθισμα, όπως πχ. σε μία λέξη ή εικόνα και είναι μειωμένη (λιγότερο αρνητική) για ερεθίσματα που σχετίζονται περισσότερο με τα προηγούμενα. Εδώ, λοιπόν, παίζει πολύ σημαντικό ρόλο και πάλι η σημασιολογική προέγερση που αναφέρθηκε πιο πάνω. Για παράδειγμα, οι άνθρωποι αφού δουν τη λέξη «γάτα» (prime word), δηλαδή την λέξη που προηγείται, παρουσιάζουν μειωμένο N400 σε δευτερόλεπτα, εάν η λέξη που ακολουθεί είναι πχ. «ποντίκι», σε αντίθεση με την λέξη «τόξο». Αυτό σημαίνει, ότι χρειάζονται λιγότερο χρόνο να συσχετίσουν τις δύο αυτές λέξεις μεταξύ τους (Kutas & Federmeier, 2011).

Το φαινόμενο αυτό της σημασιολογικής προέγερσης και η σχέση του με την κυματομορφή N400 εξηγείται ως εξής: τα ερεθίσματα που προηγούνται άλλων ερεθισμάτων διεγείρουν τα νευρικά δίκτυα και έτσι προκαλείται η αναπαράσταση του ερεθίσματος που βλέπουμε ή ακούμε στην σημασιολογική μας μνήμη. Η σημασιολογική μνήμη περιλαμβάνει την γνώση που έχει ο καθένας για τον κόσμο, καθώς και παρόμοια ερεθίσματα με αυτά που ενδεχομένως δεχόμαστε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Συνεπώς, η διαδικασία να συσχετίσουμε ένα συγκεκριμένο ερέθισμα με αυτά που ήδη είναι αποθηκευμένα στην σημασιολογική μνήμη, επιτυγχάνεται γρηγορότερα και άρα χρειάζεται λιγότερα N400 δευτερόλεπτα. Η ελλιπής σημασιολογική προέγερση, κατά την οποία, τόσο τα σχετικά, όσο και τα άσχετα ερεθίσματα επεξεργάζονται με πιο παρόμοιο τρόπο από ότι κανονικά, είναι ένας δείκτης που υποδεικνύει συμπτώματα σχιζοφρένειας. Εδώ συμπεριλαμβάνεται και ο αποδιοργανωμένος λόγος, καθώς και η χάλαση ειρμών ή ακόμα και ψευδαισθήσεις, όπως ότι άσχετα μεταξύ τους ερεθίσματα έχουν κάποια σύνδεση, ή αντιθέτως ότι ερεθίσματα που συνάδουν μεταξύ τους είναι απροσδόκητα ή ασυνήθιστα. Σε ποικίλες μελέτες, παρατηρήθηκε σε ασθενείς με σχιζοφρένεια πιο αυξημένο από το τυπικό N400, όσον αφορά σε ερεθίσματα-στόχους που σχετίζονταν με προηγούμενα ερεθίσματα, καθώς και μικρότερη από το κανονικό σημασιολογική προέγερση (Lerock, et al., 2019).

Επιπροσθέτως, όσον αφορά στα άτομα με σχιζοφρένεια οι Adams et al. (1989) έλεγξαν το N400 σε ασθενείς με διαταραχή σκέψης. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκαν λέξεις στο τέλος κάθε φράσης, τόσο σημασιολογικά ταιριαστές και συνηθισμένες, όσο αταίριαστες και ασυνήθιστες όπως το παραπάνω παράδειγμα («Πίνει τον καφέ του με γάλα και σκύλο»). Στη μελέτη αυτή παρατηρήθηκε, σημαντική μείωση του N400 στα άτομα με σχιζοφρένεια. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι μόνο τα άτομα με υψηλού βαθμού διαταραχής σκέψης εμφάνισαν αυτή τη μείωση. Παρομοίως, πολλές μελέτες κατέγραψαν την μειωμένη τιμή του N400. Παρ' όλα αυτά, στην πλειοψηφία τους παρατηρήθηκε μια καθυστέρηση, τόσο στην έναρξη, όσο και στην αιχμή του N400. Οι μειωμένες τιμές του N400 υποδεικνύουν

ανωμαλίες στην επεξεργασία γλωσσικών πληροφοριών, ενώ η καθυστέρηση του N400 υποδεικνύει ότι μάλλον οι ασθενείς υστερούν στην ταχύτερη επεξεργασία πληροφοριών (Kumar & Debrulle, 2004).

#### 1.6.1.4 Φωνολογικό Σύστημα

Η ικανότητα να ανιχνεύει κανείς τις πιο βασικές πτυχές των ήχων της ομιλίας ή των φωνημάτων αποτελεί την βάση της φωνολογίας. Η ανίχνευση και αναγνώριση των φωνημάτων, είτε στον γραπτό, είτε στον προφορικό λόγο, επιτρέπει στον αναγνώστη/ ακροατή να μετατρέπει τα φωνήματα σε λέξεις και κατ' επέκταση σε φράσεις και προτάσεις, που φέρουν ένα νόημα.

Σε μία μελέτη των Kasai et al. (2002), έγινε χρήση ηλεκτροφυσιολογικών καταγραφών με σκοπό να διερευνηθεί η ανταπόκριση του εγκεφάλου των ατόμων, κάθε φορά που ακούν μια ακολουθία φωνημάτων. Παρατηρήθηκε, πως σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου του πειράματος, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια εμφάνισαν μια μείωση ηλεκτροφυσιολογικών κυμάτων, κάθε φορά που άλλαζε η φωνημική αλληλουχία. Συνεπώς, το αποτέλεσμα αυτό οδήγησε στο συμπέρασμα, πως τα ελλείμματα γλωσσικής επεξεργασίας των ασθενών με σχιζοφρένεια βασίζονται στην αδυναμία ανάλυσης μεμονωμένων ήχων ομιλίας.

Τα ελλείμματα φωνολογικής επεξεργασίας στη σχιζοφρένεια, μπορούν να γίνουν εύκολα αντιληπτά από ένα μοτίβο ομιλίας των ατόμων γνωστό στα αγγλικά ως «clanging» ή αλλιώς «clang association». Πρόκειται για ένα είδος αποδιοργανωμένης ομιλίας, κατά την οποία το άτομο χρησιμοποιεί μέσα σε μια φράση λέξεις που ταιριάζουν ηχητικά μεταξύ τους σημασιολογικά, όμως, δεν έχουν καμία σχέση.

Για παράδειγμα, σε μια δραστηριότητα κατονομασίας αντικειμένων, ένας ασθενής βλέποντας αρχικά την εικόνα ενός χταποδιού (octopus) , απάντησε στη συνέχεια σε μια εικόνα ενός κάκτου (cactus), με «octatoos» και μετά «captus» (Marvel, 2006).

Πολλές φορές, το φαινόμενο «clanging» μπορεί να εμφανιστεί και υπό άλλη μορφή, αυτή της ομοιοκαταληξίας ή της επανάληψης κάποιων λέξεων, οι οποίες δεν ταιριάζουν στην συγκεκριμένη πρόταση. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι τα εξής: «I'm not making sense

(cents) anymore. I have to make dollars» ή «There is my cat, mat, bat, rat, mattress, cactus» (<https://www.alleydog.com>).

#### **1.6.1.5 Πραγματολογικό Σύστημα**

Η πραγματολογία αποτελεί σημαντικό μέρος του γλωσσικού συστήματος και αναφέρεται στη χρήση της γλώσσας σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο κάθε φορά. Αποτελείται από λεκτικές, παραγλωσσικές, αλλά και μη λεκτικές πτυχές της επικοινωνίας. Όσον αφορά στις τελευταίες, χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η ικανότητα εκκίνησης μιας συζήτησης και εισαγωγής ενός θέματος συζήτησης, η ικανότητα διατήρησης μιας προτεραιότητας στη σειρά των ομιλητών, η αναγνώριση συναισθημάτων μέσω της φωνής και των εκφράσεων του συνομιλητή και η διατήρηση της σωστής στάσης του σώματος. Τέλος, στις μη λεκτικές πτυχές επικοινωνίας συμπεριλαμβάνεται και η ικανότητα χρήσης κατάλληλων εκφράσεων προσώπου, που συνάδουν κάθε φορά με το κοινωνικό πλαίσιο. Τα πραγματολογικά ελλείμματα είναι εμφανή και από την έλλειψη συνοχής του περιεχομένου μιας συνομιλίας, ειδικά όταν δεν τηρείται το εκάστοτε θέμα συζήτησης (Joyal, Bonneau, & Fecteau, 2016). Δυσχέρειες στην πραγματολογία παρατηρούνται στο φάσμα του αυτισμού (SchoenSimmons, Paul, & Volkmar, 2014), σε περιπτώσεις ατόμων με γλωσσικές δυσκολίες (Mäkinen, Loukusa, Laukkanen, Leinonen, & Kunnari, 2014), σε βλάβες του δεξιού ημισφαιρίου (Sobhani-Rad, Ghorbani, Ashayeri, Jalaei, & Mahmoodi-Bakhdiari, 2014) και τέλος στην σχιζοφρένεια (Haas, et al., 2015).

Συγκεκριμένα, οι δυσκολίες των ασθενών με σχιζοφρένεια στον πραγματολογικό τομέα αφορούν ποικίλες περιπτώσεις. Αρχικά, παρατηρείται δυσκολία κατανόησης του έμμεσου λόγου, καθώς και δυσκολία αναγνώρισης ψευδών στοιχείων. Η κατανόηση της ειρωνείας, των μεταφορών και των ιδιωματισμών αποτελούν επίσης τροχοπέδη για τα άτομα αυτά, ενώ η δυσκολία ανάκαμψης των επικοινωνιακών αποτυχιών, όπως και η δυσκολία κατανόησης μιας αφήγησης είναι φανερές (Colle, et al., 2013).

Οι δύο πιο διαδεδομένες μέθοδοι για την μέτρηση της χρήσης της πραγματολογίας είναι η λεκτική συνοχή και η αφηγηματική συνοχή. Η λεκτική συνοχή πραγματοποιείται με την βοήθεια συνεκτικών δεσμών ή γραμματικών συνδέσμων, που όπως αποκαλύπτει και το

όνομά τους συνεισφέρουν στην σύνδεση φράσεων και προτάσεων μεταξύ τους. Αντωνυμίες, όπως «αυτός» ή «αυτό» παίζουν πρωτεύοντα ρόλο, καθώς σηματοδοτούν, πως το θέμα είναι το ίδιο με αυτό που αναφέρεται σε μια προηγούμενη πρόταση. Οι Halliday και Hasan (1976), μελέτησαν την ανάλυση συνοχής, η οποία έπειτα χρησιμοποιήθηκε στην μελέτη της γλωσσικής διαταραχής στους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Έτσι, η μειωμένη χρήση συνεκτικών δεσμών, διαχώρισε τον αποδιοργανωμένο λόγο σχιζοφρενών με διαταραχή σκέψης από τον αποδιοργανωμένο λόγο χωρίς διαταραχή σκέψης.

Η αφηγηματική συνοχή από την άλλη πλευρά αναφέρεται στην οργάνωση των ιδεών σε μια αφήγηση και χωρίζεται σε μερική συνοχή και ολική συνοχή. Η μερική συνοχή σχετίζεται με ένα μόνο θέμα, ενώ η ολική αναφέρεται στην οργάνωση των ιδεών σε ολόκληρη την αφήγηση, με σκοπό να δημιουργηθεί μια σφαιρική ιστορία. Και στις δύο περιπτώσεις ο συγγραφέας ή ομιλητής έχει ως σκοπό, το περιεχόμενο να γίνει κατανοητό στον αναγνώστη ή ακροατή. Προκειμένου να επιτευχθεί η καλή συνοχή, απαιτείται η επιλογή θεμάτων που συνάδουν μεταξύ τους, καθώς και μια λογική δομή των όσων παρατίθενται για να σχηματιστεί μια συνεκτική αφήγηση. Από τις ελάχιστες μελέτες σχετικά με την αφηγηματική συνοχή στην ψύχωση, τα ευρήματα έδειξαν μειωμένη αφηγηματική συνοχή σε ενήλικες με σχιζοφρένεια, οι οποίοι δεν παρουσίαζαν απαραίτητα και διαταραχή σκέψης (Done&Leinonen, 2013).

Έχουν προταθεί διάφορες υποθέσεις, που αιτιολογούν την δυσκολία κατανόησης των μεταφορικών εννοιών, όπως πχ. η εκτελεστική δυσλειτουργία ή προβλήματα που σχετίζονται με την αντίληψη της ψυχικής κατάστασης των άλλων, φαινόμενο γνωστό ως «Θεωρία του Νου» (Theory of Mind – ToM) (Lavau&Stip, 2010).

Η Θεωρία του Νου είναι μία σημαντική κοινωνικο-γνωστική δεξιότητα που σχετίζεται με την ικανότητα αντίληψης της ψυχικής κατάστασης των άλλων, δηλαδή των συναισθημάτων, των πεποιθήσεων, των επιθυμιών, της σκέψης και της γνώσης τους (Biedermann, Frajo-Apor, &Hofer, 2012).

Πως σχετίζεται όμως η Θεωρία του Νου με τις πραγματολογικές δεξιότητες της σχιζοφρένειας;

Στους ασθενείς με σχιζοφρένεια έχει παρατηρηθεί δυσκολία στην αξιολόγηση της ψυχικής κατάστασης των συνομιλητών τους και στην κατανόηση των προθέσεών τους.

Οι Corcoran et al. (1995), μελέτησαν τον βαθμό στον οποίο ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να κατανοήσει μια έμμεση παράκληση (πχ. «Έχει λίγο κρύο» με την έννοια του «Μπορείς να κλείσεις το παράθυρο;»). Το συμπέρασμα που εξήχθη ήταν, πως τα άτομα με σχιζοφρένεια δυσκολεύτηκαν περισσότερο από την ομάδα ελέγχου του πειράματος και



συνεπώς η δυσχέρεια αυτή συσχετίστηκε με την δυσκολία αναγνώρισης της ψυχικής κατάστασης (Θεωρία του Νου). Η μελέτη των Corcoran et al. (1997) έδειξε, ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια δεν κατανόησαν αστεία τα οποία είχαν κάποιο ψυχολογικό υπόβαθρο, σε αντίθεση με αυτά που δεν σχετίζονταν με ψυχικές καταστάσεις. Ακόμη, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να κατανοήσουν ψευδείς πεποιθήσεις ή στοιχεία που δηλώνουν μια απάτη σε δραστηριότητες κατανόησης μιας ιστορίας (Lavau & Stip, 2010).

Δύο περαιτέρω στοιχεία, που σχετίζονται με την πραγματολογία και ειδικά όσον αφορά στους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι η μεταφορά και η ειρωνεία. Με βάση την «Θεωρία της Σχετικότητας» που αναπτύχθηκε από τους Sperber και Wilson (1986) και το εμπειρικό εύρημα του Harpé (1993) απαραίτητες για την επαρκή κατανόηση μιας μεταφοράς ή ειρωνείας είναι οι ικανότητες της Θεωρίας του Νου. Μάλιστα, υποστηρίζουν πως η κατανόηση της ειρωνείας απαιτεί υψηλότερου βαθμού δεξιότητες Θεωρίας του Νου, διότι η ερμηνεία της είναι πιο απαιτητική.

Ωστόσο, κάποια άλλα ερευνητικά δεδομένα έρχονται σε αντίθεση με τις θεωρίες των Sperber, Wilson και Harpé (Varga, et al., 2014). Σε μία άλλη μελέτη, κάποιοι ερευνητές υποστήριξαν ότι τόσο η μεταφορά, όσο και η ειρωνεία επηρεάζονται στη σχιζοφρένεια και μάλιστα η κατανόησή τους επηρεάζεται από διαφορετικές γνωστικές διαδικασίες. Συγκεκριμένα, η δυσκολία επεξεργασίας μιας ειρωνείας θα μπορούσε να οφείλεται σε μειωμένες δεξιότητες της Θεωρίας του Νου, ωστόσο η δυσκολία επεξεργασίας μιας μεταφοράς οφείλεται σε μειωμένες δεξιότητες σημασιολογικής επεξεργασίας (Langdon, R., Davies, M., & Coltheart, M., 2002; Langdon, R., Coltheart, M., Ward, P. B., & Catts, S. V., 2002). Από την άλλη πλευρά, σε μια διαφορετική έρευνα σε ασθενείς με σχιζοφρένεια διαπιστώθηκε σημαντική βλάβη μόνο στον τομέα της ειρωνείας, αλλά δεν βρέθηκε κάποια δυσχέρεια στην ερμηνεία των μεταφορικών εννοιών (Herold, Tényi, Lénárd, & Trixler, 2002). Αντιθέτως, μια διαφορετική θεωρία υποστηρίζει, ότι τόσο η μεταφορά όσο και η ειρωνεία σε επίπεδο κατανόησης αποτελούν δύσκολη διαδικασία για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια, καθώς και ότι υπάρχει συσχέτιση των ικανοτήτων της Θεωρίας του Νου με την επιτυχή κατανόηση της μεταφοράς, σε αντίθεση με την ειρωνεία που δεν σχετίζεται με τις ίδιες ικανότητες (Mo, Su, Chan, & Liu, 2008). Στην έρευνα των Brüne και Bodenstein συσχετίστηκε η δυσκολία κατανόησης των παροιμιών με δυσκολία ικανοτήτων της Θεωρίας του Νου (Brüne & Bodenstein, 2005). Σε μια πιο πρόσφατη έρευνα βρέθηκε σημαντική βλάβη τόσο στην κατανόηση ιδιωματικών, όσο και μη ιδιωματικών μεταφορών σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, ενώ παράλληλα διαπιστώθηκε ότι η κατανόηση ιδιωματικών μεταφορών εξαρτάται από τις ικανότητες της Θεωρίας του Νου, ενώ στις μη ιδιωματικές μεταφορές αυτό

δεν ισχύει (Lavau & Stip, 2010). Παρομοίως σε μια άλλη μελέτη έγινε σημαντική συσχέτιση της κατανόησης των μεταφορών και της ειρωνείας με δυσλειτουργίες ικανοτήτων της Θεωρίας του Νου (GavilánIbáñez&García-AlbeaRistol, 2013).

#### **1.6.1.6 Φωνητικό Σύστημα**

Ο όρος «προσωδία» αναφέρεται στις μη λεκτικές πτυχές της γλώσσας, όπως είναι για παράδειγμα ο τόνος της φωνής, ο επιτονισμός και ο ρυθμός. Τα είδη της προσωδίας χωρίζονται, συνήθως, σε δύο κατηγορίες, στην συναισθηματική προσωδία (affective prosody) και στην μη συναισθηματική προσωδία ή αλλιώς γλωσσική (linguisticornon-affective prosody) (Leentjens, Wielaert, Harskamp, &Wilmink, 1998). Η συναισθηματική προσωδία σχετίζεται με την συναισθηματική έκφραση της φωνής και συνεπώς συντελεί στην αναγνώριση των συναισθημάτων και των προθέσεων των άλλων μέσω της ομιλίας τους. Η μη συναισθηματική ή γλωσσική προσωδία από την άλλη πλευρά εστιάζει στον γλωσσικό τομέα, πχ. στην σημασιολογία και συντελεί στην αναγνώριση του είδους ενός εκφωνήματος (πχ. αν είναι δήλωση, ερώτηση ή εντολή) (Hoekert, Khan, Rijnenborg, &Aleman, 2007). Επιπλέον, ενώ σύμφωνα με κάποιες έρευνες η συναισθηματική προσωδία φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με το δεξί εγκεφαλικό ημισφαίριο, τουλάχιστον στους δεξιόχειρες, η μη συναισθηματική προσωδία δεν φαίνεται να έχει κάποια σχέση με κανένα από τα δύο ημισφαίρια (Leentjens, Wielaert, Harskamp, &Wilmink, 1998).

Παρ' όλο που η σχιζοφρένεια εμφανίζει κυρίως δυσλειτουργίες σε πραγματολογικό επίπεδο, όσον αφορά στις γλωσσικές διαταραχές υπάρχουν κάποιες μελέτες που εστιάζουν και σε διαταραχές των προσωδιακών χαρακτηριστικών. Συγκεκριμένα, η προσωδία των ατόμων με σχιζοφρένεια έχει περιγραφεί ως «μονότονη», «άχρωμη» ή «μη φυσιολογική», καθώς το εύρος του τονισμού των λέξεων είναι εξαιρετικά μειωμένο συμβάλλοντας έτσι σε έναν επίπεδο επιτονισμό. Ακόμη, έχει διαπιστωθεί ότι η ομιλία των ασθενών με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από πολλές παύσεις και δισταγμούς, αν και το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται σε δυσλειτουργία σημασιολογικού ή πραγματολογικού επιπέδου και όχι προσωδιακού. Άλλες μελέτες, επίσης, έδειξαν πως υπάρχει δυσκολία τόσο στην παραγωγή

της προσωδίας, όσο και στην κατανόησή της και ειδικότερα των συναισθημάτων (Michelas, et al., 2014).

Ενώ κάποιες έρευνες φαίνεται να συσχέτισαν την λειτουργία της αμυγδαλής με την αναγνώριση των συναισθημάτων γενικότερα (Aleman&Khan, 2005), η αναγνώριση συναισθημάτων μέσω των εκφράσεων του προσώπου και μέσω της προσωδίας της φωνής βασίζονται σε διαφορετικές αισθητηριακές διαδικασίες. Τα ελλείμματα στην ακουστική επεξεργασία, καθώς και στην αντίληψη του ύψους της φωνής είναι εμφανή στη σχιζοφρένεια και συνδέονται με την δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων, μέσω της προσωδίας (Jahshan et al., 2013; Leitman et al., 2005). Δύο περιοχές του εγκεφάλου που επίσης σχετίζονται με την αδυναμία αναγνώρισης της συναισθηματικής προσωδίας, εφόσον δυσλειτουργούν, είναι ο πρωτογενής ακουστικός φλοιός και ο μέσος προμετωπιαίος φλοιός (Yi, Hongwei, &Yang, 2018).

Σε μία πρόσφατη έρευνα σε άτομα με σχιζοφρένεια πρώτου επεισοδίου, διαπιστώθηκε μεγαλύτερη δυσκολία αναγνώρισης του συναισθήματος του θυμού από άλλα συναισθήματα (Amminger, et al., 2012). Σε μια διαφορετική μελέτη σε ασθενείς πρώτου επεισοδίου, αλλά με συμπτώματα κατάθλιψης αυτή τη φορά, παρατηρήθηκε μεγαλύτερη ευκολία στην αναγνώριση του συναισθήματος της θλίψης, από ότι από ασθενείς χωρίς κατάθλιψη (Herniman, Allott, Killackey, Hester, &Cotton, 2017).

Σε μια έρευνα με σκοπό την μελέτη αναγνώρισης της συναισθηματικής προσωδίας έγινε χρήση του Prosody Task (Juslin&Laukka, 2001), μιας δραστηριότητας προσωδίας που αξιολογεί την ικανότητα του ατόμου να εντοπίζει με ακρίβεια το συναίσθημα που παρουσιάζεται κάθε φορά. Κατά την διαδικασία αυτή οι ασθενείς ακούν ένα ηχητικό κλιπ, στο οποίο περιλαμβάνονται φωνητικά δείγματα ανθρώπων και καλούνται να επιλέξουν ποιο από όλα τα συναισθήματα εκφράζεται. Στα συναισθήματα περιλαμβάνονται η ευτυχία, η θλίψη, ο θυμός, ο φόβος και η αηδία. Τα ηχητικά ερεθίσματα αναπτύχθηκαν από τους Juslin και Laukka (2001) και περιλαμβάνουν δύο δηλώσεις με ουδέτερο περιεχόμενο, δηλαδή μια ερώτηση και μια δηλωτική (κυριολεκτική) πρόταση, οι οποίες εκφωνούνται από δύο άνδρες και δύο γυναίκες (ηθοποιούς). Ζητήθηκε από τους ηθοποιούς να υποδηλώσουν το κάθε συναίσθημα δύο φορές για κάθε δήλωση, την μία φορά με μικρότερη και την άλλη με μεγαλύτερη συναισθηματική ένταση. Ακόμη, ο κάθε ηθοποιός είτε την κάθε δήλωση και μια φορά χωρίς συγκίνηση, δηλαδή υπήρχαν και 8 ουδέτερες δοκιμές. Το αποτέλεσμα της δραστηριότητας αυτής ήταν πως οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είχαν τις υψηλότερες βαθμολογίες για το συναίσθημα της θλίψης και του θυμού, οι οποίες ήταν πολύ υψηλότερες από τις βαθμολογίες για το συναίσθημα της αηδίας, της ευτυχίας και του φόβου. Από τα τρία

τελευταία συναισθήματα αυτό με την ακόμα χαμηλότερη βαθμολογία ήταν αυτό της αηδίας (Bonfils , Ventura, Subotnik, & Nuechterlein, 2019).

## **1.7 Διαταραχές Μη Λεκτικής Επικοινωνίας**

Η μη λεκτική επικοινωνία ορίζεται ως η διαδικασία επικοινωνίας που χρησιμοποιεί μη λεκτικά μηνύματα. Τις περισσότερες φορές τα μηνύματα αυτά αφορούν έννοιες παρά λέξεις και κατά τη διαδικασία αυτή χρησιμοποιούνται ως κώδικες επικοινωνίας οι ανθρώπινες αισθήσεις (όραση, ακοή, όσφρηση, αφή). Η μη λεκτική επικοινωνία περιλαμβάνει στοιχεία όπως τις χειρονομίες, τις εκφράσεις του προσώπου και τη στάση του σώματος. Το γεγονός ότι τα μη λεκτικά σήματα γίνονται κατά κύριο λόγο ασυνείδητα, έχει ως αποτέλεσμα να θεωρούνται ελκρινείς ενδείξεις της συναισθηματικής κατάστασης και της προσωπικότητας ενός ατόμου (Sims, 2003). Ωστόσο, η μη λεκτική επικοινωνία είναι συνεχής και πολλές φορές τα μηνυμάτά της μπορεί να είναι ασαφής και δύσκολο να ερμηνευτούν σωστά. Ορισμένοι ειδικοί, υποστηρίζουν ότι τα κέντρα των λειτουργιών της εξωλεκτικής επικοινωνίας βρίσκονται στο επικρατές εγκεφαλικό ημισφαίριο (συνήθως το δεξί), ενώ άλλοι θεωρούν ότι έχουν αμφοτερόπλευρη και συμμετρική αντιπροσώπευση (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010).

Άτομα με διαταραχές λόγου, συνήθως εμφανίζουν και διαταραχές στη μη λεκτική επικοινωνία, γεγονός που καθιστά την μεταβίβαση των μηνυμάτων ακόμα πιο δύσκολη.

Στη σχιζοφρένεια υπάρχει ένα πλήθος εξωλεκτικών στοιχείων που χαρακτηρίζουν τους πάσχοντες, τα οποία παρέχουν χρήσιμα συμπεράσματα για τα παθολογικά πρότυπα συμπεριφοράς τους καθώς και για την ικανότητά τους για διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Έρευνες έχουν δείξει ότι τα αρνητικά συμπτώματα των ασθενών με σχιζοφρένεια επηρεάζουν την μη λεκτική επικοινωνία αυτών αλλά και των συνομιλητών τους (Lavelle, Healey, & McCabe, 2013).

### **1.7.1 Εκφραστικότητα προσώπου**

Οι εκφράσεις του προσώπου μπορούν να αντικατοπτρίζουν πολλά πράγματα για ένα άτομο, όπως τη συναισθηματική του κατάσταση και τη διάθεση του απέναντι στο συνομιλητή. Διαταραχές στην εκφραστικότητα είναι πολύ συχνές σε άτομα με σχιζοφρένεια, τα οποία τείνουν να υιοθετούν ένα ανέκφραστο πρόσωπο γεγονός που αντιστοιχεί στην άμβλυνση του συναισθήματός τους. Οι διαταραχές της μιμικής του προσώπου ταξινομούνται σε

#### **1. Υπομιμίες και Αμιμίες**

Ορισμένοι ασθενείς με σχιζοφρένεια αλλά και ασθενείς με άλλες διαταραχές, όπως κατάθλιψη, εμφανίζουν υπομιμίες και αμιμίες με το βλέμμα τους να καθιλώνεται σε ένα πρόσωπο ή ένα αντικείμενο. Ανάλογα με την υποκειμένη ψυχική πάθηση αυτή η καθήλωση μπορεί να εκφράζει ταραχή, οδύνη, ταλαιπωρία, αρνητισμό ή εναντίωση.

#### **2. Δυσμιμίες**

Οι δυσμιμίες ανήκουν στην κατηγορία των ποιοτικών διαταραχών και περιλαμβάνουν τις παραμιμίες ή απρόσφορες μιμικές. Στις καταστάσεις αυτές υπάρχει αναντιστοιχία ανάμεσα στην έκφραση του προσώπου και στο περιεχόμενο της ομιλίας ή στην υποκειμένη συναισθηματική κατάσταση. Στους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι πιθανόν οι παραμιμίες να αποτελούν αντίδραση σε παραληρητικές ή ψευδαισθητικές εμπειρίες. Χαρακτηριστικές παραμιμίες είναι η επαναληπτική συνοφρύωση και ο κλαυσίγελως που θεωρείται εκδήλωση έντονης αμφιθυμίας. Επίσης ασθενείς με σχιζοφρένεια αποδιοργανωμένου τύπου μπορεί να εκδηλώνουν αναίτια, παράξενα και παράταιρα γέλια.

#### **3. Υπερμιμίες**

Συχνές σε αυτά τα άτομα είναι και οι ηχομιμίες δηλαδή η αυτόματη, αντανakλαστική αναπαραγωγή της μιμικής του συνομιλητή από τον ασθενή (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010).

Σύμφωνα με διάφορες μελέτες που έχουν γίνει, ορισμένοι ασθενείς με σχιζοφρένεια δυσκολεύονται να διακρίνουν τις διαφορετικές εκφράσεις προσώπου των συνομιλητών τους και να τις αντιστοιχίσουν με το σωστό συναίσθημα ( π.χ. η

αποστροφή μπορεί να συγχέεται με τον φόβο). Στην διαδικασία αυτή της αντιστοίχισης και γενικότερα της επαφής με το ερέθισμα της έκφρασης του προσώπου εμπλέκεται η αμυγδαλή. Σε αρχικό επίπεδο παρατηρείται αυξημένη δραστηριότητα της, αλλά στη συνέχεια αυτή μειώνεται, κάτι που αποδίδεται σε έναν αυτοματοποιημένο μηχανισμό των πασχόντων ο οποίος τους βοηθάει να αποφύγουν την πρόσληψη πολλών ερεθισμάτων κατά την διαπροσωπική τους επαφή. Σε κάθε περίπτωση ωστόσο, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων που λαμβάνουν οι ασθενείς, οι οποίες μπορεί να επιφέρουν μειωμένη εκφραστικότητα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση (Suslow, etal., 2013).

### **1.7.2 Βλεμματική επαφή**

Στη σχιζοφρένεια το βλέμμα του ασθενούς μπορεί να είναι σε συμφωνία με την υπόλοιπη έκφραση του προσώπου ή σε αντίθεση. Δηλαδή ένα ανέκφραστο πρόσωπο μπορεί να συνοδεύεται από ένα απλανές και αδιάφορο βλέμμα ή από ένα ζωηρό. Συχνά το βλέμμα αυτών των ασθενών φαίνεται να διαπερνά το πρόσωπο του συνομιλητή και όχι απλώς να επικεντρώνεται σε αυτό (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι η πρόωμη επεξεργασία του βλέμματος σε αυτούς τους ασθενείς είναι άθικτη, κάτι που υποδηλώνει ότι οποιαδήποτε λανθασμένη ερμηνεία της κατεύθυνσης του βλέμματος κάποιου, εκδηλώνεται σε ένα επόμενο συνειδητό στάδιο επεξεργασίας, όπου τυχόν πεποιθήσεις πως παρακολουθούνται παίζουν ρόλο (Seymour, Rhodes, Stein, & Langdon, 2015).

### **1.7.3 Εμφάνιση**

Η εμφάνιση του ασθενούς συμπληρώνει την κλινική του εικόνα και αφορά το ντύσιμο, την υγιεινή και την ατομική περιποίηση. Διαταραχές της παρουσιάζουν

συχνά ασθενείς με σχιζοφρένεια, με διαταραχές προσωπικότητας, άνοια και μανία. Ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια μπορεί να είναι βρώμικοι, ατημέλητοι ή εκκεντρικά ντυμένοι, ακόμα και αν είναι έξυπνοι, μορφωμένοι και οικονομικά ευκατάστατοι. Επίσης, ορισμένες φορές η εμφάνιση μπορεί να προϋποθέτει για μια πιθανή υποκείμενη ψυχοπαθολογία. Για παράδειγμα, η απώλεια βάρους μπορεί να οφείλεται στην κατάθλιψη που πιθανώς να έχει ο ασθενής, ή στο πλαίσιο των παραληρητικών ιδεών ορισμένοι ψυχωτικοί ασθενείς μπορεί να μην τρώνε από φόβο μη δηλητηριαστούν με αποτέλεσμα να είναι πολύ αδύνατοι (<https://docuri.com/>). Ωστόσο, σε μια μελέτη τους οι Priebe και Rohricht (2001) βρήκαν ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια τείνουν να είναι πιο ευχαριστημένοι με την εμφάνισή τους σε σχέση με άτομα που έχουν κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές (Sakson-Obada, Chudzikiewicz, Pankowski, & Jarema, 2016).

#### **1.7.4 Διαταραχές της ψυχοκινητικότητας**

Η ψυχοκινητικότητα ορίζεται ως το σύνολο των επικοινωνιακών και κινητικών συμπεριφορών ενός ατόμου και στις περιπτώσεις όπου απουσιάζει ο λόγος έχει σημαντική διαγνωστική σημασία. Διαταραχές της εμφανίζονται σε ένα πλήθος οργανικών, συναισθηματικών και ψυχωτικών διαταραχών και οι μεταβολές της μπορεί να είναι ποσοτικές (υποκινησίες και υπερκινησίες) ή ποιοτικές (παρακινησίες).

##### **A. Ποσοτικές μεταβολές**

Στη σχιζοφρένεια, όσον αφορά τις ποσοτικές μεταβολές, οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν εμβροντησία, ψυχοκινητική έξαρση και ψυχοκινητική διέγερση:

➤ Η εμβροντησία είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από πλήρη αναστολή της κινητικής δραστηριότητας και της ομιλίας και εμφανίζεται σε ασθενείς με κατατονική σχιζοφρένεια. Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου είναι πιθανόν η ροή της σκέψης του ατόμου να συνεχίζεται.

➤ Στην ψυχοκινητική έξαρση υπάρχει επίταση της σκέψης και της σκόπιμης δραστηριότητας του ασθενούς.

➤ Στην ψυχοκινητική διέγερση η υπερκινητικότητα είναι απρόοπτη, απρόσφορη και συχνά καταστρεπτική.

##### **B. Ποιοτικές μεταβολές**

Όσον αφορά τις ποιοτικές μεταβολές, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι πιθανό να εμφανίσουν ακούσιες κινήσεις, αμφιπραξία, ιδιοτροπισμούς, καταναγκαστικές

πράξεις, ηχοπραξία, αρνητισμό, στερεοτυπίες θέσης, στερεοτυπίες και επιτηδευμένες στάσεις.

➤ Ακούσιες κινήσεις

Είναι χορειακόμορφες και αφορούν κυρίως το πρόσωπο, τη γλώσσα, το κορμό και τα άκρα. Αυτές συνήθως δεν ελέγχονται από τον ασθενή και δεν επηρεάζουν την λειτουργικότητα του. Έχει παρατηρηθεί ότι η συχνότητα εμφάνισης των ακούσιων κινήσεων αυξάνεται με τη χρήση αντιψυχωτικών φαρμάκων.

➤ Αμφιπραξία (ambitendency)

Μία παρακινησία που συναντάμε σε ασθενείς με κατατονική σχιζοφρένεια είναι η αμφιπραξία. Αποτελεί έκφραση αμφιθυμίας μέσω της κινητικής συμπεριφοράς του ασθενούς και συνίσταται σε έναρξη και διακοπή μιας κίνησης πριν την ολοκλήρωσή της (<https://docuri.com/>). Ενώ στην αρχή υποστηριζόταν ότι υπάρχει ψυχολογική εξήγηση για αυτήν την διαταραχή, τα τελευταία χρόνια γίνεται λόγος για την πιθανότητα νευρολογικής παθογένειας. Συγκεκριμένα, θεωρείται ότι σχετίζεται με την ιδεοκινητική απραξία, μία διαταραχή του αριστερού μετωπιαίου λοβού. Σε μια μελέτη όπου συμμετείχαν ασθενείς με χρόνια μη διαφοροποιημένη σχιζοφρένεια, σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου, ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας, με σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή και τυπικά άτομα, βρέθηκε πως αυτοί με χρόνια σχιζοφρένεια και σοβαρή κατάθλιψη παρουσίαζαν με μεγαλύτερη συχνότητα ιδεοκινητική απραξία. Ακόμη, φάνηκε πως η ιδεοκινητική απραξία σχετίζεται με την βραδυκινησία στο επικρατές χέρι των ασθενών με σχιζοφρένεια κάτι που υποδηλώνει νευρολογικό υπόβαθρο για την διαταραχή της αμφιπραξίας (Portnoff, Golden, Snyder, & Gustavson, 1982).

➤ Ιδιοτροπισμοί (mannerisms)

Στο πλαίσιο της κατατονικής μορφής της νόσου ή ως αποτέλεσμα των παραληρητικών ιδεών, ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει ιδιοτροπισμούς. Αυτοί συνιστούν παράξενες, επιτηδευμένες και εκούσιες κινήσεις και μπορούν να αφορούν χειρονομίες, μορφασμούς προσώπου ή τον τόνο της ομιλίας.

➤ Καταναγκαστικές πράξεις

Αν και αποτελούν χαρακτηριστικό κομμάτι της σημειολογίας της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, μπορούν να εμφανιστούν και στο πλαίσιο της σχιζοφρένειας μαζί με τις στερεοτυπίες. Πρόκειται για επαναλαμβανόμενες ενέργειες που στερούνται νόημα και μπορεί να έχουν συμβολικό ή συναισθηματικό περιεχόμενο, με θέμα τον έλεγχο, την τάξη ή την καθαριότητα. Διαφέρουν από τις



αντίστοιχες καταναγκαστικές πράξεις των ασθενών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή κατά το ότι δεν υπάρχει αντίσταση (Sims, 2003).

➤ Ηχοπραξία (echopraxia)

Αφορά την επανάληψη-μίμηση των κινήσεων ενός άλλου ατόμου, ακόμα και αν του ζητηθεί να μην το κάνει (<https://docuri.com/>).

➤ Αρνητισμός (negativism)

Πρόκειται για άρνηση του ασθενή να εκτελέσει οποιαδήποτε εντολή, αλλά και αντίσταση σε οποιαδήποτε προσπάθεια μετακίνησης του (<https://docuri.com/>). Αυτή η αντίσταση φαίνεται αναίτια και στερούμενη κινήτρου και αντιστοιχεί στον λεγόμενο ετεροαρνητισμό, δηλαδή αντίσταση στις εξωτερικές παρεμβάσεις. Στην περίπτωση του αυτοαρνητισμού ο ασθενής αρνείται να επιτελέσει ακόμα και τις βιολογικές του λειτουργίες, όπως το να φάει και να πιει.

➤ Στερεοτυπίες θέσης (waxy flexibility)

Πρόκειται για αφύσικες και άβολες θέσεις που μπορεί να υιοθετήσει ο ασθενής, τις οποίες μπορεί να διατηρήσει από λίγα λεπτά έως ώρες. Η καταληψία χαρακτηρίζεται από διατήρηση στάσεων που είτε έχει πάρει ο ίδιος ο ασθενής, είτε από παρέμβαση άλλου ατόμου και δεν έχουν κάποια εμφανή σκοπιμότητα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το ‘ψυχικό προσκέφαλο’ όπου ο ασθενής ενώ είναι ξαπλωμένος έχει το κεφάλι του λίγα εκατοστά πιο πάνω από το μαξιλάρι για ώρες (Sims, 2003).

➤ Στερεοτυπίες (stereotypies)

Είναι επαναλαμβανόμενες σταθερές κινήσεις που δεν έχουν κάποια σκοπιμότητα και δεν είναι συμβατές με το πλαίσιο στο οποίο παρουσιάζονται (π.χ. να βηματίζει συνεχώς σε κυκλική πορεία).

➤ Επιτηδευμένες στάσεις (posturing)

Ο ασθενής υιοθετεί αφύσικες στάσεις τις οποίες διατηρεί για περιορισμένο χρονικό διάστημα.

(Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010)

### **1.7.5 Διαταραχές συμπεριφοράς**

Άτομα με σχιζοφρένεια μπορούν να εμφανίσουν διαταραχές συμπεριφοράς όπως επιθετικότητα, αποδιοργάνωση, άρση αναστολών και απάθεια. Η παράδοξη συμπεριφορά αυτών των ασθενών πολλές φορές έχει άμεση σχέση με τις παραληρητικές ιδέες τους, οι οποίες και καθορίζουν τη φύση του συμπτώματος. Επίσης, πολλές φορές η συμπεριφορά τους μπορεί να χαρακτηριστεί ως παρορμητική και χαοτική.

Στην αποδιοργανωτικού τύπου σχιζοφρένεια, στα αρχικά στάδια της νόσου η συμπεριφορά μπορεί να δείχνει παιδικόμορφη και ενοχλητική. Σε προχωρημένο στάδιο είναι χαρακτηριστική η άρση των αναστολών ειδικά στον σεξουαλικό τομέα. (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### Νοητικές και Γνωστικές Λειτουργίες στη Σχιζοφρένεια

---

Σύμφωνα με τον RonanO' Carol (2000) το 70% των ασθενών με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από γνωστική δυσλειτουργία, η οποία συχνά εμφανίζεται πριν την έναρξη της νόσου και επηρεάζει άμεσα την κοινωνική και επαγγελματική ζωή των ατόμων.

Η γενικευμένη εγκεφαλική δυσλειτουργία που παρατηρείται στην παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας, συνδέεται με την βαρύτητα και την σταθερότητα των ελλειμμάτων σε γνωστικές λειτουργίες όπως την αφαιρετική σκέψη, την οπτικοχωρική αντίληψη, την ροή λέξεων και σχεδίων και την χωρική και λεκτική εργαζόμενη μνήμη (Γιαννακού, 2008; Heinrichs & Zakzanis 1998).

Το ίδιο υποστηρίζουν και οι Fioravanti, Bianchi & Cinti (2012), που μελετώντας την νευροψυχολογική εικόνα των ασθενών με σχιζοφρένεια, διαπίστωσαν ότι υπάρχει μια γενικευμένη βλάβη διαφόρων γνωστικών λειτουργιών. Τα ελλείμματα αυτά βρήκαν ότι αφορούν την μνήμη (οπτική και λεκτική), την προσοχή (οπτική και ακουστική), την αντίληψη συναισθημάτων, τις εκτελεστικές λειτουργίες, τη γλώσσα και τη γενική νοημοσύνη, τη λεκτική ροή, την αντίληψη του χιούμορ και τη θεωρία του νου (Κάνδιας & Γιακουμάκη, 2012; Bozikas, Kosmidis, Kiosseoglou, & Karavatos 2006β).

Ακόμη, διάφορες μελέτες έχουν δείξει πως υπάρχει μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ των γνωστικών ελλειμμάτων και των κλινικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Συγκεκριμένα, αναφέρουν ότι σχετίζονται άμεσα η βαρύτητα των αρνητικών συμπτωμάτων και οι εκτελεστικές δυσλειτουργίες (Nieuwenstein, Aleman, & de Haan, 2001). Παράλληλα σε μελέτες που αφορούσαν τη σχέση ανάμεσα στην βελτίωση των κλινικών συμπτωμάτων και τις επιδόσεις σε νευροψυχολογικές δοκιμασίες, βρέθηκε ότι μόνο η βελτίωση των αρνητικών συμπτωμάτων σχετίζεται σε μέτριο βαθμό με τη βελτίωση σε διάφορα γνωστικά πεδία (αφααιρετική σκέψη, γλωσσική επεξεργασία, προσοχή, χωρική αντίληψη και μνήμη) (Κάνδιας & Γιακουμάκη, 2012). Δηλαδή, φαίνεται ότι ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός που προκαλεί τα αρνητικά συμπτώματα και αυτός που προκαλεί την γνωστική έκπτωση είναι διαφορετικός (Γιαννακού, 2008; Heinrichs & Zakzanis 1998).

Επίσης, άλλες έρευνες δείχνουν πως ορισμένα άτομα που δεν έχουν νοσήσει, ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου γιατί παρουσιάζουν ορισμένα γνωστικά ελλείμματα, όπως στις εκτελεστικές λειτουργίες, στον χρόνο επεξεργασίας της πληροφορίας (Niendam, et al., 2006), στην λεκτική μνήμη και μάθηση, στην προσοχή και στην χωρική εργαζόμενη μνήμη (Seidman, et al., 2010; Woodberry, Seidman, Giuliano, Verdi, Cook, &McFarlane, 2010). Παράλληλα, μελέτες που δείχνουν ότι συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με σχιζοφρένεια που όμως δεν νοσούν, εμφανίζουν ήπια γνωστική εξασθένηση, επιβεβαιώνουν την στενή σύνδεση των νευροψυχολογικών ελλειμμάτων με την νόσο (Κωνσταντακόπουλος et al. 2011).

Σε κάθε περίπτωση, η έγκαιρη αντιμετώπιση αυτών των ελλειμμάτων συμβάλλει σε καλύτερα αποτελέσματα, όσον αφορά τη λειτουργικότητα, και περιλαμβάνει συμπεριφορικές παρεμβάσεις και προγράμματα γνωστικής αναδόμησης (Bartók, Berecz, Glaub, & Degrell, 2005).

## **2.1 Νοημοσύνη**

Στους ασθενείς με σχιζοφρένεια υπάρχει μια έκπτωση στη γενικότερη νοημοσύνη (Heinrich & Zakzanis, 1998) και φαίνεται πως η λεκτική νοημοσύνη είναι πιο επηρεασμένη από την πρακτική. Επίσης, διάφορες μετα-αναλύσεις έχουν δείξει ότι οι άντρες έχουν χαμηλότερη επίδοση στην δοκιμασία της νοημοσύνης από τις γυναίκες πριν την εμφάνιση της νόσου (Aylward, Walker, & Bettles, 1984).

Σύμφωνα με μία έρευνα (Weickert et al. 2000) όπου συμμετείχαν ασθενείς και ομάδα ελέγχου, βρέθηκε ότι οι ασθενείς είχαν χαμηλότερη νοημοσύνη και ταυτόχρονα εμφάνιζαν έκπτωση και σε άλλες γνωστικές λειτουργίες, όπως η προσοχή, η μνήμη και η ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών. Παρ' όλα αυτά, οι εκτελεστικές λειτουργίες και τα ελλείμματα προσοχής των ασθενών φαίνεται πως είναι ανεξάρτητα από την νοημοσύνη τους και τις ποικιλομορφίες αυτής.

Συμπερασματικά, φαίνεται πως οι περισσότεροι ασθενείς με σχιζοφρένεια εμφανίζουν ελλείμματα στην νοημοσύνη καθ' όλη την διάρκεια της ζωής τους που επηρεάζουν την πρόγνωση της ασθένειας. Τα ελλείμματα αυτά μπορεί να εμφανιστούν

μετά την έναρξη της νόσου ή να υπάρχουν πριν από την εκδήλωσή της και φαίνεται πως οι αλλαγές στη συμπτωματολογία σχετίζονται με αλλαγές στη δοκιμασία νοημοσύνης. Ωστόσο, ακόμα δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να θεωρηθούν τα νοητικά ελλείμματα έγκυρες ενδείξεις για την προδιάθεση της ασθένειας (Aylward, Walker, & Bettes, 1984).

## 2.2 Προσοχή

Μία από τις γνωστικές λειτουργίες που διαταράσσονται στη σχιζοφρένεια είναι αυτή της προσοχής και θεωρείται ότι δυσκολεύει το άτομο στο να αντιμετωπίσει τους περιβαλλοντικούς ψυχοπνευματικούς παράγοντες (Chattopadhyay, Patil, Nayak, & Chate, 2012). Αυτή η διαταραχή περιλαμβάνει ελλείμματα στην οπτική, την ακουστική, την επιλεκτική και την παρατεταμένη προσοχή (Reichenberg, 2010). Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι στα άτομα με σχιζοφρένεια μπορούν να υπάρξουν δύο βασικές δυσλειτουργίες της προσοχής. Η μία αφορά την υπό προσοχή, κατά την οποία τα άτομα δυσκολεύονται να εστιάσουν στα εξωτερικά ερεθίσματα με αποτέλεσμα να αποσύρονται από αυτά. Η δεύτερη σχετίζεται με την υπερβολική προσοχή, όπου τα άτομα αδυνατούν να επιλέξουν σε ποια περιβαλλοντικά ερεθίσματα να εστιάσουν την προσοχή τους και κατά συνέπεια κατακλύζονται από αυτά (Δαλάγδη, 2014).

Σε σχετικές έρευνες που έχουν γίνει, έχει βρεθεί πως η εγκεφαλική δραστηριότητα των ασθενών με σχιζοφρένεια κατά την εκτέλεση δραστηριοτήτων προσοχής διαφέρει από αυτή των υγιών ατόμων. Οι περιοχές στις οποίες παρατηρήθηκαν οι διαφορές είναι ο ραχιοπλευρικός προμετωπιαίος φλοιός (DLPFC), η νησίδα του εγκεφάλου, η πρόσθια έλικα του προσαγωγίου, η αμυγδαλή, ο ιππόκαμπος, το κοιλιακό ραβδωτό στρώμα, ο θάλαμος και η παρεγκεφαλίδα. Ωστόσο, δεν συμφωνούν όλες οι έρευνες για το εάν υπάρχει αυξημένη ή μειωμένη δραστηριότητα στο δίκτυο που συμμετέχει σε αυτήν την γνωστική λειτουργία (Carter, et al., 2010).

### 2.3 Αντίληψη

Οι βασικές αντιληπτικές διαταραχές που συναντώνται στη σχιζοφρένεια είναι οι οπτικές ψευδαισθήσεις (King, Hodgkins, Chouinard, Chouinard, & Sperandio, 2017) και οι διαταραχές στην οπτικοχωρική αντίληψη (Tek, Gold, Blaxton, Wilk, McMahon, & Buchanan, 2002). Η τελευταία έχει να κάνει με την ικανότητα επεξεργασίας και ερμηνείας των οπτικών πληροφοριών σχετικά με το που βρίσκονται τα αντικείμενα στο χώρο. Αφορά ένα ευρύ φάσμα των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, όπως την ικανότητα των ατόμων να προσανατολίζονται κατάλληλα στο χώρο. Τα ελλείμματα στην οπτικοχωρική αντίληψη έχουν να κάνουν με δυσλειτουργία του βρεγματικού λοβού (Heilman & Valenstein, 2010).

Σύμφωνα με έρευνες που αφορούν τις δυσκολίες στην αντίληψη, βρέθηκε ότι υπάρχει μεγαλύτερη δυσκολία στην οπτική αντίληψη των χαρακτηριστικών των αντικειμένων απ' ό,τι στην αντίληψη της οπτικοχωρικής τους θέσης (Tek, Gold, Blaxton, Wilk, McMahon, & Buchanan, 2002).

Επίσης, σύμφωνα με άλλες έρευνες φαίνεται πως τα άτομα με σχιζοφρένεια και παραληρητική διαταραχή εμφανίζουν χειρότερη επίδοση στις δοκιμασίες οπτικοχωρικής αντίληψης σε σχέση με τα υγιή υποκείμενα (Hardoy, et al. 2004).

Τέλος, σύμφωνα με τον Kohler και τους συνεργάτες του (2003), ένα μεγάλο κομμάτι των διαταραχών αντίληψης αφορά την μειωμένη συναισθηματική αντίληψη, δηλαδή την δυσκολία αναγνώρισης των συναισθημάτων των άλλων. Αυτό το έλλειμμα έχει αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων που χαρακτηρίζεται από μειωμένη κοινωνική δραστηριότητα (Chen & Ekstrom, 2016).

### 2.4 Μνήμη

Η μνημονική ικανότητα είναι μία από τις γνωστικές λειτουργίες που διαταράσσονται στη σχιζοφρένεια. Πολλές έρευνες δείχνουν πως δυσλειτουργούν διάφορα είδη μνήμης στους ασθενείς, το καθένα όμως σε διαφορετικό βαθμό. Ωστόσο,

σε σχέση με την ομάδα ελέγχου διαπιστώθηκε παρόμοιος βαθμός δυσλειτουργίας ανάμεσα στους ασθενείς (Reichenberg, 2010).

Αρκετές μελέτες δείχνουν πως η εργαζόμενη μνήμη εμφανίζει ελλείμματα κυρίως ως προς την διαδικασία επεξεργασίας της πληροφορίας και λιγότερο ως προς την ανάκληση και αναγνώρισή της (Aleman, Hijman, Haan, & Kahn, 1999). Ακόμη, στα άτομα με σχιζοφρένεια η δυσκολία στην εκμάθηση και στην ανάκληση νέων πληροφοριών σχετίζεται με την έκπτωση της οπτικής και λεκτικής μνήμης. Η διαδικασία της ανάκλησης πραγματοποιείται στον προ-μετωπιαίο φλοιό, με αποτέλεσμα οι ασθενείς με δυσλειτουργία του να έχουν χαμηλή επίδοση στις δοκιμασίες ελεύθερης ανάκλησης αλλά όχι στην υποβοηθούμενη ανάκληση (Manoach, 2003). Επιπλέον, η λεκτική μνήμη και μάθηση φαίνεται πως σε αυτούς τους ασθενείς παρουσιάζει με την πάροδο του χρόνου μεγαλύτερη έκπτωση σε σχέση με άλλες γνωστικές λειτουργίες (Κάνδιας & Γιακουμάκη, 2012).

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν επίσης ελλείμματα στην οπτικοχωρική μνήμη, με τις επιδόσεις τους στην οπτική μνήμη και πολύ περισσότερο στην μνήμη εργασίας (που αφορά οπτικά ερεθίσματα με συναισθηματικά χαρακτηριστικά), να είναι πολύ χειρότερες από τις επιδόσεις στην χωρική μνήμη. Αυτές οι επιδόσεις φαίνεται πως έχουν να κάνουν με τη βαρύτητα των αρνητικών συμπτωμάτων (Manglam, Ram, Praharaaj, & Sarkhel, 2010; Piskulic, Olver, Norman, & Maruff, 2007; Chattopadhyay, Patil, Nayak, & Chate, 2012).

Οι διαταραχές στην σημασιολογική μνήμη αφορούν τις αποθηκευμένες αναπαραστάσεις του νοήματος των λέξεων και της γνώσης για τον κόσμο. Τα ελλείμματα σε αυτήν την γνωστική λειτουργία διαπιστώνονται από την δοκιμασία κατονομασίας του αντικειμένου που περιγράφει ο κλινικός (Al-Uzri, Laws, & Mortimer, 2004).

Ορισμένοι ερευνητές σε μια μετά-ανάλυση που έκαναν σχετικά με την επίδοση των ασθενών σε δοκιμασίες μνήμης, βρήκαν πως το μνημονικό έλλειμμα είναι αρκετά ευρύ και είναι ανεξάρτητο της μεθόδου ανάκλησης των πληροφοριών, του είδους της μνήμης και του χρόνου διατήρησης της πληροφορίας (Κάνδιας & Γιακουμάκη, 2012).

Τέλος, η λειτουργικότητα του ατόμου έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται σημαντικά με τις γνωστικές αδυναμίες και ιδιαίτερα έχει βρεθεί πως η λεκτική μνήμη επηρεάζει πολύ την συμπεριφορά του ατόμου σε διάφορους τομείς, όπως στην επίλυση προβλημάτων, στην κοινωνική ενσωμάτωση και στην απόκτηση ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων (Green, Kern, Braff, & Mintz, 2000; Κάνδιας & Γιακουμάκη, 2012).

## 2.5 Εκτελεστικές Λειτουργίες

Οι εκτελεστικές λειτουργίες είναι οι ανώτερες γνωστικές λειτουργίες που είναι απαραίτητες για την διατύπωση ενός στόχου αλλά και για τον σχεδιασμό, την εκτέλεση και την υλοποίηση ενός σχεδίου δράσης (Elliott, 2003). Περιλαμβάνουν δεξιότητες όπως την μνήμη εργασίας, την συγκέντρωση και προσοχή, την γνωστική ευελιξία, την αναστολή των αυτόματων αποκρίσεων, την οργάνωση της σκέψης και της συμπεριφοράς. Επομένως, θεωρούνται σημαντικές για κάθε δραστηριότητα που απαιτεί οργάνωση, συγκέντρωση, προσοχή, σχεδιασμό, λήψη αποφάσεων, επίλυση προβλημάτων και προσαρμογή στις μεταβαλλόμενες συνθήκες (Chattopadhyay, Patil, Nayak, & Chate, 2012; Κάνδιας & Γιακουμάκη, 2012).

Οι εκτελεστικές λειτουργίες σχετίζονται με περιοχές του προμετωπιαίου λοβού που αποτελεί τμήμα του μετωπιαίου λοβού. Αυτή η εγκεφαλική περιοχή δέχεται ερεθίσματα από διάφορες δομές του εγκεφάλου που αφορούν την κίνηση, την γλώσσα, τα συναισθήματα, τη μάθηση κ.α. Οι μηχανισμοί που αξιολογούν και συντονίζουν αυτά τα ερεθίσματα αποτελούν τις εκτελεστικές λειτουργίες. Βλάβες στον μετωπιαίο λοβό ή το σύνδρομο του μετωπιαίου λοβού προκαλούν ελλείμματα στις εκτελεστικές λειτουργίες (Elliott, 2003; Chattopadhyay, Patil, Nayak, & Chate, 2012).

Αρκετές φορές, έχει βρεθεί, ότι οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια πετυχαίνουν πολύ χαμηλότερο σκορ στις δοκιμασίες των εκτελεστικών λειτουργιών απ' ότι θα επέτρεπε το επίπεδο της γενικής νοημοσύνης τους. Άρα, οι ερευνητές συμπεράναν πως τα ελλείμματα στις εκτελεστικές λειτουργίες σχετίζονται άμεσα με την λειτουργικότητα του ατόμου αλλά είναι ανεξάρτητα από την γενική ευφυΐα (Chattopadhyay, Patil, Nayak, & Chate, 2012; Joyse, et al., 2002).

Σύμφωνα με τους Joyse et al. (2002), στον προμετωπιαίο φλοιό υπάρχουν προϋπάρχουσες παθοφυσιολογικές ανωμαλίες που ευθύνονται για την γνωστική επιδείνωση των εκτελεστικών λειτουργιών από την έναρξη της νόσου και καθ' όλη τη διάρκεια της πορείας της. Επίσης, είδαν μέσα από έρευνες ότι οι ασθενείς κατά τη διάρκεια του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου και οι χρόνιοι ασθενείς εμφανίζουν



διαφορετικό γνωστικό προφίλ. Ενώ και οι δύο τύποι ασθενών ολοκλήρωναν τις δοκιμασίες στον ίδιο χρόνο, οι ασθενείς του πρώτου επεισοδίου ξεκινούσαν πιο γρήγορα να δίνουν απαντήσεις από τους χρόνιους ασθενείς.

Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι τα ελλείμματα των εκτελεστικών λειτουργιών σχετίζονται με την ένταση των αρνητικών συμπτωμάτων όπως την αλογία, την συναισθηματική επιπέδωση και την έλλειψη επίγνωσης (Chattopadhyay, Patil, Nayak, & Chate, 2012; Donohoe, Corvin, & Robertson, 2006). Τέλος, ο Reading (1991) υποστηρίζει ότι οι γονείς των πασχόντων εμφανίζουν επίσης ελλείμματα στις γνωστικές λειτουργίες (Chattopadhyay, Patil, Nayak, & Chate, 2012).

## **2.6 Επίλυση Προβλημάτων**

Η επίλυση προβλημάτων απαιτεί τον χειρισμό σύνθετων διαδικασιών καθώς είναι μία περίπλοκη γνωστική λειτουργία. Συγκεκριμένα, αφορά τον καθορισμό ενός στόχου και την δημιουργία στρατηγικού σχεδίου για την επίτευξη αυτού. Έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες για τα ελλείμματα που μπορεί να εμφανίζουν ασθενείς με σχιζοφρένεια και έχει βρεθεί ότι παρουσιάζουν σημαντικές δυσκολίες που έχουν επιπτώσεις στην διαπροσωπική τους ικανότητα και φυσικά στην ποιότητα ζωής τους (Xia & Li, 2007).

Οι ερευνητές αναγνωρίζοντας ότι αποτελεί μία σύνθετη διαδικασία αναζήτησαν και βρήκαν πως στην επίλυση προβλημάτων συμμετέχουν και άλλες γνωστικές λειτουργίες, όπως η εργαζόμενη μνήμη και η μνημονική ανάκληση (Revheim, & Medalia, 2004).

## 2.7 Συναίσθημα

Στους ασθενείς με σχιζοφρένεια ένα ακόμα χαρακτηριστικό πρόβλημα είναι η συναισθηματική άμβλυση ή ανηδονία. Το «επίπεδο συναίσθημα» αυτών των ατόμων, αφορά δυσκολίες στην έκφραση συναισθημάτων αλλά και στην αναγνώρισή τους σε άλλους (Gur et al., 2006). Σύμφωνα με σχετικές έρευνες, οι ασθενείς δυσκολεύονται σε δοκιμασίες που αφορούν την αναγνώριση του συναισθήματος-στόχου και την απόρριψη των συναισθημάτων που δεν αποτελούν τον στόχο. Ελλείμματα στην ικανότητα συναισθηματικής αναγνώρισης επηρεάζουν την κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου, καθώς λάθος ερμηνείες της συναισθηματικής κατάστασης μπορεί να δημιουργήσουν παρανοήσεις στην επικοινωνία και δυσκολίες στην προσαρμοστικότητα του (Schneider et al., 2006).

Τα σύγχρονα μοντέλα θεωρούν ότι το συναίσθημα αποτελείται από τρία συστατικά στοιχεία: την υποκειμενική εμπειρία, την έκφραση και την φυσιολογία. Σε εργαστηριακές μελέτες που έγιναν, φάνηκε πως στους ασθενείς με σχιζοφρένεια τα στοιχεία της εμπειρίας και της έκφρασης του συναισθήματος δεν συντονίζονται κατάλληλα. Ωστόσο, θεωρείται πως οι ασθενείς αυτοί είναι ικανοί να βιώσουν ευχάριστα και δυσάρεστα συναισθήματα φυσιολογικού εύρους και έντασης, όταν εκτίθενται σε ερεθίσματα που τους 'ξυπνούν' αναμνήσεις (Horan, Kring, & Blanchard, 2006).

Παρόμοια, πρόσφατες έρευνες δείχνουν πως το πρόβλημα δεν είναι η ανικανότητα να βιώσουν ευχαρίστηση. Η ανηδονία σε αυτά τα άτομα αντανακλά ανωμαλίες σε ψυχολογικές διεργασίες όπως μειωμένη ικανότητα υπερεκτίμησης του παρελθόντος (που συμβαίνει στα υγιή άτομα), καθώς και δυσλειτουργικές συμπεριφορικές διεργασίες όπως μειωμένη αναζήτηση ευχαρίστησης. Σε αυτά τα ψυχολογικά και συμπεριφορικά στοιχεία της ανηδονίας σημαντικό ρόλο παίζουν γνωστικά ελλείμματα. Κατ' επέκταση, η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία ενδείκνυται για την βελτίωση αυτών των χαρακτηριστικών (Strauss, 2013).

Μία κλίμακα αξιολόγησης της ανηδονίας είναι η SANS (Anhedonia Asociality Subscale), η οποία καλό είναι να συνοδεύεται από περαιτέρω κλινική αξιολόγηση (όπως τεστ ερωτήσεων αυτοαξιολόγησης π.χ. Temporal Experience of Pleasure Scale (TEPS)), γιατί δεν ανιχνεύει βραχυπρόθεσμες αλλαγές (Horan, Kring, & Blanchard, 2006).

Μελέτες σε οικογένειες ασθενών και ψυχομετρικές μελέτες δείχνουν πως η ανηδονία αποτελεί ένα δείκτη ευαλωτότητας για την εκδήλωση σχιζοφρένειας ή γενικότερα κάποιας ψυχικής διαταραχής, ενώ συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με σχιζοφρένεια έχει βρεθεί ότι παρουσιάζουν ως ένα βαθμό συναισθηματική άμβλυση. (Horan, Kring, & Blanchard, 2006).

## **2.8 Θεωρία του Νου**

Η Θεωρία του Νου είναι μία σημαντική κοινωνική-γνωστική δεξιότητα που σχετίζεται με την ικανότητα αντίληψης της ψυχικής κατάστασης των άλλων, δηλαδή των συναισθημάτων, των πεποιθήσεων, των επιθυμιών, της σκέψης και της γνώσης τους (Mazza, et al., 2012). Διαταραχές στις διαδικασίες που βασίζονται στην Θεωρία του Νου μπορούν να εξηγήσουν αρκετά από τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας (Biedermann, Frajo-Apor, & Hofer, 2012).

Ο Frith (1992) ήταν ο πρώτος που μελέτησε τα ελλείμματα της ΘτΝ στη σχιζοφρένεια και πρότεινε ότι συνδέονται με παρανοϊκές πεποιθήσεις και άλλα συμπτώματα διαστρέβλωσης της πραγματικότητας. Για παράδειγμα, ασθενείς με ακουστικές ψευδαισθήσεις και παραλήρημα ελέγχου συγχέουν τις αναπαραστάσεις των δικών τους προθέσεων με των άλλων και τις αντιλαμβάνονται σαν επιβολή εξωτερικών δυνάμεων. Ακόμη, ασθενείς με παραληρητικές ιδέες αναφοράς και δίωξης αποδίδουν λανθασμένες προθέσεις στους άλλους γιατί αδυνατούν να κατανοήσουν το περιεχόμενο των πεποιθήσεων και προθέσεων των άλλων, (Scherzer, Leveille, Achim, Boisseau, & Stip, 2012).

Τέλος, αρκετές έρευνες δείχνουν πως οι χαμηλές επιδόσεις σε δοκιμασίες ΘτΝ παίζουν σημαντικό ρόλο στην χαμηλή κοινωνική λειτουργικότητα και τις δεξιότητες επικοινωνίας των ατόμων με σχιζοφρένεια (Bora et al., 2005).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### Αιτιολογία

---

#### 3.1 Γενετικοί Παράγοντες

Είναι γνωστό, πως η εκδήλωση της σχιζοφρένειας σχετίζεται, ως ένα βαθμό, με γονίδια που εμφανίζουν τα άτομα με κάποια προδιάθεση. Συγκεκριμένα, ήδη από παλιά ο Kallman (1938) μελέτησε ασθενείς με σχιζοφρένεια και τις οικογένειές τους και διαπίστωσε δύο πράγματα. Το πρώτο ήταν πως όσο πιο βαριά νοσούν οι γονείς τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να νοσήσουν και τα παιδιά. Το δεύτερο ήταν πως η κληρονομηση της νόσου αφορά το σύνολό της και όχι τους υπότυπους της, δηλαδή μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικό τρόπο στα παιδιά από τους γονείς. Ακόμη, ο Gottesman (1991) είπε πως η πιθανότητα να νοσήσει κάποιος αυξάνεται ανάλογα με τον αριθμό των ίδιων γονιδίων που μοιράζεται με κάποιον που πάσχει από την νόσο. Δηλαδή, τα μονοζυγωτικά δίδυμα που έχουν 100% ίδιο γενετικό υλικό έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα (48%) να νοσήσουν από τα διζυγωτικά (17%) (Getzfeld, 2009).

Ωστόσο, ο Gilmore (2010) αναφέρει πως τα περισσότερα άτομα με σχιζοφρένεια δεν έχουν κάποιον συγγενή που να νοσεί. Υποστηρίζει πως η κληρονομικότητα στο σύνολο της σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την σχιζοφρένεια αλλά η συμβολή συγκεκριμένων γονιδίων για την εκδήλωση της νόσου είναι πού μικρή.

Οι Bassett, Chow, O'Neil, & Brzustowicz (2001) ύστερα από έρευνες σε μονοζυγωτικά δίδυμα συμπέραναν πως ο γενετικός παράγοντας από μόνος του δεν μπορεί να εξηγήσει την ανάπτυξη σχιζοφρένειας και πως ο περιβαλλοντικός παράγοντας παίζει πολύ σημαντικό ρόλο σε αυτό.

### **3.2 Μελέτες Υιοθεσίας**

Οι μελέτες υιοθεσίας είναι πολύ χρήσιμες καθώς μας δίνουν πληροφορίες για το ποιος παράγοντας, κληρονομικός-περιβαλλοντικός, συμβάλλει περισσότερο στην εκδήλωση μιας νόσου. Στη σχιζοφρένεια γίνεται σύγκριση των ποσοστών συμπτωματικότητας μεταξύ βιολογικών και υιοθετημένων μελών μιας οικογένειας. Εάν τα ποσοστά είναι υψηλότερα στα βιολογικά μέλη, σημαίνει πως ο γενετικός παράγοντας παίζει μεγαλύτερο ρόλο από τον περιβαλλοντικό. Επίσης, μελετώνται περιπτώσεις στις οποίες το άτομο υιοθετήθηκε σε μικρή ηλικία και εμφάνισε σχιζοφρένεια αρκετά αργότερα. Σε αυτήν την περίπτωση, ενισχύεται η υπόθεση για ισχυρότερο περιβαλλοντικό παράγοντα (Getzfeld, 2009).

Ο Tienari (1994) και οι συνεργάτες του ύστερα από μελέτες συμπέραναν πως ένα υιοθετημένο παιδί που έχει υψηλό κίνδυνο να εκδηλώσει σχιζοφρένεια, εάν μεγαλώσει σε ένα υγιές οικογενειακό περιβάλλον έχει πιο λίγες πιθανότητες να νοσήσει καθώς αυτό λειτουργεί σαν προστατευτικός παράγοντας. Αντίστοιχα, ένα διαταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον αυξάνει την ευαλωτότητα του ατόμου (Getzfeld, 2009).

### **3.3 Προγεννητικοί και Περιγεννητικοί Παράγοντες**

Οι Huttunen & Niskansen (1978) ήταν από τους πρώτους που μίλησαν για συσχέτιση προγεννητικών και περιγεννητικών παραγόντων με την σχιζοφρένεια. Σύμφωνα με τις μελέτες τους περιγεννητικά τραύματα, όπως παρατεταμένος τοκετός, ή προβλήματα στη προγεννητική περίοδο, όπως λοίμωξη της μητέρας με γρίπη στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης, αυξάνουν τον κίνδυνο γέννησης του παιδιού με σχιζοφρένεια (Getzfeld, 2009). Αργότερα, βρέθηκε πως οι λοιμώξεις κατά την προγεννητική περίοδο επιδρούν απευθείας στην ανάπτυξη των συνάψεων με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ανώμαλες συνδέσεις μεταξύ των νευρώνων (Gilmore, 2010). Ακόμη, η υποξία, δηλαδή η στέρηση επαρκούς οξυγόνωσης σε έναν οργανισμό που μπορεί να προκληθεί στα έμβρυα από περιέλιξη του ομφάλιου λώρου, έχει συσχετιστεί με την πρόωμη έναρξη της ψύχωσης λόγω των πρόωμων διακοπών των συνάψεων στον φλοιό (Cannon, Jones, & Murray, 2000).

Παρόμοια, ο Brown (2012) αναφέρει ότι η λοίμωξη είναι ένας περιβαλλοντικός παράγοντας που επηρεάζει σημαντικά την ανάπτυξη σχιζοφρένειας καθώς τα μολυσματικά μικρόβια προκαλούν συγγενής εγκεφαλικές ανωμαλίες, νευρογνωστική δυσλειτουργία και συμπεριφορικές διαταραχές. Η εμβρυική έκθεση σε ερυθρά, τοξοπλάσμωση, σύφιλη και άλλες λοιμώξεις έχει βρεθεί ότι προκαλούν νοητική υστέρηση, μαθησιακές δυσκολίες, νευροαισθητηριακά προβλήματα και νευρομορφολογικές ανωμαλίες (Remington, Klein, Wilson, & Baker, 2006).

Επίσης, ο Gilmore (2010) αναφέρει πως ο κίνδυνος να εκδηλωθεί σχιζοφρένεια στο παιδί αυξάνεται αν η μητέρα έχει κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης και αν ταυτόχρονα ένας από τους γονείς έχει κάποια ψυχωτική διαταραχή. Η κατάθλιψη της μητέρας από μόνη της υποστηρίζει πως δεν αυξάνει τον κίνδυνο. Αντίθετα, η ψυχωτική διαταραχή από μόνη της σε έναν από τους γονείς αυξάνει τον κίνδυνο κατά 2.6 φορές.

Οι Cannon, Jones & Murray, (2002) ανακάλυψαν πως οι μητέρες παιδιών που αργότερα εκδήλωσαν σχιζοφρένεια, είχαν περισσότερες επιπλοκές κατά την κύηση από το μέσο όρο. Αυτό το εύρημα τους οδήγησε να διατυπώσουν δύο ενδεχόμενα. Το ένα υποστηρίζει πως το έμβryo που έχει γενετική προδιάθεση να αναπτύξει σχιζοφρένεια έχει περισσότερες πιθανότητες να υποστεί βλάβη από επιπλοκές προ- ή περι-γεννητικές. Το δεύτερο υποστηρίζει ότι οι επιπλοκές είναι αυτές που οδηγούν στην ανάπτυξη σχιζοφρένειας λόγω των νευρολογικών ανωμαλιών που προκαλούν, οπότε η εκδήλωση της νόσου είναι ανεξάρτητη από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Getzfeld, 2009).

Οι McGrath & Welham (1999) είναι κάποιοι από τους πολλούς που διαπίστωσαν πως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της σχιζοφρένειας και της εποχής που γεννήθηκε το άτομο που εκδήλωσε τη νόσο. Συγκεκριμένα, αναφέρουν πως κατά τον χειμώνα ή στην αρχή της άνοιξης οι ιώσεις είναι πιο συχνές και μεταδίδονται πιο εύκολα, οπότε μία έγκυος γυναίκα είναι πιο πιθανό να κολλήσει. Κατά συνέπεια, αυξάνεται η πιθανότητα να εκδηλώσει το παιδί της σχιζοφρένεια (Getzfeld, 2009). Το ίδιο υποστηρίζει και ο Brown (2012) ο οποίος αναφέρει ότι τα βρέφη που γεννήθηκαν σε μία από αυτές της περιόδους είχαν 5-15% αυξημένη πιθανότητα να αναπτύξουν σχιζοφρένεια (Bradbury and Miller, 1985).

### 3.4 Η Υπόθεση της Ντοπαμίνης

Η ντοπαμίνη είναι ένας νευροδιαβιβαστής του εγκεφάλου που χρησιμοποιούν τα νευρικά κύτταρα για να επικοινωνούν μεταξύ τους. Συμμετέχει στη κίνηση (κυρίως στις λεπτές ελεγχόμενες κινήσεις), σε λειτουργίες του μετωπιαίου λοβού όπως προσοχή και μνήμη, αλλά και στην επίλυση προβλημάτων. Επίσης, θεωρείται πως είναι ο νευροδιαβιβαστής της ευχαρίστησης, καθώς την ενισχύει και κινητοποιεί το άτομο να την αναζητήσει. Δηλαδή, είναι η βιοχημική απάντηση του εγκεφάλου σε ευχάριστα ερεθίσματα ή ερεθίσματα αποστροφής. Ακόμα όμως και στην περίπτωση αναμονής κάποιας ευχάριστης δραστηριότητας, οι νευρώνες της ντοπαμίνης πυροδοτούνται ανεξάρτητα από το αν στο τέλος γίνει πράξη. Αυτό, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι ορισμένα αντιψυχωτικά φάρμακα (π.χ. χλωροπρομαζίνη) ελαττώνουν την επιθυμία του ατόμου για ευχάριστες εμπειρίες αλλά όχι και την αρέσκεια για αυτές, επιβεβαιώνουν την υπόθεση ότι η ντοπαμίνη μάλλον σχετίζεται περισσότερο με την επιθυμία παρά με την ευχαρίστηση (Getzfeld, 2009).

Υπάρχουν τρεις εκδοχές στην υπόθεση της ντοπαμίνης. Η πρώτη υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια προκαλείται από αυξημένη δραστηριότητα της ντοπαμίνης σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου. Η δεύτερη αποδίδει τη νόσο στους υπερευαίσθητους υποδοχείς της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο που πυροδοτούνται συχνότερα από ότι θα έπρεπε. Τέλος, η τρίτη υποστηρίζει πως υπάρχουν περισσότεροι μετασυναπτικοί υποδοχείς ντοπαμίνης. Η άποψη αυτή έχει κάποια υποστήριξη από ορισμένους ερευνητές, λόγω της αποτελεσματικότητας των αντιψυχωσικών φαρμάκων στην μείωση των ψευδαισθήσεων μέσω αναστολής των μετασυναπτικών υποδοχέων ντοπαμίνης. Ωστόσο, εμφανίζει κάποια προβλήματα που κάνουν σαφές ότι δεν αποτελεί την μοναδική εξήγηση για την νόσο. Ένα από αυτά τα προβλήματα είναι ότι δεν ανταποκρίνονται όλοι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια στα τυπικά αντιψυχωσικά φάρμακα που μειώνουν τα επίπεδα της ντοπαμίνης (Getzfeld, 2009).

Πέρα όμως από την ντοπαμίνη, έχει διαπιστωθεί ότι εμπλέκεται και η σεροτονίνη. Συγκεκριμένα, αναφέρεται πως αυτοί οι δύο νευροδιαβιβαστές αλληλεπιδρούν στον εγκέφαλο ή δυσλειτουργούν τα συστήματά τους και οδηγούν στην εκδήλωση της νόσου (Getzfeld, 2009).

### **3.5 Κοινωνικο-Πολιτισμικοί Παράγοντες**

Έχει παρατηρηθεί ότι ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας διαφέρει από περιοχή σε περιοχή και ένας λόγος για αυτό, είναι ότι υπάρχουν πολιτισμικές διαφορές στον ορισμό του τι αποτελεί σύμπτωμα μιας ψυχικής νόσου. Ωστόσο, δεν έχει γίνει ενδελεχής έρευνα για το αν πολιτισμικοί παράγοντες αυξάνουν ή μειώνουν τον κίνδυνο για εκδήλωση της νόσου (Getzfeld, 2009).

Όσον αφορά τους κοινωνικούς παράγοντες, έρευνες όπως αυτή των Faris & Dunham (1939), δείχνουν πως η διαταραχή αυτή είναι πιο συχνή στα χαμηλά κοινωνικό-οικονομικά στρώματα. Δηλαδή, υπάρχει αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ κοινωνικό-οικονομικής τάξης και επιπολασμού της νόσου, κάτι που ερμηνεύεται ποικιλοτρόπως. Υποστηρίζεται ότι σε αυτά τα στρώματα υπάρχει περισσότερο άγχος το οποίο δυσκολεύει το άτομο να προσαρμοστεί και να χειριστεί δύσκολες καταστάσεις (Αγγελόπουλος, 2009). Σύμφωνα με την υπόθεση της *κατακόρυφης πτώσης* ένα άτομο που ανήκει σε αυτά τα χαμηλά στρώματα όταν εμφανίσει πρόδρομα συμπτώματα της νόσου θα μετακινηθεί σε ακόμα χαμηλότερη κλίμακα, επειδή τα συμπτώματα το δυσκολεύουν να εργαστεί και να δημιουργήσει διαπροσωπικές σχέσεις (Gottesman, 1991). Συμπερασματικά, οι κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες επηρεάζουν μερικώς τις σχιζοφρενικές διαταραχές (Getzfeld, 2009).

### **3.6 Ψυχολογικοί Παράγοντες**

Οι ψυχολογικοί παράγοντες έχουν να κάνουν με την συμπεριφορά και την επικοινωνία που υπάρχει στην οικογένεια του ατόμου που πάσχει από σχιζοφρένεια.. Θεωρείται πως διαταραχή ή ασάφεια στην επικοινωνία μεταξύ των γονέων και δυσλειτουργικές διαδράσεις μεταξύ της οικογένειας οδηγούν στην αρχική εκδήλωση



σχιζοφρενικών συμπτωμάτων. Οι υποθέσεις αυτές δεν είναι επιβεβαιωμένες από καμία έρευνα (Getzfeld, 2009).

### **3.6.1 Θεωρία Διπλού Δεσμού**

Η θεωρία του διπλού δεσμού αναφέρεται στην διαταραγμένη οικογενειακή επικοινωνία και συγκεκριμένα υποστηρίζει ότι το άτομο αναπτύσσει τη νόσο όταν λαμβάνει αντικρουόμενα μηνύματα, καθώς αυτό αυξάνει το ήδη υπάρχον άγχος του. Ο Bateson (1956) πιστεύει ότι αυτό πρόκειται για μια ψυχωσική στάση που έχει ως αποτέλεσμα να μπερδεύει τον τρόπο σκέψης και ομιλίας του ατόμου και αφού δεν μπορεί να καταλάβει ποια είναι η αλήθεια, χάνει την επαφή με την πραγματικότητα. Αυτή η θεωρία δεν είναι αποδεκτή και δεν χρησιμοποιείται στην οικογενειακή θεραπεία γιατί κινητοποιεί την ενοχή και το άγχος στους γονείς και μπορεί να αποδειχτεί ιδιαίτερα επιζήμια (Getzfeld, 2009).

Μία ακόμη θεωρία που προκαλεί ενοχικά αισθήματα, είναι η υπόθεση της σχιζοφρενικογόνου μητέρας που είναι ξεπερασμένη (Fromm-Reichmann, 1948). Αυτή θεωρεί πως η μητέρα είναι ψυχρή, κυρίαρχη και απορριπτική και ευθύνεται για την ανάπτυξη σχιζοφρένειας στα παιδιά της (Getzfeld, 2009).

### **3.6.2 Πρότυπο Στρες-Ευπάθεια**

Το πρότυπο αυτό είναι σήμερα αποδεκτό ως αιτιολογία στη σχιζοφρένεια. Υποστηρίζει ότι ένα άτομο με γενετική προδιάθεση θα αναπτύξει τη νόσο μόνο στην περίπτωση που βιώσει ένα σημαντικό ψυχοπαιστικό γεγονός το οποίο δεν θα είναι σε θέση να το διαχειριστεί (Zubin & Spring, 1977). Αυτό το γεγονός μπορεί να είναι κάποιο ψυχικό τραύμα ή μια διαπροσωπική σύγκρουση, την οποία αν το άτομο καταφέρει και ξεπεράσει η διαταραχή μπορεί να μην εκδηλωθεί ποτέ (Getzfeld, 2009).

Σήμερα αυτό που είναι αποδεκτό είναι ότι η οικογένεια συμβάλει στο πως θα εξελιχθεί η νόσος. Δηλαδή, έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια που είναι σε ύφεση, μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο συνήθως υποτροπιάζουν όταν υπάρχει στο περιβάλλον αρνητική επικοινωνία ή αλλιώς εκπεφρασμένο συναίσθημα. Σε αυτήν την θεωρία είναι σημαντικοί δύο παράγοντες για την εκδήλωση ενός ενεργού ψυχωσικού επεισοδίου. Ο πρώτος αφορά την υπερπροστατευτικότητα και την υπερενασχόληση από το περιβάλλον και ο δεύτερος τα εχθρικά συναισθήματα και την έντονη κριτική από τους οικείους (Getzfeld, 2009).

Καταληκτικά, είναι σαφές ότι η αιτιολογία της σχιζοφρένειας είναι πολύπλευρη και αφορά τον συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών, νευρολογικών και κοινωνικο-πολιτισμικών παραγόντων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### Νευροαπεικονιστικά δεδομένα

---

Χάρη στην μαγνητική τομογραφία (MRI), έχει μελετηθεί ο εγκέφαλος των ατόμων με σχιζοφρένεια και έχουν παρατηρηθεί διάφορες ανωμαλίες. Ο Honey και οι συνεργάτες του (2005), θεωρούν ότι υπάρχει διαταραγμένη λειτουργική και ανατομική σύνδεση παρότι δεν υπάρχουν σταθερά ευρήματα νευροεκφύλισης.

Όσον αφορά τις ανατομικές ανωμαλίες του εγκεφάλου, μία πρώτη παρατήρηση που έχει γίνει είναι ότι ο συνολικός όγκος του εγκεφάλου των ατόμων που πάσχουν από την νόσο είναι μειωμένος σε σχέση με των υπόλοιπων ατόμων. Ακόμη, έχει βρεθεί πως οι πλάγιες κοιλίες αυτών των ασθενών είναι διευρυμένες σε βαθμό που κυμαίνεται από ήπιο μέχρι μέτριο. Αυτό σημαίνει ότι ο εγκέφαλός τους περιέχει περισσότερο εγκεφαλονωτιαίο υγρό αλλά λιγότερη εγκεφαλική ουσία. Ωστόσο, το φαινόμενο αυτό ισχύει μόνο για το ένα τρίτο των ασθενών. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι η διεύρυνση των κοιλιών είναι κάτι που συμβαίνει και σε άλλες περιπτώσεις, όπως στις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και σε άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ, οπότε δεν μπορεί να θεωρηθεί αιτιολογικός παράγοντας για την νόσο. Αυτές οι διαφορές, που φαίνεται πως οφείλονται στην νόσο καθ' αυτή και δεν είναι αποτέλεσμα των αντιψυχωσικών φαρμάκων, δεν επηρεάζονται με την εξέλιξη της νόσου αλλά θεωρείται ότι ίσως συμβάλλουν στην ανάπτυξη της καθώς συμβαίνουν στα πρώιμα στάδια εξέλιξης της διαταραχής (Cannon, 1998).

Επιπλέον, έχουν μελετηθεί αναλυτικά με MRI οι κροταφικοί λοβοί αυτών των ασθενών και έχει βρεθεί πως τμήματα του μεταιχμιακού συστήματος έχουν μειωμένο μέγεθος. Συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί μειωμένο μέγεθος στην αμυγδαλή, τον ιππόκαμπο και τον θάλαμο. Αυτές οι δομές έχουν να κάνουν με το συναίσθημα και την απαρτίωση του, καθώς και αυτή των γνωστικών λειτουργιών. Ακόμη, έχει βρεθεί πιο εκσεσημασμένη μείωση του όγκου στον αριστερό κροταφικό λοβό ο οποίος ευθύνεται για την γλωσσική έκφραση. Με βάση αυτό θεωρείται πως οι ασθενείς με μεγάλη αποδιοργάνωση του λόγου, πιθανόν παρουσιάζουν μειωμένο όγκο εγκεφαλικής ουσίας στους κροταφικούς λοβούς (Shenton, 1996). Παρ' όλα αυτά, δεν πρέπει να δοθεί κάποια βιαστική ερμηνεία για αυτά τα δεδομένα, καθώς παρόμοιες αλλαγές στην δομή

και την λειτουργία του εγκεφάλου παρουσιάζουν άτομα και με άλλες διαταραχές, ψυχολογικές ή νευρολογικές (π.χ. νόσος Alzheimer ή Huntington).

Σχετικά με την λειτουργία του εγκεφάλου αυτών των ασθενών, έχουν παρατηρηθεί διάφορες ανωμαλίες. Τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου έχουν συσχετιστεί με δυσλειτουργία του μετωπιαίου λοβού (Menon, Anagnoson, Mathalon, Glover, & Pffferbaum, 2001), ενώ δυσλειτουργία παρουσιάζει και ο μέσος κροταφικός λοβός σε δοκιμασίες επεισοδιακής μνήμης κατά τη διάρκεια ανάκλησης (Heckers, et al., 1999; Κάνδιας & Γιακουμάκη, 2012). Επίσης, σε δοκιμασίες εργαζόμενης μνήμης οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν σημαντικά ελλείμματα στην δραστηριότητα του αριστερού και δεξιού πλαγιοραχιαίου προμετωπιαίου φλοιού (DLPFC) (Menon, Anagnoson, Mathalon, Glover, & Pffferbaum, 2001). Τέλος, η δυσλειτουργία του μετωπο-κροταφικού λοβού θεωρείται πως ευθύνεται για πολλά από τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου καθώς έχει να κάνει με στοιχεία της συμπεριφοράς (John, 2009).

Ο Holzman (2000) πρότεινε μία θεωρία που ονομάζεται δυσλειτουργία Ομαλής Οφθαλμικής Κίνησης (Smooth Pursuit Eye Movement, SPEM) και αφορά την δυσλειτουργία των κινήσεων των οφθαλμών. Συγκεκριμένα, παρατήρησε ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να παρακολουθήσουν με ακίνητο το κεφάλι ένα κινούμενο αντικείμενο, αλλά επιδεικνύουν μια διακοπτόμενη παρακολούθηση μέσω γρήγορων οφθαλμικών κινήσεων. Η ανωμαλία αυτή στις SPEM έχει βρεθεί πως εμφανίζεται στο 50% των πρώτου βαθμού συγγενών ασθενών με σχιζοφρένεια, οπότε υποστηρίζεται πως έχει γενετική βάση και ότι είναι σταθερή στον χρόνο (Avila, McMahon, Elliott & Thaker, 2002). Ωστόσο, ανωμαλία στις κινήσεις αυτές μπορεί απλά να δηλώνει ελαττωματικό κινητικό έλεγχο, κάτι που συναντάται σε διάφορες διαταραχές όπως στην νόσο Parkinson (Getzfeld, 2009).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### Συχνότητα και Επιδημιολογία

---

Η επιδημιολογία της σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από μια σειρά προβλημάτων που αφορούν τον ορισμό της διάγνωσης με συμβατικά κριτήρια, την ποικιλομορφία της πορείας της νόσου και την ετερογένεια των μελετώμενων πληθυσμών (Αγγελόπουλος, 2009). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η σχιζοφρένεια κατατάσσεται μέσα στις 10 νόσους με την σοβαρότερη επιβάρυνση σε ότι αφορά την καθημερινή, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα στις ανεπτυγμένες χώρες (Παπαδημητρίου, Λιάππας, & Λύκουρας, 2013). Μελέτες έχουν δείξει ότι περίπου 1 στα 100 άτομα (1%) θα νοσήσει από σχιζοφρένεια κατά τη διάρκεια της ζωής του, με το νούμερο του επιπολασμού διεθνώς να κυμαίνεται από 0,05% έως 2,38%. Στις ΗΠΑ το νούμερο κυμαίνεται από 0,6% έως 1,9%, ενώ στην Ελλάδα την δεκαετία του '80 βρέθηκε ότι το ποσοστό είναι γύρω στο 1,2%. Τελευταίες έρευνες δείχνουν πως στην χώρα μας ο αριθμός των ασθενών ηλικίας μεταξύ 15-65 ανέρχεται στις 100.000 και πως από αυτούς τους ασθενείς εκτιμάται πως το 10% χρειάζονται ειδικά προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Αγγελόπουλος, 2009). Έρευνα σε δείγμα μεταναστών έδειξε μεγαλύτερα ποσοστά επιπολασμού (1,37%-3,5%) (Παπαδημητρίου, Λιάππας, & Λύκουρας, 2013). Οπότε είναι κατανοητό πως η σχιζοφρένεια ποικίλει από χώρα σε χώρα, μεταξύ γεωγραφικών περιοχών, κρατών και κοινωνικών ομάδων. Επίσης, φαίνεται πως ποικίλει από έτος σε έτος αλλά και μέσα στον χρόνο (Αγγελόπουλος, 2009).

Η σχιζοφρένεια μπορεί να προσβάλει τόσο τους άντρες όσο και τις γυναίκες, σημειώνοντας διαφορές ως προς την έναρξη και την πορεία της νόσου. Συγκεκριμένα, είναι γνωστό πως οι άντρες εμφανίζουν την νόσο πιο νωρίς από τις γυναίκες σε ηλικία 18-25 ετών, ενώ οι γυναίκες μεταξύ 21-30. Επίσης, ορισμένες μελέτες αναφέρουν ότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα για ανάπτυξη αρνητικών συμπτωμάτων από τις γυναίκες, καθώς και χειρότερη πρόγνωση (Παπαδημητρίου, Λιάππας, & Λύκουρας, 2013). Η ανάπτυξη της νόσου πριν τα 10 και μετά τα 60 είναι πάρα πολύ σπάνια. Τα συμπτώματα της νόσου όταν αυτή εκδηλώνεται μετά τα 45 δεν είναι τόσο φανερά. Κάποια από αυτά είναι η κοινωνική απόσυρση ή απομόνωση, η ασυνήθιστη

συμπεριφορά, ομιλία ή σκέψη και μπορεί να προηγούνται ή να έπονται των πρώτων ψυχωτικών συμπτωμάτων (Αγγελόπουλος, 2009).

Η παιδική σχιζοφρένεια εκδηλώνεται μετά τα 5 έτη και στις περισσότερες περιπτώσεις τα παιδιά παρουσιάζουν φυσιολογική ανάπτυξη. Αυτή η σχιζοφρένεια είναι πιο σπάνια από αυτή των μεσήλικων ή των ηλικιωμένων και πολλές φορές είναι δύσκολος ο διαχωρισμός της από άλλες αναπτυξιακές διαταραχές που παρουσιάζονται στην παιδική ηλικία όπως ο αυτισμός (Παπαδημητρίου, Λιάππας, & Λύκουρας, 2013).

Υπάρχουν ασθενείς που εμφανίζουν ψυχωτικά συμπτώματα εξαιτίας κάποιας άλλης παθολογικής διαταραχής η οποία δεν έχει διαγνωσθεί. Επομένως, είναι σημαντικό πριν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας να λαμβάνονται υπόψη και να αποκλείονται όλες οι άλλες παθολογικές διαταραχές που μπορεί να μιμούνται την νόσο (Αγγελόπουλος, 2009).

Στις ανεπτυγμένες χώρες, μόνο περίπου το 50% των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια φτάνει στις ψυχιατρικές υπηρεσίες, ενώ το 90% δεν λαμβάνει ποτέ θεραπεία. Η πλειοψηφία αυτών των ασθενών σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, δεν παντρεύεται και δεν αποκτά παιδιά (Παπαδημητρίου, Λιάππας, & Λύκουρας, 2013).

Κάπου εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει ένας αδιευκρίνιστος αριθμός ατόμων με σχιζοφρένεια που δεν μπορεί να καταγραφεί στατιστικά, είτε γιατί αυτά τα άτομα ζουν στο περιθώριο λόγω της νόσου, είτε γιατί οι οικείοι τους δεν αναζητούν ιατρική βοήθεια φοβούμενοι τον κοινωνικό στιγματισμό.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### Συννοσηρότητα Σχιζοφρένειας

---

#### 6.1 Συννοσηρότητα με Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι μία σοβαρή ψυχική ασθένεια που έχει σημαντικό οργανικό αιτιολογικό υπόβαθρο. Πολλές ασθένειες του σώματος, όπως νευρολογικές και ενδοκρινολογικές παθήσεις, επιπλέκονται από συμπτώματα κατάθλιψης τα οποία μπορεί να είναι πρωτογενή ή δευτερογενή, ως ψυχολογική αντίδραση. Ωστόσο, πέρα από την συννοσηρότητα, καταθλιπτικά συμπτώματα μπορούν να εκδηλωθούν και στα πλαίσια άλλων καταστάσεων, όπως από επιπλοκές που μπορούν να προκύψουν κατά τη διάρκεια θεραπείας κάποιων ασθενειών (Bartels&Drake, 1988), αλλά και από κατάχρηση ουσιών (π.χ. νικοτίνη, αλκοόλ, κοκαΐνη, ινδική κάνναβης), γιατί είτε πρωτογενώς είτε μέσω στερητικού συνδρόμου, κάποιες ουσίες έχουν δυνητικά καταθλιπτογόνο δυνατότητα (Mulholland&Cooper, 2000; Dalack&Healy, 1998).

Τα επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν πως η συχνότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην σχιζοφρένεια είναι πολύ μεγάλη (Kay&Sevy, 1990), αλλά ορισμένοι ερευνητές θεωρούν ότι αυτά τα συμπτώματα δεν οφείλονται πάντα σε συννοσηρότητα της σχιζοφρένειας με την καταθλιπτική διαταραχή (Mulholland&Cooper, 2000). Όπως και να έχει, τα καταθλιπτικά συμπτώματα αποτελούν πυρηνικό στοιχείο της νόσου και αναπόσπαστο κομμάτι της κλινικής εικόνας της (Moller, 2005).

Μελέτες έχουν δείξει πως οι δύο διαταραχές έχουν κάποιες κοινές ανατομικές ανωμαλίες όπως είναι ο μειωμένος ο όγκος του ιππόκαμπου (Meisenzahl, et al., 2010). Ωστόσο, ενώ στην κατάθλιψη έχει βρεθεί αυξημένη ροή αίματος και αυξημένη χρήση γλυκόζης στην αμυγδαλή (Drevets, 2003), στην σχιζοφρένεια σημειώνεται ελαφρά μείωση της αμυγδαλικής δραστηριότητας (Campbell, Marriott, Nahmias, &MacQueen, 2004).

Ο Siris στο πλαίσιο του μοντέλου στρες – ευαλωτότητας, θεωρεί πως η κατάθλιψη λειτουργεί σαν στρεσογόνος παράγοντας για τα άτομα με χαμηλή ή μέτρια ευαλωτότητα για ψύχωση, με αποτέλεσμα να είναι πιθανή η εμφάνιση ενός ψυχωτικού επεισοδίου ύστερα από ένα καταθλιπτικό επεισόδιο (Γεωργιάδου, 2008).

Επίσης, σύμφωνα με το πυραμιδικό ιεραρχικό μοντέλο των Foulds και Bedford που περιγράφει την συσχέτιση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, οι διαταραχές των ανώτερων επιπέδων μπορούν να εμφανίσουν συμπτώματα από όλα τα κατώτερα ιεραρχικά επίπεδα. Επομένως, μαζί με την σχιζοφρένεια που ανήκει στο δεύτερο επίπεδο είναι πολύ πιθανό να εκδηλωθεί και κατάθλιψη η οποία ανήκει στο πρώτο επίπεδο (οργανικές ψυχικές διαταραχές), μαζί με την συναισθηματική διαταραχή, τα νευρωτικά συμπτώματα και τα μη ειδικά ψυχολογικά συμπτώματα (Γεωργιάδου, 2008).

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα των ασθενών με σχιζοφρένεια μπορούν να παρουσιαστούν σε όλες τις φάσεις της σχιζοφρένειας και όχι μόνο στην μεταψυχωτική περίοδο (Bartels&Drake, 1988). Τα πιο συχνά συμπτώματα που εμφανίζουν αυτοί οι ασθενείς είναι δυσφορία, άγχος, μειωμένη συγκέντρωση, βιολογικά συμπτώματα κατάθλιψης (π.χ. διαταραχές ύπνου, ανορεξία) και διαταραγμένη κοινωνικοποίηση (Herz&Melville, 1980).

Επίσης, συμπτώματα κατάθλιψης παρατηρούνται και κατά την οξεία φάση ενός ψυχωτικού επεισοδίου, με την έντασή τους να είναι αυξημένη πριν από την έναρξη της αγωγής. Αυτό, επιβεβαιώνει ότι τα συμπτώματα αυτά είναι μέρος της ψυχοπαθολογίας της σχιζοφρένειας και όχι παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων (Knights&Hirsch, 1981). Επίσης έχει βρεθεί πως μετά τη διακοπή της αγωγής η συχνότητα κατάθλιψης αυξάνεται. Στην μεταψυχωτική περίοδο τα καταθλιπτικά συμπτώματα γίνονται πιο έντονα καθώς υποχωρούν τα θετικά συμπτώματα (McGlashan&Carpenter, 1976).

## **6.2 Συννοσηρότητα με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΓΨΔ)**

Η Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ανήκει στις αγχώδεις διαταραχές και χαρακτηρίζεται από ιδεοληψίες, δηλαδή επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες τις οποίες το άτομο προσπαθεί να σταματήσει ή να αγνοήσει, και από καταναγκασμούς (επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές). Το άτομο καταφεύγει στους καταναγκασμούς στην προσπάθειά του να ελέγξει τις ιδεοληψίες και να



ανακουφιστεί από το άγχος που του προκαλούν. Σύμφωνα με το DSM-IV-TR για την διάγνωση της διαταραχής δεν είναι απαραίτητο να παρουσιάζονται και τα δύο χαρακτηριστικά, ωστόσο αυτό είναι το πιο σύνηθες (Getzfeld A. R., 2009).

Σύμφωνα με έρευνες, ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν συμπτώματα ΙΨΔ (Tibbo&Warneke, 1999) σε ποσοστό 23% (Whiteman, 2014). Το ποσοστό αυτό φαίνεται να είναι πολύ μεγαλύτερο από αυτό της επικράτησης της ΙΨΔ στον γενικό πληθυσμό ως μοναδική διαταραχή (2%) (Bjorgvinsson, Hart, &Heffelfinger, 2007), όπως και από το ποσοστό επικράτησης της σχιζοφρένειας στο γενικό πληθυσμό (1,1%) (Αγγελόπουλος, 2009). Ακόμη, άλλες έρευνες δείχνουν πως ο παράγοντας επικινδυνότητας για την εκδήλωση σχιζοφρένειας σε ένα άτομο αυξάνεται αν οι γονείς του έχουν διαγνωστεί με ΙΨΔ (Whiteman, 2014). Από αυτά τα ποσοστά και από άλλες παρατηρήσεις που έχουν γίνει, έχει γίνει αντιληπτό ότι οι δύο διαταραχές λειτουργούν αμφίδρομα ως παράγοντες επικινδυνότητας, δηλαδή η αύξηση που προκαλεί κάθε μία από τις δύο διαταραχές στην πιθανότητα νόσησης από την άλλη είναι και στις δύο περιπτώσεις μεγάλη.

Παρ' όλα αυτά, σε μελέτες πρώτου επεισοδίου έχει βρεθεί πως η συννοσηρότητα εμφανίζεται σε βαθμό χαμηλότερο από το αναμενόμενο. Στην διάρκεια του πρώτου επεισοδίου η επίδραση των φαρμάκων θεωρητικά εκμηδενίζεται, οπότε η εξήγηση του παραπάνω φαινομένου συνδέθηκε με την χρήση άτυπων αντυψυχωσικών φαρμάκων που μπορούν να πυροδοτήσουν ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα (Khullar, Chue, &Tibbo, 2001). Γενικά, από τις μελέτες που έχουν δημοσιευτεί φαίνεται πως η επίδρασή τέτοιων φαρμάκων είναι αμφιλεγόμενη, με περιπτώσεις στις οποίες υπήρχε βελτίωση ύστερα από χορήγηση τους (Bloch, Landeros, Kelmendi, Coric, Bracken, &Leckman, 2006) και άλλες που οδήγησαν σε εμφάνιση ή επιδείνωση των ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων, όπως με την περίπτωση της ρισπεριδόνης (Alevizos, Lykouras, Zervas, &Christodoulou, 2002). Ωστόσο, αν και σε περιπτώσεις όπου υπάρχει συννοσηρότητα τα αντιψυχωσικά έχουν συνδεθεί με την εμφάνιση ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων, σε ασθενείς με αμιγώς ΙΨΔ είναι ισχυρά τεκμηριωμένη η χρήση τους για την θεραπεία των συμπτωμάτων, κάτι που φαίνεται και στην κλινική πράξη (Hegde, Kalyani, Arumugham, Narayanaswamy, Math, &Reddy, 2016;Khullar, Chue, &Tibbo, 2001).

Οι θεωρητικές εξηγήσεις της συννοσηρότητας ιδεοψυχαναγκασμών και σχιζοφρένειας μπορούν να διαχωριστούν σε αυτές της αληθούς συσχέτισης και της ψευδούς.

### **Αληθής συσχέτιση**

Αυτή η κατηγορία υποθέτει ότι οι δύο συμπτωματολογίες συσχετίζονται πραγματικά και ότι οι επιδημιολογικές μελέτες περιγράφουν αυτόν τον συσχετισμό σωστά. Εδώ πέρα οι υποθέσεις είναι δύο: ότι υπάρχει κοινή υποκείμενη παθοφυσιολογική βάση ή ότι είναι διαφορετική. Στην πρώτη περίπτωση γίνεται λόγος για ένα διακριτό σύνδρομο με δική του φαινομενολογία και παθοφυσιολογική βάση (Gross-Isseroff, Hermesh, & Zohar, 2003). Η υπόθεση αυτή υποστηρίζεται από μελέτες που δείχνουν ότι οι ιδεοψυχαναγκασμοί στην συννοσηρότητα διαφέρουν από τα ‘καθαρά’ συμπτώματα της ΙΨΔ (Sevincok, Akoglu, & Arslantas, 2006). Η υπόθεση της διαφορετικής παθοφυσιολογικής βάσης προάγεται από τα ταξινομικά συστήματα όπως το DSM και το ICD και θεωρεί πως πρόκειται για δύο διακριτές διαταραχές που συμβαίνει να χαρακτηρίζονται από έναν βαθμό αυξημένης αλληλοεπικάλυψης των επιπτώσεών τους στον γενικό πληθυσμό.

### **Ψευδής συσχέτιση**

Αυτή η κατηγορία λαμβάνει υπόψη την πιθανότητα η συσχέτιση της συμπτωματολογίας αυτών των δύο διαταραχών να προκύπτει λανθασμένα. Αυτό σχετίζεται άμεσα με τον βαθμό εγκυρότητας των μελετών που αφορούν την συννοσηρότητα. Δηλαδή, η παρατηρούμενη επικάλυψη των δύο συμπτωματολογιών μπορεί να οφείλεται σε μεθοδολογικά σφάλματα των σχετικών μελετών, όπως σφάλμα επιλογής, σφάλμα παρατηρητή και προβλήματα εγκυρότητας περιεχομένου των κλινικών εργαλείων της έρευνας στην Ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία στην σχιζοφρένεια (Χριστοδούλου, 2010).

Σχετικά με την νευροανατομία της συννοσηρότητας, ύστερα από απεικονιστικές μελέτες σε ομάδες ασθενών με ΙΨΔ, με σχιζοφρένεια αλλά και με συννοσηρότητα, οι ως επί το πλείστον κοινές περιοχές στις οποίες σημειώθηκαν ευρήματα ήταν τα βασικά γάγγλια (ραβδωτό σώμα), ο θάλαμος, ο προμετωπιαίος φλοιός και ο πρόσθιος προσαγωγός πυρήνας (Gross-Isseroff, Hermesh, & Zohar, 2003).

Συγκεκριμένα, φάνηκε πως η δραστηριότητα του αριστερού πλαγιοραχιαίου προμετωπιαίου φλοιού ασθενών με συννοσηρότητα παρουσίαζε αρνητική σχέση με την βαρύτητα των ιδεοψυχαναγκαστικών τους συμπτωμάτων (Levine, Gruber, Baird, & Yurgelune-Todd, 1998). Επίσης η λειτουργία του κογχομετωπιαίου φλοιού, παρατηρήθηκε πως ενεργοποιείται τόσο κατά την βίωση ακουστικών ψευδαισθήσεων από ασθενείς με σχιζοφρένεια (Silbersweig, et al., 1995), όσο και κατά την ελεγχόμενη

πρόκληση ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με ΙΨΔ (Rauch, Savage, Alpert, Fischman, & Jenike, 1997).

Παράλληλα, μελέτες σχετικά με τα χαρακτηριστικά της δομής της περιοχής του προμετωπιαίου φλοιού στην ΙΨΔ, δίνουν αντικρουόμενα αποτελέσματα με κάποιες να υποστηρίζουν πως ο όγκος της δεν αλλάζει στους ασθενείς σε σχέση με τους υγιείς (Robinson, et al., 1995) και άλλες να μιλούν για μεταβολές στον κογχομετωπιαίο φλοιό (Szeszko, et al., 1999). Σε ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν βρεθεί μεταβολές στον όγκο αυτής της περιοχής, με περιπτώσεις στις οποίες βρέθηκε αυξημένος και άλλες στις οποίες ήταν μειωμένος (Goldstein, et al., 1999).

Ακόμη, υποστηρίζεται ευρέως πως στην εμφάνιση ιδεοψυχαναγκαστικών και σχιζοφρενικών συμπτωμάτων συμμετέχουν ανωμαλίες στην αλληλεπίδραση βασικών γαγγλίων – μετωπιαίου λοβού (Rapoport, 1990; Perez-Costas, Ferro, & Roberts, 2010). Στην σχιζοφρένεια επίσης η περιοχή των βασικών γαγγλίων είναι σημαντική, λόγω της σημαντικότητας που έχει για την ντοπαμινεργική λειτουργία του εγκεφάλου (Perez-Costas, Ferro, & Roberts, 2010).

Ο θάλαμος είναι ακόμα μία περιοχή που φαίνεται πως σχετίζεται με τις δύο διαταραχές. Συγκεκριμένα, σε ασθενείς με ΙΨΔ έχει βρεθεί μέσα από απεικονιστικές μελέτες πως αυτή η περιοχή ενεργοποιείται, ενώ δομικά έχει παρατηρηθεί μία αύξηση του όγκου του θαλάμου συνολικά (Gilbert, et al., 2000). Η λειτουργική αιτιοπαθογένεια που έχει αυτή η περιοχή στην ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία ενισχύεται και από κλινικά ευρήματα που δείχνουν βελτίωση σε αυτούς τους ασθενείς ύστερα από αποκοπή των οπτικών θαλαμικών πυρήνων από τις υπόλοιπες περιοχές που εμπλέκονται στην διαταραχή (capsulotomy procedure) (Rasmussen, Greenberg, Mindus, Friehs, & Noren, 2000). Στην σχιζοφρένεια επίσης ο θάλαμος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, λόγω των πολύπλοκων πυρήνων που τον αποτελούν και των συνδέσεών του με τον προμετωπιαίο φλοιό και το δίκτυο του ραβδωτού σώματος, καθιστώντας τον ρυθμιστή της συμπεριφοράς (Pergola, Selvaggi, Trizio, Bertolino, & Blasi, 2015).

Τέλος, έχουν βρεθεί δομικά και λειτουργικά ευρήματα στην πρόσθια έλικα του προσαγωγίου, που αποτελεί περιοχή του μεταιχμιακού συστήματος, τόσο στην σχιζοφρένεια όσο και στην ΙΨΔ. Σε ασθενείς με σχιζοφρένεια έχει παρατηρηθεί πως κατά τη διάρκεια παραληρήματος υπάρχει μειωμένη αιματική ροή σε αυτήν την περιοχή (Erkwoh, Sabri, Steinmeyer, Bull, & Sass, 1997), ενώ σε ασθενείς με ΙΨΔ

φαίνεται πως η περιοχή δυσλειτουργεί (Kühn, Kaufmann, Simon, Endrass, Gallinat, & Kathmann, 2013).

Σχετικά με τον ρόλο των νευροδιαβιβαστών στην παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας και της ΙΨΔ, φαίνεται πως και στις δύο διαταραχές η ντοπαμινεργική και σεροτονεργική δραστηριότητα παίζει σημαντικό ρόλο. Στην σχιζοφρένεια η αποτελεσματικότητα των αντιψυχωτικών φαρμάκων που έχουν σεροτονεργική δραστηριότητα ενισχύει την υπόθεση ότι συμμετέχει στην παθοφυσιολογία της διαταραχής. Μάλιστα θεωρείται ότι το σεροτονεργικό σύστημα λειτουργεί ως ρυθμιστής του ντοπαμινεργικού, ωστόσο δεν είναι ακόμα εντελώς ξεκάθαρος αυτός ο μηχανισμός (Kapur & Remington, 1996). Στην ΙΨΔ έχει παρατηρηθεί σε διάφορες απεικονιστικές μελέτες ότι υπάρχει σεροτονεργική υπερδραστηριότητα στον κερκοφόρο πυρήνα, τον θάλαμο καθώς και άλλες διακριτές περιοχές του εγκεφάλου. Ο ρόλος της σεροτονεργικής δραστηριότητας ενισχύεται και από την αποτελεσματικότητα κάποιων αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) σε ορισμένους ασθενείς (Strengler-Wenzke, Muller, Angermeyer, Sabri, & Hesse, 2004). Ωστόσο φαίνεται απίθανο να επιδρά μόνο το σεροτονεργικό σύστημα στην παθοφυσιολογία της ΙΨΔ. Κλινικά ευρήματα υποστηρίζουν πως το ντοπαμινεργικό σύστημα λειτουργεί ως συνεργός του, αν και περαιτέρω μελέτες είναι απαραίτητες για να γίνει κατανοητή η λειτουργία του στους ασθενείς (Goodman, McDougle, Price, Riddle, Pauls, & Leckman, 1990).

### **6.3 Συννοσηρότητα με Asperger**

Το σύνδρομο Asperger είναι μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή που ανήκει στο φάσμα των διαταραχών αυτισμού. Τα άτομα που παρουσιάζουν αυτό το σύνδρομο έχουν δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση, στην λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και μπορεί να εμφανίζουν συμπεριφορικές ιδιαιτερότητες όπως στερεοτυπίες και περιορισμένα ενδιαφέροντα. Η κλινική εικόνα παρουσιάζει μεγάλη ετερογένεια και ποικίλει κυρίως με βάση την ηλικία και την ψυχιατρική συννοσηρότητα. Συνήθως διαγιγνώσκεται καθυστερημένα, με συνήθη την ηλικία των

έντεκα χρόνων και σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμα και στην ενήλικη ζωή. Αυτή η καθυστέρηση στην διάγνωση έχει σημαντική επίδραση στον κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης (Mirkonovic&Gérardin, 2019). Ακόμη, συχνά διαγιγνώσκεται λανθασμένα ως σχιζοφρενική διαταραχή εμποδίζοντας με αυτόν τον τρόπο μια αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση (Ανομίτρη & Λαζαράτου, 2017).

Η σχιζοφρένεια και το σύνδρομο Asperger φαίνεται πως έχουν κοινή γενετική βάση και νευροαναπτυξιακή αφετηρία, καθώς και αρκετά κοινά κλινικά χαρακτηριστικά. Δύο από τα γονίδια που έχουν εντοπιστεί ότι παίζουν σημαντικό ρόλο σε αυτές τις δύο διαταραχές είναι το SHANK3 και CNTNAP2 (Ανομίτρη & Λαζαράτου, 2017). Ακόμη, ο Mark Weiser και η ομάδα του σε μια έρευνα που έκαναν στο Ισραήλ και στην Σουηδία βρήκαν ότι τα άτομα που έχουν κάποιον αδερφό/ή με σχιζοφρένεια έχουν δώδεκα φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν αυτισμό από τα άτομα που δεν έχουν ιστορικό σχιζοφρένειας στην οικογένεια (Fitzgerald, 2012).

Κάποια από τα κοινά χαρακτηριστικά που εμφανίζουν αυτές οι δύο διαταραχές είναι τα εξής:

1. Περιορισμένα ενδιαφέροντα

Είναι κάτι πολύ σύνηθες και στις δύο διαταραχές. Ωστόσο, υπάρχει πιθανότητα το χαρακτηριστικό αυτό να θεωρηθεί λανθασμένα ως σύμπτωμα απάθειας και να ενταχθεί στην συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας.

2. Προβλήματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση

Τα προβλήματα αυτά προκύπτουν κυρίως από την έλλειψη κατανόησης που μπορεί να υπάρχει τόσο από την πλευρά των ατόμων που εμφανίζουν την διαταραχή (αυτό ισχύει κυρίως για τα άτομα με Asperger που εμφανίζουν δυσκολίες στην κατανόηση της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας, στην κατανόηση του μεταφορικού λόγου κ.α.), καθώς και από την πλευρά των υπολοίπων που συχνά δεν γνωρίζουν τις ιδιαιτερότητες αυτών των ατόμων και δεν ξέρουν πώς να συμπεριφερθούν. Το αποτέλεσμα αυτών των δυσκολιών είναι η κοινωνική απομόνωση των ατόμων που πάσχουν, όπως και η εκδήλωση κατάθλιψης. Ωστόσο, πολλές φορές μπορεί να συνυπάρχει ήδη η κατάθλιψη μαζί με την διαταραχή και αυτός να είναι ο παράγοντας που θα δημιουργήσει ή θα εντείνει τα προβλήματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση.

3. Αμβλυμμένο συναίσθημα και εκφραστικότητα προσώπου

Σύμφωνα με έρευνες, το 30-50% των ασθενών με σχιζοφρένεια που έχει συννοσηρότητα με σύνδρομο Asperger, παρουσιάζει συμπτώματα του συνδρόμου πριν την εμφάνιση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων. Γενικά υποστηρίζεται πως για να υπάρξει συννοσηρότητα των δύο αυτών διαταραχών, θα πρέπει τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας να υπάρχουν για τουλάχιστον ένα μήνα και η έναρξη τη διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής να προηγείται της σχιζοφρένειας. Παρ' όλα αυτά, στις διαταραχές αυτιστικού φάσματος είναι δυνατόν να υπάρξουν ψυχωσικά συμπτώματα στα πλαίσια ενός επεισοδίου διαταραχής της διάθεσης ή ενός ψυχωσικού επεισοδίου χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι θα εξελιχθεί σε σχιζοφρένεια (Ανομίτρη & Λαζαράτου, 2017).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

### Διαφοροδιάγνωση Σχιζοφρένειας

---

#### 7.1 Διαφοροδιάγνωση από Κατάθλιψη

Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από αρνητικά συμπτώματα όπως απάθεια, άμβλυση συναισθήματος και κοινωνική απόσυρση, τα οποία μειώνουν την λειτουργικότητα των ατόμων καθώς και την ποιότητα ζωής τους (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, Διαταραχές επικοινωνίας σε ψυχιατρικές παθήσεις, 2010). Αυτά τα συμπτώματα συχνά συγχέονται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα λόγω της επικάλυψης που εμφανίζουν αλλά και λόγω της παθοφυσιολογικής τους σχέσης και της προγνωστικής τους σημασίας.

Συγκεκριμένα, τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας που είναι δυνατόν να παρερμηνευθούν ως καταθλιπτικά συμπτώματα είναι η απώλεια ενδιαφερόντων και ευχαρίστησης (ανηδονία), η μειωμένη συγκέντρωση, η κοινωνική απόσυρση, η συναισθηματική άμβλυση και η αβουλία. Ωστόσο, κάποια στοιχεία βοηθούν στην διαφοροδιάγνωση των δύο διαταραχών όπως τα βιολογικά συμπτώματα της κατάθλιψης και τα γνωσιακά συμπτώματα (π.χ. ενοχή) τα οποία αποτελούν πυρηνικό σύμπτωμα της κατάθλιψης, αλλά και η συναισθηματική επιπέδωση η οποία συνήθως εντάσσεται στα αρνητικά συμπτώματα (Χριστοδούλου, 2010).

Για την μέτρηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην σχιζοφρένεια δεν είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν κλίμακες που αφορούν καθαρά την διαταραχή της κατάθλιψης (π.χ. CES-D), καθώς αυτές δεν λαμβάνουν υπόψη τα χαρακτηριστικά της σχιζοφρενικής διαταραχής, οπότε η τελική βαθμολογία κατά πάσα πιθανότητα δεν θα ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα (Weissman, Sholomskas, Pottenger, Prusoff, & Locke, 1977). Επίσης κλίμακες που αξιολογούν τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας (π.χ. PANSS) είναι δυνατόν να το κάνουν εις βάρος εναλλακτικών διαγνώσεων (π.χ. κατάθλιψης), αφού λαμβάνουν ως δεδομένη την διάγνωση των αρνητικών συμπτωμάτων και προδιαθέτουν το αποτέλεσμα (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987). Μία κλίμακα η οποία είναι σχεδιασμένη για να μετράει την καταθλιπτική συμπτωματολογία στην σχιζοφρένεια είναι η CDSS του Galgary η οποία έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί και στα Ελληνικά. Αυτή προσπαθεί να ξεχωρίσει τα θετικά, τα αρνητικά και τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας από τα

καταθλιπτικά ώστε να τα εκτιμήσει ανάλογα (Addington, Addington, & Maticka-Tyndale, 1994).

## 7.2 Διαφοροδιάγνωση από Asperger

Η σχιζοφρένεια και οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές αποτελούν ξεχωριστές διαταραχές. Διαφοροποιούνται με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια, την ηλικία έναρξης, την πορεία της διαταραχής και την θεραπευτική παρέμβαση.

Κάποια από τα κλινικά στοιχεία που βοηθούν στην διαφοροδιάγνωση είναι τα εξής:

1. Το σύνδρομο Asperger διαγιγνώσκεται συνήθως στην προσχολική-σχολική ηλικία, ενώ τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας κάνουν την εμφάνισή τους σε μεγαλύτερη ηλικία, ακόμα και στην πρώιμη σχιζοφρένεια.

2. Ο λόγος στις δύο αυτές διαταραχές είναι πολύ διαφορετικός. Στα άτομα με σύνδρομο Asperger ο λόγος είναι οργανωμένος, ακριβής και λεπτομερής, ενώ στα άτομα με σχιζοφρένεια ο λόγος είναι αποδιοργανωμένος και δυσνόητος καθώς περιέχει εκτροχιασμούς, νεολογισμούς, ασυναρτησίες και χαρακτηρίζεται από αλογία (περιορισμένη ποσότητα λόγου) (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, Διαταραχές επικοινωνίας σε ψυχιατρικές παθήσεις, 2010).

3. Τα άτομα με σύνδρομο Asperger έχουν επίγνωση των δυσκολιών τους σε αντίθεση με τα άτομα που παρουσιάζουν σχιζοφρένεια.

4. Στην σχιζοφρένεια χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες, κάτι που δεν συναντάται στις διαταραχές αυτιστικού φάσματος (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, Διαταραχές επικοινωνίας σε ψυχιατρικές παθήσεις, 2010) (Ανομίτρη & Λαζαράτου, 2017)



### **7.3 Διαφοροδιάγνωση από Διπολική Διαταραχή**

Η διπολική διαταραχή (ή μανιοκατάθλιψη) ανήκει στις διαταραχές διάθεσης και χαρακτηρίζεται από ασυνήθιστες εναλλαγές στη διάθεση, την ενέργεια, το επίπεδο δραστηριότητας και την συγκέντρωση. Το DSM-IV-TR αναγνωρίζει τρεις τύπους της διαταραχής που όμως όλοι περιλαμβάνουν είτε ένα μανιακό είτε ένα υπομανιακό επεισόδιο. Τα άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή βιώνουν περιόδους κατάθλιψης και μανίας οι οποίες συνήθως είναι σταθερές (Getzfeld A. R., 2009).

Η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή παρουσιάζουν κάποια κοινά σημεία τα οποία μπορούν να καταστήσουν την διαφοροδιάγνωση δύσκολη. Τα συμπτώματα τα οποία εμφανίζονται και στις δύο διαταραχές είναι τα εξής:

#### **1. Ψυχωτικά επεισόδια**

Τα ψυχωτικά επεισόδια είναι βασικό στοιχείο στην διαταραχή της σχιζοφρένειας. Ωστόσο, άτομα με διπολική διαταραχή μπορούν επίσης να εμφανίσουν ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις κατά την διάρκεια ενός σοβαρού μανιακού ή καταθλιπτικού επεισοδίου.

#### **2. Αποδιοργανωμένη σκέψη**

Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή εμφανίζουν αποδιοργανωμένη σκέψη κατά τη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου όπου δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν σε μία ιδέα ή σε μια εργασία.

#### **3. Συμπτώματα κατάθλιψης**

Είναι πολύ συχνό και στις δύο περιπτώσεις. Οι ασθενείς εκδηλώνουν μειωμένο ενδιαφέρον έως αδιαφορία για πράγματα που παλαιότερα τους ευχαριστούσαν, ενώ άλλοι δυσκολεύονται ιδιαίτερα να συγκεντρωθούν ή να πάρουν αποφάσεις.

Παρ' όλα αυτά υπάρχουν στοιχεία που διαφοροποιούν τις δύο διαταραχές και έχουν να κάνουν με την σοβαρότητα των συμπτωμάτων και την αντιμετώπιση. Στην διπολική διαταραχή οι ασθενείς βιώνουν περιόδους εναλλαγής της διάθεσης που κυμαίνονται από επίμονα ανεβασμένα, διαχυτική ή ευερέθιστη διάθεση έως αισθήματα απελπισίας, απογοήτευσης και μειωμένης λίμπιντο, ενώ οι ασθενείς με σχιζοφρένεια συνήθως χάνουν την επαφή με την πραγματικότητα κατά την διάρκεια των ψευδαισθήσεων. Επίσης, παρότι και στις δύο διαταραχές τα συμπτώματα μπορούν να διαχειριστούν με φαρμακευτική αγωγή και να βελτιώσουν ως ένα επίπεδο την ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων, οι ασθενείς με διπολική διαταραχή παρουσιάζουν μεγαλύτερη βελτίωση ύστερα από την λήψη της κατάλληλης αγωγής σε σχέση με τους ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια (Leonard, 2019).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

### Υποτροπή και προστατευτικοί παράγοντες

---

#### 8.1 Παράγοντες Υποτροπής

Η σχιζοφρένεια είναι μία χρόνια διαταραχή, η οποία δε μένει σταθερή κατά τη διάρκειά της, αλλά αντίθετα χαρακτηρίζεται από περιόδους υποτροπών και υφέσεων. Παρόλο που η αντιψυχωτική θεραπεία τείνει να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη μείωση των υποτροπών, εν τούτοις ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με σχιζοφρένεια εμφανίζει υποτροπές ακόμα και αν λαμβάνει συστηματικά θεραπεία (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009). Ως υποτροπή θα μπορούσε να θεωρηθεί η όξυνση ή η επανεμφάνιση των συμπτωμάτων, καθώς και η αύξηση της δυσλειτουργίας που αυτά επιφέρουν στο άτομο (Kingdon & Turkington, 2011). Η εμφάνιση της υποτροπής είναι άμεσα συνυφασμένη με τα γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή των ατόμων με σχιζοφρένεια και προϋποθέτει την ύπαρξη συγκεκριμένων παραγόντων (Πίνακας 1)

Πίνακας 1

---

#### *Παράγοντες Υποτροπής στη Σχιζοφρένεια*

---

1. Φυσιολογικοί στρεσογόνοι παράγοντες:

- Λοίμωξη
- Οξεία νόσος
- Χρόνια νόσος
- Αφυδάτωση
- Αϋπνία
- Βιασμός
- Πόνος
- Κούραση
- Παρενέργειες φαρμάκων
- Αλλαγές όρεξης
- Τραυματισμός
- Χειρουργική επέμβαση

2. Προσωπικοί στρεσογόνοι παράγοντες:

- Έξαρση/Υποτροπή ασθένειας
- Κατάθλιψη
- Αρνητικά Συμπτώματα Σχιζοφρένειας
- Ηθικό/Πνευματικό αδιέξοδο
- Απώλεια/Ασθένεια κάποιου κατοικίδιου ζώου
- Οικονομικές δυσκολίες
- Αύξηση ευθυνών
- Μείωση των πόρων
- Ψυχαγωγικές δραστηριότητες: πρόσβαση/επιλογή
- Αναπτυξιακές αλλαγές/ωρίμανση

3. Διαπροσωπικοί στρεσογόνοι παράγοντες:

- Απόρριψη/Εγκατάλειψη
- Σύγκρουση/Θυμός
- Απώλεια δουλειάς ή θέσης στη δουλειά
- Αλλαγή επαφών με άλλον ή άλλους
- Αλλαγή στις σχέσεις (οικογένεια, φιλικές σχέσεις, φίλιες κ.τ.λ.)
- Εκφρασμένο συναίσθημα

4. Κοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες:

- Δυσκολίες στις απαιτήσεις διαβίωσης
- Στρεσογόνοι παράγοντες συγκατοίκησης/οικογένειας
- Διαταραχές στις συνθήκες διαβίωσης
- Μεταφορά
- Μεταβολές στην κοινότητα

---

Πίνακας 2. Παράγοντες Υποτροπής στη Σχιζοφρένεια. Πηγή: (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009).

Σε ανάλυση του παραπάνω πίνακα, γίνεται φανερό ότι η αύξηση των επιπέδων άγχους ευθύνεται για την εμφάνιση των υποτροπών, ενώ αντίθετα η ελάττωσή τους σχετίζεται με τη μείωση των υποτροπών, αλλά μόνο σε ασθενείς που ζουν με τις οικογένειές τους. Αυτό

οφείλεται στο γεγονός ότι το άγχος των ανθρώπων με σχιζοφρένεια αυξάνεται όταν απομακρύνονται από την οικογένειά τους (Hogarty, et al., 1997).

## 8.2 Πρόληψη Της Υποτροπής

Η πρόληψη της υποτροπής αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς στόχους της θεραπείας της σχιζοφρένειας. Ο φόβος όμως της υποτροπής μπορεί να οδηγήσει ορισμένα άτομα με σχιζοφρένεια στη μείωση των κοινωνικών συναναστροφών τους και εν τέλει στην απομόνωσή τους, προκειμένου να περιορίσουν τους παράγοντες που μπορεί να επιφέρουν επιδείνωση των συμπτωμάτων τους (Kingdon & Turkington, 2011).

Για την πρόληψη της υποτροπής κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική η συμμετοχή του ατόμου σε ένα δίκτυο υποστήριξης, το οποίο θα περιλαμβάνει φορείς ψυχικής υγείας καθώς και άτομα από το περιβάλλον του ίδιου του ατόμου, όπως μέλη της οικογένειας ή φίλους, σε συνδυασμό με τη λήψη της συνιστώμενης φαρμακευτικής αγωγής (Kingdon & Turkington, 2011). Έρευνες έχουν αποδείξει ότι η λήψη αντιψυχωτικών φαρμάκων είναι ικανή να μειώσει τις πιθανότητες υποτροπής ακόμα και κατά 50% (Παπαδημητρίου, Λιάππας, & Λύκουρας, 2013). Επιπροσθέτως, θα πρέπει να τονιστεί ότι η υποτροπή αν και μπορεί να αποφευχθεί, αποτελεί έναν τρόπο αντίδρασης του ατόμου στο άγχος, επομένως είναι λογικό να εμφανιστεί σε ορισμένες περιπτώσεις. Είναι πολύ σημαντικό για το άτομο να αναγνωρίσει τις καταστάσεις που του προκαλούν άγχος και να μάθει να τις διαχειρίζεται είτε μόνος του είτε με τη βοήθεια κάποιου ειδικού· με αυτόν τον τρόπο υπάρχουν πιθανότητες μείωσης της εμφάνισης των υποτροπών. Ακόμη, όταν το άτομο μάθει να αναγνωρίζει τα σημάδια που υποδεικνύουν υποτροπή, μπορεί να ζητήσει αύξηση της δόσης ή και αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνει. Τέλος, ένα από τα πλέον σημαντικά στοιχεία στην πρόληψη της υποτροπής είναι να δημιουργηθεί η αίσθηση στο άτομο ότι εκείνο έχει τον έλεγχο όσον αφορά στο άγχος, καθώς η αίσθηση αυτή μπορεί να είναι τόσο δυνατή, ώστε τελικά να μειωθούν στο ελάχιστο τα επίπεδα άγχους και να αποφευχθεί η υποτροπή (Kingdon & Turkington, 2011).

### 8.3 Προστατευτικοί Παράγοντες

Ως προστατευτικοί θα μπορούσαν να οριστούν οι παράγοντες εκείνοι που μειώνουν τα επίπεδα άγχους σε ένα άτομο. Συγκεκριμένα για τη σχιζοφρένεια, οι προστατευτικοί παράγοντες που αναφέρονται είναι οι εξής:

- Ικανότητα αναγνώρισης και αντιμετώπισης των συμπτωμάτων
- Κοινωνική υποστήριξη
- Αντιψυχωσική φαρμακευτική αγωγή

Η ικανότητα του ατόμου με σχιζοφρένεια να μπορεί να παρακολουθεί την πορεία της νόσου και να αντιμετωπίζει έγκαιρα τις πιθανές υποτροπές, είναι πολύ σημαντική για την εξέλιξη της σχιζοφρένειας μακροπρόθεσμα (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009). Όπως περιεγράφηκε και πιο πάνω, η αίσθηση του ατόμου ότι έχει τον έλεγχο απέναντι στο άγχος και επιπλέον ότι μπορεί να περιορίσει ή ακόμα και να εξαλείψει τις υποτροπές, δίνει στο άτομο μια σιγουριά, ικανή να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά κάθε στρεσογόνο παράγοντα (Kingdon & Turkington, 2011).

Η κοινωνική υποστήριξη κρίνεται ζωτικής σημασίας στη σχιζοφρένεια. Κάνοντας μία σύντομη ιστορική αναδρομή, γίνεται φανερό ότι το στίγμα σε όλες τις ψυχικές ασθένειες είναι ένα φαινόμενο το οποίο παρατηρείται ανά τους αιώνες, καθώς επίσης ότι ακόμα και στις μέρες μας δεν έχει εξαλειφθεί εντελώς. Όσον αφορά στη σχιζοφρένεια, οι άνθρωποι τείνουν να καταφεύγουν σε προκαταλήψεις και αυθαίρετες αντιλήψεις που απέχουν κατά μεγάλο ποσοστό από την πραγματικότητα, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την περιθωριοποίηση των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με τη συγκεκριμένη νόσο. Αυτές οι προκαταλήψεις και οι λανθασμένες αντιλήψεις σχετίζονται με την επικινδυνότητα του ατόμου που νοσεί, καθώς επίσης και με το επίπεδο λειτουργικότητάς του και δεν επηρεάζουν μόνο το συγκεκριμένο άτομο, αλλά και τον περίγυρό του, κυρίως την οικογένειά του. Οι επιπτώσεις του στίγματος είναι πολύ σημαντικές σε ένα άτομο που νοσεί, καθώς αυξάνει τα επίπεδα άγχους, αλλά και το αίσθημα ενοχής του ατόμου και μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε κατάθλιψη (Κορδώση, Σαρίδη, & Σουλιώτης, 2015). Οι επιπτώσεις αυτές σε μεγάλο βαθμό είναι η κύρια αιτία των υποτροπών. Αντίθετα, η κοινωνική αποδοχή είναι αποδεδειγμένα πολύ ευεργετική για τα

άτομα με σχιζοφρένεια, καθώς επίσης και για τις οικογένειές τους, ενώ τέλος κρίνεται ικανή να μειώσει το άγχος και την ανασφάλεια των ατόμων (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009).

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα δρουν επίσης ως προστατευτικοί παράγοντες, καθώς είναι ικανά να μειώσουν αρκετά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, όπως και αρκετές πηγές άγχους προκαλούμενες από την ίδια τη νόσο (Birchwood, Meaden, Trower, Gilbert, & Plaistow, 2000).

## **8.4 Παράγοντες Επικινδυνότητας**

Για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας υπάρχουν αρκετές αλληλοσχετιζόμενες καταστάσεις οι οποίες θα μπορούσαν να θεωρηθούν παράγοντες επικινδυνότητας, ωστόσο σε αυτό το σημείο θα πρέπει να σημειωθεί ότι κανένας από τους παράγοντες που θα αναφερθούν στη συνέχεια δεν αρκεί από μόνος του για να πυροδοτήσει την ασθένεια, αλλά ο συνδυασμός αυτών (Μαστορογιάννη, Μπόραντα, Ναθαναηλίδου, & Χαϊτίδου, 2017).

Ως παράγοντες επικινδυνότητας στη σχιζοφρένεια θα μπορούσαν να θεωρηθούν η προγεννητική έκθεση του ατόμου σε κάποια λοίμωξη, οι θρεπτικοί παράγοντες, η εποχή και η περιοχή που γεννήθηκε, η προχωρημένη ηλικία των γονέων του, αλλά και η κοινωνικοοικονομική του κατάσταση (Brown A. S., 2011).

### **8.4.1 Κληρονομικότητα**

Η κληρονομικότητα ενδεχομένως να αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα επικινδυνότητας όσον αφορά στη σχιζοφρένεια και όχι μόνο. Σε έρευνα που εκπονήθηκε για 11 χρόνια σε 31.000 ζευγάρια διδύμων που γεννήθηκαν μεταξύ 1951 και 2000 στη Δανία, η

Dr. Hilker και οι συνεργάτες της μοιραία έφτασαν στο συμπέρασμα ότι η κληρονομικότητα ευθύνεται για το 79% περίπου των περιπτώσεων σχιζοφρένειας. Στη συνέχεια, οι ερευνητές προσέθεσαν στην έρευνα και τις διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας, όπως οι σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές και οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι η κληρονομικότητα επηρέαζε το 73% των περιπτώσεων (Sandoiu, 2017).

#### **8.4.2 Προγεννητική έκθεση του ατόμου σε λοίμωξη**

Η μόλυνση από κάποια λοίμωξη κατά την προγεννητική περίοδο, αποτελεί έναν βασικό παράγοντα επικινδυνότητας στη σχιζοφρένεια. Είναι ευρέως γνωστό ότι η έκθεση σε μολυσματικά μικρόβια, όπως τοξόπλασμα, σύφιλη ή ερυθρά, θεωρείται υπεύθυνη για την ανάπτυξη συγγενών ανωμαλιών στον εγκέφαλο, καθώς και προβλημάτων συμπεριφοράς. Η έκθεση αυτή μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνη και για την εμφάνιση νευροψυχιατρικών διαταραχών, νοητικής υστέρησης ή αισθητηριακών ανωμαλιών (Remington J. S., Klein, Wilson, & Baker, 2006).

#### **8.4.3 Άλλοι Προγεννητικοί παράγοντες**

Η προγεννητική περίοδος είναι πολύ σημαντική για την μετέπειτα ανάπτυξη του ατόμου. Ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, ο υποσιτισμός του εμβρύου καθώς και η έλλειψη των προσλαμβανόμενων θρεπτικών συστατικών, μπορεί να οδηγήσει σε νοσηρότητα ή ακόμα και στο θάνατο (Black, et al., 2008). Επίσης, ορισμένοι προγεννητικοί θρεπτικοί παράγοντες και η έλλειψή τους ενδέχεται να σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια. Έχοντας σαν δεδομένο ότι ορισμένα θρεπτικά συστατικά μπορεί να διαφέρουν κατά τη διάρκεια του έτους, όπως για παράδειγμα η βιταμίνη D, η οποία σαφώς προσλαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες τους

καλοκαιρινούς μήνες, καθώς επίσης και ότι πολλές ψυχιατρικές διαταραχές βελτιώνονται με συμπληρώματα βιταμινών, εύκολα οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η έλλειψη θρεπτικών στοιχείων κατά την προγεννητική περίοδο αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα επικινδυνότητας (Brown A. S., 2011).

#### **8.4.4 Τόπος και εποχή γέννησης**

Έρευνες που έχουν γίνει πάνω στη σχιζοφρένεια συμφωνούν στο γεγονός ότι τα άτομα που έχουν γεννηθεί σε αστικές περιοχές παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης της ασθένειας σε σχέση με άτομα που έχουν γεννηθεί σε αγροτικές περιοχές. Υποστηρίζεται επίσης ότι οι πιθανότητες εμφάνισης σχιζοφρένειας αυξάνονται όσο αυξάνονται και τα χρόνια διαβίωσης σε αστικές περιοχές, με άλλα λόγια όσα περισσότερα χρόνια ζει ένα άτομο σε μία μεγάλη αστική περιοχή, τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος εμφάνισης της σχιζοφρένειας. Αντίθετα, υποστηρίζεται ότι οι πιθανότητες αυτές μειώνονται αν το άτομο γεννήθηκε σε αστική περιοχή, όμως μεγάλωσε σε αγροτική. Αυτή η σύνδεση ενδεχομένως να οφείλεται στα αυξημένα επίπεδα άγχους που συνοδεύουν τη ζωή σε μία μεγάλη αστική πόλη και την ποιότητα ζωής σε αυτήν.

Ένα ακόμα εντυπωσιακό εύρημα όσον αφορά στην επιδημιολογία της σχιζοφρένειας, είναι αυτό που συνδέει την εποχή που γεννήθηκε ένα άτομο με την εμφάνιση της συγκεκριμένης ασθένειας. Συγκεκριμένα, έρευνες σε αυτόν τον τομέα αναφέρουν ότι τα άτομα που έχουν γεννηθεί τον χειμώνα, αλλά και αρχές της άνοιξης, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης της σχιζοφρένειας. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, τα άτομα που γεννιούνται αυτές τις εποχές του χρόνου, παρουσιάζουν αύξηση του κινδύνου εμφάνισης της ασθένειας κατά περίπου 5-15%, σε σχέση με άτομα που γεννιούνται τους φθινοπωρινούς ή καλοκαιρινούς μήνες (Brown A. S., 2011).



#### **8.4.5 Προχωρημένη Ηλικία γονέων**

Ενδιαφέρον προκαλούν οι έρευνες, οι οποίες συνδέουν την εμφάνιση σχιζοφρένειας με την προχωρημένη ηλικία των γονέων, κατά τη στιγμή της σύλληψης. Τα πρώτα στοιχεία που υποστήριζαν την παραπάνω τοποθέτηση, έκαναν για πρώτη φορά την εμφάνισή τους το 1958, ωστόσο, δεν ήταν ξεκάθαρο μέχρι τότε αν είχε μεγαλύτερη επίδραση η ηλικία του πατέρα ή της μητέρας ή και των δύο, έως ότου το 1979 εκτιμήθηκε ότι η προχωρημένη ηλικία του πατέρα, κατά της στιγμή της σύλληψης, και όχι εκείνη της μητέρας είναι αυτή που συνδέεται με την μετέπειτα εμφάνιση σχιζοφρένειας στο άτομο (Hare & Moran, 1979). Το συμπέρασμα αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι τα αρσενικά σπερματικά κύτταρα υποβάλλονται σε συνεχή αναδιπλασιασμό, σε αντίθεση με τα γεννητικά κύτταρα της γυναίκας. Από τις διαιρέσεις των σπερματικών κυττάρων προκύπτουν σφάλματα αντιγραφής και μεταγραφής, τα οποία αυξάνονται ανάλογα με την ηλικία του άνδρα, λόγω μειωμένων μηχανισμών επιδιόρθωσης DNA (Crow, 2000).

#### **8.5 Μοντέλο Στρεσογόνου Προδιάθεσης**

Το Μοντέλο Στρεσογόνου Προδιάθεσης εξηγεί ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ιδιαίτερα ευάλωτα σε αγχογόνες καταστάσεις, λόγω γενετικής προδιάθεσης και ευπάθειας ως προς το άγχος. Η γενετική αυτή προδιάθεση, σε συνδυασμό με άλλους αγχογόνους παράγοντες, όπως για παράδειγμα οι αρνητικές εμπειρίες του ατόμου κατά τη διάρκεια της παιδικής του ηλικίας, καθώς και τα αρνητικά σχήματα ή η ελλιπής στήριξη από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του, μπορεί να είναι η αιτία πυροδότησης συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, όπως οι ακουστικές ψευδαισθήσεις (Kingdon & Turkington, 2011). Στο συγκεκριμένο μοντέλο, οι προστατευτικοί παράγοντες και οι παράγοντες επικινδυνότητας αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους, όπως φαίνεται παρακάτω:

1. Οι στρεσογόνοι παράγοντες σε συνδυασμό με τους παράγοντες προδιάθεσης είναι ικανοί να δυναμώσουν ο ένας τον άλλον.
2. Όταν το άγχος διατηρείται σε φυσιολογικά επίπεδα, αυξάνεται η προσαρμοστική ικανότητα.
3. Οι προστατευτικοί παράγοντες μπορούν να ρυθμίσουν και να μειώσουν τους στρεσογόνους παράγοντες, ενισχύοντας έτσι την προσαρμοστική ικανότητα, καθώς και την ικανότητα αντιμετώπισης.

Τα στρεσογόνα γεγονότα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα άτομο με σχιζοφρένεια, μπορεί να είναι τόσο δυνατά, ώστε οι προστατευτικοί παράγοντες να αδυνατούν να δράσουν, με αποτέλεσμα να εμφανιστούν τα συμπτώματα της διαταραχής. Σε αυτό το σημείο μπορεί να δράσουν με μεγάλη αποτελεσματικότητα τα αντιψυχωτικά, τα οποία θα αναλυθούν εκτενώς στη συνέχεια. Για τους περισσότερους ασθενείς με σχιζοφρένεια, τα αντιψυχωτικά φάρμακα λειτουργούν ως ασπίδα προστασίας απέναντι στο άγχος και στα συμπτώματα της ασθένειας (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009).

Συμπτώματα όπως οι ακουστικές ψευδαισθήσεις και οι παρανοϊκές ιδέες όμως φαίνεται να είναι αρκετά συνηθισμένα ακόμα και στον φαινομενικά υγιή πληθυσμό, κυρίως στον δυτικό κόσμο (Johns & Van Os, 2001). Αυτά τα «ψυχωσικά» συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν το ίδιο συχνά όσο και τα ψυχαναγκαστικά συμπτώματα στον υγιή πληθυσμό και ως επί το πλείστον ερμηνεύονται το ίδιο αρνητικά. Ένα φαινομενικά υγιές άτομο, το οποίο ενδέχεται να εμφανίσει ακουστικές ψευδαισθήσεις ως αποτέλεσμα διαταραχής ύπνου που οφείλεται στο άγχος, είναι πιθανόν να ερμηνεύσει λανθασμένα την όλη κατάσταση και να πιστεύει ότι είναι «σχιζοφρενικός» ή «τρελός», πεποίθηση που τις περισσότερες φορές ενισχύεται και από το περιβάλλον στο οποίο αλληλοεπιδρά. Το συμπέρασμα που ανάγεται από το συγκεκριμένο παράδειγμα είναι ότι αν ένα φαινομενικά υγιές άτομο βρεθεί αντιμέτωπο με μία πολύ πιεστική κατάσταση, η οποία φαίνεται να του προκαλεί αυξημένο και μη διαχειρίσιμο άγχος, ενδέχεται να εμφανίσει τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας (Kingdon & Turkington, 2011).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>

### Πορεία και Πρόγνωση

---

#### 9.1 Πορεία

Η έναρξη της σχιζοφρένειας, ανεξάρτητα από το αν αυτή είναι *ύπουλη ή οξεία*, στις περισσότερες περιπτώσεις συνοδεύεται από συμπτώματα όπως η κατάθλιψη, ο φόβος ή το άγχος. Η νόσος συνήθως εμφανίζεται νωρίτερα στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, όμως και στις δύο περιπτώσεις ενδέχεται να ξεκινήσει προς το τέλος της εφηβείας ή τις αρχές την ενήλικης ζωής, με κύρια αιτία την ύπαρξη κάποιου εκλυτικού γεγονότος. Κατά τη διάρκεια της νόσου τα θετικά συμπτώματα, όπως οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες τείνουν να υποχωρούν, σε αντίθεση με τα αρνητικά συμπτώματα, όπως για παράδειγμα η παραμέληση της ατομικής υγιεινής, που δείχνουν να επιμένουν στον χρόνο (Παπαδημητρίου, Λιάπας, & Λύκουρας, 2013).

Σύμφωνα με τους Ευθυμίου και Μαλτέζου (2007), η σχιζοφρένεια είναι μία εξελικτική διαταραχή που διακρίνεται σε τρεις φάσεις:

1. **Προνοσηρή φάση:** Σε αυτήν τη φάση, το άτομο φαίνεται να λειτουργεί με έναν τελείως φυσιολογικό τρόπο, ωστόσο, είναι πιθανόν να βιώνει στρεσογόνα γεγονότα, γεγονότα που ενδεχομένως να κρίνονται καίριας σημασίας για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας.
2. **Πρόδρομη φάση:** Σε αυτήν τη φάση, αρχίζει η εμφάνιση ορισμένων δυσκολιών που αφορούν τη λειτουργικότητα του ατόμου στην καθημερινότητά του, ενώ είναι αρκετά πιθανό να εκδηλωθούν και ψυχωσικά συμπτώματα. Η συγκεκριμένη φάση, μπορεί να διαρκέσει από εβδομάδες, μήνες μέχρι και χρόνια και συνοδεύεται από σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου, αλλά και άλλα συνοδά προβλήματα, όπως έλλειψη ύπνου και ευερεθιστότητα. Η εμφάνιση των θετικών συμπτωμάτων συμβαίνει αργότερα.
3. **Ενεργός φάση:** Η ενεργός φάση διακρίνεται σε επιμέρους φάσεις (οξεία φάση, φάση ανάνηψης και υπολειμματική φάση). Η οξεία φάση περιλαμβάνει τα τυπικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, δηλαδή τις ψευδαισθήσεις, τις παραληρητικές ιδέες και την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά. Η φάση ανάνηψης εμφανίζεται ακριβώς μετά την έναρξη της θεραπείας, η συνηθισμένη διάρκειά της είναι περίπου 6-18 μήνες και περιλαμβάνει ψυχωσικά συμπτώματα, η ένταση των οποίων μειώνεται αρκετά σε σχέση με την οξεία φάση (Ευθυμίου & Μαλτέζος, 2007).

Η σχιζοφρένεια δεν ακολουθεί κάποια συγκεκριμένη πορεία. Έρευνες αναφέρουν ότι το 25% των ατόμων με σχιζοφρένεια θα εμφανίσουν πλήρη ύφεση, τη στιγμή που ένα άλλο ποσοστό των 25% θα ακολουθήσει μία πορεία με πολλές υποτροπές και το υπόλοιπο 50% παρουσιάζει μία σχετικά καλή προσαρμογή με πολλά όμως επεισόδια (Hahlweg&Dose, 1998).

Σύμφωνα με τους Hahlweg & Dose (1998), υπάρχουν προγνωστικοί παράγοντες που μπορούν να καθορίσουν αν η σχιζοφρένεια θα έχει μία καλύτερη πορεία. Αυτοί σχετίζονται κυρίως με το φύλο του ατόμου (το γυναικείο φύλο παρουσιάζει καλύτερη πρόγνωση), την έναρξη της νόσου σε μεγάλη ηλικία, την ύπαρξη κάποιου σημαντικά αγχογόνου γεγονότος που να δικαιολογεί την έναρξη της νόσου, την έλλειψη λοιπών νευρολογικών διαταραχών, αλλά και την απουσία ιστορικού σχιζοφρένειας στο οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου.

Στον αντίποδα, οι Ευθυμίου και Μαλτέζος (2007), προτείνουν παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με κακή πρόγνωση της νόσου. Μερικοί από αυτούς είναι η έναρξη της σχιζοφρένειας σε μικρή ηλικία, η απουσία εκλυτικού γεγονότος, μία κακή προνοσηρή κατάσταση σε όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου, η ελάχιστη στήριξη από το περιβάλλον του, η αναφορά βίας, οι διαδοχικές υποτροπές, αλλά και η ύπαρξη περιγεννητικού τραύματος ή κάποιας νευρολογικής διαταραχής (Ευθυμίου & Μαλτέζος, 2007).

## 9.2 Πρόγνωση

Η σχιζοφρένεια αποτελεί την τρίτη χειρότερη μορφή αναπηρίας, μετά την τετραπληγία και την άνοια, ενώ είναι αρκετά ενδιαφέρον το γεγονός ότι βρίσκεται σε υψηλότερη θέση ακόμα και από την τύφλωση (Ustun, et al., 1999). Η ίδια η νόσος συνδέεται επίσης με μειωμένο προσδόκιμο ζωής και υψηλά ποσοστά αυτοκτονικότητας. Ωστόσο, έρευνες αποδεικνύουν ότι ένα ικανοποιητικό ποσοστό ατόμων με σχιζοφρένεια είναι σε θέση να ενταχθούν και πάλι στην κοινωνία, αλλά και να ζουν μόνοι τους απλά με μία μικρή βοήθεια από οικεία πρόσωπα (van Os & Kapur, 2009).

Πιο αναλυτικά, όσον αφορά στην πρόγνωση, σύμφωνα με ορισμένους μελετητές φαίνεται να ισχύει ο κανόνας των 3/3, όπου το 1/3 των ασθενών με σχιζοφρένεια τείνει να ζει μία αρκετά φυσιολογική ζωή, ένα άλλο 1/3 αυτών εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα της νόσου, όμως δείχνουν να έχουν μία καλή πορεία χάρις στο υποστηρικτικό οικογενειακό τους περιβάλλον και τέλος, το υπόλοιπο 1/3 των ασθενών με σχιζοφρένεια βρίσκεται αντιμέτωπο με τη σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητάς τους σχεδόν σε όλους τους τομείς της ζωής τους, την ανικανότητά τους να φροντίζουν τους εαυτούς τους, ενώ παράλληλα έχουν ανάγκη από περισσότερη νοσηλεία και βοήθεια (Παπαδημητρίου, Λιάππας, & Λύκουρας, 2013).

Σε άλλη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι 10 χρόνια μετά τη διάγνωση της σχιζοφρένειας, το 50% των ατόμων σημειώνουν πολύ καλή πρόοδο, έτσι ώστε να μπορούν να ζουν χωρίς βοήθεια, αλλά και να εργάζονται, στο 25% παρατηρείται επίσης βελτίωση, όμως δεν είναι ακόμα σε θέση να ζήσουν μόνοι τους, χωρίς βοήθεια από το οικογενειακό τους περιβάλλον, ένα ποσοστό των 15% βρίσκονται σε κάποια κλινική ή στο νοσοκομείο, ενώ τέλος ένα ποσοστό των 10% των ατόμων αυτών οδηγούνται στο θάνατο καθώς δε βρίσκουν άλλη διέξοδο από αυτήν την κατάσταση εκτός από την αυτοκτονία (Goldberg, 2019).

Όπως ακριβώς η πορεία της νόσου, έτσι και η πρόγνωσή της δεν είναι συγκεκριμένη, καθώς μπορεί να ισορροπεί ανάμεσα στην πλήρη ίαση αλλά και στην απόλυτη ανικανότητα, ανάλογα με την περίπτωση. Προβλέψεις σχετικά με την πρόγνωση της σχιζοφρένειας σε έναν ασθενή μπορούν να γίνουν, εφόσον εξεταστεί πρώτα η πορεία της νόσου μακροπρόθεσμα, ενώ παράλληλα θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψη και τα συμπτώματα που είχε το άτομο στα αρχικά στάδια (McKenna, Schizophrenia and related syndromes, 1997).

### **9.3 Αιτίες Θνησιμότητας**

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η σχιζοφρένεια αποτελεί μία από τις σοβαρότερες μορφές αναπηρίας παγκοσμίως (Ustun, και συν., 1999). Ο μέσος όρος ζωής των ατόμων με σχιζοφρένεια είναι σαφώς μικρότερος από εκείνον του υπόλοιπου πληθυσμού (Piotrowski, et al., 2017). Σύμφωνα με μία εκτίμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) το 2004 περισσότερα από 26 εκατομμύρια άνθρωποι έπασχαν από σχιζοφρένεια και 30.000 θάνατοι αποδόθηκαν σε αυτήν το ίδιο έτος (World Health Organization,

[https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1), 2008). Η μελέτη των αιτιών που μπορούν να οδηγήσουν ένα άτομο με σχιζοφρένεια στον θάνατο, κρίνεται αναγκαία, καθώς σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, η θνησιμότητα στα άτομα με ψυχικές διαταραχές υποδεικνύει την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης ανά κράτος (Samele, Frew, & Urquía, 2013). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αιτίες όπως το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η μειωμένη σωματική δραστηριότητα, ο διαβήτης, η υπεργλυκαιμία, η υπερλιπιδαιμία, αλλά και η υπερένταση, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες θνησιμότητας στη σχιζοφρένεια σε παγκόσμιο επίπεδο (Yasamy, Cross, McDaniell, & Saxena, 2016).

### **9.3.1 Κάπνισμα**

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν λάβει χώρα παγκοσμίως, η τάση για κάπνισμα στα άτομα με σχιζοφρένεια φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αυξημένη (De Leon & Diaz, 2005). Ένα μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων αυτών, περίπου το 80-90%, καπνίζει μανιωδώς σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, ενώ είναι ακόμα πιο εντυπωσιακό το γεγονός ότι τείνουν να καπνίζουν τσιγάρα με υψηλότερη περιεκτικότητα σε νικοτίνη (American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, 2000). Επομένως, μοιραία ανάγεται το συμπέρασμα ότι το κάπνισμα αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες θνησιμότητας στη σχιζοφρένεια. Ωστόσο, οι επιστήμονες δεν έχουν καταλήξει ακόμα για ποιον λόγο η τάση για κάπνισμα είναι τόσο υψηλή στα άτομα με σχιζοφρένεια. Ενδεχομένως να έχει κάποιον θετικό αντίκτυπο στην διαταραχή, καθώς όπως υποστηρίζουν ορισμένοι επιστήμονες, ίσως η νικοτίνη να βελτιώνει κάποια ελλείμματα στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Αυτό, ωστόσο είναι ιδιαίτερα αμφιλεγόμενο, καθώς αν ίσχυε κάτι τέτοιο, το κάπνισμα θα ήταν ένα δίκικο μαχαίρι όσον αφορά στη σχιζοφρένεια, καθώς από τη μία θα βελτιώνε λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος, από την άλλη όμως θα μείωνε σημαντικά το μέσο όρο ζωής των ατόμων αυτών και θα οδηγούσε σε άλλα προβλήματα υγείας (BrainFacts.org, 2008).

### **9.3.2 Καρδιαγγειακές Παθήσεις**

Έρευνα που παρουσιάστηκε το 2010 σχετική με τις αιτίες θνησιμότητας στη σχιζοφρένεια, ανέφερε ότι το 1/3 των πρόωρων θανάτων αποδόθηκαν σε καρδιαγγειακές νόσους (Brown S. , Kim, Mitchell, & Inskip, 2015). Στη Σουηδία, τα άτομα πέθαναν από ισχαιμική καρδιακή νόσο έως και 15 περίπου χρόνια νωρίτερα από τον υπόλοιπο πληθυσμό (Crump, Winkleby , Sundquist , & Sundquist , 2013), ενώ στη Δανία ο αριθμός των ασθενών με σχιζοφρένεια που κατέληξαν λόγω καρδιακών παθήσεων ήταν περισσότερος αυξημένος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Laursen , Munk-Olsen , Agerbo, Gasse, & Mortensen, 2009).

### **9.3.3 Καρκίνοι**

Δεν είναι ιδιαίτερα σύνηθες για τα άτομα με σχιζοφρένεια να διαγνωστούν με κακοήθεις καρκίνους (Crump, Winkleby , Sundquist , & Sundquist , 2013), ωστόσο έρευνα που έλαβε χώρα στη Βρετανία από το 1981 έως το 2006 σε 370 ασθενείς υπέδειξε ότι ο καρκίνος αποτελούσε τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου στη σχιζοφρένεια, με τις καρδιαγγειακές νόσους να βρίσκονται σταθερά στην πρώτη θέση. Πιο συγκεκριμένα, από την περίοδο 1981-2006, 56 θάνατοι αποδόθηκαν σε καρδιαγγειακές παθήσεις και 30 σε καρκίνους, με πιο συνηθισμένους τον καρκίνο των πνευμόνων και του μαστού (Brown S. , Kim, Mitchell, & Inskip, 2010).

### **9.3.4 Παρενέργειες Φαρμάκων**

Ορισμένες παρενέργειες των άτυπων αντιψυχωτικών φαρμάκων θα μπορούσαν ενδεχομένως να έχουν κάποια σχέση με την αυξημένη θνησιμότητα στη σχιζοφρένεια. Παρόλο που τα άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στη θεραπεία της σχιζοφρένειας, εντούτοις συνδέονται με ορισμένες παρενέργειες, όπως η παχυσαρκία, η υπέρταση, η στεφανιαία νόσος, αλλά και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II (Getzfeld A. R., 2009). Τα καρδιακά νοσήματα, τα οποία κατά κύριο λόγο προκαλούνται από την υπέρταση, την παχυσαρκία και τον σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και η στεφανιαία νόσος, αποτελούν μία ακόμα σημαντική αιτία θνησιμότητας της νόσου (De Hert, et al., 2009).

### **9.3.5 Αυτοκτονία**

Τέλος, δε θα μπορούσε να μην συμπεριληφθεί στις αιτίες θνησιμότητας της σχιζοφρένειας η αυξημένη τάση αυτοκτονικότητας. Έρευνες αναφέρουν ότι υπάρχει υψηλή συσχέτιση της σχιζοφρένειας με την αυτοκτονία, πολύ υψηλότερη από αυτήν που αντιστοιχεί στον υπόλοιπο πληθυσμό (Saha, Chant, & McGrath, 2007). Περίπου το 40% των πρόωρων ή αφύσικων θανάτων όσον αφορά στη σχιζοφρένεια αποδίδονται σε αυτοκτονίες (Bushe, Taylor, & Haukka, 2010). Τα άτομα που είχαν μία καλή ζωή πριν την έναρξη των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας κρίνονται περισσότερο επιρρεπή στην κατάθλιψη μετά από τη διάγνωσή τους, με αποτέλεσμα να επιχειρούν πιο συχνά να βλάψουν θανάσιμα τον εαυτό τους. Συνήθως, τα άτομα που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν είναι άνδρες κάτω των 30 ετών, άγαμοι, με υψηλό δείκτη νοημοσύνης, κοινωνικά απομονωμένοι και χωρίς ισχυρά βοηθητικό οικογενειακό περιβάλλον (Bhandari, 2020). Υπάρχουν όμως και άλλοι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν ένα άτομο με σχιζοφρένεια στην αυτοκτονία· αυτοί είναι κυρίως παράγοντες που θα μπορούσαν να δράσουν με τον ίδιο τρόπο και στον υπόλοιπο πληθυσμό, όπως η διάθεση του ατόμου μια συγκεκριμένη περίοδο, η απώλεια ενός προσώπου ή η κατάχρηση ουσιών (Hawton, Sutton, Haw, Sinclair, & Deeks, 2005). Η πρόληψη της αυτοκτονίας σε άτομα με σχιζοφρένεια κρίνεται ιδιαίτερα δύσκολη, καθώς τις περισσότερες



φορές δρουν με τρόπο αυθόρμητο και παρορμητικό, χωρίς να δείχνουν προηγουμένως προειδοποιητικά σημάδια για τις πράξεις τους, με αποτέλεσμα όσοι βρίσκονται γύρω τους να μην αντιλαμβάνονται τι πρόκειται να συμβεί. Αυτό δε σημαίνει όμως ότι η αυτοκτονία είναι αναπόφευκτη, καθώς υπάρχουν φορές που τα άτομα αυτά δείχνουν προειδοποιητικά σημάδια, αφήνοντας έτσι χρόνο στο οικείο τους περιβάλλον να δράσει καταλλήλως (Bhandari, 2020).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup>

### Θεραπεία

---

Όσον αφορά στη θεραπεία της σχιζοφρένειας, είναι σκόπιμο να σημειωθεί ότι προς το παρόν δεν υπάρχει κάποια μέθοδος η οποία να προσφέρει πλήρη ίαση της νόσου, παρά μόνο ορισμένων συμπτωμάτων της, αλλά ακόμα και σε αυτήν την περίπτωση η θεραπεία δεν είναι πάντοτε αποτελεσματική. Ωστόσο, ο συνδυασμός της απαραίτητης φαρμακευτικής αγωγής, μαζί με την ψυχοθεραπεία του ίδιου του ατόμου και την οικογενειακή θεραπεία κρίνονται ιδιαίτερα σημαντικά για την βελτίωση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, με κύριο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων αυτών (Getzfeld A. R., 2009). Ωστόσο, αν και οι περιπτώσεις αυτές είναι ιδιαίτερα σπάνιες, υπήρξαν άτομα τα οποία κατάφεραν να οδηγηθούν σε πλήρη ίαση της σχιζοφρένειας, με ποιο γνωστή την περίπτωση του Αμερικάνου μαθηματικού, John Forbes Nash Jr., ο οποίος αναφέρεται ότι κατάφερε να ξεπεράσει τη σχιζοφρένεια ύστερα από 30 χρόνια (Βικιπαίδεια, 2020).

#### 10.1 Ιστορική Αναδρομή

Παρόλο που στις ημέρες μας τα άτομα με σχιζοφρένεια μπορούν να λάβουν ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα θεραπείας των συμπτωμάτων της νόσου, πριν τη δεκαετία του '50 η μοίρα των ατόμων που έπασχαν από αυτήν την νόσο ήταν προκαθορισμένη. Σχεδόν πάντοτε η θεραπεία απευθυνόταν μόνο στα άτομα που θα μπορούσαν να ανταπεξέλθουν οικονομικά σε αυτήν, δηλαδή στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα, τα οποία είχαν τη δυνατότητα να νοσηλευτούν σε ιδιωτικές κλινικές (Getzfeld A. R., 2009). Πριν τη δεκαετία του 1930, η δημοφιλέστερη θεραπεία που χρησιμοποιούνταν για τα άτομα αυτά ήταν η ψυχανάλυση (Endler, 1988). Οι υπόλοιποι ασθενείς συνήθως κλείνονταν σε άσυλα, όπου σπανίως τους χορηγούνταν κάποιο είδος θεραπείας, αλλά ακόμα και αν λάμβαναν κάποια θεραπεία, τις περισσότερες φορές αυτή ήταν αναποτελεσματική και βίαιη. Τα πιο βαριά περιστατικά συνήθως οδηγούνταν σε προμετωπιαίες λοβοτομές, χωρίς τη θέλησή τους, ενώ

για τους υπόλοιπους προοριζόταν η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, η οποία όμως κάθε άλλο παρά θεράπευε τα κυρίαρχα συμπτώματα της νόσου (Getzfeld A. R., 2009).

Οι προμετωπιαίες λοβοτομές, αν και ήταν εξαιρετικά βίαιες, χρησιμοποιούνταν ευρέως για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας, μέχρι και τα μέσα του προηγούμενου αιώνα. Παρόλο που η μέθοδος αυτή φαίνεται εξαιρετικά σκληρή στην εποχή μας, ο λόγος που χρησιμοποιούνταν τόσο συχνά παλαιότερα είναι επειδή προκαλούσε μία παροδική ηρεμία στους ασθενείς, παρόλο που προξενούσε άλλα σημαντικότερα προβλήματα (Μαστορογιάννη, Μπόραντα, Ναθαναηλίδου, & Χαϊτίδου, 2017). Η χρήση των προμετωπιαίων λοβοτομών άρχισε να εξασθενεί σημαντικά μετά την εισαγωγή του νευροληπτικού φαρμάκου (Kucharski, 1984).

Αντίθετα με τις προμετωπιαίες λοβοτομές, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται ακόμα και σήμερα. Η μέθοδος της ηλεκτροσπασμοθεραπείας χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1938 στη Ρώμη από τους δύο Ιταλούς ψυχιάτρους και ερευνητές, τον Ugo Cerletti και τον Lucio Bini (Endler, 1988). Μελέτες που έγιναν αργότερα πάνω στη μέθοδο της ηλεκτροσπασμοθεραπείας αποκάλυψαν ότι η συγκεκριμένη μέθοδος φαίνεται να είναι αποτελεσματικότερη για την κατάθλιψη παρά για την σχιζοφρένεια (Πολυζόπουλος, 2013).

Τα προαναφερθέντα άσυλα συνήθως χρησιμοποιούνταν σαν ένα είδος φυλακής, όπου απομάκρυναν όσα άτομα θεωρούνταν επικίνδυνα για την κοινωνία, επομένως το νοσηλευτικό προσωπικό τους όχι μόνο δεν ασχολούνταν ιδιαίτερα με τα περιστατικά αυτά, αλλά δεν ήταν ούτε εκπαιδευμένο για αυτές τις περιπτώσεις. Όσα άτομα έκαναν εισαγωγή σε τέτοιου είδους απάνθρωπα άσυλα, συνήθως δεν έπαιρναν ποτέ εξιτήριο, καθώς μέσα σε αυτά έχαναν ακόμα και τις πιο απλές τους δεξιότητες, όπως για παράδειγμα να χρησιμοποιούν το τηλέφωνο. Οι καταστάσεις που βίωναν μέσα στα άσυλα ήταν τέτοιες ώστε οι ασθενείς να χειροτερεύουν σημαντικά με τον καιρό, ενώ αρκετοί έφταναν σε σημείο να μη μπορούν να επιβιώσουν έξω από αυτά (Getzfeld A. R., 2009).

Ωστόσο, σημαντικές ανακαλύψεις στον τομέα της ψυχιατρικής που έλαβαν χώρα στα μέσα περίπου της δεκαετίας του 1950, έδωσαν το πράσινο φως για την έναρξη της ουσιαστικής θεραπείας της σχιζοφρένειας. Η ανακάλυψη των πρώτων τυπικών αντιψυχωτικών φαρμάκων, αλλά και τα θετικά αποτελέσματα που έφερε η χρήση τους σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, άρχισαν να δημιουργούν σιγά σιγά την εντύπωση ότι οι ψυχικές νόσοι είναι εφικτό να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά και ότι οι πάσχοντες από αυτές δικαιούνται τη σωστή θεραπεία (Getzfeld A. R., 2009).

## **10.2 Θεραπευτικοί στόχοι στη σχιζοφρένεια**

### **10.2.1 Αντιμετώπιση θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων**

Κύριο μέλημα και βασική προτεραιότητα όλων όσων ασχολούνται με τη θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι η αντιμετώπιση των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου, κάτι το οποίο επιτυγχάνεται σε σημαντικό βαθμό μέσω βιολογικών παρεμβάσεων. Οι βιολογικές αυτές παρεμβάσεις σε συνδυασμό με τη Γνωστική-Συμπεριφοριστική Θεραπεία, μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Τόσο τα θετικά συμπτώματα, όπως για παράδειγμα οι διαταραχές της αντίληψης (ψευδαισθήσεις) και οι διαταραχές της σκέψης (παραλήρημα), όσο και τα αρνητικά συμπτώματα, όπως η αβουλία ή η αλογία, επιφέρουν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου, επομένως γίνεται φανερό για ποιον λόγο αποτελούν πρωταρχικό στόχο στην αντιμετώπιση της νόσου (Ρακιτζή, Γεωργιά, & Ευθυμίου, Παρέμβαση στη Σχιζοφρένεια, 2016). Ειδικά όμως τα θετικά συμπτώματα αποτελούν μία ξεχωριστή κατηγορία που δε σχετίζεται με άλλους τομείς, οπότε η άμβλυνσή τους κρίνεται εξαιρετικά σημαντική για την αποκατάσταση του ατόμου (Mueller, 2012).

### **10.2.2 Αντιμετώπιση νευρογνωστικών και κοινωνικογνωστικών ελλειμμάτων**

Σύμφωνα με τους Ρακιτζή, Γεωργιά & Ευθυμίου (2016) τα νευρογνωστικά ελλείμματα σχετίζονται με διαταραχές της *«προσοχής, της αντίληψης, της μνήμης, της γλωσσικής επεξεργασίας, της οπτικοακουστικής ικανότητας και των εκτελεστικών λειτουργιών»* (Ρακιτζή, Γεωργιά, & Ευθυμίου, Παρέμβαση στη Σχιζοφρένεια, 2016)(σελ.105). Τα νευρογνωστικά ελλείμματα αποτελούν ένα σημαντικό, αλλά ξεχωριστό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας (Heinrichs&Zakzanis, 1998). Είναι εφικτό να θεωρήσει κάποιος ότι μοιάζουν αρκετά με τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, ενώ σχετίζονται ισχυρά με την απόδοση του

ατόμου σε διάφορους τομείς της ζωής του, όπως για παράδειγμα στον τομέα της εργασίας του (Ρακιτζή, Γεωργιά, & Ευθυμίου, Παρέμβαση στη Σχιζοφρένεια, 2016).

Από την άλλη πλευρά, τα κοινωνικογνωστικά ελλείμματα αφορούν τις πνευματικές λειτουργίες, οι οποίες λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια των κοινωνικών συναναστροφών ενός ατόμου. Τα ελλείμματα αυτά σχετίζονται με την αντίληψη, την επεξεργασία, την ερμηνεία, αλλά και τη διαχείριση των συναισθημάτων των άλλων ανθρώπων. Χάρη σε αυτά το άτομο είναι ικανό να αλληλοεπιδρά αποτελεσματικά με το ευρύτερο περιβάλλον του. Η γνωσιακή δεξιότητα είναι άμεσα συνυφασμένη με την επαγγελματική ικανότητα του ατόμου, αλλά και την ικανότητά του να ζει μόνο του χωρίς καμία βοήθεια από το περιβάλλον του (Ρακιτζή, Γεωργιά, & Ευθυμίου, Παρέμβαση στη Σχιζοφρένεια, 2016). Στα περισσότερα άτομα με σχιζοφρένεια, τα γνωσιακά ελλείμματα τείνουν να επιμένουν, ακόμα και μετά τη θεραπεία των θετικών συμπτωμάτων, κάνοντας με αυτόν τον τρόπο την αποκατάσταση του ατόμου εξαιρετικά δύσκολη (Mueller, 2012).

### **10.2.3 Βελτίωση Κοινωνικής Λειτουργικότητας**

Σύμφωνα με τους Ρακιτζή, Γεωργιά, & Ευθυμίου (2016) στη σχιζοφρένεια *«υπάρχουν τρεις οπτικές γωνίες στη λειτουργικότητα: η λειτουργική χωρητικότητα, η λειτουργική επίδοση και το αποτέλεσμα.»* (σελ. 108). Η λειτουργική χωρητικότητα και επίδοση αναφέρονται στη δυνατότητα του ατόμου να φέρνει εις πέρας με επιτυχία ορισμένες καθημερινές δραστηριότητες και διεργασίες, όπως για παράδειγμα να πάρει μέρος σε μία συζήτηση. Ωστόσο, αυτή η ικανότητα του ατόμου τείνει να ακολουθεί μία εκπτωτική πορεία ύστερα από κάποιο ψυχωτικό επεισόδιο. Η λειτουργική χωρητικότητα φαίνεται να είναι ιδιαίτερα επιρρεπής σε αλλαγές που σχετίζονται με τις γνωσιακές λειτουργίες, γι' αυτό και οποιαδήποτε παρέμβαση στις τελευταίες μπορεί να δράσει θετικά στη λειτουργική χωρητικότητα. Αντίθετα, τόσο η λειτουργική επίδοση όσο και το αποτέλεσμα φαίνονται να είναι περισσότερο επιρρεπή σε περιβαλλοντικούς παράγοντες (Brekke&Nakagami, 2010).

#### **10.2.4 Βελτίωση Μεταγνωσιακής Ικανότητας**

Μεταγνωσιακή ονομάζεται η ικανότητα ενός ατόμου να επεξεργάζεται τόσο τις δικές του σκέψεις όσο και των άλλων, ικανότητα η οποία παρουσιάζει σημαντικά ελλείμματα σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, γι' αυτό και πλέον αποτελεί έναν από τους βασικούς θεραπευτικούς στόχους της νόσου. Τα ελλείμματα της μεταγνωσιακής ικανότητας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι, κατά κύριο λόγο, αυτά που οδηγούν σε προβλήματα στις σχέσεις των ατόμων αυτών (Ρακιτζή, Γεωργιά, & Ευθυμίου, Παρέμβαση στη Σχιζοφρένεια, 2016).

#### **10.2.5 Ανθεκτική Σχιζοφρένεια**

Ίσως μία από τις μεγαλύτερες και πιο δύσκολες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει η επιστημονική κοινότητα, η οποία ασχολείται με τη θεραπεία της νόσου, είναι η λεγόμενη *ανθεκτική σχιζοφρένεια*, την οποία φαίνεται να αντιμετωπίζει περίπου το 30% των ασθενών (Ρακιτζή, Γεωργιά, & Ευθυμίου, Παρέμβαση στη Σχιζοφρένεια, 2016). Ο όρος «ανθεκτική» χρησιμοποιείται για να περιγράψει εκείνη τη σχιζοφρένεια, η οποία δεν ανταποκρίνεται αποτελεσματικά σε καμία διαθέσιμη θεραπεία έως τώρα, ενώ φαίνεται να εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό στους άνδρες ασθενείς. Το μοναδικό φάρμακο το οποίο είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματικό απέναντι στην ανθεκτική σχιζοφρένεια είναι η κλοζαπίνη (Φερεντίνος & Κονταξάκης, 2003). Η θετική επίδραση που έχει η κλοζαπίνη απέναντι στην ανθεκτική σχιζοφρένεια, μπορεί να ενισχυθεί από τη Γνωστική-Συμπεριφοριστική Θεραπεία (Ρακιτζή, Γεωργιά, & Ευθυμίου, Παρέμβαση στη Σχιζοφρένεια, 2016).

### 10.3 Ρόλος Διεπιστημονικής Ομάδας

Συνήθως στις ψυχικές διαταραχές, οι ασθενείς ωφελούνται κατεξοχήν από τις προσφερόμενες υπηρεσίες ψυχιάτρων, ψυχοθεραπευτών και ψυχολόγων, στη σχιζοφρένεια όμως είναι πιθανόν να παρατηρηθούν γνωστικά, λειτουργικά και γλωσσολογικά ελλείμματα, η αντιμετώπιση των οποίων απαιτεί τη συνεργασία και άλλων ειδικοτήτων (Μαργαρίτη, και συν., 2015).

Η διάγνωση κάθε ψυχικής νόσου, έτσι και της σχιζοφρένειας, γίνεται αποκλειστικά και μόνο από τον ψυχίατρο (Μαστορογιάννη, Μπόραντα, Ναθαναηλίδου, & Χαϊτίδου, 2017). Ωστόσο, ο ρόλος του ψυχιάτρου δεν περιορίζεται μόνο στη διάγνωση, καθώς μαζί με το νοσηλευτικό προσωπικό είναι συνήθως εκείνοι που καλούνται να ενημερώσουν τόσο τον ίδιο τον ασθενή όσο και το οικογενειακό του περιβάλλον για τη φύση της διαταραχής, αλλά και για την εξέλιξή της (Greenberg, et al., 2006). Είναι επίσης εφικτό για τα άτομα με σχιζοφρένεια να παρακολουθούν μαθήματα με δραστηριότητες επικοινωνιακού χαρακτήρα, τις οποίες συνήθως αναλαμβάνουν οι εργοθεραπευτές, μαζί με δραστηριότητες που αφορούν τις δεξιότητες κίνησης, αλλά και τη βελτίωση της προσοχής. Τα ελλείμματα στον επικοινωνιακό, πραγματολογικό και φωνολογικό τομέα αναλαμβάνουν οι λογοθεραπευτές (Βρακά, 2018). Πιο αναλυτικά, όπως έχει ήδη αναφερθεί, σε ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι πολύ πιθανόν να παρατηρηθούν ποικίλες επικοινωνιακές διαταραχές, όπως αλαλία, αλογία, ασυναρτησία, κοπρολαλία, ηχολαλία, ασυνδεσία, αλλά και νεολεξίες (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Σε αυτό ακριβώς το σημείο καλείται να επέμβει ένας λογοθεραπευτής. Ωστόσο, ακόμα και στις μέρες μας οι βιβλιογραφικές αναφορές για την λογοθεραπευτική παρέμβαση στη σχιζοφρένεια είναι εξαιρετικά περιορισμένες. Όσον αφορά στις οικογένειες των ατόμων με σχιζοφρένεια, για αυτές προτείνονται συνήθως κάποιες συζητήσεις με κοινωνικούς λειτουργούς, δίνοντάς τους έτσι τη δυνατότητα να αποδεχτούν και να πιο εύκολα και να διαχειριστούν αποτελεσματικότερα τη νόσο (Greenberg, και συν., 2006).

## 10.4 Γνωστική ή Γνωσιακή Αναδόμηση

Τα γνωστικά ελλείμματα στη σχιζοφρένεια τυπικά κάνουν την πρώτη εμφάνισή τους πριν την έναρξη των ψυχωσικών συμπτωμάτων. Συνήθως αποτελούν εγκυρότερο προγνωστικό παράγοντα για το μέγεθος της αναπηρίας στη σχιζοφρένεια από ό,τι αποτελεί η σοβαρότητα των κυρίαρχων συμπτωμάτων της ασθένειας (Castellucio, Kenney, & Johanessen, 2020). Η Γνωστική Αναδόμηση ή αλλιώς Cognitive Remediation Therapy (CRT) είναι ένας τύπος ψυχοκοινωνικής παρέμβασης που απευθύνεται σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Κύριο μέλημα της Γνωστικής Αναδόμησης είναι η «ανασύσταση» των γνωστικών λειτουργιών, όπως η μνήμη ή η εκτελεστική ικανότητα, χωρίς φαρμακευτικές μεθόδους, με σκοπό τη βέλτιστη προσαρμογή των ατόμων με σχιζοφρένεια στις ανάγκες της καθημερινότητας. Ωστόσο, η «Γνωστική Θεραπεία» με τη «Γνωστική Αναδόμηση» δεν είναι δύο όροι ταυτόσημοι και δε θα πρέπει να συγχέονται (Σκαλτσή, Παπαγαθαγγέλου, Νερούτσος, Ευαγγέλου, & Μαυρέας, 2010).

Τα προγράμματα της γνωστικής αναδόμησης είναι εφικτό να γίνονται και ομαδικά, με τη συμμετοχή έως 10 ατόμων και είναι απαραίτητο να πραγματοποιούνται μόνο από εκπαιδευμένους νευροψυχολόγους. Συνήθως αποτελούνται από τρία στάδια, καθένα από τα οποία αποτελείται από τρεις τριαντάλεπτες συναντήσεις ανά εβδομάδα. Αν κριθεί ότι κάποιος από τους ασθενείς δεν ολοκλήρωσε με επιτυχία κάποιο στάδιο, τότε κρίνεται αναγκαίο να το παρακολουθήσει από την αρχή (Σκαλτσή, Παπαγαθαγγέλου, Νερούτσος, Ευαγγέλου, & Μαυρέας, 2010).

### 10.4.1 Ιστορική Αναδρομή

Γενικότερα, μπορούμε να πούμε ότι πολλά στοιχεία της Γνωστικής Αναδόμησης προέρχονται από τον κλάδο της νευροαποκατάστασης. Η ιστορία της Γνωστικής Αναδόμησης φαίνεται να χρονολογείται από το έτος 1915, όπου ο Kurt Goldstein, Γερμανός νευρολόγος, προσπάθησε να αποκαταστήσει εγκεφαλικές βλάβες που είχαν προκληθεί σε στρατιώτες κατά τη διάρκεια του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου, με τη βοήθεια ψυχολογικών και επαγγελματικών παρεμβάσεων. Η άνθιση όμως του τομέα της Γνωστικής Αναδόμησης



ξεκίνησε αρκετές δεκαετίες αργότερα και συγκεκριμένα στις αρχές του 1990 (Σκαλτσή, Παπαγαθαγγέλου, Νερούτσος, Ευαγγέλου, & Μαυρέας, 2010).

#### 10.4.2 Μέθοδος

Στην ερευνητική βιβλιογραφία υπάρχει μία ποικιλία μεθόδων σχετικά με την γνωστική αναδόμηση. Οι πιο πρόσφατες έρευνες προτιμούν να χρησιμοποιούν ψηφιακές μορφές γνωστικής αναδόμησης με τη βοήθεια ηλεκτρονικών υπολογιστών, καθώς οι τελευταίοι είναι πιο αποτελεσματικοί ενώ επιπλέον δεν απαιτούν κάποια εξειδίκευση. Ένα ακόμα προτέρημα της γνωστικής αναδόμησης μέσω ηλεκτρονικών υπολογιστών είναι ότι αυτή μπορεί να γίνει ανά πάσα στιγμή, ακόμα και από το σπίτι των ασθενών. Τα πιο επιτυχημένα προγράμματα που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτές τις έρευνες ήταν το “Gog pack” και το “Gog Rehab”, τα οποία αποτελούνται από δραστηριότητες που καλύπτουν γνωστικές λειτουργίες, όπως προσοχή, μνήμη και οπτικοακουστικές λειτουργίες. Τα άτομα τα οποία συμμετείχαν σε αυτές τις έρευνες εμφάνισαν σημαντική βελτίωση στη μνήμη εργασίας, αλλά και γενικότερα στη μνήμη, καθώς και στη λεκτική μάθηση (Galletly & Rigby, 2013). Στην ελληνική βιβλιογραφία, αναφέρονται προγράμματα όπως το “Captain’s Log”, “Memory Package” και το “Smart Home”, τα οποία αποτελούνται από διάφορα παιχνίδια και ασκήσεις που προσομοιάζουν την καθημερινότητα (Σκαλτσή, Παπαγαθαγγέλου, Νερούτσος, Ευαγγέλου, & Μαυρέας, 2010).

Εκτός από τη βοήθεια του ηλεκτρονικού υπολογιστή, υπάρχουν και άλλες απλές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στη γνωστική αναδόμηση, με μία από αυτές να είναι η *φωνητική επικοινωνία*, δηλαδή η διαδικασία του να μιλάει κανείς στον εαυτό του δυνατά κατά τη διάρκεια περίπλοκων εργασιών, η οποία φαίνεται να βοηθάει στη συγκέντρωση και στην αποτελεσματικότητα. Αρκετές είναι η μέθοδοι που χρησιμοποιούν έναν συνδυασμό των παραπάνω για καλύτερα αποτελέσματα (Galletly & Rigby, 2013).

Καταληκτικά, ένα πρόγραμμα γνωστικής αναδόμησης που συνδυάζει διαφορετικές μεθόδους είναι εφικτό να φέρει θετικά αποτελέσματα στη σχιζοφρένεια. Ωστόσο, δεν υπάρχουν προς το παρόν αρκετές βιβλιογραφικές αναφορές που να πραγματεύονται την

εξάλειψη των γνωστικών ελλειμμάτων στη σχιζοφρένεια με κανένα είδος θεραπείας, ενώ μοιάζει ακόμα πιο αδύνατο ένα σύντομο πρόγραμμα γνωσιακής αναδόμησης να καταφέρει να εξαλείψει τα χρόνια γνωστικά ελλείμματα των ατόμων με σχιζοφρένεια (Σκαλτσή, Παπαγαθαγγέλου, Νερούτσος, Ευαγγέλου, & Μαυρέας, 2010). Παρόλα αυτά, αν τα προγράμματα γνωστικής αναδόμησης συμπεριληφθούν σε ολοκληρωμένα προγράμματα αποκατάστασης και γίνονται σε συνδυασμό με άλλες παρεμβάσεις ψυχοκοινωνικού τύπου, τότε τα αποτελέσματα που θα φέρει θα είναι πολύ πιο ενισχυμένα (Barlati, Deste, De Peri, Ariu, & Vita, 2013).

### **10.5 Δυσκολίες στη θεραπεία**

Τα θεραπευτικά προγράμματα που χρησιμοποιούνται στη σχιζοφρένεια, αλλά και σε κάθε άλλη περίπτωση, είναι δομημένα με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να απευθύνονται σε κάθε περίπτωση ξεχωριστά, ωστόσο δεν είναι λίγες οι φορές όπου κατά τη διάρκεια της θεραπείας διαμορφώνονται τέτοιες καταστάσεις, όπου φαντάζει αδύνατο για τους θεραπευτές να μείνουν πιστοί στο αρχικό τους πρόγραμμα. Ένας θεραπευτής που δουλεύει με ένα άτομο με σχιζοφρένεια έρχεται πολλές φορές αντιμέτωπος με καταστάσεις που παρακωλύουν τη συνέχεια της θεραπείας, όπως η εμφάνιση ψευδαισθήσεων και παραληρητικών ιδεών την ώρα της συνεδρίας (κυρίως όταν αυτές συμπεριλαμβάνουν και τον ίδιο τον θεραπευτή), η εμφάνιση υποτροπών, ή η συνεργασία με ασθενείς που έχουν αυτοκτονικό ιδεασμό ή επιδεικνύουν επιθετική συμπεριφορά. Υπάρχουν επίσης αρκετές περιπτώσεις όπου ο θεραπευτής αισθάνεται ότι δεν έχει σημειώσει καμία επιτυχία με τον ασθενή του. Ένα ακόμη πρόβλημα που έχουν να αντιμετωπίσουν οι θεραπευτές είναι η επικοινωνία με τους ασθενείς τους, κυρίως όταν η συμπεριφορά των τελευταίων χαρακτηρίζεται από διαταραχή της σκέψης. Η δόμηση της εμπιστοσύνης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου θεωρείται πολύ σημαντική για μια πετυχημένη έκβαση της θεραπείας, αλλά αυτή φαίνεται ιδιαίτερα δύσκολη κυρίως σε ασθενείς με παραληρητικές ιδέες (Kingdon & Turkington, 2011).

### 10.5.1 Παροχή Κινήτρου

Ένας άλλος παράγοντας που δυσκολεύει τη θεραπεία στη σχιζοφρένεια είναι η έλλειψη κινήτρου από την πλευρά των ασθενών. Το κίνητρο αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παράγοντα της επίτευξης στόχων στη ζωή όλων, επομένως είναι αναγκαίο καθ' όλη τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας να αναπτυχθεί και να διατηρηθεί ένα ισχυρό κίνητρο και από την πλευρά του θεραπευόμενου αλλά και του θεραπευτή, προκειμένου να υπάρξει μακροπρόθεσμη βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών. Η αβουλία αλλά και το μειωμένο κίνητρο, που συναντώνται ιδιαίτερα συχνά στη σχιζοφρένεια, φαίνεται ότι σχετίζονται άμεσα με τη λειτουργικότητα των ατόμων αυτών, περισσότερο από ό,τι συσχετίζεται κάθε άλλο αρνητικό σύμπτωμα της ασθένειας. Εξαιτίας αυτού, γίνεται εύκολα κατανοητό γιατί η αύξηση του κινήτρου αποτελεί έναν βασικό θεραπευτικό στόχο της σχιζοφρένειας. Το κίνητρο ωστόσο δε διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο μόνο στη λειτουργικότητα του ατόμου, αλλά και στις κοινωνικές του δεξιότητες, ενώ ενδέχεται να ωθήσει τους ασθενείς να συμμετάσχουν σε ψυχοθεραπευτικά προγράμματα οικειοθελώς (Ρακιτζή, Γεωργιλιά, & Ευθυμίου, Παρέμβαση στη Σχιζοφρένεια, 2016).

Κατά τη διάρκεια των θεραπευτικών συνεδριών, οι πιθανότητες ολοκλήρωσης των εκάστοτε ασκήσεων παρουσιάζονται σαφώς αυξημένες σε ασθενείς που έχουν δουλέψει τον τομέα του κινήτρου, ενώ είναι επίσης εφικτό να αποκομίσουν περισσότερα από τη θεραπεία, σε σχέση με ασθενείς με μειωμένο κίνητρο (Ρακιτζή, Γεωργιλιά, & Ευθυμίου, Παρέμβαση στη Σχιζοφρένεια, 2016).

## 10.6 Φαρμακοθεραπεία

### 10.6.1 Τυπικά και Άτυπα Αντιψυχωτικά

Η επιστήμη της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής φαίνεται να έκανε ένα τεράστιο βήμα στα μέσα της δεκαετίας του 1950, με την ανακάλυψη της πρώτης κατηγορίας αντιψυχωτικών φαρμάκων, τις λεγόμενες «φαινοθειαζίνες», οι οποίες τότε ήταν γνωστές με τον όρο «μείζονα ηρεμιστικά». Οι φαινοθειαζίνες ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματικές σε ασθενείς με επιθετική συμπεριφορά, ενώ βελτιώνει αισθητά και τα θετικά συμπτώματα της ασθένειας, κυρίως τις ψευδαισθήσεις. Το 1952, μία τυχαία ανακάλυψη του Γάλλου γιατρού Henri Laborit, έφερε στο φως τη χλωροπρομαζίνη, η οποία αρχικά χρησιμοποιήθηκε ως αναισθητικό. Έναν χρόνο αργότερα χρησιμοποιήθηκε στη σχιζοφρένεια, φέρνοντας πολύ θετικά αποτελέσματα κυρίως στον τομέα της σκέψης και του συναισθήματος (Getzfeld A. R., 2009).

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα συνήθιζαν να χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, στα τυπικά και στα άτυπα, ωστόσο αρκετές φορές ο διαχωρισμός αυτός μοιάζει ιδιαίτερα ασαφής. Τα τυπικά αντιψυχωτικά, για παράδειγμα η χλωροπρομαζίνη, δρουν στο επίπεδο της ντοπαμίνης, ενώ τα άτυπα αντιψυχωτικά στο επίπεδο της σεροτονίνης. Νέα αντιψυχωτικά φάρμακα, τα οποία θα είναι πιο αποτελεσματικά και με λιγότερες παρενέργειες, συνεχίζουν να ανακαλύπτονται ακόμα και στις μέρες μας (Getzfeld A. R., 2009).

Τα τυπικά αντιψυχωτικά φάρμακα, όπως ήδη αναφέρθηκε, δρουν στο επίπεδο της ντοπαμίνης και σημειώνουν καλύτερες επιδόσεις στα θετικά συμπτώματα της ασθένειας. Για την αποτελεσματικότητά τους, απαιτείται καθημερινή και μάλιστα συχνή μέσα στη μέρα λήψη τους, ενώ η θετική επίδρασή τους στη σχιζοφρένεια είναι συνήθως αισθητή μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα. Τα τυπικά αντιψυχωτικά φάρμακα φέρουν αρκετές και σημαντικές παρενέργειες και συνάμα εξάρτηση ψυχολογική, αλλά σχεδόν ποτέ σωματική. Οι παρενέργειες που προκαλούν τα τυπικά αντιψυχωτικά φάρμακα χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, τις «αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες», όπως υπνηλία, ζάλη και ξηροστομία, και τις «εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες», όπως ο Παρκινσονισμός με τρόμο ή η σιελόρροια. Οι τελευταίες είναι συνήθως συχνότερες στους ηλικιωμένους ασθενείς και είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν. Μέσα στις εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες συμπεριλαμβάνονται και η ακαθισία, αλλά και κάποιες ανώμαλες στάσεις του σώματος. Οι παρενέργειες των τυπικών αντιψυχωτικών φαρμάκων εκλαμβάνονται περισσότερο ως ενοχλητικές παρά ως επικίνδυνες, ωστόσο αποτελούν έναν βασικό λόγο για τον οποίο οι ασθενείς δε συμμορφώνονται με τη λήψη της αγωγής τους. Υπό αυτές τις συνθήκες, μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα βραδείας αποδέσμευσης αντιψυχωτικά (depot), όπως η

φλουφенаζίνη, τα οποία χορηγούνται ενδομυϊκά, επομένως δεν είναι εφικτό να μη λαμβάνονται από τους ασθενείς. Παρενέργειες μπορούν να εμφανιστούν και με τα συγκεκριμένα αντιψυχωτικά, ένα μειονέκτημα που έχουν όμως σε σχέση με τα τυπικά αντιψυχωτικά, είναι ότι ο ασθενής θα πρέπει να υπομείνει τις όποιες παρενέργειες έως ότου αδρανοποιηθεί το φάρμακο στον οργανισμό του (Getzfeld A. R., 2009).

Τα άτυπα αντιψυχωτικά ανακαλύφθηκαν πολύ αργότερα από τα τυπικά, δηλαδή τη δεκαετία του 1990, γι' αυτό και συχνά αποκαλούνται και δεύτερης γενιάς αντιψυχωτικά. Η κλοζαπίνη ίσως να αποτελεί το πιο γνωστό άτυπο αντιψυχωτικό φάρμακο (Getzfeld A. R., 2009). Συγκεκριμένα, η κλοζαπίνη θεωρείται «χρυσός» ιδιαίτερα για τη θεραπεία της ανθεκτικής σχιζοφρένειας, παρόλα αυτά αν μέσα σε ένα διάστημα έξι μηνών από τη χρήση της δεν παρατηρηθεί κάποιου είδους βελτίωση στον ασθενή, τότε θα πρέπει να συζητηθεί αν είναι προτιμότερο να δοθεί σε αυτόν ένα φάρμακο με λιγότερες παρενέργειες (Siskind, McCartney, Goldschlager, & Kisely, 2016). Μία βασική διαφορά τους σε σχέση με τα τυπικά αντιψυχωτικά φάρμακα είναι ότι δρουν το ίδιο αποτελεσματικά τόσο στα θετικά όσο και στα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, ενώ ένα ακόμα πλεονέκτημά τους είναι ότι εμφανίζουν σχετικά λιγότερες παρενέργειες, όχι όμως λιγότερο σημαντικές· ορισμένες από αυτές που αναφέρονται στη βιβλιογραφία είναι η παχυσαρκία, η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η στεφανιαία νόσος. Εξαιτίας των μειωμένων παρενεργειών των άτυπων αντιψυχωτικών φαρμάκων σε σχέση με τα τυπικά αντιψυχωτικά, οι ασθενείς δείχνουν πολύ μεγαλύτερη συμμόρφωση στη λήψη τους (Getzfeld A. R., 2009).

### **10.6.2 Τρίτης Γενιάς Αντιψυχωτικά**

Σε αυτήν την κατηγορία αντιψυχωτικών φαρμάκων ανήκει η αριπιπραζόλη, η οποία χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στις αρχές της δεκαετίας του 2000. Κύριο πλεονέκτημα του συγκεκριμένου φαρμάκου είναι ότι δρα αποτελεσματικά τόσο στα θετικά όσο και στα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, εντούτοις δεν προκαλεί τις παρενέργειες ούτε των τυπικών ούτε των άτυπων αντιψυχωτικών φαρμάκων. Επιπλέον, ακριβώς όπως και τα τυπικά αντιψυχωτικά, η αριπιπραζόλη στοχεύει στη ντοπαμίνη, με τη διαφορά πως μπορεί να δράσει

και σαν αγωνιστής, αλλά και σαν ανταγωνιστής της, ανάλογα με το αν τα επίπεδά της είναι υψηλά ή χαμηλά, σε αντίθεση με τα τυπικά αντιψυχωτικά που δρουν μόνο ως ανταγωνιστές της ντοπαμίνης. Επιπρόσθετα, είναι αποτελεσματική και για τα επίπεδα της σεροτονίνης, ακριβώς όπως και ορισμένα από τα άτυπα αντιψυχωτικά (Getzfeld A. R., 2009).

## **10.7 Ψυχοθεραπεία**

Σε αντίθεση με την φαρμακοθεραπεία, σκοπός της ψυχοθεραπείας δεν είναι η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων μιας ασθένειας, αλλά η αλλαγή του τρόπου ζωής των ασθενών. Ακόμα και αν η θεραπεία με τα κατάλληλα αντιψυχωτικά μοιάζει να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική και να μειώνει σημαντικά τα θετικά και τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, τα ελλείμματα όσων αφορά στις κοινωνικές δεξιότητες παραμένουν. Τέτοια ελλείμματα μπορεί να είναι η ρύθμιση του συναισθήματος, η αναγνώριση ορίων, αλλά και η παρουσίαση και υιοθέτηση της επιτρεπόμενης από την κοινωνία συμπεριφοράς· τομείς με άλλα λόγια που εστιάζει η ψυχοθεραπεία. Κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας είναι σκόπιμο ο ασθενής να λαμβάνει κανονικά τη φαρμακευτική του αγωγή, καθώς έχει αποδειχθεί ότι ο συνδυασμός της κατάλληλης φαρμακοθεραπείας με το κατάλληλο ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα μπορεί να οδηγήσει σε θετικότερα, αλλά και πιο μακροχρόνια αποτελέσματα (Getzfeld A. R., 2009).

### **10.7.1 Γνωστική Συμπεριφοριστική Θεραπεία (ΓΣΘ)**

Γνωστική Συμπεριφοριστική ονομάζεται αυτό το είδος θεραπείας που επικεντρώνεται στην τροποποίηση δυσλειτουργικών σκέψεων με τη βοήθεια του λόγου και της συζήτησης. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η Γνωστική Συμπεριφοριστική Θεραπεία ενδέχεται να είναι από

μόνη της αρκετή για τη θεραπεία συγκεκριμένων ψυχολογικών προβλημάτων, χωρίς τη συνοδεία κάποιας φαρμακευτικής αγωγής. Εν τούτοις, όσον αφορά στη σχιζοφρένεια, είναι απαραίτητος ο συνδυασμός των δύο μεθόδων για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή της (American Academy of Family Physicians, 2015).

Μελέτες που διεξήχθησαν κατά τη δεκαετία του 1990 αναφέρουν ότι η ΓΣΘ τείνει να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική κυρίως στα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, καθώς επίσης και σε συνοδά προβλήματα όπως το άγχος και η κατάθλιψη, σε αντίθεση με τη φαρμακευτική αγωγή η οποία δεν έδειχνε να βοηθάει σε ικανοποιητικό βαθμό στις συγκεκριμένες περιπτώσεις (Ρακιτζή, Γεωργιά, & Ευθυμίου, Παρέμβαση στη Σχιζοφρένεια, 2016). Άλλη μία μελέτη διεξήχθη το 2000 ανάμεσα σε δύο ομάδες συμμετεχόντων, όπου η μία ομάδα έλαβε ΓΣΘ για μία περίοδο 9 μηνών, ενώ η δεύτερη ομάδα έλαβε μία απλή υποστηρικτική θεραπεία για το ίδιο χρονικό διάστημα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ναι μεν και οι δύο ομάδες εμφάνισαν θετικά αποτελέσματα ως προς τα θετικά, αρνητικά και καταθλιπτικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, η ομάδα όμως που έλαβε απλά την υποστηρικτική θεραπεία, ύστερα από τη λήξη της επέστρεψε στην αρχική της κατάσταση, σε αντίθεση με την ομάδα που έλαβε τη ΓΣΘ, τα αποτελέσματα της οποίας διήρκησαν για πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Sensky, et al., 2000).

Αρκετά σημαντικό κρίνεται επίσης το γεγονός ότι η ΓΣΘ φαίνεται να έχει παρουσιάσει ικανοποιητική βελτίωση και στα θετικά συμπτώματα σε περιπτώσεις ανθεκτικής σχιζοφρένειας, κυρίως στις παραληρητικές ιδέες και στις ψευδαισθήσεις (Valmaggia, van der Gaag, Tarrier, Pijnenborg, & Slooff, 2005).

Η ΓΣΘ είναι εφικτό να πραγματοποιηθεί και σε ατομικό αλλά και σε ομαδικό πλαίσιο, σε κλειστές ή ανοιχτές ομάδες. Η διαφορά μεταξύ των δύο ειδών ομάδων έγκειται στο γεγονός ότι οι ανοιχτές ομάδες είναι περισσότερο ευέλικτες. Η ομαδική ΓΣΘ είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί σε αρκετές κατηγορίες διαταραχών, αλλά και στη σχιζοφρένεια (Ρακιτζή, Γεωργιά, & Ευθυμίου, Παρέμβαση στη Σχιζοφρένεια, 2016). Αν και ομαδική, η ΓΣΘ σε αυτήν την περίπτωση απευθύνεται σε κάθε συμμετέχοντα ξεχωριστά, αποτελεί δηλαδή μία ξεχωριστή παρέμβαση για τον καθένα (Fiedler, 2005).

Η ΓΣΘ ωστόσο δεν απευθύνεται μόνο στον ασθενή, αλλά και στην οικογένειά του, κυρίως στην προσπάθειά τους να κατανοήσουν καλύτερα τη φύση της ασθένειας, εν προκειμένω της σχιζοφρένειας. Εν κατακλείδι, η ΓΣΘ φαίνεται να είναι αποδεδειγμένα σε θέση να βελτιώσει τα βασικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και κυρίως τα θετικά εξ' αυτών, δείχνει να έχει ισχύ και απέναντι στα συμπτώματα της ανθεκτικής σχιζοφρένειας, ενώ τα αποτελέσματά της είναι μακροβιότερα και γρηγορότερα σε σχέση με τα αποτελέσματα μιας

υποστηρικτικής θεραπείας (Ρακιτζή, Γεωργιά, & Ευθυμίου, Παρέμβαση στη Σχιζοφρένεια, 2016).

### **10.7.2 Θεραπεία Αποδοχής και Αποδέσμευσης - ACT**

Οι παραδοσιακές ψυχοκοινωνικές μέθοδοι θεραπείας όπως η θεραπεία της οικογένειας ή η προαναφερθείσα Γνωστική Συμπεριφοριστική Θεραπεία, αν και αποτελεσματικές, κρίνονται ιδιαίτερα χρονοβόρες, αλλά και δύσκολες. Η άμεση στόχευση στη μείωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων ενδεχομένως να οδηγήσει σε μία σειρά από περίπλοκες αντιδράσεις από τον ασθενή, επομένως σε αυτό το σημείο κρίνεται η ανάγκη ύπαρξης ενός είδους θεραπείας που να μεριμνάει και να στοχεύει στην αποδοχή ως μέθοδο θεραπείας. Ένα τέτοιο είδος θεραπείας αποτελεί η Θεραπεία Αποδοχής και Αποδέσμευσης (Pankey&Hayes, 2003). Η Θεραπεία Αποδοχής και Αποδέσμευσης - ACT αποτελεί μία παραλλαγή της Γνωστικής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας. Βασικό μέλημά της αποτελεί η όσο δυνατόν μεγαλύτερη ανακούφιση από τις αρνητικές σκέψεις που κάνει το άτομο, αλλά και η δημιουργία ενός διαφορετικού πλαισίου κατανόησης, μέσα στο οποίο το άτομο θα μπορέσει να εξελιχθεί έχοντας ως άξονα τις δικές του αξίες (Γκοργκόνας, 2018). Πιο συγκεκριμένα, η ACT στοχεύει στο να ενθαρρύνει το άτομο προς την επίτευξη των όποιων στόχων του, παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει (Veiga-Martínez, Pérez-Álvarez, & García-Montes, 2008). Μελέτες που έχουν γίνει σχετικά με την ACT αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά της σε ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, η παχυσαρκία ή οι αγχώδεις διαταραχές (Γκοργκόνας, 2018).

Η ACT αποτελείται από επιμέρους κατηγορίες, όπως η αποδοχή, η οποία συνθέτει και τον πιο σημαντικό τομέα αυτής της θεραπείας, η απομάκρυνση από τις αρνητικές σκέψεις, ο προσανατολισμός στις προσωπικές αξίες και η αποδέσμευση. Στο στάδιο της αποδοχής χρησιμοποιούνται κυρίως ασκήσεις με μεταφορές, όπως είναι για παράδειγμα η άσκηση με τους «επιβάτες του λεωφορείου». Σε αυτήν την άσκηση, ο ασθενής φαντάζεται ότι είναι ο οδηγός ενός λεωφορείου και οι σκέψεις του είναι οι επιβάτες. Όση «φασαρία» και αν κάνουν οι επιβάτες, ο ασθενής πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι είναι απλά επιβάτες και δε μπορούν να



οδηγήσουν το λεωφορείο, καθώς εκείνος αποτελεί τον οδηγό, επομένως εκείνος είναι που θα κατευθύνει το «λεωφορείο» του στον τελικό προορισμό του και όχι οι σκέψεις του. Η αποσύνδεση από τις σκέψεις αποτελεί ακόμα ένα στάδιο της ACT, εξίσου σημαντικό, το οποίο βοηθά τον ασθενή να μην παγιδεύεται μέσα στις σκέψεις του, αλλά να απεγκλωβίζεται από αυτές, έτσι ώστε να μπορεί να συνεχίσει τη ζωή του ανεξάρτητα από το περιεχόμενο αυτών. Έπειτα ακολουθεί το στάδιο με τις ταμπέλες, όπου ο ασθενής καλείται να διαχωρίσει τον εαυτό του από αυτές και να αντιληφθεί ότι δεν είναι «ένας καταθλιπτικός» ή «ένας σχιζοφρενής», αλλά πολλά περισσότερα από αυτά. Μεγάλη σημασία για την ACT έχουν οι προσωπικές αξίες, γι' αυτό και προσπαθεί να τις ενισχύσει και να βοηθήσει τους ασθενείς να ζουν σύμφωνα με αυτές. Αφού οι ασθενείς αποσαφηνίσουν τις δικές τους προσωπικές αξίες, ακολουθεί το στάδιο της δέσμευσης. Με τη βοήθεια του θεραπευτή, τα άτομα ενθαρρύνονται να ακολουθήσουν τους ρεαλιστικούς στόχους που έχουν θέσει (Γκοργκόνας, 2018).

Αρκετές από τις τεχνικές της ACT χρησιμοποιούνται και στην κλασική ΓΣΘ, ωστόσο υπάρχει μία διαφορά: στόχος της ACT είναι η ενίσχυση προσαρμοστικών απαντήσεων σε δυσάρεστες καταστάσεις και όχι η μείωση του αρνητικού συναισθήματος (Γκοργκόνας, 2018).

### **10.7.3 Θεραπεία Εικονικής Πραγματικότητας**

Παρά την ύπαρξη πολλών ψυχοκοινωνικών και φαρμακευτικών παρεμβάσεων στη θεραπεία της σχιζοφρένειας, αρκετοί ασθενείς ενδέχεται να μην ανταποκρίνονται σε αυτές και να συνεχίζουν να εμφανίζουν επίμονα ψυχωτικά συμπτώματα, κυρίως ακουστικές ψευδαισθήσεις. Η Θεραπεία Εικονικής Πραγματικότητας, ένα είδος θεραπείας που χρησιμοποιεί την τεχνολογία σαν μέθοδο αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική ιδιαίτερα στις ακουστικές ψευδαισθήσεις. Με τη βοήθεια της τεχνολογίας και της εικονικής πραγματικότητας, οι ασθενείς είναι σε θέση να συνομιλήσουν με τις φωνές που ακούνε. Ευρήματα έρευνας στην οποία χρησιμοποιήθηκε αυτό το νέο είδος θεραπείας, έδειξαν ότι η εικονική πραγματικότητα είναι ικανή να μειώσει τη σοβαρότητα των ακουστικών ψευδαισθήσεων, τα καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά και γενικότερα την ποιότητα ζωής των ατόμων με σχιζοφρένεια, ενώ τα αποτελέσματά της μπορούν να διαρκέσουν ακόμα και τρεις μήνες (PercieduSe, etal., 2018).

Αυτό το είδος θεραπείας φαίνεται να είναι ωφέλιμο και για τον τομέα της κοινωνικοποίησης στη σχιζοφρένεια. Εφαρμογές εικονικής πραγματικότητας επιτρέπουν σε άτομα με ψυχικές διαταραχές να αυξήσουν τα κίνητρά τους για κοινωνικοποίηση. Τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη σε 91 άτομα με σχιζοφρένεια χωρισμένα σε δύο ομάδες, αποκάλυψαν ότι η ομάδα που χρησιμοποιούσε την εικονική πραγματικότητα έδειξε μεγαλύτερο ενδιαφέρον για κοινωνικοποίηση και επιπλέον παρουσίασε μεγαλύτερη βελτίωση στις λεκτικές επικοινωνιακές δεξιότητες σε αντίθεση με την ομάδα που αλληλοεπιδρούσε με τον παραδοσιακό τρόπο του «roleplaying» (Park, et al., 2011).

## **10.8 Δημιουργική Θεραπεία**

Δημιουργικές ονομάζονται εκείνες οι θεραπείες που μέσω της τέχνης, της μουσικής, του χορού, αλλά και του δράματος προσπαθούν να θεραπεύσουν και να τροποποιήσουν συμπεριφορές (Μαστορογιάννη, Μπόραντα, Ναθαναηλίδου, & Χαϊτίδου, 2017). Παρόλο που ο όρος φαντάζει κάπως καινούριος, οι δημιουργικές θεραπείες έκαναν την πρώτη εμφάνισή τους στα τέλη του 19ου και στις αρχές του 20ού αιώνα. Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα, αποτελούν ένα αρκετά τελέσφορο είδος θεραπείας, κυρίως των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, ενώ τα οφέλη της είναι δυνατόν να διαρκέσουν ακόμα και ένα εξάμηνο μετά τη λήξη της θεραπείας (Μαργαρίτη, και συν., 2015). Οι δημιουργικές θεραπείες βασίζονται στη φυσική και παρορμητική εκδήλωση συναισθημάτων των ασθενών μέσω των διαφόρων πρωτότυπων δραστηριοτήτων με σκοπό την αποφόρτιση του ίδιου του ασθενούς, αλλά και την επεξεργασία των συναισθημάτων του (Μαστορογιάννη, Μπόραντα, Ναθαναηλίδου, & Χαϊτίδου, 2017). Υποστηρίζεται ότι αυτό το είδος θεραπείας είναι ιδιαίτερα βοηθητικό σε άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια στη συγκεκριμένη περίπτωση, αλλά και ότι υπερτερεί έναντι άλλων θεραπειών, καθώς προσφέρει στους ανθρώπους τη δυνατότητα να κατανοήσουν καλύτερα τους εαυτούς τους, να εμπλουτίσουν την αυτοέκφραση, αλλά και να βελτιώσουν τη συναισθηματική τους υγεία, σε αντίθεση με άλλες θεραπείες, όπως η φαρμακοθεραπεία για παράδειγμα, που μειώνει απλά τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Αυτό το είδος θεραπείας υιοθετεί έναν υποστηρικτικό ρόλο, καθώς οι

θεραπευτές προσφέρουν συνήθως συμπόνια και δύναμη στους ασθενείς· πολύ σπάνια προσφέρουν ψυχοθεραπευτικές ερμηνείες (Crawford, etal., 2012). Οι δημιουργικές θεραπείες ανήκουν στην κατηγορία των ψυχοκοινωνικών θεραπειών (Μαστορογιάννη, Μπόραντα, Ναθαναηλίδου, & Χαϊτίδου, 2017). Η δημιουργική θεραπεία χωρίζεται σε επιμέρους κατηγορίες, ανάλογα με το είδος της τέχνης που χρησιμοποιεί· μία από αυτές είναι η μουσικοθεραπεία (Witusik & Pietras, 2019).

### **10.8.1 Μουσικοθεραπεία**

Η μουσικοθεραπεία, όπως προδίδει και το όνομά της, είναι ένα είδος θεραπείας που αξιοποιεί τη μουσική και τα στοιχεία της, προκειμένου να αποκαταστήσει ορισμένα προβλήματα ψυχοσωματικής φύσεως. Αποτελεί μία πολύ σημαντική μέθοδο μη φαρμακευτικής θεραπείας, η οποία χρησιμοποιείται σε ψυχιατρικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς. Οι μη φαρμακευτικές μέθοδοι θεραπείας είναι εξίσου σημαντικές, αλλά και αποτελεσματικές με τις υπόλοιπες φαρμακευτικές μεθόδους. Οι μη φαρμακευτικές μέθοδοι στον τομέα της ψυχιατρικής περιλαμβάνουν, πέρα από τις δημιουργικές θεραπείες, την ψυχοθεραπεία, την κοινωνιοθεραπεία, την ψυχοεκπαίδευση, αλλά και την εργοθεραπεία. Η μουσικοθεραπεία ως επιστήμη συνδυάζει και αξιοποιεί γνώσεις ψυχολογίας, ψυχιατρικής, αλλά και παιδαγωγικής, επομένως είναι ένας τομέας, ο οποίος δεν είναι πλήρως ολοκληρωμένος προς το παρόν. Ωστόσο, δεν γίνεται εύκολα αντιληπτό αν η μουσικοθεραπεία συνιστά μέρος της ψυχοθεραπείας ή αν αποτελεί από μόνη της ένα είδος θεραπείας. Οι δύο αυτοί όροι φαίνεται να έχουν αρκετά κοινά σημεία μεταξύ τους, ωστόσο η «γλώσσα» της μουσικής δεν είναι ίδια με τη «γλώσσα» της ψυχοθεραπείας (Witusik & Pietras, 2019).

Μελέτες που έχουν γίνει στον τομέα της μουσικοθεραπείας με σκοπό να εξετάσουν την αποτελεσματικότητά της στα πλαίσια της σχιζοφρένειας, αποδεικνύουν ότι αυτό το είδος θεραπείας σε συνδυασμό με την τυπική φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς με σχιζοφρένεια, είναι ικανό να βελτιώσει σε ικανοποιητικό βαθμό την ψυχική κατάσταση των ασθενών, την κοινωνική τους αλληλεπίδραση, αλλά και γενικότερα την ποιότητα ζωής των ανθρώπων αυτών. Όπως είναι φυσικό, η αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης θεραπείας εξαρτάται και από τον αριθμό των συνεδριών που θα παρακολουθήσει ο ασθενής, καθώς

επίσης και από την ποιότητα του περιεχομένου, εν προκειμένω της μουσικής, που θα χρησιμοποιηθεί σε αυτές (Geretsegger, etal., 2017).

## **10.9 Ρόλος της Οικογένειας**

Στις ψυχικές διαταραχές, ο ρόλος της οικογένειας είναι κυρίως υποστηρικτικός, εν τούτοις εξαιρετικά σημαντικός. Η είδηση ότι ένα μέλος της οικογένειας πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή, πόσο μάλλον από σχιζοφρένεια, επιφέρει συναισθηματική φόρτιση σε όλη την οικογένεια (Ηλιόπουλος & Κολοκοτρώνης, 2017). Οι ελλείψεις και συχνά λανθασμένες γνώσεις της οικογένειας και των λοιπών συγγενών σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές, ενδέχεται να δημιουργήσουν προστριβές ενώ είναι επίσης πιθανό να οδηγήσουν σε υιοθέτηση εχθρικών στάσεων και συμπεριφορών απέναντι στο άτομο που παλεύει με αυτές (Gelder, Lopez-Ibor, & Andreasen, 2007).

Συγκεκριμένα για τη σχιζοφρένεια, αναφέρεται ότι οι οικογένειες των ατόμων που πάσχουν από αυτήν διακρίνονται συνήθως από χαρακτηριστικά όπως οι ανεπαρκείς γνώσεις σχετικά με τη φύση της ασθένειας, αλλά και με τον τρόπο διαχείρισης και αντιμετώπισης των κρίσεων που συνοδεύουν τη σχιζοφρένεια. Είναι επίσης συνήθης η δημιουργία στίγματος, κυρίως εξαιτίας των προκαταλήψεων που κυριαρχούν γύρω από τις ψυχικές διαταραχές (Falloon, Boyd, & McGill, 1984). Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου η οικογένεια αισθάνεται ένοχη για το γεγονός ότι ένα μέλος της ανέπτυξε σχιζοφρένεια, γι' αυτό και κρίνεται ιδιαίτερα αναγκαίο να υπάρξει κάποιου είδους συζήτηση με την οικογένεια από κάποιον επαγγελματία υγείας προκειμένου να γίνουν σαφέστεροι οι λόγοι και οι αιτίες που οδήγησαν στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας. Είναι πολύ σημαντικό για τα μέλη της οικογένειας να αντιληφθούν ότι δεν τους κατηγορεί κανείς για αυτήν την εξέλιξη (Grant, Mericle, & Royes, 2009).

Όσον αφορά στην επικοινωνία μεταξύ των μελών μιας τέτοιας οικογένειας, αυτή κρίνεται συνήθως ανεπαρκής και ασαφής, επομένως χρήζει νοσηλευτικής αξιολόγησης. Στην αξιολόγηση αυτή θα πρέπει να ληφθούν υπόψιν παράμετροι όπως η ικανότητα των μελών της οικογένειας να επικοινωνούν μεταξύ τους για ένα θέμα με τρόπο αποτελεσματικό και

κατανοητό, αλλά και η ικανότητά τους να μένουν μέσα στο θέμα και να εστιάζουν σε αυτό. Στη συνέχεια, οι επαγγελματίες υγείας αναλαμβάνουν να αξιολογήσουν αυτήν την επικοινωνία και να αποφασίσουν αν η οικογένεια χρήζει περαιτέρω αξιολόγησης, αλλά και παρέμβασης (Kneisl, Wilson, & Trigoboff, 2009).

### **10.9.1 Διπλά Μηνύματα**

Η ανθρώπινη επικοινωνία είναι ιδιαίτερα περίπλοκη, καθώς αποτελείται από λέξεις, επιτονισμό της φωνής, εκφράσεις και κινήσεις του σώματος. Οι παρανοήσεις στην επικοινωνία είναι αρκετά συχνές και συνήθως ζητάμε επεξηγήσεις για να κατανοήσουμε καλύτερα το μήνυμα, ωστόσο αυτές μερικές φορές είναι αδύνατο να δοθούν, δημιουργώντας έτσι μία αγχογόνα κατάσταση και συνήθως οδηγούν σε διλήμματα.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η θεωρία των διπλών μηνυμάτων ή του διπλού δεσμού (Doublebind) όπως ονομάζεται αλλιώς, αναφέρεται στα διφορούμενα και αντιφατικά μηνύματα που μπορεί να λάβει ένα άτομο ή μία ομάδα ανθρώπων, όπου το ένα αναιρεί το άλλο. Αυτό δημιουργεί μία κατάσταση όπου η επιτυχής απάντηση ενός ατόμου στο ένα μήνυμα θα οδηγήσει αυτόματα σε λάθος απάντηση στο άλλο μήνυμα. Ο Gregory Bateson ανέφερε εξ' αρχής ότι αυτά τα διπλά μηνύματα είναι ιδιαίτερα συχνά στην επικοινωνία, κυρίως στο χιούμορ και στην ποίηση και δεν υποδεικνύουν πάντα κάποια οργανική δυσλειτουργία στον εγκέφαλο. Παρόλα αυτά, ευρήματα των ερευνών τους αποκάλυψαν ότι τα διπλά μηνύματα εμφανιζόταν αρκετά συχνά στην επικοινωνία των οικογενειών των ατόμων με σχιζοφρένεια, κυρίως από τη μητέρα προς το παιδί, και υπέθεσαν ότι το να μεγαλώνει κανείς μέσα σε ένα τέτοιο διφορούμενο επικοινωνιακό περιβάλλον θα μπορούσε να οδηγήσει σε λανθασμένο τρόπο σκέψης και επικοινωνίας (DoubleBind, n.d.).

Για τους παραπάνω λόγους γίνεται φανερό για ποιον λόγο κρίνεται αναγκαία η συμμετοχή των μελών της οικογένειας των ατόμων με σχιζοφρένεια, αλλά και γενικότερα με ψυχικές διαταραχές, σε συνεδρίες ψυχοθεραπευτικού χαρακτήρα (Μαδιανός, 1999). Στις συνεδρίες αυτές που απευθύνονται στην οικογένεια είναι εφικτό να συμμετέχει ορισμένες φορές και ο ίδιος ο ασθενής. Στόχος των συνεδριών αυτών είναι η εκπαίδευση των μελών της οικογένειας σχετικά με τη φύση της διαταραχής και με τις δυσκολίες που εκείνη επιφέρει,

καθώς και ο έλεγχος των επιπέδων άγχους (Falloon, Boyd , & McGill, 1984). Επίσης, η οικογένεια ενθαρρύνεται να ενημερωθεί καταλλήλως τόσο για το θεραπευτικό πρόγραμμα όσο και για την φαρμακευτική αγωγή που θα δοθεί στον ασθενή (Grant, Mericle, & Royes, 2009). Θεωρείται ζωτικής σημασίας η συνειδητοποίηση από πλευράς της οικογενείας ότι η σχιζοφρένεια αποτελεί μία ασθένεια, η θεραπεία της οποίας δεν επιφέρει πλήρη ίαση, παρά μόνο σταδιακή μείωση των συμπτωμάτων της. Μέσα από τις συνεδρίες αυτές η οικογένεια εκπαιδεύεται επίσης στο επίπεδο επικοινωνίας με τον ασθενή, ενώ κύριος στόχος κρίνεται η μείωση των συγκρούσεων αλλά και των υποτροπών της νόσου (Getzfeld A. R., 2009).

Ιδιαίτερα ενθαρρυντική θα ήταν για την οικογένεια η συμμετοχή της σε ομαδικά προγράμματα υποστήριξης οικογενειών, προκειμένου να εξαλειφθεί το πιθανό συναίσθημα απομόνωσης που βιώνουν. Τεχνικές μείωσης του άγχους κρίνονται εξίσου ωφέλιμες. Η οικογένεια ενθαρρύνεται επιπλέον να συνεχίσει τις όποιες δραστηριότητες απολάμβανε πριν, έτσι ώστε να μην αποβεί η ανάπτυξη σχιζοφρένειας από ένα δικό τους άτομο η αιτία αποχής τους από αυτές. Προκειμένου να αποφευχθούν τυχόν απογοητεύσεις της οικογένειας από τη συμπεριφορά του ατόμου που πάσχει από σχιζοφρένεια, θεωρείται εξίσου σημαντικό να διευκρινιστούν οι αναμενόμενες συμπεριφορές από εδώ και στο εξής (Grant, Mericle, & Royes, 2009).

Από τις συνεδρίες αυτές ωφελούνται σε μεγαλύτερο βαθμό οι οικογένειες που επιδεικνύουν περισσότερο επικριτική στάση και έχουν την τάση να εμπλέκονται περισσότερο (Falloon, Boyd , & McGill, 1984).

Ένα σταθερό και υποστηρικτικό περιβάλλον φαίνεται πως είναι ικανό να αποτρέψει ακόμα και πιθανές απόπειρες αυτοκτονίας που επιχειρούν σε αρκετές περιπτώσεις τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Οι απόπειρες αυτές είναι πιθανότερο να συμβούν το πρώτο διάστημα εκδήλωσης των συμπτωμάτων, επομένως φαίνεται ότι και οι συνεδρίες της οικογένειας είναι αρκετά σημαντικό να ξεκινήσουν από πολύ νωρίς, προκειμένου να είναι περισσότερο αποτελεσματικές (Hodé, etal., 2020).

Επί του παρόντος, ο χαρακτήρας των συνεδριών δεν είναι προληπτικός, δεν προλαμβάνουν δηλαδή τη σχιζοφρένεια, καθιστούν όμως την οικογένεια ικανή να αναγνωρίσει από πολύ νωρίς τα συμπτώματα της, κάτι που κρίνεται εξαιρετικά σημαντικό, καθώς έχει σαν αποτέλεσμα την άμεση παραπομπή σε κάποιον ειδικό και ως εκ τούτου την έγκαιρη διάγνωση (Getzfeld A. , 2009).

Καταληκτικά, για μία επιτυχημένη θεραπευτική προσέγγιση της σχιζοφρένειας φαίνεται πως καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει ένας συνδυασμός των όσων αναφέρθηκαν παραπάνω, δηλαδή μίας κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, ενός ψυχοθεραπευτικού προγράμματος που

να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ασθενούς, αλλά και η υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος του ατόμου με σχιζοφρένεια (Getzfeld A. , 2009).

*“The universe I live in is different than yours. I will show you some day and you will believe in places where death stalks all, where trickery takes place, where deception is king, where demons rule, where everything is cruel.”*

Parallel Universes

By Dan Hoeweler



## Βιβλιογραφία

- Adams J, Faux S, McCarley RW, Marcy B, Shenton M. The N400 and language processing in schizophrenia. Proceedings of the Ninth International Conference on Event Related Potentials of the Brain (EPIC IX Congress); 1989; Noordwijk, the Netherlands. p. 12-3.
- Addington, D., Addington, J., & Maticka-Tyndale, E. (1994, February). Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. *ScienceDirect*, σσ. 239-244.
- Aleman, A., & Khan, R. (2005, December). Strange feelings: Do amygdala abnormalities dysregulate the emotional brain in schizophrenia? *Progress in Neurobiology*, σσ. 283-298. doi:10.1016/j.pneurobio.2005.11.005
- Aleman, A., Hijman, R., Haan, E. H., & Kahn, R. S. (1999). Memory Impairment in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*, σσ. 1358–1366.
- Alevizos, G., Lykouras, L., Zervas, I., & Christodoulou, G. (2002). Risperidone-induced obsessive-compulsive symptoms: a series of six cases. *J Clin Psychopharmacol*, σσ. 22(5):461-7.
- Alpert, M., Rosenberg, S.D., Pouget, E.R., Shaw, R.J., 2000. Prosody and lexical accuracy in flat affect schizophrenia. *Psychiatry Res.* 97, 107–118. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(00\)00231-6](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(00)00231-6)
- Altenberg, E.P., Ferrand, C.T., 2006. Perception of individuals with voice disorders by monolingual English, bilingual Cantonese–English, and bilingual Russian–English, and bilingual Russian–English women. *J. Speech Lang. Hear. Res.* 49 (4), 879–887. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2006/063\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2006/063))
- Al-Uzri, M. M., Laws, R. K., & Mortimer, M. A. (2004). An early marker of semantic memory impairment in patients with schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, σσ. 267-279.
- American Academy of Family Physicians. (2015, November 1). Cognitive Behavior Therapy. *American Family Physician*. Ανάκτηση Απριλίου 23, 2020, από <https://www.aafp.org/afp/2015/1101/p807-s1.html>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition (text revision) εκδ.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amminger, G., Schäfer, M., Papageorgiou, K., Klier, C., Schlögelhofer, M., Mossaheb, N., . . . McGorry, P. (2012, September). Emotion Recognition in Individuals at Clinical High-Risk for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, σσ. 1030-9. doi:10.1093/schbul/sbr015
- Andreasen, C., & Black, W. (2015). *Εισαγωγή στην ψυχιατρική* (5η Έκδοση εκδ.). Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.

- Andreasen, N. (1997). The role of the thalamus in schizophrenia. *Can J Psychiatry*, σσ. 27-33.
- Andreasen, N., Arndt, S., Alliger, R., Miller, D., & Flaum, M. (1995, May). Symptoms of schizophrenia. Methods, meanings, and mechanisms. *Arch Gen Psychiatry*, σσ. 52: 341-351. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950170015003
- Andreasen, N.C., 1984. Scale for the Assessment of Negative Symptom. University of Iowa, Iowa City.
- Andreasen, N.C., Hoffman, R., Grove, W., 1985. Mapping abnormalities in language and cognition. In: Alpert, A. (Ed.), *Controversies in Schizophrenia*. Guilford Press, New York, NY, pp. 199–226.
- Avila, M. T., McMahon, R. P., Elliot, A. R., & Thaker, G. K. (2002). Neurophysiological markers of vulnerability to Schizophrenia: Sensitivity and specificity of specific quantitative eye movement measures. *Journal of Abnormal Psychology*, σσ. 11, 259-267.
- Aylward, E., Walker, E., & Bettes, B. (1984). Intelligence in schizophrenia: Meta-analysis of the research. *Schizophrenia Bulletin*, σσ. 10(3), 430.
- Badcock, J. C., Dragovic, M., Waters, F. A., & Jablensky, A. (2005). Dimensions of intelligence in schizophrenia: Evidence from patients with preserved, deteriorated and compromised intellect. *Journal of Psychiatric Research*, σσ. 39(1). 11-19.
- Bambini, V., Arcara, G., Bechi, M., Buonocore, M., Cavallaro, R., Bosia, M., 2016. The communicative impairment as a core feature of schizophrenia: frequency of pragmatic deficit, cognitive substrates, and relation with quality of life. *Compr. Psychiatry* 71, 106–120. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.08.012>
- Bardram, J.E., Kessing, L.V., 2016. Voice analysis as an objective state marker in bipolar disorder. *Transl. Psychiatry* 6, e856. <https://doi.org/10.1038/tp.2016.123>
- Barlatti, S., Deste, G., De Peri, L., Ariu, C., & Vita, A. (2013, December 17). Cognitive Remediation in Schizophrenia: Current Status and Future Perspectives. *Hindawi*. doi:10.1155/2013/156084
- Bartels, S., & Drake, R. (1988). Depressive symptoms in schizophrenia: Comprehensive differential diagnosis. *Compr Psychiatry*, σσ. 467-483.
- Bartók, E., Berecz, R., Glaub, T., & Degrell, I. (2005, May). Cognitive functions in prepsychotic patients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, σσ. 621-625.
- Bassett, A. S., Chow, E. W., O'Neil, S., & Brzustowicz, L. M. (2001). Genetic insights into the neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*.

- Bateson, G D; Jackson, D; Haley, J; Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, σσ. 1, 251-264.
- Bezchlibnyk-Butler, K., & Jeffries, J. (2005). *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs*. Ashland, OH USA: Hogrefe & Huber.
- Bhandari, S. (2020, January 16). <https://www.webmd.com/schizophrenia/schizophrenia-and-suicide#1>. Ανάκτηση από WebMD: <https://www.webmd.com>
- Biedermann, F., Frajo-Apor, B., & Hofer, A. (2012). Theory of mind and its relevance in schizophrenia. *Current opinion in psychiatry*, σσ. 25(2), 71-75.
- Biedermann, F., Frajo-Apor, B., & Hofer, A. (2012, March). Theory of mind and its relevance in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, σσ. 71-75. doi:10.1097/YCO.0b013e3283503624
- Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., Gilbert, P., & Plaistow, J. (2000, March 01). The power and omnipotence of voices: subordination and entrapment by voices and significant others. *Cambridge University Press*, σσ. 337-344. doi:10.1017/S0033291799001828
- Bjorgvinsson, T., Hart, J., & Heffelfinger, S. (2007, Nov). Obsessive-compulsive disorder: update on assesment and treatment. *J Psychiatr Pract*, σσ. 13(6) 362-72.
- Black, R. E., Allen, L. H., Bhutta, Z. A., Claulfield, L. E., de Onis, M., Ezzati, M., . . . Rivera, J. (2008, January 19). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, σσ. 243-260. doi:10.1016/S0140-6736(07)61690-0
- Bloch, M., Landeros, W. A., Kelmendi, B., Coric, V., Bracken, M., & Leckman, J. (2006, Jul). A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*, σσ. 11(7) 622-32.
- Bonfils, K., Ventura, J., Subotnik, K., & Nuechterlein, K. (2019). Affective prosody and facial emotion recognition in first-episode schizophrenia: Associations with functioning & symptoms. *Schizophrenia Research: Cognition*, σ. 100153. doi:10.1016/j.scog.2019.100153
- Bora, E., Eryavuz, A., Kayahan, B., Sungu, G., & Veznedaroglu, B. (2005). Social fuctioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with schizophrenia; mental state decoding may be a better predictor of social functioning than mental state reasoning. *Psychiatry Research*.

- Bosco, F., Berardinelli, L., Parola, A., 2019. The ability of patients with schizophrenia to comprehend and produce sincere, deceitful and ironic communicative intentions: the role of theory of mind and executive functions. *Front. Psychol.* <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00827>
- Bozikas, V. P., Kosmidis, M. H., Kiosseoglou, G., & Karavatos, A. (2006). Neuropsychological profile of cognitively impaired patients with schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*, σσ. 47(2), 136-143.
- Bradbury, T. N., & Miller, G. A. (1985). Season of birth in schizophrenia: A review of evidence, methodology, and etiology. *Psychological Bulletin*, σσ. 569–594.
- BrainFacts.org. (2008, January 21). <https://www.brainfacts.org/archives/2008/smoking-and-schizophrenia>. Ανάκτηση από BrainFacts.org: <https://www.brainfacts.org>
- Breiter, H., & Rauch, S. (1996, Dec). Functional MRI and the study of OCD: from symptom provocation to cognitive-behavioral probes of cortico-striatal systems and the amygdala. *Neuroimage*, σσ. 127-38.
- Brekke, J., & Nakagami, E. (2010). *Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients. Basic Concepts and Treatment*. (V. R. Medalia, Επμ.) KARGER.
- Brown, A. S. (2011, January 1). The environment and susceptibility to schizophrenia. *Elsevier*, σσ. 23-58. doi:10.1016/j.pneurobio.2010.09.003
- Brown, A. S. (2012, October). Epidemiologic studies of exposure to prenatal infection and risk of schizophrenia and autism. *Dev Neurobiol*, σσ. 1272–1276.
- Brown, S., Kim, M., Mitchell, C., & Inskip, H. (2010, February). Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *The British journal of psychiatry*, σσ. 116-121. doi:10.1192/bjp.bp.109.067512
- Brown, S., Kim, M., Mitchell, C., & Inskip, H. (2015, September 4). Twenty five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, σσ. 116-121. doi:10.1192/bjp.bp.109.067512
- Brüne, M., & Bodenstein, L. (2005, June). Proverb comprehension reconsidered--'theory of mind' and the pragmatic use of language in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, σσ. 233-9. doi:10.1016/j.schres.2004.11.006
- Buchsbaum, M. S., Haier, R. J., Potkin, S. G., Nuechterlein, K., Bracha, S. H., Katz, M., . . . Bunney, W. E. (1992). Frontostriatal disorder of cerebral metabolism in never-medicated schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry*, σσ. 935-942.
- Burrows, G. D., Judd, L. L., Fleischhacker, W. W., & Andreasen, N. C. (1998). Current concepts of affective disorders in schizophrenia. *J Clin Psychiatry Monograph*, σσ. 2-8.

- Bushe, C. J., Taylor, M., & Haukka, J. (2010, November). Mortality in schizophrenia: a measurable clinical endpoint. *Journal of Psychopharmacology*, *σσ.* 17-25. doi:10.1177/1359786810382468
- Cameron, A. M., Oram, J., Geffen, G. M., Kanavagh, D. J., McGrath, J. J., & Geffen, L. B. (2002). Working memory correlates of three symptoms clusters in schizophrenia. *Psychiatry Research*, *σσ.* 110(1), 49-61.
- Campbell, S., Marriott, M., Nahmias, C., & MacQueen, G. M. (2004). Lower hippocampal volume in patients suffering from depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*, *σσ.* 598-607.
- Cannizzaro, M.S., Cohen, H., Rappard, F., Snyder, P.J., 2005. Bradyphrenia and bradykinesia both contribute to altered speech in schizophrenia: a quantitative acoustic study. *Cogn. Behav. Neurol.* 18, 206–210. <https://doi.org/10.1097/01.wnn.0000185278.21352.e5>
- Cannon, M., Jones, P. B., & Murray, R. M. (2002). Obstetric complications and Schizophrenia: Historical and meta-analytic review. *American Journal of Psychiatry*, *σσ.* 159, 1080-1092.
- Cannon, T. D. (1998). Neurodevelopmental influences in the genesis and epigenesis of Schizophrenia: An overview. *Applied and Preventive Psychology*, *σσ.* 7, 47-62.
- Carter, J. (1992, June). Visual, somatosensory, olfactory, and gustatory hallucinations. *Psychiatr Clin North Am.*, *σσ.* 15(2): 347-58.
- Carter, J. D., Bizzell, J., Kim, C., Bellion, C., Carpenter, K. L., Dichter, G., & Belger, A. (2010, September ). Attention deficits in schizophrenia preliminary evidence of dissociable transient and sustained deficits. *Schizophrenia Research*, *σσ.* 104–112.
- Castellucio, B., Kenney, J., & Johanssen, J. (2020, January 27). Individual Alpha Peak Frequency Moderates Transfer of Learning in Cognitive Remediation of Schizophrenia. *Cambridge University Press*. doi:10.1017/S1355617719001243
- Chakos, M. H., Lieberman, J. A., Bilder, R. M., Borenstein, M., Lerner, G., Bogerts, B., . . . Ashtari, M. (1994, November). Increase in caudate nuclei volume of first-episode schizophrenic patients taking antipsychotic drugs. *American Journal of Psychiatry*, *σσ.* 1430-1436.
- Champagne-Lavau, M., Stip, E., 2010. Pragmatic and executive dysfunction in schizophrenia. *Journal of Neurolinguistics*. 23(3), 285-296. <https://doi.org/10.1016/j.jneuroling.2009.08.009>
- Chattopadhyay, S., Patil, N. M., Nayak, R. B., & Chate, S. S. (2012). Gognitive deficits in schizophrenia. *Journal of the Scientific Society*, *σσ.* 39(2), 57.
- Chen, Y., & Ekstrom, T. (2016, May). Perception of faces in schizophrenia: Subjective (self-report) vs. objective (psychophysics) assessments. *J Psychiatr Res*, *σσ.* 136–142.

- Citrome , L., & Volavka, J. (1999, January). Schizophrenia: violence and comorbidity. *Current Opinion in Psychiatry.*, σσ. 47-51. Ανάκτηση από [https://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/1999/01000/Schizophrenia\\_\\_violence\\_and\\_comorbidity.16.aspx](https://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/1999/01000/Schizophrenia__violence_and_comorbidity.16.aspx)
- Citrome, L., & Volavka, J. (2001). Aggression and violence in patients with schizophrenia. Στο M. Hwang, & P. Bermanzohn, *Schizophrenia and Comorbid Conditions: Diagnosis and Treatment* (σσ. 149-185). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Cohen, A.S., Elvevåg, B., 2014. Automated computerized analysis of speech in psychiatric disorders. *Curr. Opin. Psychiatry.* <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000056>
- Cohen, A.S., Hong, S.L., 2011. Understanding constricted affect in schizotypy through computerized prosodic analysis. *J. Personal. Disord.* 25, 478–491. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.4.478>
- Cohen, A.S., Mitchell, K.R., Docherty, N.M., Horan, W.P., 2016. Vocal expression in schizophrenia: less than meets the ear. *J. Abnorm. Psychol.* 125, 299–309. <https://doi.org/10.1037/abn0000136>
- Cohen, A.S., Morrison, S.C., Brown, L.A., Minor, K.S., 2012. Towards a cognitive resource limitations model of diminished expression in schizotypy. *J. Abnorm. Psychol.* 121, 109–118. <https://doi.org/10.1037/a0023599>
- Cohen, A.S., Najolia, G.M., Kim, Y., Dinzeo, T.J., 2012. On the boundaries of blunt affect/alogia across severe mental illness: implications for research domain criteria. *Schizophr. Res.* 140, 41–45. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.07.001>
- Colle, L., Angeleri, R., Vallana, M., Sacco, K., Bara, B., & Bosco, F. (2013, May-June). Understanding the communicative impairments in schizophrenia: a preliminary study. *Journal of communication disorders.*, σσ. 294-308. doi:10.1016/j.jcomdis.2013.01.003
- Cornblatt, B., Obuchowski, M., Schnur, D. B., & O' Brien, J. D. (1997). Attention and clinical symptoms in schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, σσ. 68(4), 343-359.

- Couture, S.M., Granholm, E.L., Fish, S.C., 2011. A path model investigation of neurocognition, theory of mind, social competence, negative symptoms and realworld functioning in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 125, 152–160. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.09.020>
- Covington, M., He, C., Brown, C., Naçi, L., McClain, J., Fjordbak, B., . . . Brown, J. (2005, September). Schizophrenia and the structure of language: The linguist’s view. *Schizophrenia Research*, σσ. 85-98. doi:10.1016/j.schres.2005.01.016
- Craddock, N., & Owen, M. (2010, February). The Kraepelinian dichotomy - going, going... but still not gone. *Br J Psychiatry*, σσ. 92-5. doi:10.1192/bjp.bp.109.073429
- Crawford, M., Killaspy, H., Barnes, T., Barrett, B., Byford, S., Clayton, K., . . . Waller, D. (2012, February 28). Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: multicentre pragmatic randomised trial. *Thebmj*. doi:https://doi.org/10.1136/bmj.e846
- Crow, J. F. (2000, October 1). The origins, patterns and implications of human spontaneous mutation. *Nature Reviews Genetics*. doi:10.1038/35049558
- Crump, C., Winkleby, M., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2013, March). Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, σσ. 324-333. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12050599
- Dalack, G. W., & Healy, D. J. (1998). Nicotine dependence in schizophrenia: clinical phenomena and laboratory findings. *Am J Psychiatry*, σσ. 1490-1501.
- de Boer, J., Brederoo, S., Voppel, A., & Sommer, I. (2020, May). Anomalies in language as a biomarker for schizophrenia. *Current Opinion Psychiatry*, σσ. 212-218. doi:10.1097/YCO.0000000000000595
- De Hert, M., Dekker, J., Wood, D., Kahl, K., Holt, R., & Möller, H. (2009, August 13). Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *European Psychiatry*, σσ. 412-424. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.01.005
- De Leon, J., & Diaz, F. J. (2005, July 15). A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Elsevier*, σσ. 135-157. doi:10.1016/j.schres.2005.02.010
- DeLisi, L., Sakuma, M., Tew, W., Kushner, M., Hoff, A., & Grimson, R. (1997, July). Schizophrenia as a chronic active brain process: a study of progressive brain structural change subsequent to the onset of schizophrenia. *Psychiatry Res*, σσ. 129-40.

- Deymeer, F., Smith, T., DeGirolami, U., & Drachman, D. (1989). Thalamic dementia and motor neurone disease. *Neurology*, σσ. 58-61.
- Dodds, R. (1996). *Οι Έλληνες και το παράλογο*. ΚΑΡΔΑΜΙΤΣΑ.
- Dollfus, S., & Lyne, J. (2017, August). Negative symptoms: History of the concept and their position in diagnosis of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, σσ. 3-7. doi:10.1016/j.schres.2016.06.024
- Done, J., & Leinonen, E. (2013, June). Pragmatic use of language by children who develop schizophrenia in adult life. *Schizophrenia research*, σσ. 181-186. doi:10.1016/j.schres.2013.03.005
- Donohoe, G., Corvin, A., & Robertson, I. (2006). Evidence that specific executive functions predict symptom variance among schizophrenia patients with a predominantly negative symptom profile. *Cognitive Neuropsychiatry*, σσ. 11(1), 13-32.
- Double Bind*. (n.d.). Ανάκτηση June 13, 2020, από Wikipedia: [https://en.wikipedia.org/wiki/Double\\_bind](https://en.wikipedia.org/wiki/Double_bind)
- Dr. Cheryl Lane. (n.d.). <https://www.schizophrenic.com/content/schizophrenia/history-schizophrenia>. Ανάκτηση από History of Schizophrenia: Where It All Began and How Far We Have Come: <https://www.schizophrenic.com>
- Dr. Neel Burton. (2012). *Living with Schizophrenia* (2nd Edition εκδ.). Acheron Press.
- Drevets, W. C. (2003). Neuroimaging abnormalities in the amygdala in mood disorders. *Ann N Y Acad Sci*, σσ. 420-444.
- Dutta, R., Murray, R., Allardyce, J., Jones, P., & Boydell, J. (2011, March). Early risk factors for suicide in an epidemiological first episode psychosis cohort. *Schizophrenia Research*, σσ. 11-19. doi:10.1016/j.schres.2010.11.021
- Elkashef, A., Buchanan, R., Gellad, F., Munson, R., & Breier, A. (1994, May). Basal ganglia pathology in schizophrenia and tardive dyskinesia: an MRI quantitative study. *Am J Psychiatry*, σσ. 752-5.
- Elliott, R. (2003). Executive functions and their disorders Imaging in clinical neuroscience. *British Medical Bulletin*, σσ. 65(1), 49-59.
- Endler, N. S. (1988). The origins of Electroconvulsive Therapy (ECT). *Raven Press*, σσ. 5-23. Ανάκτηση από The Journal of ECT: <https://journals.lww.com/ectjournal/pages/articleviewer.aspx?year=1988&issue=04010&article=00003&type=abstract>
- Erkwoh, R., Sabri, O., Steinmeyer, E., Bull, U., & Sass, H. (1997, July). Psychopathological and SPECT findings in never treated-schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, σσ. 51-7.



- Falloon, I., Boyd, J. L., & McGill, C. W. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- Faris, R. L., & Dunham, H. W. (1939). *Mental disorders in urban areas: An ecological study of Schizophrenia and other psychoses*. Chicago: University of Chicago Press.
- Faurholt-Jepsen, M., Busk, J., Frost, M., Vinberg, M., Christensen, E.M., Winther, O., Fenton, W. S. (2001). Comorbid conditions in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*, σσ. 14(1) 17-23.
- Faurholt-Jepsen, M., Busk, J., Frost, M., Vinberg, M., Christensen, E.M., Winther, O., Bardram, J.E., Kessing, L.V., 2016. Voice analysis as an objective state marker in bipolar disorder. *Transl. Psychiatry* 6, e856. <https://doi.org/10.1038/tp.2016.123>
- Fiedler, P. (2005). *Verhaltenstherapie in Gruppen*. Beltz Verlag.
- Fioravanti, M., Bianchi, V., & Cinti, M. E. (2012). Cognitive deficits in schizophrenia: An update metanalysis of the scientific evidence. *BMC psychiatry*, σσ. 12(1), 64.
- Fitzgerald, K. (2012, October). Are schizophrenia and autism related? *Medical News Today*.
- Flavell, J. H. (1956). Abstract thinking and social behaviour in schizophrenia. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, σσ. 52(2), 208.
- Frith, U., & Happe, F. (1994). Autism: Beyond "theory of mind". *Cognition*, σσ. 50(1), 115-132.
- functioning in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 125, 152–160. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.09.020>
- Galletly, C., & Rigby, A. (2013, February 3). An Overview of Cognitive Remediation Therapy for People with Severe Mental Illness. *Hindawi*. doi:10.1155/2013/984932
- Galynker, I., Cohen, L., Cai, J., 2000. Negative symptoms in patients with major depressive disorder: a preliminary report. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 13, 171–176.
- Gavilán Ibáñez, J., & García-Albea Ristol, J. (2013). Theory of mind and language comprehension in schizophrenia. *Psicothema*, σσ. 440-5. doi:10.7334/psicothema2012.357
- Gelder, M. C., Lopez-Ibor, J. J., & Andreasen, N. (2007). *Σύγχρονη Ψυχιατρική* (Τόμ. Ι). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
- Geretsegger, M., Mössler, K., Bieleninik, Ł., Chen, X., Heldal, T., & Cold, C. (2017, May 29). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. doi:10.1002/14651858.CD004025.pub4

- Getzfeld, A. (2009). *Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας*. GOTSIS.
- Gilbert, A., Moore, G., Keshavan, M., Paulson, L., Narula, V., Mac Master, F., . . . Rosenberg, D. (2000, May). Decrease in thalamic volumes of pediatric patients with obsessive-compulsive disorder who are taking paroxetine. *Arch Gen Psychiatry*, σσ. 449-56.
- Gilmore, J. H. (2010, January). Understanding What Causes Schizophrenia: A Developmental Perspective. *The American Journal of Psychiatry*.
- Goldberg, J. (2019, January 13). <https://www.webmd.com/schizophrenia/schizophrenia-outlook>.  
Ανάκτηση από WebMD: <https://www.webmd.com>
- Goldberg, T., David, A., & Gold, J. (2003). Neurocognitive deficits in schizophrenia. Στο S. Hirsch, & D. Weinberger, *Schizophrenia* (σσ. 168-184). Oxford: Blackwell Publishing.
- Goldstein, J., Goodman, J., Seidman, L. J., Kennedy, D., Makris, N., Lee, H., . . . Tsuang, M. (1999, Jun). Cortical abnormalities in schizophrenia identified by structural magnetic resonance imaging. *Arch Gen Psychiatry*, σσ. 537-47.
- Goodman, W., McDougle, C., Price, L., Riddle, M., Pauls, D., & Leckman, J. (1990). Beyond the serotonin hypothesis: A role for dopamine in some forms of obsessive compulsive disorder? *J Clin Psychiatry*, σσ. 36-43.
- Gottesman, I. (1991). *Schizophrenia Genesis: The Origins of Madness*. New York, NY: W. H. Freeman.
- Grant, C. A., Mericle, B. P., & Royes, S. (2009). *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
- Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, σσ. 26(1), 119-136.
- Greenberg, L., Fine, S. B., Cohen, C., Larson, K., Michaelson-Baily, A., Rubinton, P., & Glick, I. D. (2006, April 1). An Interdisciplinary Psychoeducation Program for Schizophrenic Patients and Their Families in an Acute Care Setting. *Psychiatry Online*. doi:10.1176/ps.39.3.277
- Gross-Isseroff, R., Hermesh, H., & Zohar, J. (2003). Neuroimaging communality between schizophrenia and obsessive compulsive disorder: a putative basis for schizo-obsessive disorder? *World J Biol Psychiatry*, σσ. 4:129-134.
- Gur, R. E., Kohler, C. G., Ragland, J. D., Siegel, S. J., Lesko, K., Bilker, W. B., & Gur, R. C. (2006). Flat affect in schizophrenia: relation to emotion processing and neurocognitive measures. *Schizophrenia Bulletin*, σσ. 32(2), 279-287.
- Haas, M., Chance, S., Cram, D., Crow, T., Luc, A., & Hage, S. (2015, August). Evidence of Pragmatic Impairments in Speech and Proverb Interpretation in Schizophrenia. *Journal of psycholinguistic research.*, σσ. 469-483. doi:10.1007/s10936-014-9298-2

- Häfner, H., Löffler, W., Maurer, K., Hambrecht, M., An Der Heiden, W., 1999. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 100, 105–118. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10831.x>
- Hahlweg, K., & Dose, M. (1998). *Schizophrenie (Fortschritte der Psychotherapie / Manuale für die Praxis)*. Hogrefe.
- Hardoy, M. C., Carta, M. G., Catena, M., Hardoy, M. J., Cadeddu, M., Dell'Osso, L., & Carpiello, B. (2004). Impairment in visual and spatial perception in schizophrenia and deludional disorder. *Psychiatry Research*, σσ. 127(1), 163-166.
- Hare, H. E., & Moran, P. (1979, February). Parental Age and Birth Order in Homosexual Patients: A Replication of Slater's Study. *Cambridge University Press*, σσ. 178-182. doi:10.1192/bjp.134.2.178
- Harrington, L., Siegert, R. J., & McClure, J. (2005). Theory of mind in schizophrenia: A critical review. *Cognitive Neuropsychiatry*.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J. (2005, July). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *The British journal of psychiatry*, σσ. 9-20. doi:10.1192/bjp.187.1.9
- Heckers, S., Goff, D., Schacter, D. L., Savage, C. R., Fischman, A. J., Alpert, N. M., & Rauch, S. L. (1999, December). Functional imaging of memory retrieval in deficit vs nondéficit schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*.
- Hegde, A., Kalyani, B. G., Arumugham, S. S., Narayanaswamy, J. C., Math, S. B., & Reddy, J. (2016, August). Effectiveness of risperidone augmentation in obsessive-compulsive disorder: experience from a specialty clinic in India. *Journal of Clinical Pharmacology*, σσ. 381-4.
- Heilman, K. M., & Valenstein, E. (2010). *Clinical neuropsychology* (5 εκδ.). Oxford University Press.
- Heim, S., Dehmer, M., & Berger-Tunkel, M. (2019). Beeinträchtigungen von Sprache und Kommunikation bei Schizophrenie. *Der Nervenarzt*, σσ. 485-489. doi:10.1007/s00115-018-0647-5
- Heinrichs, R. W., & Zakzanis, K. K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: A quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, σσ. 12(3), 426.
- Herniman, S., Allott, K., Killackey, E., Hester, R., & Cotton, S. (2017, January). The effect of comorbid depression on facial and prosody emotion recognition in first-episode schizophrenia spectrum. *Journal of Affective Disorders*, σσ. 223-229. doi:10.1016/j.jad.2016.08.068

- Herold, R., Tényi, T., Lénárd, K., & Trixler, M. (2002, August). Theory of mind deficit in people with schizophrenia during remission. *Psychological medicine*, σσ. 1125-9. doi:10.1017/s0033291702005433
- Herz, M., & Melville, C. (1980). Relapse in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, σσ. 801-805.
- Hodé, Y., Dubreucq, J., Valladier, E., Guillard Bouhet, N., Lemestré, S., Attal, J., . . . Willard, D. (2020, April 18). Suicidal risk prevention in schizophrenia: Importance of family psychoeducation. *Encephale*. doi:10.1016/j.encep.2020.02.002
- Hoekert, M., Khan, R., Pijnenborg, M., & Aleman, A. (2007, November). Impaired recognition and expression of emotional prosody in schizophrenia: review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, σσ. 135-145. doi:10.1016/j.schres.2007.07.023
- Hogarty, G. E., Greenwald, D., Ulrich, R. F., Kornblith, S. J., DiBarry, A. L., & al, e. (1997, Nov). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. *American Journal of Psychiatry*, σσ. 154, 1504-1512. doi:10.1176/ajp.154.11.1514
- Holzman, P. S. (2000). Eye movements and the search for the essence of Schizophrenia. *Brain Research Reviews*, σσ. 31, 350-356.
- Honey, G. D., Pomarol-Clotet, E., Corlett, P. R., Honey, R. A., Mckenna, P. J., Bullmore, E. T., & Fletcher, P. C. (2005). Functional dysconnectivity in schizophrenia associated with attentional modulation of motor function. *Brain*, σσ. 2597–2611.
- Horan, W. P., Kring, A. M., & Blanchard, J. J. (2006). Anhedonia in schizophrenia: A review of assessment strategies. *Schizophrenia Bulletin*, σσ. 32(2), 259-273.  
<http://schizophrenia.com/history.htm>. (n.d.). Ανάκτηση από History of Schizophrenia:  
<http://schizophrenia.com>
- <https://docuri.com/>. (2016, May 31). Ανάκτηση από DOCURI: [https://docuri.com/download/s-s-of-psychiatric-disorder\\_59a8d91cf581719e12ae7df6\\_pdf](https://docuri.com/download/s-s-of-psychiatric-disorder_59a8d91cf581719e12ae7df6_pdf)
- <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.11.025>
- <https://doi.org/10.1016/j.tics.2016.01.002>
- <https://www.alleydog.com>. (n.d.). Ανάκτηση από AlleyDog.com:  
<https://www.alleydog.com/glossary/definition.php?term=Clanging>
- <https://www.mentalhelp.net/schizophrenia/the-new-dsm-5/>. (n.d.). Ανάκτηση από The New DSM-5: Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders:  
<https://www.mentalhelp.net>

- <https://www.mentalhelp.net/schizophrenia/understanding/>. (n.d.). Ανάκτηση από Historical and Contemporary Understandings of Schizophrenia: <https://www.mentalhelp.net>
- Huttunen, M. O., & Niskanen, P. (1978). Prenatal loss of father and psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, σσ. 35, 429-431.
- Jahshan, C., Wynn, J.K., Green, M.F., 2013. Relationship between auditory processing and affective prosody in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 143, 348–353. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.11.025>
- Johanson, E. (1958). A study of schizophrenia in the male: a psychiatric and social study based on 138 cases with follow up. *Pubmed.gov*. Ανάκτηση από Pubmed.gov: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13594594>
- John, J. P. (2009). Fronto-temporal dysfunction in schizophrenia: A selective review. *Indian J Psychiatry*, σσ. 180–190.
- Johns, L. C., & Van Os, J. (2001, November). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, σσ. 1125-1141. doi:10.1016/s0272-7358(01)00103-9
- Johnson, D. W. (1981). Studies of depressive symptoms in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, σσ. 89-101.
- Johnson, D. W. (n.d.). Depressions in schizophrenia: Some observations on prevalence aetiology and treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, σσ. 137-144.
- Joyal, M., Bonneau, A., & Fecteau, S. (2016, June). Speech and language therapies to improve pragmatics and discourse skills in patients with schizophrenia. *Psychiatry research*, σσ. 88-95. doi:10.1016/j.psychres.2016.04.010
- Joyse, E., Hutton, S. M., Mutstsa, S., Gibbins, H., Webb, E., Paul, S., & Barnes, T. (2002). Executive dysfunction in first-episode of schizophrenia and relationship to duration of untreated psychosis: the West London Study. *The British Journal of Psychiatry*, σσ. 181(43), s38-s44.
- Juslin, P., & Laukka, P. (2001, December). Impact of Intended Emotion Intensity on Cue Utilization and Decoding Accuracy in Vocal Expression of Emotion. *Emotion*, σσ. 381-412. doi:10.1037/1528-3542.1.4.381
- Kallman, F. J. (1938). *The genetics of Schizophrenia*. New York:Augustin.
- Kapur, S., & Remington, G. (1996). Serotonin-dopamine interaction and its relevance to schizophrenia. *Am J Psychiatry*, σσ. 466-76.

- Kay, S. R., & Sevy, S. (1990). Pyramidal model of schizophrenia. *Schizophrenia Bull*, σσ. 537-545.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, σσ. 261-276.
- Khullar, A., Chue, P., & Tibbo, P. (2001). Quetiapine ad obsessive-compulsive symptoms (OCS): case report and review of atypical antipsychotic-induced OCS. *J Psychiatry Neurosci*, σσ. 26(1) 55-9.
- King, D. J., Hodgekins, J., Chouinard, P. A., Chouinard, V.-A., & Sperandio, I. (2017). A review of abnormalities in the perception of visual illusions in schizophrenia. *Psychon Bull Rev*, σσ. 734–751.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (2011). *Γνωστικήθεραπείατηςσχιζοφρένειας*. Αθήνα: ΕκδόσειςΠΑΤΑΚΗ.
- Kneisl, C. R., Wilson, H. S., & Trigoboff, E. (2009). *Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.
- Kneisl, C., Wilson, H., & Trigoboff, E. (2009). *Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.
- Knights, A., & Hirsch, S. R. (1981). Revealed depression and drug treatment for schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, σσ. 806-811.
- Kohler, C. G., Turner, J. T., Bilker, W. B., Brensinger, C. M., Siegel, S. J., Kanes, S. J., . . . Gur, R. C. (2003). Facial emotion recognition in schizophrenia: intensity effects and error pattern. *Am J Psychiatry*, σσ. 1768–1774.
- Kolb, B., & Whishaw, I. (2011). *ΕγκέφαλοςκαιΣυμπεριφορά*. (Α. Καστελλάκης, & Γ. Παναγής, Μεταφρ.) ΠασχαλίδηςΠ.Χ.
- Konopka, G., Roberts, T.F., 2016. Insights into the neural and genetic basis of vocal communication. *Cell* 164, 1269–1276. <https://doi.org/10.1016/J.CELL.2016.02.039>
- Kozac, M., & Foa, E. (1994). Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, σσ. 32:343-53.
- Kring, A., Davison, G., Neale, J., & Johnson, S. (2010). *ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ*. Αθήνα: GUTENBERG - ΓΙΩΡΓΟΣ&ΚΩΣΤΑΣΔΑΡΔΑΝΟΣ.
- Kucharski, A. (1984, June 1). History of Frontal Lobotomy in the United States, 1935-1955. *Neurosurgery*, σσ. 765–772. doi:10.1227/00006123-198406000-00022
- Kühn, S., Kaufmann, C., Simon, D., Endrass, T., Gallinat, J., & Kathmann, N. (2013, September). Reduced thickness of anterior cingulate cortex in obsessive-compulsive disorder. *Cortex*, σσ. 2178-85.

- Kumar, J., & Bhuvanewari, P. (2012). Analysis of Electroencephalography (EEG) Signals and Its Categorization—A Study. *Procedia Engineering*, σσ. 2525-2536. doi:10.1016/j.proeng.2012.06.298
- Kumar, N., & Debruille, J. (2004, March). Semantics and N400: insights for schizophrenia. *Journal Of Psychiatry & Neuroscience: JPN*, σσ. 89-98.
- Kuperberg, G. (2010, August). Language in schizophrenia Part 2: What can psycholinguistics bring to the study of schizophrenia...and vice versa? *Lang Linguist Compass*, σσ. 590-604. doi:10.1111/j.1749-818X.2010.00217.x
- Kutas, M., & Federmeier, K. (2011). Thirty years and counting: Finding meaning in the N400 component of the event related brain potential (ERP). *Annu Rev Psychol.*, σσ. 621-647. doi:10.1146/annurev.psych.093008.131123
- Kutas, M., & Hillyard, S. (1980, January 11). Reading senseless sentences: brain potentials reflect semantic incongruity. *Science*, σσ. 203-205. doi:10.1126/science.7350657
- Langdon, R., Coltheart, M., Ward, P. B., & Catts, S. V. (2002). Disturbed communication in schizophrenia: the role of poor pragmatics and poor mind reading. *Psychological Medicine*, 32(7), 1273–1284. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006396>
- Langdon, R., Davies, M., & Coltheart, M. (2002). Understanding minds and understanding communicated meanings in schizophrenia. *Mind & Language*, 17(1–2), 68–104. <https://doi.org/10.1111/1468-0017.00190>
- Laursen , T., Munk-Olsen , T., Agerbo, E., Gasse, C., & Mortensen, P. (2009, July). Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Archives of general psychiatry*, σσ. 713-720. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.61
- Lavau, M.-C., & Stip, E. (2010, May). Pragmatic and executive dysfunction in schizophrenia. *Journal of Neurolinguistics*, σσ. 285-296. doi:10.1016/j.jneuroling.2009.08.009
- Lavelle, M., Healey, P. G., & McCabe, R. (2013). Is nonverbal communication disrupted in interactions involving. *Schizophrenia Bulletin* , σσ. 1150-1158.
- Leentjens, A., Wielaert, S., Harskamp, F., & Wilmsink, F. (1998, March). Disturbances of affective prosody in patients with schizophrenia; a cross sectional study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, σσ. 375-378. doi:10.1136/jnnp.64.3.375

- Leitman, D.I., Foxe, J.J., Butler, P.D., Saperstein, A., Revheim, N., Javitt, D.C., 2005. Sensory contributions to impaired prosodic processing in schizophrenia. *Biol. Psychiatry* 58, 56–61. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.034>
- Lemperiere, T., & Feline, A. (1995). *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων*. Αθήνα: ΠΑΠΑΖΗΣΗ.
- Leonard, J. (2019, February). Bipolar and schizophrenia symptoms. *Medical News Today*.
- Lepock, J., Mizrahi, R., Korostil, M., Maheandiran, M., Gerritsen, C., Drvaric, L., . . . Kiang, M. (2019, February). N400 event-related brain potential evidence for semantic priming deficits in persons at clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, σσ. 434-436. doi:10.1016/j.schres.2018.08.033
- Levine, J., Gruber, S., Baird, A., & Yurgelune-Todd, D. (1998, Sep-Oct). Obsessive-compulsive disorder among schizophrenic patients: an exploratory study using functional magnetic resonance imaging data. *Compr Psychiatry*, σσ. 308-11.
- Levkovitch, Y., Kronenberg, Y., & Gaoni, B. (1995, Mar). Can clozapine trigger OCD? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, σ. 34(3):263.
- Levy, D., Coleman, M., Sung, H., Ji, F., Matthysse, S., Mendell, N., & Titone, D. (2010, May). The Genetic Basis of Thought Disorder and Language and Communication Disturbances in Schizophrenia. *Journal of Neurolinguistics*, σσ. 176-192. doi:10.1016/j.jneuroling.2009.08.003
- Lindenmayer, J., & Khan, A. (2006). Psychopathology. Στο J. Lieberman, S. Stroup, & D. Perkins, *The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia* (σσ. 187-221). Washington: APP.
- Lucey, J., Costa, D., Blanes, T., Busatto, G., Pilowsky, L., Takei, N., . . . Kerwin, R. (1995). Regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive disorder patients at rest. Differential correlates with obsessive-compulsive and anxious-avoidant dimensions. *Br J Psychiatry*, σσ. 629-34.
- Lucka, I., Fryze, M., Cebella, A., & Staszewska, E. (2002). Prodromal symptoms of schizophrenic syndrome in children and adolescents. *Psychiatr Pol*, σσ. 283-6.
- Mäkinen, L., Loukusa, S., Laukkanen, P., Leinonen, E., & Kunnari, S. (2014, June). Linguistic and pragmatic aspects of narration in Finnish typically developing children and children with specific language impairment. *Clinical linguistics & phonetics*, σσ. 413-427. doi:10.3109/02699206.2013.875592
- Manglam, M. K., Ram, D., Praharaj, S. K., & Sarkhel, S. (2010). Working memory in schizophrenia.



- Manoach, D. S. (2003). Prefrontal cortex dysfunction during working memory performance in schizophrenia: Rencociling discrepant findings. *Schizophrenia Research*, 60(2), 285-298.
- Marvel, C. (2006). Schizophrenia and Language. *Encyclopedia of Language & Linguistics (Second Edition)*, 14-17. doi:10.1016/B0-08-044854-2/04177-8
- Matsumoto, K., Kircher, T.T.J., Stokes, P.R.A., Brammer, M.J., Liddle, P.F., McGuire, P.K., 2013. Frequency and neural correlates of pauses in patients with formal thought disorder. *Front. Psychiatry* 4, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00127>
- Mauri, M., Moliterno, D., Rossattini, M., & Colasanti, A. (2008, February). Depression in schizophrenia: comparison of first- and second- generation antipsychotic drugs. *Schizophrenia Res*, 100, 7-12.
- Mazza, M., Pollice, R., Pacitti, F., Pino, M. C., Mariano, M., Tripaldi, S., . . . Roncone, R. (2012). New evidence in theory of mind deficits in subjects with chronic schizophrenia and first episode: correlation with symptoms, neurocognition and social function. *La Rivista de Psichiatria*, 148, 327-336.
- McGlashan, T. H., & Carpenter, W. J. (1976). Postpsychotic depression in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 33, 231-239.
- McGrath, J. J., & Welham, J. L. (1999). Season of birth and schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of data from the Southern Hemisphere. *Schizophrenia Research*, 35, 237-242.
- McKenna, P. (1997). *Schizophrenia and Related Syndromes*. East Sussex, UK: Psychology Press.
- McKenna, P. (1997). *Schizophrenia and related syndromes*. New York: Psychology Press.
- McNamara, T. (2005). *Semantic priming : perspectives from memory and word recognition*. New York: Psychology Press.
- Meilijson, S.R., Kasher, A., Elizur, A., 2004. Language performance in chronic schizophrenia: a pragmatic approach. *J. Speech. Lang. Hear. Res* 47, 695–713. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2004/053\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2004/053))
- Meisenzahl, E. M., Seifert, D., Bottlender, R., Teipel, S., Zetzsch, T., Jager, M., . . . Frodl, T. (2010). Differences in hippocampal volume between major depression and schizophrenia: a comparative neuroimaging study. *Eur Arch Psychiatry*, 190, 127–137.
- Menon, V., Anagnoson, R. T., Mathalon, D. H., Glover, G. H., & Pfrfferbaum, A. (2001). Functional neuroanatomy of auditory working memory in schizophrenia: relation to positive and negative symptoms. *NeuroImage*, 14, 433-446.

- Michelas, A., Faget, C., Portes, C., Lienhart, A., Boyer, L., Lançon, C., & Champagne-Lavau, M. (2014, July). Do patients with schizophrenia use prosody to encode contrastive discourse status? *Frontiers in Psychology*, σσ. 5:755.1-13. doi:10.3389/fpsyg.2014.00755
- Millan, M.J., Fone, K., Steckler, T., Horan, W.P., 2014. Negative symptoms of schizophrenia: clinical characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 24, 645–692. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.03.008>
- Mirkovic, B., & Gérardin, P. (2019, April). Asperger's syndrome: What to consider? *Encephale*, σσ. 169-174.
- Mo, S., Su, Y., Chan, R., & Liu, J. (2008, January). Comprehension of metaphor and irony in schizophrenia during remission: the role of theory of mind and IQ. *Psychiatry Research*, σσ. 21-29. doi:10.1016/j.psychres.2006.04.002
- Moller, H. J. (2005). Occurrence and treatment of depressive comorbidity/ cosyndromality in schizophrenic psychoses: conceptual and treatment issues. *World J Biol Psychiatry*, σσ. 247-63.
- Moro, A., Bambini, V., Bosia, M., Anselmetti, S., Riccaboni, R., Cappa, S., . . . Cavallaro, R. (2015, December). Detecting syntactic and semantic anomalies in schizophrenia. *Neuropsychologia*, σσ. 147-157. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2015.10.030
- Moskowitz, A., & Heim, G. (2011). [https://watermark.silverchair.com/sbr016.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kKhW\\_Ercy7Dm3ZL\\_9Cf3qfKAc485ysgAAAnowggJ2BgkqhkiG9w0BBwagggJnMIICYwIBADCCA/wGCsqGS1b3DQEHATAeBgIghkgBZQMEAS4wEQQM4XLBNolumsVw-afcAgEQgIICLdaUiBPHIhtp83yGUdts4hXy\\_sbPejw5unbSeXnUQoHfIH0](https://watermark.silverchair.com/sbr016.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kKhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAnowggJ2BgkqhkiG9w0BBwagggJnMIICYwIBADCCA/wGCsqGS1b3DQEHATAeBgIghkgBZQMEAS4wEQQM4XLBNolumsVw-afcAgEQgIICLdaUiBPHIhtp83yGUdts4hXy_sbPejw5unbSeXnUQoHfIH0). Ανάκτηση από Eugen Bleuler's Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias (1911): A Centenary Appreciation and Reconsideration, *Schizophrenia Bulletin* vol.37, Issue 3, p. 471-479: <https://watermark.silverchair.com>
- Mueller, D. (2012). *Integrierte Neurokognitive Therapie bei Schizophrenie*. . Psychiatrie und Psychotherapie.
- Mueser, K., Yarnold, P., Levinson, D., Singh, H., Bellack, A., Kee, K., . . . Yadam, K. (1990). Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophr Bull*, σσ. 16: 31-56. doi:10.1093/schbul/16.1.31
- Mulholland, C., & Cooper, S. (2000). The symptom of depression in schizophrenia and its management. *Advances in Psychiatric Treatment*, σσ. 169-177.

Muratori, F., Salvadori, F., Arcangelo, G., Viglione, V., & Picchi, L. (2005). Childhood psychopathological antecedents in early onset schizophrenia. *Eur Psychiatry*, σσ. 309-314.

*National Institute of Mental Health.* (n.d.). Ανάκτηση από <https://www.nimh.nih.gov/index.shtml>

neurocognition, theory of mind, social competence, negative symptoms and realworld

Nevler, N., Ash, S., Jester, C., Irwin, D.J., Liberman, M., Grossman, M., 2017. Automatic measurement of prosody in behavioral variant FTD. *Neurology* 89, 650-656. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004236>

Niendam, T. A., Bearden, C. E., Johnson, J. K., McKinley, M., Loewy, R., O'Brien, M., . . . Cannon, T. D. (2006). Neurocognitive performance and functional disability in the psychosis prodrome. *Schizophrenia Research*, σσ. 100–111.

Nieuwenstein, M. R., Aleman, A., & de Haan, E. H. (2001, March-April). Relationship between symptom dimensions and neurocognitive functioning in schizophrenia: a meta-analysis of WCST and CPT studies. *Journal of Psychiatric Research*, σσ. 119-125.

Nuechterlein, K. H., & Dawson, M. E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *SCHIZOPHRENIA BULLETIN*.

O'Carroll, R. (2000, May). Cognitive impairment in schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*.

Owen, C., Tarantello, C., Jones, M., & Tennant, C. (1998, November). Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv.*, σσ. 1452-7. doi:10.1176/ps.49.11.1452

Pankey, J., & Hayes, S. (2003, December 2). Acceptance and commitment therapy for psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy.*, σσ. 311-328.

Park, K.-M., Ku, J., Choi, S.-H., Jang, H.-J., Park, J.-Y., Kim, S., & Kim, J.-J. (2011, September 30). A virtual reality application in role-plays of social skills training for schizophrenia: A randomized, controlled trial. *Elsevier*, σσ. 166-172. doi:10.1016/j.psychres.2011.04.003

Parola, A., Berardinelli, L., Bosco, F.M., 2018. Cognitive abilities and theory of mind in explaining communicative-pragmatic disorders in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 260, 144–151. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.051>

Pauselli, L., Halpern, B., Cleary, S., Ku, B., Covington, M. A., & Compton, M. (2018, May). Computational linguistic analysis applied to a semantic fluency task to measure derailment and tangentiality in schizophrenia. *Psychiatry Research*, σσ. 74-79. doi:10.1016/j.psychres.2018.02.037

- Percie du Se, O., Potvin, S., Lipp, O., Dellazzino, L., Laurelli, M., Breton, R., . . . Dumais, A. (2018, July). Virtual reality therapy for refractory auditory verbal hallucinations in schizophrenia: A pilot clinical trial. *Elsevier*, σσ. 176-181. doi:10.1016/j.schres.2018.02.031
- Perez-Costas, E., Ferro, M. M., & Roberts, R. C. (2010, April). Basal ganglia pathology in schizophrenia: dopamine connections and anomalies. *J Neurochem*, σσ. 287–302.
- Pergola, G., Selvaggi, P., Trizio, S., Bertolino, A., & Blasi, G. (2015, July). The role of the thalamus in schizophrenia from a neuroimaging perspective. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, σσ. 57-75.
- Perris, C. (1992). *Γνωσιακή θεραπεία με σχιζοφρενικούς ασθενείς*. Αθήνα: ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ.
- Piotrowski, P., Gondek, T., Królicka-Deręowska, A., Misiak, B., Adamowski, T., & Kiejna, A. (2017, January 9). Causes of mortality in schizophrenia: An updated review of european studies. *Psychiatria Danubina*, σσ. 108-120. Ανάκτηση από [http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocImages/pdf/dnb\\_vol29\\_no2/dnb\\_vol29\\_no2\\_108.pdf](http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocImages/pdf/dnb_vol29_no2/dnb_vol29_no2_108.pdf)
- Pisanski, K., Cartei, V., McGettigan, C., Raine, J., Reby, D., 2016. Voice modulation: a window into the origins of human vocal control? *Trends Cogn. Sci.* 20, 304–318. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2016.01.002>
- Piskulic, D., Olver, J. S., Norman, T. R., & Maruff, P. (2007). Behavioural studies of spatial working memory dysfunction in schizophrenia: A quantitative literature review. *Psychiatry Research*, σσ. 150(2), 111-121.
- Portnoff, L. A., Golden, C. G., Snyder, T. J., & Gustavson, J. L. (1982, May). Deficits of Ideokinetic praxis in chronic schizophrenics on a modified version of the Luria-Nebraska Motor Scale. *The International Journal of Neuroscience*, σσ. 151-8.
- Priebe, S., & Rohricht, F. (2001). Specific body image in acute schizophrenia. *Psychiatry Research*, σσ. 289-301.
- Quee, P. J., Eling, P. A., Heijden, F. M., & Hildebrandt, H. (2011). Working memory in schizophrenia: A systematic study of specific modalities and processes. *Psychiatry Research*, σσ. 185(1), 54-59.

- Rabinowitz, J., Levine, S.Z., Garibaldi, G., Bugarski-Kirola, D., Berardo, C.G., Kapur, S., 2012. Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia: analysis of CATIE data. *Schizophr. Res.* 137, 147–150. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.01.015>
- Rapcan, V., D'Arcy, S., Yeap, S., Afzal, N., Thakore, J., Reilly, R.B., 2010. Acoustic and temporal analysis of speech: a potential biomarker for schizophrenia. *Med. Eng. Phys.* 32,1074–1079. <https://doi.org/10.1016/j.medengphy.2010.07.013>
- Rapoport, J. L. (1990, August). Obsessive compulsive disorder and basal ganglia dysfunction. *Psychological Medicine*, σσ. 465-469.
- Rasmussen, S., Greenberg, B., Mindus, P., Friehs, G., & Noren, G. (2000, November). Neurosurgical approaches to intractable obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*, σσ. 23-34.
- Rauch, S. L., Savage, C. R., Alpert, N. M., Fischman, A. J., & Jenike, M. A. (1997). The functional neuroanatomy of anxiety: a study of three disorders using positron emission tomography and symptom provocation. *Society of Biological Psychiatry*, σσ. 446-452.
- Reading, P. J. (1991). Frontal lobe dysfunction in schizophrenia and Parkinson's disease—a meeting point of neurology, psychology and psychiatry:discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, σσ. 84(6), 349-353.
- Reichenberg, A. A. (2010). The assessment of neuropsychological functioning in schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, σσ. 12(3), 383.
- Remington, J. S., Klein, J. O., Wilson, C. B., & Baker, C. J. (2006). *Infectious diseases of the fetus and newborn infant* (6th Edition εκδ.). Amsterdam: Elsevier.
- Remington, J. S., Klein, J. O., Wilson, C. B., & Baker, C. J. (2006, April). Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant. *Clinical Infectious Diseases*, σσ. 1062–1063.
- Revheim, N., & Medalia, A. (2004). Verbal memory, problem-solving skills and community status in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, σσ. 68(2), 149-158.
- Robinson, D., Wu, H., Munne, R., Ashtari, M., Alvir, J., Lemer, G., . . . Bogerts, B. (1995, May). Reduced caudate nucleus volume in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, σσ. 393-8.
- Rosen, I. (1957). The clinical significance of obsessions in schizophrenia. *J Ment Sci*, σσ. 103:773-85.

- Ross, E.D., Orbelo, D.M., Cartwright, J., Hansel, S., Burgard, M., Testa, J.A., Buck, R., 2001. Affective-prosodic deficits in schizophrenia: comparison to patients with brain damage and relation to schizophrenic symptoms. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 70, 597–604. <https://doi.org/10.1136/jnnp.70.5.597>
- Sadock, B., & Sadock, V. (2007). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry* (10th Edition εκδ.). Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Saha, S., Chant, D., & McGrath, J. (2007, October). A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of general Psychiatry*, σσ. 1123-1131. doi:10.1001/archpsyc.64.10.1123
- Sakson-Obada, O., Chudzikiewicz, P., Pankowski, D., & Jarema, M. (2016, November). Body image and body experience disturbances in schizophrenia: an attempt to introduce the concept of body self as a conceptual framework. *Curr Psychol*, σσ. 390-400.
- Samele, C., Frew, S., & Urquía, N. (2013, July). [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/europopp\\_full\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf). Ανάκτηση από <https://ec.europa.eu>
- Sandoiu, A. (2017, October 6). Schizophrenia: Nearly 80 percent of risk down to genes. *Medical News Today*. Ανάκτηση από MEDICAL NEWS TODAY: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/319674>
- Schacter, D., Gilbert, D., & Wegner, D. (2012). *ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ*. Αθήνα: Gutenberg.
- Scherzer, P., Leveille, E., Achim, A., Boisseau, E., & Stip, E. (2012). A study of theory of mind in paranoid schizophrenia: a theory or many theories? *Frontiers in psychology*, σ. 3.
- Schizophr. Res. 140, 41–45. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.07.001>
- Schizophr. Res. 96, 135–145. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.07.023>
- Schneider, F., Gur, R. C., Koch, K., Backes, V., Amunts, K., Shah, N. J., & Habel, U. (2006). Impairment in the specificity of emotion processing in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, σσ. 163(3), 442-447.
- Schoen Simmons, E., Paul, R., & Volkmar, F. (2014, December). Assessing pragmatic language in autism spectrum disorder: The yale in vivo pragmatic protocol. *Journal of speech, language and hearing research: JSLHR*, σσ. 2162-73. doi:10.1044/2014\_JSLHR-L-14-0040
- Schuepbach, D., Keshavan, M. S., Kmeic, J. A., & Sweeney, J. A. (2002). Negative symptom resolution and improvements in specific cognitive deficits after acute treatment in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, σσ. 53(3), 249-261.

- Seidman, L. J., Giuliano, A. J., Meyer, E. C., Addington, J., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., . . . Perkins, D. O. (2010). Neuropsychology of the prodrome to psychosis: Relationship to family history and conversion to psychosis. *Arch Gen Psychiatry*, σσ. 578-588.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J., Scot, J., Siddle, R., . . . Barnes, T. (2000, February). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, σσ. 165-172. doi:10.1001/archpsyc.57.2.165
- Sensory contributions to impaired prosodic processing in schizophrenia. *Biol. Psychiatry* 58, 56–61. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.034>
- Sevincok, L., Akoglu, A., & Arslantas, H. (2006, Dec). Schizo-obsessive and obsessive-compulsive disorder: comparison of clinical characteristics and neurological soft signs. *Psychiatry Res*, σσ. 7:145(2-3):241-8.
- Seymour, K., Rhodes, G., Stein, T., & Langdon, R. (2015, December). Intact unconscious processing of eye contact in schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*.
- Shenton, M. E. (1996). Temporal lobe structural abnormalities in schizophrenia: A selective review and presentation of new magnetic resonance imaging findings. *Psychopathology: The evolving science of mental disorder*, σσ. 51-99.
- Silbersweig, D., Stem, E., Frith, C., Cahill, C., Holmes, A., Grootoonk, S., . . . Schnorr, L. (1995, Nov). A functional neuroanatomy of hallucinations in schizophrenia. *Nature*, σσ. 176-9.
- Sims, A. (2002). *Symptoms in the mind* (3rd Edition εκδ.). Saunders.
- Sims, A. (2003). *Symptoms in the mind*. Sauders.
- Siskind, D., McCartney, L., Goldschlager, R., & Kisely, S. (2016, November). Clozapine v. first- and second-generation antipsychotics in treatment-refractory schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, σσ. 385-392. doi:10.1192/bjp.bp.115.177261
- Sobhani-Rad, D., Ghorbani, A., Ashayeri, H., Jalaei, S., & Mahmoodi-Bakhdiari, B. (2014, April). The assessment of pragmatics in Iranian patients with right brain damage. *Iranian journal of neurology.*, σσ. 83-87.
- Steadman , H., Mulvey, E., Monahan, J., Robbins, P., Appelbaum, P., Grisso, T., . . . Silver, E. (1998, May). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry.*, σσ. 393-401. doi:10.1001/archpsyc.55.5.393
- Stephane, M., Kuskowski, M., & Gundel, J. (2014, May). Abnormal dynamics of language in schizophrenia. *Psychiatry Research*, σσ. 320-324. doi:10.1016/j.psychres.2014.02.027

- Stip, E., & Lussier, I. (1996). The effect of risperidone on cognition in patients with schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry/ La revue canadienne de psychiatrie*.
- Stratta, P., Mancini, F., Mattei, P., Danelluzzo, E., Casacchia, M., & Rossi, A. (November). Association between striatal reduction and poor Wisconsin card sorting test performance in patients with schizophrenia. *Biol Psychiatry*, σσ. 816-20.
- Strauss, G. P. (2013). The emotion paradox of anhedonia in schizophrenia: or is it? *Schizophrenia Bulletin*, σσ. 39(2), 247-250.
- Strengler-Wenzke, K., Muller, U., Angermeyer, M., Sabri, O., & Hesse, S. (2004, August). Reduced serotonin transporter availability in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, σσ. 252-255.
- Suslow, T., Lindner, C., Dannlowski, U., Walhöfer, K., Rödiger, M., Maisch, B., . . . Kugel, H. (2013). Automatic amygdala response to facial expression in schizophrenia: initial hyperresponsivity followed by hyporesponsivity. *BMC Neuroscience*, σ. 140.
- Szeszko, P., Robinson, D., Alvir, J., Bilder, R., Lencz, T., Ashtari, M., . . . Bogerts, B. (1999, Oct). Orbital frontal and amygdala volume reductions in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, σσ. 913-9.
- Tahir, Y., Yang, Z., Id, D.C., Thalmann, N., Thalmann, D., Maniam, Y., Amirah, N., Tan, L., Lee, J., Keong, C., Dauwels, J., 2019. Non-verbal Speech Cues as Objective Measures for Negative Symptoms in Patients with Schizophrenia. pp. 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214314>
- Tandon, R., Keshavan, M.S., Nasrallah, H. a, 2008. Schizophrenia, “just the facts” what we know in 2008.2. Epidemiology and etiology. *Schizophr. Res.* 102, 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.04.011>
- Tek, C., Gold, J., Blaxton, T., Wilk, C., McMahon, R., & Buchanan, R. W. (2002). Visual perceptual and working memory impairments in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, σσ. 146-153.
- Tibbo, P., & Warneke, L. (1999). Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: epidemiologic and biologic overlap. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, σσ. 15-24.
- Tienari, P., Wynne, L. C., Moring, J., Lahti, I., Naarala, M., & Sorri, A. (1994). The Finnish adoptive family study of Schizophrenia: Implications for family research. *British Journal of Psychiatry Supplement*, σσ. 23, 20-26.



Trémeau, F., Malaspina, D., Duval, F., Corrêa, H., Hager-Budny, M., Coin-Bariou, L., Macher, J.P., Gorman, J.M., 2005. Facial expressiveness in patients with schizophrenia compared to depressed patients and nonpatient comparison subjects. *Am. J. Psychiatry* 162, 92–101. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.92>

Trigeorgis, G., Ringeval, F., Brueckner, R., Marchi, E., Nicolaou, M.A., Schuller, B., Zafeiriou, S., 2016. Adieu features? End-to-end speech emotion recognition using a deep convolutional recurrent network. 2016 IEEE Int. Conf. Acoust. Speech Signal Process. <https://doi.org/10.1109/ICASSP.2016.7472669>

Tsanas, A., Little, M.A., McSharry, P.E., Ramig, L.O., 2011. Nonlinear speech analysis algorithms mapped to a standard metric achieve clinically useful quantification of average Parkinson's disease symptom severity. *J. R. Soc. Interface* 8, 842–855. <https://doi.org/10.1098/rsif.2010.0456>

Uptegrove, R., Birchwood, M., Ross, K., Brunett, K., McCollum, R., & Jones, L. (2010, September). The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand.*, σσ. 211-8. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01506.x

Uptegrove, R., Marwaha, S., & Birchwood, M. (2017, March). Depression and Schizophrenia: Cause, Consequence, or Trans-diagnostic Issue? *Schizophrenia Bulletin*, σσ. 240-244. doi:10.1093/schbul/sbw097

Ustun, B. T., Rehm, J., Chatterji, S., Saxena, S., Trotter, R., Room, R., & Bickenbach, J. (1999, July 10). Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. *The Lancet*, σσ. 111-115. doi:10.1016/S0140-6736(98)07507-2

Valmaggia, L. R., van der Gaag, M., Tarrier, N., Pijnenborg, M., & Slooff, C. J. (2005, April). Cognitive - behavioral therapy for refractory psychotic symptoms of schizophrenia resistant to atypical antipsychotic medication. Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, σσ. 324-330. doi:10.1192/bjp.186.4.324

van Os, J., & Kapur, S. (2009, August 22). Schizophrenia. *The Lancet*, σσ. 635-645. doi:10.1016/S0140-6736(09)60995-8

Varga, E., Schnell, Z., Tényi, T., Németh, N., Simon, M., Hajnal, A., . . . Herold, R. (2014, May). Compensatory effect of general cognitive skills on non-literal language processing in schizophrenia: A preliminary study. *Journal of Neurolinguistics*, σσ. 1-16. doi:10.1016/j.jneuroling.2014.01.001

- Veiga-Martínez, C., Pérez-Álvarez, M., & García-Montes, J. (2008, April 1). Acceptance and Commitment Therapy Applied to Treatment of Auditory Hallucinations. *SAGE Journals*, σσ. 118-135. doi:<https://doi.org/10.1177/1534650107306291>
- Videbech, P., & Ravnkilde, B. (2004). Hippocampal volume and depression: a meta-analysis of MRI studies. *Am J Psychiatry*, σσ. 1957-1966.
- Volavka, J. (2002). *Neurobiology of Violence* (2nd Edition εκδ.). Washington DC: *American Psychiatric Association Publishing*.
- Walther, S., 2015. Psychomotor symptoms of schizophrenia map on the cerebral motor circuit. *Psychiatry Res. Neuroimaging* 233, 293–298. <https://doi.org/10.1016/J.PSCYCHRESNS.2015.06.010>
- Walther, S., Strik, W., 2012. Motor symptoms and schizophrenia. *Neuropsychobiology* 66, 77–92. <https://doi.org/10.1159/000339456>
- Wang, K., An, N., Li, B.N., Zhang, Y., Li, L., 2015. Speech emotion recognition using Fourier parameters. *IEEE Trans. Affect. Comput.* <https://doi.org/10.1109/TAFFC.2015.2392101>
- Waris, P., Lindberg, N., Kettunen, K., & Tani, P. (2013). The relationship between Asperger's syndrome and schizophrenia in adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, σσ. 217-223.
- Weickert, T. W., Goldberg, T. E., Gold, J. M., Bigelow, L. B., Egan, M. F., & Weinberger, D. R. (2000). Cognitive impairments in patients with schizophrenia displaying preserved and compromised intellect. *Archives of General Psychiatry*, σσ. 57(9). 907-913.
- Weiden, P., Diamond, R., Scheifler, P., & Ross, R. (1999). *Breakthroughs in Antipsychotic Medications*. New York: *Norton Professional Books*.
- Weissman, M., Sholomskas, D., Pottenger, M., Prusoff, B., & Locke, B. (1977). Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study. *American Journal of Epidemiology*, σσ. 203-214.
- Whiteman, H. (2014, September). Is OCD a risk factor for schizophrenia? *Medical News Today*.

Williams, M.E., Lee, S., Bone, D., Levitt, P., Black, M.P., Lee, C.-C., Narayanan, S., 2014. The psychologist as an interlocutor in autism Spectrum disorder assessment: insights from a study of spontaneous prosody. *J. Speech, Lang. Hear. Res.* 57, 1162–1177. [https://doi.org/10.1044/2014\\_jslhr-s-13-0062](https://doi.org/10.1044/2014_jslhr-s-13-0062)

Witusik, A., & Pietras, T. (2019, December 27). Music therapy as a complementary form of therapy for mental disorders. *Pol Merkur Lekarski*, σσ. 240-243.

Wolf, S., Jones, D., Knable, M., Gorey, J., Lee, K., Hyde, T., . . . Weinberger, D. (1996, August). Tourette syndrom: prediction of phenotypic variation in monozygotic twins by caudate nucleus D2 receptor binding. *Science*, σσ. 1225-7.

Woodberry, K. A., Seidman, L. J., Giuliano, A. J., Verdi, M. B., Cook, W. B., & McFarlane, W. R. (2010, November). Neuropsychological profiles in individuals at clinical high risk for psychosis: relationship to psychosis and intelligence. *Schizophrenia Research*, σσ. 188–198.

World Health Organization. (1998). *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), Glossary*. Geneva: American Psychiatric Press.

World Health Organization. (2008). [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1). Ανάκτηση από World Health Organization: <https://www.who.int>

Xia, J., & Li, C. (2007). Problem solving skills for schizophrenia. *Cochrane Database of Syst Rev*, σ. 2.

Yasamy, M., Cross, A., McDaniell, E., & Saxena, S. (2016, October 30). [https://www.who.int/mental\\_health/world-mental-health-day/paper\\_wfmh.pdf](https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/paper_wfmh.pdf). Ανάκτηση από World Health Organization: <https://www.who.int>

Yi, L., Hongwei, D., & Yang, Z. (2018, October). Emotional Prosody Processing in Schizophrenic Patients: A Selective Review and Meta-Analysis. *J Clin Med.*, σ. 363. doi:10.3390/jcm7100363

Yin, B., Ruiz, N., Chen, F., Khawaja, M.A., 2007. Automatic cognitive load detection from speech features. 19th Australas. Conf. Comput. Interact. Entertain. *User Interfaces*, pp. 249–255. <https://doi.org/10.1145/1324892.1324946>

Zisook, S., McAdams, L. A., Kuck, J., Harris, M. J., Bailey, A., Patterson, T. L., . . . Jeste, D. (1999). Depressive symptoms inschizophrenia. *Am J Psychiatry*, σσ. 1736-1743.

- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: New view of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, σσ. 86, 103-126.
- Αγγελόπουλος, Ν. Β. (2009). *Ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία - Μια σύγχρονη ψυχιατρική Τόμος Β*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις.
- Ανομίτρη, Χ., & Λαζαράτου, Ε. (2017). Σύνδρομο Asperger και σχιζοφρένεια: Νευροαναπτυξιακό συνεχές ή ξεχωριστές κλινικές οντότητες;. *Ψυχιατρική*, σσ. 175-182.
- Βικιπαίδεια. (2020, Μαρτίου 1). [https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A4%CE%B6%CF%89%CE%BD\\_%CE%A6%CE%BF%CF%81%CE%BC%CF%80%CF%82\\_%CE%9D%CE%B1%CF%82](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A4%CE%B6%CF%89%CE%BD_%CE%A6%CE%BF%CF%81%CE%BC%CF%80%CF%82_%CE%9D%CE%B1%CF%82). Ανάκτηση Μαρτίου 1, 2020, από Βικιπαίδεια: <https://el.wikipedia.org>
- Βρακά, Ν. (2018, Φεβρουαρίου 25). <https://eidikospaidagogos.gr/anaptuksiaki-poreia-log-sxiz/>. Ανάκτηση από Ειδικός Παιδαγωγός: <https://eidikospaidagogos.gr>
- Γεωργιάδου, Ε. Β. (2008). *Διερεύνηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε διαφορετικά στάδια της σχιζοφρένειας*.
- Γιαννακού, Μ. (2008). *Θεωρία του νου στην σχιζοφρένεια*.
- Γκοργκόνας, Σ. (2018). <https://www.gnosiaki-psychotherapeia.com/post/2018/04/13/%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%AF%CE%B1-%CE%B1%CF%80%CE%BF%CE%B4%CE%BF%CF%87%CE%AE%CF%82-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%B4%CE%AD%CF%83%CE%BC%CE%B5%CF%85%CF%83%CE%B7%CF%82>. Ανάκτηση από Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία: <https://www.gnosiaki-psychotherapeia.com>
- Γρίβας, Κ. (1985). *Ψυχιατρικός Ολοκληρωτισμός*. ΙΑΝΟΣ.
- Δαλάγδη, Α. Β. (2014). Η έκπτωση των νοητικών λειτουργιών στην σχιζοφρένεια. Αλεξανδρούπολη.
- Ευθυμίου, Κ., & Μαλτέζος, Σ. (2007). *Το απαρτιωτικό ψυχολογικό θεραπευτικό πρόγραμμα για την Σχιζοφρένεια (I.P.T.)*. Αθήνα: Scientific Publications.
- Ηλιόπουλος, Β., & Κολοκοτρώνης, Σ. (2017). *Σχιζοφρένεια και νοσηλευτική φροντίδα (Πτυχιακή Εργασία)*. Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών.
- Κάνδιας, Μ., & Γιακουμάκη, Σ. Γ. (2012). Νευρογνωστικά ελλείμματα στην σχιζοφρένεια και την διπολική διαταραχή: ομοιότητες και διαφορές. *Hellenic Journal of Psychology*, σσ. 45-61.

- Κορδώση, Α., Σαρίδη, Μ., & Σουλιώτης, Κ. (2015, Μάρτιος 29). Το κοινωνικό στίγμα της ψυχικής ασθένειας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 7(1). Ανάκτηση από Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας: <http://www.inhealthcare.gr/manuscript/to-koinoniko-stigma-tis-psuxikis-astheneias>
- Κωνσταντακόπουλος, Γ., Ιωαννίδη, Ν., Πατρικέλης, Π., Σουμάνη, Α., Ουλής, Π., Σακκάς, Δ., & Πλουμπίδης, Δ. (2011). Νευροψυχολογική εκτίμηση κλινικά σταθερών ασθενών με διπολική διαταραχή ή σχιζοφρένεια και υγιών μαρτύρων. *Ψυχιατρική*, σσ. 22(3), 195-206.
- Λιάκος, Α. (1991). Διαταραχές της βούλησης και της ψυχοκινητικής συμπεριφοράς. Στο Στεφανής Κ. και Συνεργάτες, *Θέματα Ψυχιατρικής*. Αθήνα: Συμμετρία.
- Μαδιανός, Μ. (1999). *Η μηλιά κάτω από το μήλο. Άτομο και οικογένεια στην κοινοτική ψυχοθεραπεία της ψύχωσης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα .
- Μαργαρίτη, Μ., Χατζούλης, Μ., Λαζαρίδου, Μ., Μαρκάκη, Λ., Αγγελίδης, Γ. Φ., Φωτόπουλος, Β., . . . Τουλούμης, Χ. (2015, Ιούλιος). [http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/ODIGOS%20ERGALEIWN/DIADIKASIES/9.%CE%9A%CE%9F\\_Schizophrenia.pdf](http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/ODIGOS%20ERGALEIWN/DIADIKASIES/9.%CE%9A%CE%9F_Schizophrenia.pdf). Ανάκτηση από Ψυχαργός: <http://www.psychargos.gov.gr>
- Μαστορογιάννη, Σ., Μπόραντα, Χ., Ναθαναηλίδου, Α., & Χαϊτίδου, Α. (2017). *ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ (Πτυχιακή Εργασία)*. Ιωάννινα: ΤΕΙ Ηπείρου.
- Ουλής, Π. (1996). *Στοιχεία Ψυχιατρικής Σημειολογίας*. Αθήνα: ΖΕΒΕΛΕΚΑΚΗΣ.
- Παπαδημητρίου, Γ. Ν., Λιάππας, Ι. Α., & Λύκουρας, Ε. (2013). *Σύγχρονη ψυχιατρική*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις.
- Παπαδημητρίου, Γ., Λιάππας, Ι., & Λύκουρας, Ε. (2013). *Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Αθήνα: ΒΗΤΑ.
- Περιτογιάννης, Β. Κ., & Ζακοπούλου, Β. Σ. (2010). *Διαταραχές της επικοινωνίας σε ψυχιατρικές παθήσεις*. Αθήνα: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ.
- Πολυζόπουλος, Ε. (2013, Απρίλιος 16). <https://www.iatropedia.gr/ygeia/therapia-me-ilektrosok-i-epistimoniki-alithia-ke-i-mithi/32098/>. Ανάκτηση από IATROPEdia: <https://www.iatropedia.gr>
- Ρακιτζή, Σ., Γεωργιλιά, Π., & Ευθυμίου, Κ. (2016). *ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ. Βιολογική και γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση*. Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας & Θεραπείας της Συμπεριφοράς.
- Σκαλτσή, Π., Παπαγαθαγγέλου, Μ., Νερούτσος, Ε., Ευαγγέλου, Χ., & Μαυρέας, Β. (2010). [http://www.iatrikionline.gr/ergothe\\_42/2.pdf](http://www.iatrikionline.gr/ergothe_42/2.pdf). Ανάκτηση από Γνωσιακή αναδόμηση στη σχιζοφρένεια: <http://www.iatrikionline.gr>

- Στεφανής, Κ. (1991). Σχιζοφρένεια. Στο Στεφανής Κ. και Συνεργάτες, *Θέματα Ψυχιατρικής*. Αθήνα: Συμμετρία.
- Στεφανής, Ν., Ρίζος, Ε., & Λύκουρας, Ε. (2013). Σχιζοφρένεια και συναφείς διαταραχές. Στο Γ. Παπαδημητρίου, Ι. Λιάππας, & Ε. Λύκουρας, *ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ* (σ. 316). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Τσαλίκογλου, Φ. (1987). *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή*. Αθήνα: ΠΑΠΑΖΗΣΗΣ.
- Τσαλίκογλου, Φ. (1989). *Σχιζοφρένεια και Φόνος. Μια ψυχολογική - εγκληματολογική έρευνα*. Αθήνα: ΠΑΠΑΖΗΣΗΣ.
- Φερεντίνος, Π., & Κονταξάκης, Β. (2003). <http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=17001>.  
Ανάκτηση από ΙΑΤΡΟΤΕΚ: <http://www.iatrotek.org>
- Χαρτοκόλλης, Π. (1991). *Εισαγωγή στη Ψυχιατρική*. Αθήνα: ΘΕΜΕΛΙΟ.
- Χριστοδούλου, Ν. Γ. (2010). *Καταθλιπτική και ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία σε ασθενείς με σχιζοφρένεια*. Αθήνα.