



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ  
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

## ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

### Πτυχιακή Εργασία

### Κατανόηση Συναισθηματικής Προσωδίας από ασθενείς με σχιζοφρένεια

**Σπουδάστρια: Πουρλιάκα Τατιάνα Α.Μ. 16214**

**Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Δρ. Μαρτζούκου Μαρία**

**Νοέμβριος 2017**

**Ιωάννινα**



**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**Πτυχιακή Εργασία :**

**Κατανόηση Συναισθηματικής Προσωδίας από ασθενείς με σχιζοφρένεια**

**Σπουδάστρια: Πουρλιάκα Τατιάνα Α.Μ. 16214**

**Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Δρ. Μαρτζούκου Μαρία**

**Νοέμβριος 2017**

**Ιωάννινα**

**DISSERTATION:**  
**THE COMPREHENSION OF**  
**AFFECTIVE PROSODY BY PATIENTS WITH**  
**SCHIZOPHRENIA**

**Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή**

**Ιωάννινα,2017**

**ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ**

**1. Επιβλέπουσα Καθηγήτρια**

Μαρία Μαρτζούκου

Δρ. Ψυχολογίας - Νευρογλωσσολογίας, Ακαδημαϊκή Υπότροφος

**2. Μέλος επιτροπής**

Γρηγόριος Νάσιος

Δρ. Νευρολογίας, Αναπληρωτής Καθηγητής

**3. Μέλος επιτροπής**

Αναστασία Νούσια

Λογοθεραπεύτρια, Ακαδημαϊκή Υπότροφος

**Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος**

**Υπογραφή**

© Πουρλιάκα Τατιάνα, 2017.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

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

Πουρλιάκα Τατιάνα

Υπογραφή

*“Sometimes I think people take reality for granted.”*

*— Francesca Zappia*

## Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια των προπτυχιακών σπουδών μου στο τμήμα Λογοθεραπείας του ΤΕΙ Ηπείρου και αποτελεί κομμάτι των καθηκόντων μου στο εν λόγω τμήμα. Ολοκληρώνοντας λοιπόν την εργασία αυτή αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω ορισμένα πρόσωπα που συνέβαλαν στην ομαλή διεκπεραίωσή της.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ Μαρτζούκου Μαρία, για τη συνεργασία, τη πολύτιμη καθοδήγηση και τη συμβολή της στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας. Ο επαγγελματισμός και η αφοσίωση της στην επιστήμη της αποτέλεσε και αποτελεί πρότυπο για μένα.

Τέλος θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένειά μου για την ηθική, οικονομική αλλά κυρίως συναισθηματική στήριξη καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Δεν θα ήμουν εγώ χωρίς αυτούς.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κατά τη διάρκεια της τετραετούς φοίτησής μου στο τμήμα του Α.Τ.Ε.Ι Ηπείρου ήρθα σε επαφή με την επιστήμη της Λογοθεραπείας και ένιωσα έντονο ενδιαφέρον τόσο για τη μελέτη της Γλώσσας όσο και για το αντικείμενο της Ψυχοπαθολογίας. Η πρακτική μου άσκηση στο Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, μου επέτρεψε να έρθω σε επαφή με διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον ένιωσα για το σύνδρομο της σχιζοφρένειας, εξαιτίας της πολυπλοκότητας και της ποικιλομορφίας των συμπτωμάτων του, αλλά και των πολλών προβλημάτων που συνοδεύουν τον λόγο και την επικοινωνιακή ικανότητα των ασθενών. Αυτός είναι ο λόγος που επέλεξα να ασχοληθώ στην εργασία μου με το θέμα της διαταραχής της προσωδίας σε άτομα με σχιζοφρένεια.

Η παρούσα διπλωματική πραγματεύεται τη μελέτη των επικοινωνιακών διαταραχών που απαντώνται σε ασθενείς με διάγνωση σχιζοφρένειας, με έμφαση κυρίως στις διαταραχές της συναισθηματικής προσωδίας. Αρχικά, αναλύεται διεξοδικά ο όρος προσωδία και όλα τα επιμέρους στοιχεία που συνδέονται με αυτόν, παρουσιάζονται δηλαδή στον αναγνώστη ο ορισμός και τα χαρακτηριστικά της προσωδίας και τα είδη αυτής. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται το σύνδρομο της σχιζοφρένειας και πιο συγκεκριμένα ο ορισμός, ο επιπολασμός, τα αίτια, η κλινική της εικόνα αλλά και η παρέμβαση στη σχιζοφρένεια. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι διαταραχές του λόγου των ασθενών με σχιζοφρένεια και παρουσιάζονται μελέτες σχετικές με την κατανόηση της συναισθηματικής προσωδίας από ασθενείς με σχιζοφρένεια. Τέλος γίνεται μια σύνοψη των συμπερασμάτων που προέκυψαν κατά τη σύνθεση της εργασίας αυτής και δίνονται προτάσεις για περαιτέρω μελέτες και έρευνες στο μέλλον.

Στόχος της εργασίας είναι να διερευνηθεί κατά πόσο οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν δυσκολία στην κατανόηση της συναισθηματικής προσωδίας.

**Λέξεις κλειδιά:** προσωδία, συναισθηματική προσωδία, σχιζοφρένεια.

## **Abstract**

This paper discusses the communication disorders patients with schizophrenia face, especially the difficulties in comprehension of affective prosody.

At first will be presented the term of prosody, which refers to variations of the pitch (intonation), the loudness (intensity), the duration, the tempo (rate), the rhythm (stressed vs distressed syllables, length) and the existence or not of pauses. Also different kinds of prosody will be analyzed. In general, prosody can be categorized into three main types, Affective prosody, which expresses the speaker's feeling state and emotions, Pragmatic prosody, which highlights an element within an utterance, as important or contrastive information, and Syntactic prosody which clarifies lexical ambiguities by means of stress.

The second chapter is a short introduction to schizophrenia. As with many mental disorders, schizophrenia is characterized by a variety of symptoms, in schizophrenia they are mainly categorized into positive and negative symptoms. Causes of schizophrenia will be presented, as well as how schizophrenia is treated.

The third chapter is about the language in schizophrenia and presents language disorders in schizophrenia. More specifically language disorders will be categorized into quantity and flow disorders in schizophrenic language, difficulties of schizophrenic language comprehension and prosodic disorders in schizophrenia. Finally some of the most representative studies, which concerns affective prosody comprehension in schizophrenia will be represented.

**Key words:** prosody, syntactic prosody, affective prosody, schizophrenia.

## Πίνακας περιεχομένων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:ΠΡΟΣΩΔΙΑ.....	13
2.1.Ορισμός και χαρακτηριστικά της προσωδίας.....	13
2.1.1.Τονικό ύψος .....	14
2.1.2.Επιτονισμός.....	14
2.1.3.Διάρκεια .....	15
2.2.Είδη Προσωδίας.....	15
2.2.1.Πραγματολογική Προσωδία .....	16
2.2.2.Συναισθηματική Προσωδία .....	16
2.2.3.Συντακτική Προσωδία.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	21
3.1. Ορισμός.....	21
3.2. Επιπολασμός και αίτια.....	21
3.3.Κλινική Εικόνα.....	27
3.3.1.Διαγνωστικά κριτήρια (DSM-IV-TR) .....	27
3.3.2 Θετικά συμπτώματα .....	28
3.3.3.Αρνητικά Συμπτώματα.....	30
3.3.4.Συμπτώματα αποδιοργάνωσης .....	31
3.3.5.Άλλα συμπτώματα .....	31
3.4. Κατηγορίες της σχιζοφρένειας (DSM-IV-TR).....	32
3.4.1. Αποδιοργανωμένος τύπος .....	32
3.4.2. Κατατονικός τύπος.....	32
3.4.3. Παρανοειδής τύπος.....	33
3.4.4. Επιπρόσθετοι τύποι .....	33
3.5.Παρέμβαση .....	33
3.5.1.Φαρμακευτική Παρέμβαση .....	33
3.5.2.Ψυχολογική παρέμβαση .....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Διαταραχές του λόγου στη σχιζοφρένεια.....	36
4.1.Διαταραχές στην ροή και την ποσότητα λόγου.....	36
4.2.Διαταραχές στη νοηματική συνάφεια και στην κατανόηση.....	38
4.3.Διαταραχή της προσωδίας στη σχιζοφρένεια .....	41

4.4.Αιτιολογία διαταραχών λόγου στη σχιζοφρένεια .....	45
Γενικά Συμπεράσματα.....	47
Βιβλιογραφία .....	48

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η όρος προσωδία αναφέρεται στη μουσικότητα που συνοδεύει τον προφορικό μας λόγο και προέρχεται από τα συνθετικά προς και ωδή (Fox, 2010). Η προσωδία σχετίζεται με την ανάλυση των τονικών, χρονικών και δυναμικών στοιχείων της γλώσσας που δίνουν στον λόγο του ομιλητή συναισθηματική χροιά, έμφαση ή μορφή (ερώτηση, δήλωση, απαίτηση) (Fromkin, Rodman, & Hyams, 2012). Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία διακρίνουμε την προσωδία σε τρεις τύπους, πραγματολογική, συναισθηματική και συντακτική προσωδία (Μαρτζούκου, 2014). Στην καθημερινότητα μας χρησιμοποιούμε όλους τους τύπους προσωδίας, τον καθένα για διαφορετικό λόγο (Mesulam, 2011). Συνοπτικά, η συναισθηματική προσωδία χρησιμοποιείται για την μετάδοση των συναισθημάτων του ομιλητή (Mesulam, 2011), η πραγματολογική δίνει έμφαση στη σημαντική πληροφορία στο λόγο του (Martzoukou, Papadopoulou, & Papadopoulou, 2017) και η συντακτική μας βοηθάει να λύσουμε συντακτικές αμφισημίες που προκύπτουν (Μαρτζούκου, 2014).

Ο όρος συντακτική αμφισημία αναφέρεται σε προτάσεις με παρόμοιες ακολουθίες ήχων, που έχουν ωστόσο διαφορετικό νόημα (Fromkin, Rodman, & Hyams, 2012). Η αμφισημία αυτή που μπορεί να είναι προσωρινή ή καθολική λύνεται μέσω της συντακτικής προσωδίας, όταν είναι η αμφισημία είναι προσωρινή (Μαρτζούκου, 2014). Όταν η αμφισημία είναι καθολική ωστόσο, παραμένει μέχρι και το τέλος της πρότασης (Μαρτζούκου, 2014).

Στην παρούσα εργασία πραγματοποιείται μια ανάλυση της προσωδίας, παρουσιάζονται τα είδη και τα βασικά χαρακτηριστικά της και η λειτουργία αυτών. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη συναισθηματική και τη συντακτική προσωδία του λόγου. Ακόμη, παρουσιάζονται τα διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας, καθώς και οι ιδιαιτερότητες στο λόγο των ασθενών, με έμφαση στα προσωδιακά προβλήματα που συναντάμε σε αυτόν.

Αναλυτικότερα στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται ο ορισμός, τα επιμέρους στοιχεία και τα είδη της προσωδίας, στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στον ορισμό της σχιζοφρένειας, στους επιμέρους τύπους και τα διαγνωστικά κριτήρια της, στα αίτια της αλλά και στους τρόπους παρέμβασης στην σχιζοφρένεια και στο τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά οι διαταραχές λόγου που αφορούν στη ροή αλλά και στην κατανόηση του λόγου από ασθενείς με σχιζοφρένεια και μια παρουσίαση των ερευνών για την προσωδία στη σχιζοφρένεια.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΡΟΣΩΔΙΑ

### 2.1. Ορισμός και χαρακτηριστικά της προσωδίας

Όταν δυο έμβια όντα συναντηθούν είναι πολύ πιθανό να επικοινωνήσουν. Επικοινωνία είναι η συμβολική συνδιαλλαγή πληροφοριών και μπορεί να πραγματοποιηθεί με μέσα κάθε είδους κινήσεις, οσμές, οπτικά σήματα ή και ήχους (Κάτη, 2009). Στον άνθρωπο ωστόσο η πιο αναπτυγμένη μορφή επικοινωνίας εμφανίζεται με τη μορφή της γλώσσας, ενός κώδικα ανάμεσα σε μια κοινωνική ομάδα, για την αντιπροσώπευση εννοιών με τη χρήση αυθαίρετων συμβόλων καθώς και συνδυασμών αυτών των συμβόλων, οι οποίοι διέπονται από κανόνες (Κάτη, 2009). Η γλώσσα δηλαδή αποτελείται από δομημένα φωνολογικά σύμβολα, με σημασιολογικό περιεχόμενο τα οποία συνδεόμενα με βάση ορισμένους κανόνες μεταφέρουν πλήρη νοήματα (Κάτη, 2009).

Ο Sussure (1979) διαχωρίζει την έννοια της γλώσσας σε δυο υποκατηγορίες, τον λόγο και την ομιλία. Ως λόγο δηλαδή ορίζει ένα σύστημα ήχων, εννοιών και συμβόλων που χρησιμοποιούνται από άτομα μιας γλωσσικής κοινότητας με σκοπό τη μεταβίβαση μηνυμάτων, ενώ ως ομιλία ορίζει την προφορική χρήση αυτού του συστήματος από κάθε άτομο της γλωσσικής κοινότητας. Η ομιλία συνεπώς αφορά στους ήχους της ανθρώπινης επικοινωνίας, που παράγονται με συγκεκριμένες θέσεις και κινήσεις των αρθρωτών του ανθρώπου.

Η ομιλία αποτελείται από τεμαχιακά και υπερτεμαχιακά στοιχεία (Ladefoged, 2013). Οι φράσεις που συνθέτουν τα εκφωνήματα του λόγου μας προέρχονται από συλλαβές οι οποίες αποτελούνται από τεμάχια δηλαδή από συμφωνικούς και φωνηεντικούς φθόγγους (Ladefoged, 2013). Στην ομιλία μας, όμως, επιδρούν και τα υπερτεμαχιακά χαρακτηριστικά,

Τα κυριότερα προσωδιακά ή υπερτεμαχιακά χαρακτηριστικά είναι το τονικό ύψος (pitch), ο επιτονισμός (intonation), η μελωδία (melody), η ένταση (loudness), η χροιά (timbre), ο ρυθμός (tempo), ο δυναμικός τόνος (stress), ο μουσικός τόνος (tone), η προφορά (accent) και η ύπαρξη ή όχι παύσεων (timing of pauses), και αφορούν συλλαβές, λέξεις και προτάσεις. (Ladefoged 2010) Τα προσωδιακά χαρακτηριστικά μεταφέρουν στον δέκτη μη γλωσσολογικές πληροφορίες, τονίζουν τη σημαντικότερη πληροφορία στην πρόταση με τη συντακτική οριοθέτηση της και της δίνουν στην πρόταση χροιά ερώτησης, προσταγής η κατάφασης (Ladefoged 2010).

Στην παρούσα εργασία θα ασχοληθούμε με το τονικό ύψος και το σύνολο των σημείων του τονικού ύψους (επιτονισμός), καθώς και με τη διάρκεια των λέξεων και των παύσεων:

### 2.1.1.Τονικό ύψος

Οι μύες του λάρυγγα ελέγχουν τις δονήσεις των φωνητικών πτυχών, που με τη σειρά τους επηρεάζουν το τονικό ύψος. Η αντίληψη του τονικού ύψους συνεπώς σχετίζεται με την αντίληψη των δονήσεων των φωνητικών πτυχών του ομιλητή (Oden, 2005). Ο ακροατής με βάση το τονικό ύψος ενός φθόγγου, είναι σε θέση να τον τοποθετήσει σε μία κλίμακα με εύρος τιμών χαμηλό έως υψηλό τονικό ύψος, ανεξάρτητα από της ακουστικές ιδιότητες του φθόγγου (Oden, 2005). Το τονικό ύψος θα δώσει μη γλωσσολογικές πληροφορίες στον ακροατή για στη συναισθηματική κατάσταση του ομιλητή, για παράδειγμα αν το άτομο είναι θυμωμένο θα έχει χαμηλό τονικό ύψος. Ακόμα θα επιτρέψει στον ακροατή να συμπεράνει ότι ο ομιλητής είναι είτε γυναίκα είτε άνδρας και να υποθέσει και την ηλικία του (Μαρτζούκου 2014).

### 2.1.2.Επιτονισμός

Ο επιτονισμός μπορεί να γίνει αντιληπτός ως το σύνολο των διακυμάνσεων του τονικού ύψους σε μία φράσης ή και πλήρης πρόταση (Ladefoged, 2010). Δεν επηρεάζεται από την ένταση εκφοράς μιας φράσης, ούτε και από την ηλικία του ομιλητή. Ο επιτονισμός δίνει χροιά ερώτησης, προσταγής ή κατάφασης στην φράση, λειτουργώντας ακριβώς όπως τα σημεία στίξης στο γραπτό λόγο (Ladefoged, 2010). (παράδειγμα 1.1) Μπορεί επίσης, να μεταφέρει πληροφορίες για τη συναισθηματική κατάσταση του ομιλητή στο δέκτη και τέλος να οριοθετήσει μια συντακτική μονάδα (Fromkin, Rodman, & Hyams, 2012). Για παράδειγμα αν ομιλητής θέλει να συνεχίσει το συλλογισμό του και να προσθέσει πληροφορίες στις ήδη υπάρχουσες θα εμφανίσει έναν ανοδικό επιτονισμό ανεξάρτητα από την παύση στη μέση των φράσεων (Peter, 2013). Αντίθετα στο τέλος της πρότασης του θα αναληφθούμε μια πτώση στο τονικό του ύψος, με την τελευταία συλλαβή να έχει χαμηλότερο τονικό ύψος από αυτό που θα είχε σε περίπτωση που δεν ήταν τελευταία (Peter, 2013).

(1.1) Ο Βασίλης έφερε γάλα.

α. Ο Βασίλης έφερε γάλα.

β. Ο Βασίλης έφερε γάλα;

### 2.1.3. Διάρκεια

Ένα ακόμα φωνητικό χαρακτηριστικό με διαφοροποιητική σημασία είναι και η μακρότητα. Δυο φθόγγοι που είναι όμοιοι μπορούν να διακρίνουν σημασίες με βάση τη μεγαλύτερη διάρκεια του ενός εκ των δύο (Ladefoged, 2013). Στην ιταλική γλώσσα, η συμφωνική μακρότητα έχει διαφοροποιητική σημασία, για παράδειγμα η λέξη /f'ata/ που σημαίνει νεράιδα διαφέρει από τη λέξη/f'atta/ που σημαίνει κατηγορία όχι μόνο ως προς τη διαφορετική μακρότητα του ενδιάμεσου συμφώνου τους και ως προς την μακρότητα του φωνήεντος που προηγείται αυτού (/f'a:ta/ σε αντιδιαστολή με το/f'at:a/). Συγκεκριμένα στην ιταλική γλώσσα η φωνηεντική διάρκεια δεν έχει αντιθετική αξία αλλά καθορίζεται από το περιβάλλον, δηλαδή το τονούμενο φωνήεν σε μια ανοιχτή συλλαβή εκτείνεται αν δεν βρίσκεται στο τέλος της λέξης (Ladefoged, 2013). Γι' αυτό το λόγο η φωνηεντική μακρότητα δεν είναι συνειδητή από τον ομιλητή ενώ η συμφωνική ναι. Το φαινόμενο της διάρκειας όμως δεν το συναντάμε μόνο σε επίπεδο λέξης αλλά και ολόκληρης πρότασης, όπου η συντακτική δομή μιας φράσης μπορεί να ερμηνευτεί, ως ένα σημείο, με τη χρήση ληκτικών εκτάσεων ορισμένων φραστικών δομών που περιλαμβάνουν περισσότερες της μίας λέξης. Γενικά φαίνεται πως η λέξη που συναντάμε στο τέλος του προσωδιακού ορίου, έχει μεγαλύτερη διάρκεια από ό,τι θα είχε αν την συναντούσαμε σε οποιαδήποτε άλλη θέση μέσα στην πρόταση (Berkovits, 1993). Η διάρκεια τόσο των συλλαβών, όσο και γενικότερα της ομιλίας μας φαίνεται να εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως η φύση των φωνημάτων, ο ρυθμός της ομιλίας κ.ά. (Berkovits, 1993).

Παρόλο που η προσωδία αποτελεί σημαντικό τμήμα της ομιλίας μας και συνεπώς της επικοινωνίας μας με τα υπόλοιπα μέλη του κοινωνικού μας συνόλου, η συστηματική μελέτη της δεν ξεκίνησε πριν τα τελευταία τριάντα χρόνια (Nespor, 2013). Στη μελέτη της προσωδίας συνέλαβε καθοριστικά η δημιουργία λογισμικών ανάλυσης της φωνής (Nespor, 2013) καθώς και η τυποποίηση της μεταγραφής των μοτίβων επιτονισμού, η οποία δημιουργήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του '90 (Fox, 2000 ·Ladefoged, 2010).

### 2.2. Είδη Προσωδίας

Στη διεθνή βιβλιογραφία απαντώνται τρία είδη προσωδίας, η πραγματολογική προσωδία, η συναισθηματική προσωδία και η συντακτική ή γλωσσολογική προσωδία (Μαρτζούκου, 2014).



### 2.2.1.Πραγματολογική Προσωδία

Χρησιμοποιώντας τον επιτονισμό, τον ρυθμό και την επιμήκυνση των συλλαβών, η πραγματολογική προσωδία δίνει έμφαση σε κάποιο στοιχείο μέσα στο εκφώνημα του ομιλητή προβάλλοντας το ως σημαντική πληροφορία ή αντίθεση (Μαρτζούκου, 2014).

Αναλυτικότερα στην πρόταση :

1.Σου είπα να μου δώσεις το κόκκινο στυλό!

Ο ομιλητής μπορεί να δίνει έμφαση:

A) Στην λέξη κόκκινο επειδή ο ακροατής μπέρδεψε το χρώμα δίνοντας του ένα στυλό με διαφορετικό χρώμα.

B) Στην λέξη στυλό, επιπλήττοντας τον ακροατή που του έδωσε ένα άλλο κόκκινο αντικείμενο.

### 2.2.2.Συναισθηματική Προσωδία

Η συναισθηματική προσωδία εκφράζει τη συναισθηματική κατάσταση του ομιλητή που διακρίνεται μέσα από μεταβολές στον επιτονισμό, την ένταση και το ρυθμό του λόγου του, αλλά και του τονικού εύρους (Μαρτζούκου, 2014). Δίνει λοιπόν τη δυνατότητα στον δέκτη να κατανοήσει αν ο συνομιλητής του εκφράζει κάποιο συναίσθημα όπως άγχος, φόβο, θυμό οργή, χαρά, ή έκπληξη (Mesulam, 2011). Οι αυξομειώσεις του τονικού ύψους στην ομιλία του ομιλητή σε καταστάσεις -ύπαρξης ή απουσίας ψυχολογικής πίεσης συνδέονται με την -πίεση που δέχονται οι φωνητικές πτυχές από τους μύες του λάρυγγα. Με αυτόν τον τρόπο, ένα θυμωμένο άτομο εμφανίζει χαμηλό τονικό ύψος ενώ ένα φοβισμένο υψηλό τονικό ύψος (Mesulam, 2011). Η προσωδία καθορίζει τέλος το προσωπικό στυλ ομιλίας αλλά και το διαφορετικό κοινωνικό υπόβαθρο του ομιλητή (Μαρτζούκου, 2014).

### 2.2.3.Συντακτική Προσωδία

Η συντακτική προσωδία λύνει αμφισημίες σε επίπεδο λέξεων με τη χρήση του επιτονισμού ή σε επίπεδο προτάσεων με τη χρήση του επιτονισμού, των παύσεων, και τη διάρκεια της κάθε λέξης (Fromkin, Rodman, & Hyams, 2012).

Για παράδειγμα, όσον αφορά στη λεξική αμφισημία, ο διαχωρισμός ενός ρήματος από ένα ουσιαστικό ή ένα επίθετο, όταν παντού συναντάται η ίδια φωνημική ακολουθία,

επιτυγχάνεται μέσα από τη χρήση του τόνου (δες παραδείγματα 2 και 3 για την αγγλική και την ελληνική γλώσσα αντίστοιχα) (Fromkin, Rodman & Hyams, 2012).

- |     |                          |   |                         |
|-----|--------------------------|---|-------------------------|
| (2) | α) ímport (εισαγωγή)     | - | impórt(εισάγω)          |
|     | β) prótest (διαμαρτυρία) | - | protést (διαμαρτύρομαι) |
|     | γ) cónflict (σύγκρουση)  | - | conflict(συγκρούομαι)   |
|     |                          |   |                         |
| (3) | α) ὄros (όρος)           | - | όros(ορός)             |
|     | β) ὀrino (πίνω)          | - | pin'ο(πεινώ)            |
|     | γ) ὀrote (πότε)          | - | po'te(ποτέ)             |

Μια ακόμη χρήση της συντακτικής προσωδίας είναι η λύση των συντακτικών αμφισημιών μέσω της χρήσης του επιτονισμού της διάρκειας και μερικές φορές μέσω των παύσεων ( (Fromkin, Rodman, & Hyams, 2012)).

Τα προσωδιακά αυτά χαρακτηριστικά εμφανίζονται προφορικά με ισοδύναμο τρόπο με αυτόν που χρησιμοποιούνται τα σημεία στίξης γραπτώς. Τα προσωδιακά στοιχεία, δηλαδή, θέτουν τα όρια μέσα στην πρόταση αναδεικνύοντας τη συντακτική πληροφορία, με το να δημιουργούν μικρότερες νοηματικές φράσεις μέσα στον λόγο του ομιλητή οι οποίες βοηθούν τον ακροατή να αντιληφθεί σωστά το νόημα της αμφίσημης πρότασης (Μαρτζούκου, 2014).

1. Η συντακτική προσωδία δίνει τέλος στην πρόταση του ομιλητή χροιά δήλωσης, ερώτησης, ή προσταγής με τη βοήθεια του επιτονισμού. Ακουστικά οι διαφορές αποτυπώνονται όπως και τα σημεία στίξης στο γραπτό λόγο. Ορισμένοι ερευνητές εντάσσουν αυτή τη χρήση της προσωδίας όμως στην πραγματολογική της κατηγορία. (Fromkin, Rodman, & Hyams, 2012).

a. Θα φας. (προσταγή)

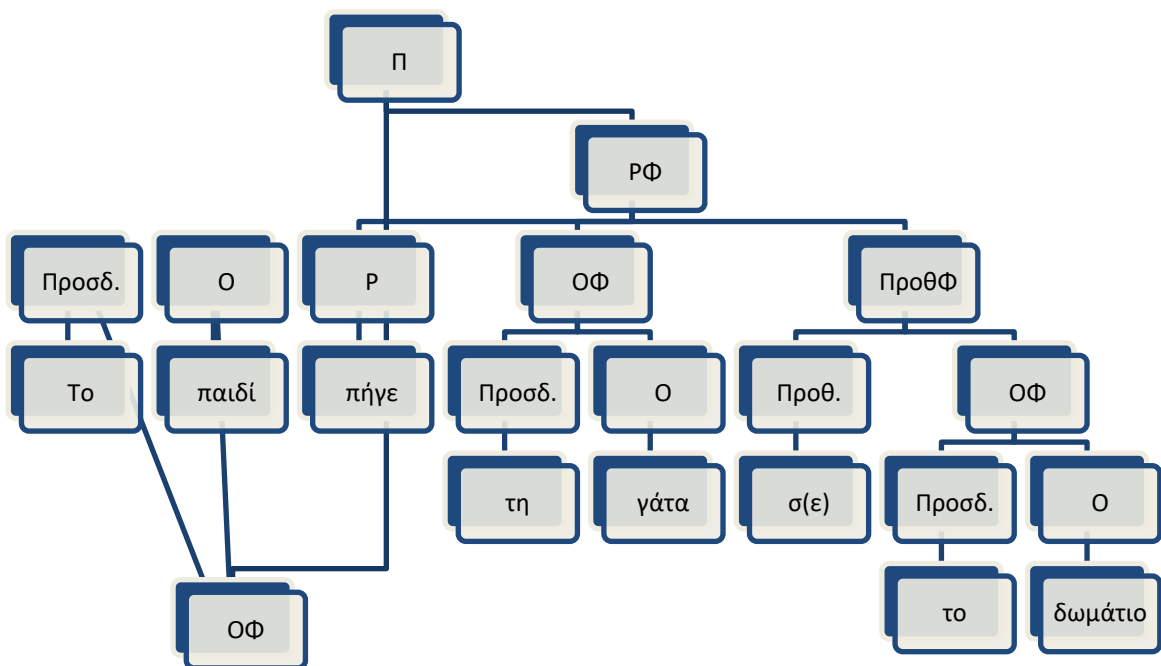
Θα φας; (ερώτηση)

b. Ακόμα να τελειώσει (δήλωση, γεγονός)

Ακόμα να τελειώσει;(ερώτηση)

Πιο αναλυτικά, οι όροι σε μια πρόταση τοποθετούνται σε σειρά με βάση τους κανόνες της γλώσσας που χρησιμοποιεί ο ομιλητής (Fromkin, Rodman, & Hyams, 2012). Το παρακάτω διάγραμμα, το οποίο ονομάζεται δέντρο φραστικής δομής και περιλαμβάνει συντακτικές πληροφορίες, δείχνει πώς ομαδοποιούνται τα συστατικά της πρότασης (Fromkin, Rodman, & Hyams, 2012):

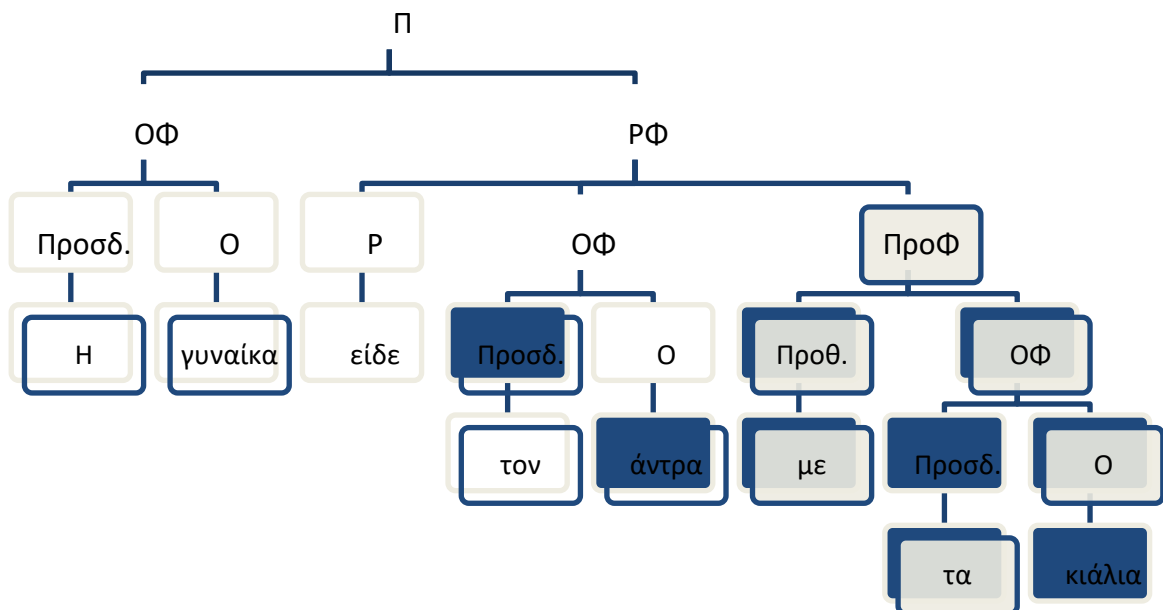
- i. Γράφημα (1). Δενδροδιάγραμμα που δείχνει πώς ομαδοποιούνται τα συστατικά της πρότασης:



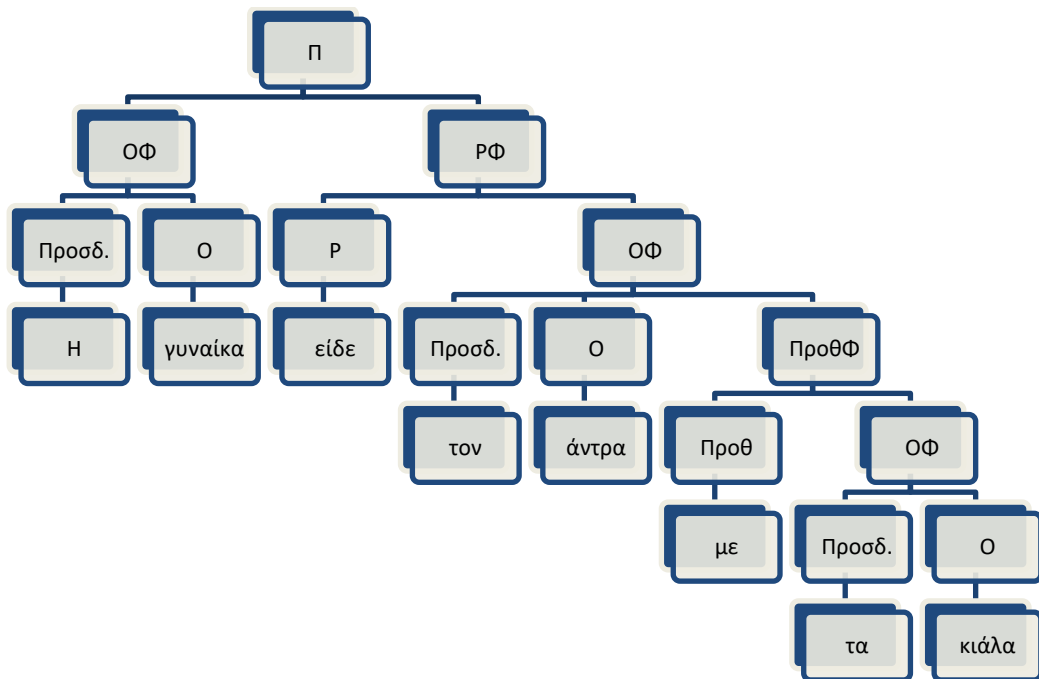
Η φράση *το παιδί* ανήκει στη συντακτική κατηγορία της ονοματικής φράσης (ΟΦ) που λειτουργεί ως υποκείμενο ή ως αντικείμενο μιας πρότασης και συχνά περιλαμβάνουν κάποιον τύπο κύριου ονόματος χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορεί να είναι ονοματική φράση μια αντωνυμία ή μια υποπρόταση (Fromkin, Rodman, & Hyams, 2012). Αντίθετα η φράση *πήγε τη γάτα στο δωμάτιο* είναι μια ρηματική φράση (ΡΦ). Μια ρηματική φράση περιλαμβάνει πάντοτε ένα ρήμα, αλλά μπορεί να περιέχει και άλλες δομές όπως μια ονοματική φράση ή μια προθετική φράση, δηλαδή μια πρόθεση που ακολουθείται από μια ονοματική φράση (Fromkin, Rodman, & Hyams, 2012). Άλλες κατηγορίες που συναντάμε στα δέντρο-διαγράμματα είναι η πρόταση (Π), ο προσδιοριστής (Προσδ), η πρόθεση (Προθ.) που δημιουργεί τη Προθετική Φράση (Προθ.Φ) το επίθετο (Επίθ) που δημιουργεί την επιθετική φράση (ΕπιθΦ), και πολλές ακόμα. (Fromkin, Rodman, & Hyams, 2012)

Ορισμένες φορές όμως, αν και η σειρά των όρων παραμένει η ίδια, η ερμηνεία της πρότασης αλλάζει, ανάλογα με το πώς θα ομαδοποιήσουμε τους όρους. Η δομή των προτάσεων, λοιπόν, δεν καθορίζεται μόνο από τη γραμμική της οργάνωση, αλλά και από τον τρόπο ομαδοποίησης των λέξεων μέσα στην πρόταση, δηλαδή από την ιεραρχική της δομή. Για παράδειγμα η πρόταση «Η γυναίκα είδε τον άντρα με τα κιάλια» είναι αμφίσημη, δηλαδή έχει δύο ερμηνείες. Μπορούμε, λοιπόν, είτε να θεωρήσουμε ότι η Προθ.Φ είναι μέρος της ΡΦ και προσδιορίζει τον τρόπο με το οποίο η γυναίκα είδε τον άντρα (δες Γράφημα 2), είτε ότι η Προθ.Φ αποτελεί τμήμα της ΟΦ και προσδιορίζει τον άντρα, δηλαδή αυτόν που είχε τα κιάλια (δες Γράφημα 3)(Fromkin, Rodman, & Hyams, 2012).

ii. Γράφημα (2) Δενδροδιάγραμμα στο οποίο φαίνεται η ερμηνεία ότι η γυναίκα είχε τα κιάλια.



iii. Γράφημα (3). Δενδροδιάγραμμα στο οποίο φαίνεται η ερμηνεία ότι ο άντρας είχε τα κιάλια



Οι προτάσεις λοιπόν που παρουσιάζουν την ίδια ακολουθία λέξεων αλλά με διαφορετικό νόημα ονομάζονται συντακτικά αμφίσημες προτάσεις (Fromkin, Rodman, & Hyams, 2012). Οι προτάσεις αυτές μπορεί να είναι καθολικά ή προσωρινά αμφίσημες ανάλογα με το που λύνεται η αμφισημία (Μαρτζούκου, 2014). Στις καθολικά αμφίσημες προτάσεις η αμφισημία παραμένει μέχρι το τέλος της πρότασης ενώ στις προσωρινά αμφίσημες προτάσεις η αμφισημία θα λυθεί σε κάποιο σημείο μέσα στην πρόταση, με την χρήση των μορφολογίας, που θα αποδώσει στα μέρη της πρότασης συντακτικό ρόλο (Μαρτζούκου 2014).

Ορισμένοι ερευνητές αναφέρουν περισσότερα είδη προσωδίας όπως η μη αρθρωτική προσωδία η οποία περιλαμβάνει τα παραγλωσσικά στοιχεία που εμφανίζονται στο λόγο του ομιλητή (όπως οι αναστεναγμοί), η διαλεκτική προσωδία που αναφέρεται στα διαλεκτικά στοιχεία ενός ομιλητή ή η ιδιοσυγκρασιακή προσωδία που είναι ατομική και μοναδική για τον κάθε ομιλητή και βοηθά στο διαχωρισμό του από τους υπόλοιπους (Monrad-Krohn, 1948).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

### **3.1. Ορισμός**

Η σχιζοφρένεια είναι μια νευροψυχιατρική νόσος που ανήκει στην ομάδα των ψυχώσεων και χαρακτηρίζεται από διαταραχές στη σκέψη, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά (Schacter, Gilbert, & Wegner, 2012). Το εύρος των συμπτωμάτων για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι εκτενές, αν και τις περισσότερες φορές οι ασθενείς εμφανίζουν μόνο έναν αριθμό συμπτωμάτων σε κάθε δεδομένη στιγμή (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Τα κυριότερα συμπτώματα σχετίζονται με έντονη αποδιοργάνωση των βασικών ψυχικών διεργασιών, όπως στρεβλή αντίληψη της πραγματικότητας, αλλοιωμένο ή αμβλυμμένο συναίσθημα ή διαταραχή στη σκέψη, στην κινητική συμπεριφορά και στη λειτουργικότητα του ασθενούς (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Από τη στιγμή που το άτομο εμφανίσει τα συμπτώματα της νόσου η ζωή του επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό, όπως και η ζωή της οικογένειας και των φίλων του (Bateson, Jacson, Haley, & Weakland, 1978). Η παράξενη συμπεριφορά, οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις του δεν του επιτρέπουν να διατηρήσει μια σταθερή δουλειά και συνεπώς ένα σταθερό εισόδημα και συχνά προκαλούν δυσφορία στον κοινωνικό του περίγυρο, γεγονός που οδηγεί στην απομόνωση του ατόμου (Στεφανής, 1990).

### **3.2. Επιπολασμός και αίτια**

Ο επιπολασμός της ασθένειας είναι λίγο μικρότερος από 1 τοις εκατό και επηρεάζει και τα δυο φύλα περίπου στον ίδιο βαθμό (Schacter, Gilbert, & Wegner, 2012). Αν και συναντάμε τη σχιζοφρένεια και στην παιδική ηλικία εντούτοις πιο συχνά εμφανίζεται στα τέλη της εφηβείας και στις αρχές της ενήλικης ζωής του ατόμου, με την εμφάνισή της να είναι συνήθως πιο πρώιμη στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Η σχιζοφρένεια συνήθως ξεκινάει με μια σειρά οξέων επεισοδίων με έντονα συμπτώματα, ενώ ανάμεσα σε αυτά το άτομο βιώνει λιγότερο έντονα συμπτώματα, όπως η μείωση της διάθεσης του για κοινωνικές συναναστροφές ή η άμβλυση του συναισθήματος του (Lamperiere & Feline, 1995). Αν και οι ειδικοί ερευνητές κατά καιρούς αποδίδουν την αιτιολογία της ασθένειας σε διάφορους κληρονομικούς, γενετικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες, όπως το στρες ή η ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ των μελών μιας οικογένειας, μέχρι και σήμερα δεν έχει αποδειχτεί τι είναι αυτό που προκαλεί τη σχιζοφρένεια και δεν έχουμε καταφέρει να θεραπεύσουμε τη νόσο, αποφεύγοντας ταυτόχρονα τις δυσάρεστες παρενέργειες των φαρμάκων που χορηγούνται

για την ύφεση των συμπτωμάτων (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Συνεπώς παρόλο που η διάγνωση της σχιζοφρένειας υπάρχει για περισσότερο από έναν αιώνα και τα συμπτώματα της επηρεάζουν βαθιά χιλιάδες συνανθρώπους μας, απέχουμε ακόμη πολύ από το να την κατανοήσουμε (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Ίσως αυτός να είναι και ο λόγος που η νόσος αποτελεί ακόμα και σήμερα ένα μεγάλο στίγμα για τον πάσχοντα και για την οικογένεια του (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Ο στόχος αυτής της εργασίας είναι να ελεγχθεί το κατά πόσο οι ασθενείς με σχιζοφρένεια κατανοούν τα διαφορετικά είδη προσωδίας, μα πίσω από αυτό κρύβεται και η πρόθεση μας, συλλογικά ως θεραπευτές, να αλληλεπιδράσουμε περισσότερο με τη σχιζοφρένεια και να αποκαλύψουμε σημεία της νόσου που επιδέχονται θεραπευτική παρέμβαση.

### **Αιτιολογία της σχιζοφρένειας**

Παρόλο που έχουν γίνει αρκετές μελέτες πάνω στη σχιζοφρένεια και κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες από τους ερευνητές για να εξηγήσουν την ύπαρξη της, στην πραγματικότητα το μόνο που γνωρίζουμε με βεβαιότητα είναι πως δεν γνωρίζουμε τι προκαλεί σχιζοφρένεια (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Ωστόσο διάφοροι παράγοντες φαίνονται να συσχετίζονται λίγο ή περισσότερο με την ύπαρξή της και αυτοί οι παράγοντες θα παρουσιαστούν συνοπτικά στη συνέχεια.

### **Γενετικοί παράγοντες**

Σήμερα γνωρίζουμε πως η σχιζοφρένεια έχει γενετική βάση (Gottesman, 1991). Διάφορες έρευνες σε οικογένειες και δίδυμα αδέλφια έχουν δείξει ότι η προδιάθεση για σχιζοφρένεια είναι κληρονομική.

Πιο αναλυτικά, τα αποτελέσματα των ερευνών σε οικογένειες έδειξαν ότι το άτομο με σχιζοφρένεια έχει ιστορικό σχιζοφρένειας στην οικογένεια του, καθώς και ότι οι συγγενείς των ατόμων με σχιζοφρένεια διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για εμφάνιση σχιζοφρένειας αλλά και για άλλες ψυχιατρικές παθήσεις (Kendler, Karkowski-Shuman, & Walsh).

Στις έρευνες των διδύμων αντίθετα, οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν και οι δύο από σχιζοφρένεια σε σχέση με τους διζυγωτικούς διδύμους ωστόσο, δεν νοσούν και οι δύο στο εκατό τοις εκατό των περιπτώσεων όπως θα ήταν λογικό να συμβεί σε δύο άτομα με ίδιο γονότυπο όταν σε αυτόν περιλαμβάνεται μια γενετικά μεταδιδόμενη ασθένεια (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Υπάρχουν απόψεις πως η προδιάθεση αυτή δε μεταδίδεται με ένα μόνο γονίδιο και έρευνες που

υποστηρίζουν πως πρόκειται για ομάδα γονιδίων αλλά και άλλες που δεν επιβεβαιώνουν αυτά τα αποτελέσματα. Πιθανόν είναι επίσης η πάθηση αυτή να είναι γενετικά ετερογενής, δηλαδή να διαφέρει σε κάθε περίπτωση ασθενή (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Θα πρέπει να σημειωθεί πως το γεγονός ότι η σχιζοφρένεια φαίνεται να έχει γενετική βάση δεν σημαίνει αυτόματα και πως γνωρίζουμε πώς ακριβώς συμβαίνει υτή η μετάδοση του υπεύθυνου γονιδιώματος (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010).

### **Νευροδιαβιβαστές**

Μεγάλο μέρος των ερευνών στρέφεται στη ντοπαμίνη και σε άλλους νευροδιαβιβαστές για να εξηγήσει την ύπαρξη της νόσου (Schacter, Gilbert, & Wegner, 2012). Η θεωρία που υποστηρίζει πως η υπερβολική δραστηριότητα της ντοπαμίνης στον οργανισμό σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια βασίζεται στο ότι τα φάρμακα αυτά που χορηγούνται στους ασθενείς για να μειώσουν την επίδραση της φαίνεται να λειτουργούν καλά στην αντιμετώπιση της νόσου (Στεφανής, 1990). Περαιτέρω έρευνες παρόλα αυτά ενοχοποιούν τους υποδοχείς ντοπαμίνης και όχι την ποσότητα της στον οργανισμό, η θεωρία αυτή σχετίζεται όμως σε μεγαλύτερο βαθμό με τα θετικά συμπτώματα της νόσου (Hietala, Syvalahti, Vuorio, Nagren, & Lehtikoinen, 1994). Άλλοι νευροδιαβιβαστές που μελετώνται από τους ερευνητές είναι η σεροτονίνη, η φαινκυκλιδίνη και το γλουταμινικό οξύ (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Αν και το μεγαλύτερο κλινικό ενδιαφέρον εκδηλώθηκε από τους ερευνητές για την ντοπαμίνη, σήμερα φαντάζει απίθανο να ευθύνεται αποκλειστικά αυτή για όλα τα συμπτώματα της νόσου και γι' αυτόν τον λόγο οι ερευνητές στρέφονται περισσότερο σε θεωρίες που περικλείουν την επίδραση πολλών και διαφορετικών νευροδιαβιβαστών (Schacter, Gilbert, & Wegner, 2012).

### **Παράγοντες σχετικοί με τη λειτουργία του εγκεφάλου**

Η δυσκολία, όταν ψάχνουμε για μια εγκεφαλική ανωμαλία που να προκαλεί τη σχιζοφρένεια, έγκειται κυρίως στο ότι αναφερόμαστε σε μία ασθένεια που επηρεάζει κάθε πτυχή της ανθρώπινης συμπεριφοράς και γι' αυτόν τον λόγο είναι αναμενόμενο να έρθουμε αντιμέτωποι με πολλές διαφορετικές εγκεφαλικές ανωμαλίες (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Η διεύρυνση των εγκεφαλικών κοιλιών και η δυσλειτουργία του προμετωπιαίου φλοιού ανήκουν στις καλύτερα τεκμηριωμένες ερευνητικά ανωμαλίες του εγκεφάλου που απαντώνται στη σχιζοφρένεια (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010).

Η θεωρία των διευρυσμένων κοιλιών υποστηρίζεται από νεκροτομικές μελέτες που δείχνουν ότι ορισμένοι ασθενείς, κυρίως άνδρες, έχουν μεγαλύτερες κοιλίες, καθώς και



από μελέτες σε διδύμους στους οποίους ο δίδυμος με τη σχιζοφρένεια παρουσιάζει μεγαλύτερες κοιλίες (Nopoulos, Flaum, & Andreasen, 1997· McNeil, Cantor-Greco, & Weinberger, 2000). Αν και οι μεγάλες κοιλίες σχετίζονται με χαμηλές επιδόσεις ασθενών με σχιζοφρένεια σε νευροψυχιατρικά τεστ, ωστόσο ο βαθμός στον οποίο διευρύνονται δεν είναι πολύ μεγάλος σε σχέση με τον φυσιολογικό πληθυσμό (Andreasen, Olsen, Smith, & Dennert, 1982). Επιπρόσθετα μεγαλύτερες κοιλίες καταδεικνύουν έρευνες που σχετίζονται και με άλλες ψυχικές παθήσεις (Rieder, Mann, Weinberger, vanKammen, & Post, 1983).

Πολλά είναι και τα δεδομένα όμως που εμπλέκουν τον προμετωπιαίο φλοιό στη διάγνωση της σχιζοφρένειας (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Συγκεκριμένα, οι ερευνητές Buchanan, Bana, και Pearlson, (1998) ανακάλυψαν, μέσω της μαγνητικής τομογραφίας, μείωση της φαιάς ουσίας στη συγκεκριμένη περιοχή, ενώ σε άλλη μελέτη (Buchsbaum, Kessler, King, Johnson, & Cappelletti, 1984) τύπο λειτουργικής απεικόνισης που απεικονίζει τον μεταβολισμό της γλυκόζης σε διαφορετικά μέρη του εγκεφάλου, τα άτομα με σχιζοφρένεια εμφανίζουν μειωμένο ρυθμό μεταβολισμού στον προμετωπιαίο φλοιό. Με την ίδια τεχνική ερευνητές μελέτησαν και την παραγωγή γλυκόζης στον προμετωπιαίο φλοιό την ώρα που χορηγούσαν νευροψυχολογικές δοκιμασίες, στις οποίες περιμένουμε φυσιολογικά ο μεταβολισμός γλυκόζης να έχει αυξημένο ρυθμό, αφού το άτομο ενεργοποιεί τον προμετωπιαίο φλοιό του και συνεπώς χρειάζεται περισσότερη ενέργεια (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Ωστόσο ασθενείς με σχιζοφρένεια, και κυρίως αυτοί με έντονα τα αρνητικά συμπτώματα, δεν ενεργοποιούσαν τον προμετωπιαίο λοβό τους και εμφάνιζαν χαμηλές επιδόσεις στις συγκεκριμένες δοκιμασίες (Schacter, Gilbert, & Wegner, 2012). Συμπερασματικά, η ενεργοποίηση του προμετωπιαίου φλοιού σχετίζεται με την δριμύτητα των αρνητικών συμπτωμάτων και έρευνες υποστηρίζουν ότι η συγκεκριμένη δυσκολία ενδέχεται να μην έχει γενετική βάση, καθώς σε ζεύγη διδύμων αυτός με σχιζοφρένεια αποτυγχάνει περισσότερο από τον άλλον στην ενεργοποίηση του προμετωπιαίου φλοιού του (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010).

Η σύγχρονη ερευνητική προσπάθεια σύνδεσης της σχιζοφρένειας με τις εγκεφαλικές δομές στρέφει το ενδιαφέρον της σε πολλαπλές εγκεφαλικές περιοχές και της αλληλεπίδρασης τους, δομές όπως η παρεγκεφαλίδα και ο θάλαμος (Byne, Buchsbaum, & Mattiace, 2002). Οι συνδέσεις ανάμεσα σε περιοχές του εγκεφάλου ατόμων με σχιζοφρένεια δε δείχνουν στον ίδιο βαθμό λειτουργικές, όσο σε άτομα χωρίς σχιζοφρένεια (Schacter, Gilbert, & Wegner, 2012). Εκτός από την μετωπιαίες περιοχές επίσης, σύγχρονα

ερευνητικά δεδομένα δείχνουν μείωση της φαιάς ουσίας και στις κροταφικές περιοχές, αλλά και μειωμένο όγκο στα βασικά γάγγλια και δομές του μεταχιαμακού συστήματος (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Τέλος, σύγχρονες μελέτες σε διδύμους δείχνουν πως δίδυμοι με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν μειωμένο όγκο στον υπόκαμπο σε σχέση με δίδυμους χωρίς σχιζοφρένεια (vanErp, Saleh, & Huttunen, 2004).

### **Συγγενείς και αναπτυξιακοί παράγοντες**

Οι περιγεννητικές επιπλοκές δεν φαίνεται να αυξάνουν την πιθανότητα να εμφανίσει κάποιος σχιζοφρένεια από μόνες τους, αλλά μεγαλώνουν τις πιθανότητες για σχιζοφρένεια, όταν συνοδεύουν τη γενετική προδιάθεση (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Πιο αναλυτικά, οι περιγεννητικές επιπλοκές λειτουργούν μειώνοντας τα ποσοστά οξυγόνου στον εγκέφαλο, κατά την κύηση, και συνεπώς σε απώλεια φαιάς ουσίας (Cannon, vanErp, & Rosso, 2002). Άλλες έρευνες δείχνουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης σχιζοφρένειας για το έμβρυο, όταν η μητέρα του έχει εκτεθεί σε γρίπη στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, ενώ στην επιδημία του 1957 στο Ελσίνκι της Φιλανδίας ο ιός που έπληξε μητέρες στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους συσχετίστηκε με υψηλότερα ποσοστά σχιζοφρένειας των εμβρύων τους (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010).

### **Ψυχολογικοί, κοινωνικοί και οικογενειακοί παράγοντες**

Η γενετική προδιάθεση φαίνεται να μη δικαιολογεί από μόνη της την εμφάνιση σχιζοφρένειας. Το ψυχολογικό στρες παίζει επίσης, βασικό ρόλο καθώς η αύξηση των στρεσογόνων γεγονότων ζωής αυξάνει την πιθανότητα υποτροπής στους ασθενείς (Warner, 2005). Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια φαίνεται επίσης να έχουν μεγαλύτερη ευαλωτότητα και αντιδραστικότητα στο στρες απ' ότι συγγενείς τους και άτομα χωρίς σχιζοφρένεια (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010).

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο επιδρά δραστικά στην εμφάνιση σχιζοφρένειας με το ποσοστό σχιζοφρένειας να είναι δυο φορές υψηλότερο σε άτομα χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται διαπολιτισμικά (Hollingshead & Redlich, 1958), όμως θα πρέπει να αντιμετωπιστούν με σκεπτικισμό, καθώς μπορεί να ερμηνεύονται από την κοινωνιογένεια, δηλαδή από το γεγονός ότι άτομα χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού κύρους μπορεί να έχουν περισσότερο στρες εξαιτίας των άνισων ευκαιριών, του χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου ή της απαξίωσης που δέχονται από άτομα υψηλότερου κοινωνικοοικονομικού κύρους (Kring, Davison, Neale,

&Johnson, 2010). Μια άλλη ερμηνεία θα μπορούσε να είναι κάλλιστα και αυτή της κοινωνικής επιλογής, να υποθέσουμε δηλαδή πως τα άτομα, μετά την εμφάνιση της πάθησης, καταλήγουν σε χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό στρώμα απ' ό,τι πριν (Kring, Davison, Neale, &Johnson, 2010).

Μελέτες που αφορούν τις οικογένειες ατόμων με σχιζοφρένεια, δείχνουν επίσης μια φτωχή και εχθρική μορφή επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη τους, που χαρακτηρίζεται ως αποκλίνουσα μορφή επικοινωνίας (Laisong&Esterson, 1975· Bateson, Jacson, Haley, &Weakland, 1978). Ωστόσο αυτή η μορφή επικοινωνίας δεν εμφανίζεται απαραίτητα και μόνο στη συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή. Αν και τα δεδομένα δείχνουν πως όταν υφίσταται το διαταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον και η γενετική προδιάθεση ταυτόχρονα είναι πιθανό να εμφανιστεί σχιζοφρένεια, δεν μπορούμε με βεβαιότητα να πούμε πως το περιβάλλον αυτό δεν είναι μια αντίδραση της οικογένειας στο ότι ένα μέλος της εμφανίζει σχιζοφρένεια (Στεφανής, 1990). Άλλες έρευνες, σε οικογένειες ατόμων με σχιζοφρένεια, ενοχοποιούν το υψηλό εκφρασμένο συναίσθημα για αυξημένα φαινόμενα υποτροπής, με πιθανή εξήγηση της αύξηση του άγχους στους ασθενείς και συνεπώς της έκκριση κορτιζόλης στον οργανισμό τους που εντείνει τη δραστηριότητα της ντοπαμίνης (Kring, Davison, Neale, &Johnson, 2010).

### **Αναπτυξιακές Μελέτες**

Έρευνες δείχνουν πως ασθενείς με σχιζοφρένεια είχαν ως παιδιά φτωχότερες κινητικές δεξιότητες και περισσότερες εκφράσεις αρνητικών συναισθημάτων (Kring, Davison, Neale, &Johnson, 2010). Άλλες μελέτες δείχνουν επίσης πως, τα παιδιά που αργότερα θα παρουσιάσουν σχιζοφρένεια, έχουν χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης από άλλα παιδιά του περιβάλλοντος τους και οδηγούνται συχνότερα στην παραβατικότητα και στην κοινωνική απομόνωση (Kring&Neale, 1996). Ο NormanWatt εξετάζοντας της γνώμη των δασκάλων για μαθητές τους που αργότερα εμφάνισαν σχιζοφρένεια παρατήρησε ότι τα αγόρια που αργότερα εμφανίζουν σχιζοφρένεια περιγράφονται από τους δασκάλους τους ως αντιπαθητικά, ενώ τα κορίτσια ως εσωστρεφή (Watt, Stolorow, Lubensky, &McClelland, 1970).

### 3.3.Κλινική Εικόνα

Η διάγνωση για σχιζοφρένεια δίνεται από το DSM λαμβάνοντας υπόψη τα συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής, την ισχύ και τη διάρκεια τους. Η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος με μεγάλη ετερογένεια και αυτό γιατί δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο σύμπτωμα που πρέπει να είναι παρόν στον ασθενή για να δοθεί η διάγνωση, αλλά ένας συγκεκριμένος αριθμός συμπτωμάτων (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να συναντάμε στη βιβλιογραφία ασθενείς με σχιζοφρένεια που διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό μεταξύ τους (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Για τον λόγο αυτό στο DSM-IV-TR γίνεται αναφορά σε πέντε διαφορετικούς τύπους σχιζοφρένειας, ανάλογα με το εύρος των συμπτωμάτων που εντοπίζουμε στον ασθενή (αποδιοργανωμένος, κατατονικός, παρανοϊκός, διαφοροποιητός και υπολειμματικός τύπος).

Στο DSM-V καταργούνται οι συγκεκριμένες υποκατηγορίες με το σκεπτικό πως δεν αποτελούν σταθερές κλινικές συνθήκες και, δε βοηθούν ούτε στο κλινικό έργο ούτε στην επιστημονική εγκυρότητα και αξιοπιστία. Ωστόσο επειδή πολλοί ασθενείς έχουν ακόμη τη διάγνωση που τους είχε δοθεί βάσει του DSM-IV-TR, θα γίνει αναφορά στα διαγνωστικά κριτήρια και στους τύπους της σχιζοφρένειας όπως αυτά ορίζονται στο DSM-IV-TR. Με τον τρόπο αυτόν, θα διευκολυνθούν οι αναγνώστες στην κατανόηση της φύσης των περιστατικών. Αμέσως μετά θα παρουσιαστούν αναλυτικά οι τρεις βασικές κατηγορίες συμπτωμάτων που συναντάμε στη σχιζοφρένεια.

#### 3.3.1. Διαγνωστικά κριτήρια (DSM-IV-TR)

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR, τα διαγνωστικά κριτήρια για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι τα εξής έξι:

- 1) Χαρακτηριστικά συμπτώματα (απαιτείται μόνο ένα σύμπτωμα από το κριτήριο Α, σε περίπτωση που οι παραληρητικές ιδέες είναι αλλόκοτες ή οι ακουστικές ψευδαισθήσεις περιλαμβάνουν μια φωνή που σχολιάζει διαρκώς τη συμπεριφορά ή τις σκέψεις που κάνει το άτομο ή από δυο ή και περισσότερες φωνές που μιλούν μεταξύ τους.)
  - Παραληρητικές ιδέες
  - Ψευδαισθήσεις
  - Αποδιοργανωμένος λόγος
  - Αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά

- Αρνητικά συμπτώματα

## 2) Κοινωνική/ Επαγγελματική δυσλειτουργία

Το άτομο για σημαντική χρονική περίοδο από τότε που πρωτοεμφάνισε την διαταραχή εμφανίζει δυσκολίες σε λειτουργικές πτυχές της ζωής του, όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές του σχέσεις ή η αυτομέριμνα.

## 3) Διάρκεια

Τα συμπτώματα της διαταραχής επιμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες, εκ των οποίων στον ένα μήνα τουλάχιστον εμφανίζονται τα συμπτώματα του κριτηρίου 1 και τους υπόλοιπους τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά της νόσου.

## 4) Αποκλεισμός της Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής

Η συγκεκριμένη διαταραχή απορρίπτεται από τη διάγνωση σε περίπτωση που δεν υπάρχουν επεισόδια Μείζονος καταθλιπτικού, Μανιακού ή Μικτού Επεισοδίου ταυτόχρονα με την ενεργό φάση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας ή σε περίπτωση που έχει βραχεία διάρκεια σε σχέση με τη διάρκεια της ενεργού και της υπολειμματικής περιόδου.

## 5) Αποκλεισμός Ουσιών/Γενικής Σωματικής Κατάστασης

Η σχιζοφρένεια δεν οφείλεται στις δράσεις μιας ουσίας ή μιας γενικής σωματικής κατάστασης

## 6) Σχέση με Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή

Σε περίπτωση που τον ασθενή τον συνοδεύει διάγνωση Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής ή διάγνωση αυτισμού, τότε η διάγνωση της σχιζοφρένειας δίνεται μόνο αν το άτομο εμφανίσει έντονες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για τουλάχιστον έναν μήνα, ή λιγότερο αν αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά.

### 3.3.2 Θετικά συμπτώματα

Η σχιζοφρένεια συχνά περιγράφεται από την άποψη των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων, ονομάζουμε θετικά τα συμπτώματα που απεικονίζουν βιώματα που προστίθενται στις κανονικές εμπειρίες ζωής, ενώ τα αρνητικά αφαιρούν μέρος από τη διάθεση του ασθενούς (ερευνητικό πανεπιστημιακό ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής – Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.).

## **Παραληρητικές Ιδέες**

Είναι αρκετά συνηθισμένο σε ασθενείς με σχιζοφρένεια να έχουν ιδέες, που έρχονται σε αντίθεση με την πραγματικότητα, και να τις πιστεύουν ακράδαντα παρά τις ενδείξεις ότι δεν ισχύουν (Schacter, Gilbert, & Wegner, 2012). Στην έρευνα των Sartorius, Shapiro και Jablonsky (1974) το 65 τοις εκατό των ατόμων με διάγνωση σχιζοφρένειας από διαφορετικές χώρες του δείγματός τους εμφάνιζε παράλογες ιδέες. Συνηθισμένες παραληρητικές ιδέες των ασθενών είναι ότι κάποια εξωτερική πηγή εισήγαγε στο νου τους σκέψεις που δεν ήταν δικές τους, πως οι σκέψεις τους μεταδίδονται με κάποιο τρόπο στους άλλους, οπότε αυτοί γνωρίζουν τι σκέφτονται, ότι μια εξωτερική δύναμη κλέβει τις σκέψεις τους ή ελέγχει τη συμπεριφορά και τα συναισθήματά τους (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Αξίζει να σημειωθεί πως παρόλο που τέτοιου είδους ιδέες μπορεί να τις συναντήσουμε και σε άλλες ψυχικές διαταραχές, ωστόσο στη σχιζοφρένεια είναι σε μεγάλο βαθμό μη αληθοφανείς (Jungiger, Barker, & Coe, 1992).

## **Ψευδαισθήσεις και άλλες διαταραχές της αντίληψης**

Πολύ συχνά ο κόσμος που βιώνει ο ασθενής με σχιζοφρένεια είναι διαφορετικός από τον πραγματικό (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Μπορεί για παράδειγμα να βιώνει την αποπροσωποποίηση σε τέτοιο βαθμό που να αισθάνεται το σώμα του διάχυτο στο χώρο ή σαν μηχανή (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Οι πιο έντονες στρεβλώσεις της πραγματικότητας που συναντάμε στη σχιζοφρένεια είναι οι ψευδαισθήσεις, που είναι αισθητηριακές εμπειρίες που βιώνει το άτομο (πιο συχνά ακουστικές απ' ό,τι οπτικές), χωρίς να υπάρχει στο περιβάλλον του σχετικό ερέθισμα (Στεφανής, 1990). Σύμφωνα με τον Mellor (1970), ορισμένες ψευδαισθήσεις έχουν ιδιαίτερη διαγνωστική σημασία, καθώς απαντώνται συχνότερα σε ασθενείς με σχιζοφρένεια απ' ό,τι σε άλλους ψυχικούς ασθενείς. Οι ψευδαισθήσεις αυτές είναι η αναφορά σε σκέψεις τους που εκφράζονται από κάποια άλλη φωνή, η ακρόαση φωνών που διαφωνούν μεταξύ τους και ο ισχυρισμός ότι ακούν φωνές να σχολιάζουν την συμπεριφορά τους (Mellor, 1970). Οι ασθενείς βιώνουν τις ψευδαισθήσεις τους αρνητικά και πιο θετικά μόνο όταν θεωρούν ότι προέρχονται από κάποιο γνωστό σε αυτούς πρόσωπο (Copolon, Mackinnon, & Trauer, 2004).

### **3.3.3.Αρνητικά Συμπτώματα**

#### **Αβουλία**

Το άτομο με σχιζοφρένεια συχνά δεν βρίσκει καμιά ευχαρίστηση σε δραστηριότητες που πριν αποτελούσαν κομμάτι της ρουτίνας του (Kring, Davison, Neale, &Johnson, 2010). Μπορεί να σταματήσει να δίνει σημασία στην ατομική του υγιεινή και περιποίηση ή να εμφανίζει απάθεια και να επιθυμεί διαρκώς να μην κάνει τίποτα αμελώντας την δουλειά τις σπουδές τις υποχρεώσεις του (Kring, Davison, Neale, &Johnson, 2010).

#### **Αλογία**

Ο λόγος στη σχιζοφρένεια μπορεί να είναι είτε φτωχός σε περιεχόμενο είτε μικρότερος σε ποσότητα απ' ό,τι πριν την εμφάνιση της ασθένειας (Schacter, Gilbert, &Wegner, 2012). Στην πρώτη περίπτωση ο ασθενής μπορεί να επαναλαμβάνει τις ίδιες πληροφορίες στον λόγο του ή να είναι ασαφής, παρόλο που η ποσότητα λόγου είναι επαρκής (Kring, Davison, Neale, &Johnson, 2010).

#### **Ανηδονία**

Ο ασθενής με σχιζοφρένεια είναι πιθανόν να μην ενδιαφέρεται πλέον για εμπειρίες που πριν του δημιουργούσαν ευχαρίστηση, παρόλο που αν τελικά εκτελέσουν την δραστηριότητα την απολαμβάνουν, δεν περιμένουν δηλαδή στην πραγματικότητα πως ορισμένες καταστάσεις, όπως για παράδειγμα μια διασκεδαστική ταινία, θα τους είναι ευχάριστες (Kring, Davison, Neale, &Johnson, 2010).

#### **Επίπεδο συναίσθημα**

Στην έρευνα των Sartorius, Shapiro και Jablonsky (1974) το 66 τοις εκατό του δείγματος των ασθενών τους εμφάνιζε επίπεδο συναίσθημα. Με τον όρο αυτόν αναφερόμαστε στην εξωτερική έκφραση ενός συναισθήματος και όχι στο εσωτερικό βίωμα του από τον ασθενή(Kring, Davison, Neale, &Johnson, 2010). Στους ασθενείς που εμφανίζουν το συγκεκριμένο σύμπτωμα, κανένα ερέθισμα δεν πυροδοτεί κάποια συναισθηματική έκφραση, οι μύες του προσώπου παραμένουν χαλαροί και τα μάτια του ασθενούς άτονα (Kring&Neale, 1996).

#### **Διαπροσωπική λειτουργικότητα**

Κάποιοι από τους ασθενείς με σχιζοφρένεια τείνουν να εμφανίζουν μια μείωση των κοινωνικών τους σχέσεων. Δεν ενδιαφέρονται να αποκτήσουν και να συντηρήσουν την

κοινωνική συναναστροφή τους, έχουν ελάχιστους φίλους και φτωχές κοινωνικές δεξιότητες (Kring, Davison, Neale, &Johnson, 2010).

### **3.3.4.Συμπτώματα αποδιοργάνωσης**

#### **Αποδιοργανωμένος λόγος**

Συχνά ο λόγος ενός ασθενή με σχιζοφρένεια δε γίνεται κατανοητός από τον συνομιλητή του, εξαιτίας των προβλημάτων στην οργάνωση και στην παρουσίαση των ιδεών (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Αν και μπορεί,σε αρκετά σημεία του λόγου του,να γίνεται αναφορά σε συγκεκριμένες ιδέες ή πεποιθήσεις, παρόλα αυτά τα επιμέρους στοιχεία της σκέψης δεν συνδέονται μεταξύ τους και με τα βασικά στοιχεία (Schacter, Gilbert, &Wegner, 2012). Ο ασθενής είναι πιθανόν επίσης να μην παραμένει στο ίδιο θέμα ή να περνάει πάρα πολύ γρήγορα σε άλλες συνειρμικές σκέψεις(Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010).

#### **Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά**

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια ορισμένες φορές δυσκολεύονται να εναρμονιστούν με τις κοινωνικές νόρμες της κοινότητας τους(Schacter, Gilbert, &Wegner, 2012). Μπορεί να ντύνονται με ασυνήθιστα ρούχα, να εμφανίζουν ανάρμοστες σεξουαλικές συμπεριφορές,όπως ο δημόσιος αυνανισμός, να συμπεριφέρονται με ανώριμο τρόπο ή να συλλέγουν αντικείμενα και σκουπίδια (Kring, Davison, Neale, &Johnson, 2010).

### **3.3.5.Άλλα συμπτώματα**

#### **Κατατονία**

Η κατατονία περιλαμβάνει μια σειρά κινητικών ανωμαλιών (Kring, Davison, Neale, &Johnson, 2010). Ο ασθενής μπορεί να κάνει διαρκώς χειρονομίες, να εμφανίζει υψηλό βαθμό διέγερσης, να χτυπά τα άκρα του ή να εκτελεί σύνθετες κινητικές ακολουθίες με τα δάκτυλα τα χέρια ή τα μπράτσα του (Kring, Davison, Neale, &Johnson, 2010). Στον αντίποδα της κατατονίας, η κατατονική ακινησία στην οποία ο ασθενής υιοθετεί μια ασυνήθιστη σωματική στάση και τη διατηρεί για μεγάλο χρονικό διάστημα (Kring, Davison, Neale, &Johnson, 2010).



## **Απρόσφορο συναίσθημα**

Ένας ασθενής με σχιζοφρένεια μπορεί να εμφανίζει μια συναισθηματική αντίδραση που δεν ταιριάζει στο πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται (Kring&Neale, 1996). Μπορεί, για παράδειγμα, να γελάσει ακούγοντας για τον θάνατο ενός συγγενικού προσώπου. Τα συναισθήματά του είναι πιθανό να εναλλάσσονται ραγδαία και αναίτια(Kring, Davison, Neale, &Johnson, 2010). Το σύμπτωμα αυτό είναι ωστόσο σπάνιο και συναντάται σχεδόν αποκλειστικά στη σχιζοφρένεια(Kring, Davison, Neale, &Johnson, 2010).

### **3.4. Κατηγορίες της σχιζοφρένειας (DSM-IV-TR)**

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR, οι τύποι που μπορούμε να συναντήσουμε στη σχιζοφρένεια είναι οι εξής:

#### **3.4.1. Αποδιοργανωμένος τύπος**

Στον αποδιοργανωμένο τύπο συναντάμε έναν ασθενή με έντονα αποδιοργανωμένο λόγο. Ο ακροατής δυσκολεύεται να παρακολουθήσει τον λόγο τους ασθενούς, καθώς αυτός παρουσιάζει ασυναρτησίες, νεολεξίες και δεν έχει ροή. Ακόμη ο ασθενής αποδιοργανωμένου τύπου ενδέχεται να έχει επίπεδο συναίσθημα, ή και έρχεται αντιμέτωπος με συνεχείς εναλλαγές των συναισθημάτων του. Τέλος η γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου με αυτόν τον τύπο σχιζοφρένειας παρουσιάζει μια γενικότερη αποδιοργάνωση, το άτομο δηλαδή μπορεί να φέρεται ασυνάρτητα.

#### **3.4.2. Κατατονικός τύπος**

Στον κατατονικό τύπο ο ασθενής εμφανίζει κινητική ακαμψία με τη μορφή καταληψίας (συμπεριλαμβανομένης της κηρώδους ευκαμψίας) ή εμβροντησία. Ακόμη το άτομο μπορεί να έχει, χωρίς λόγο, υπέρμετρη κινητική δραστηριότητα και υπερβολικό αρνητισμό ή βωβότητα. Η κατατονική συμπεριφορά εμφανίζεται αιφνίδια, αν και είναι πιθανό το άτομο να εμφανίσει απόσυρση από την πραγματικότητα σε κάποιο βαθμό και πριν την έναρξη της σχιζοφρένειας. Σύμφωνα με τον Boyle (1991) στις αρχές του εικοστού αιώνα αποτυγχάνει η διαφοροδιάγνωση του κατατονικού τύπου από την ληθαργική εγκεφαλίτιδα και έτσι εξηγείται ο φαινομενικά υψηλός επιπολασμός του, καθώς πλέον θεωρούμε τον συγκεκριμένο τύπο σπάνιο. Μια δεύτερη ερμηνεία είναι πως τα φάρμακα που δίνονται στον κατατονικό τύπο έχουν σημαντική επίδραση στις διαταραγμένες κινητικές του διεργασίες.

### **3.4.3. Παρανοειδής τύπος**

Στον παρανοειδή τύπο σχιζοφρένειας ο ασθενής εμφανίζει παραληρητικές ιδέες. Συχνές είναι αυτές της καταδίωξης, αλλά μπορεί να συναντήσουμε και ιδέες μεγαλείου, στις οποίες ο ασθενής έχει διογκωμένη την αίσθηση της δύναμης και της σημασίας του, ή ιδέες αναφοράς, που κάνουν τον ασθενή να πιστεύει πως ασήμαντες συμπεριφορές και γεγονότα φέρουν κάποιο νόημα για τον ίδιο, όπως για παράδειγμα μια συζήτηση αγνώστων στο λεωφορείο ή ένα δελτίο ειδήσεων στην τηλεόραση. Συχνά επίσης παρουσιάζει ακουστικές ψευδαισθήσεις. Στον συγκεκριμένο τύπο δεν κυριαρχούν ο αποδιοργανωμένος λόγος, η αποδιοργανωμένη ή η κατατονική συμπεριφορά και το επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα.

### **3.4.4. Επιπρόσθετοι τύποι**

#### *Αδιαφοροποίητος τύπος*

Στην συγκεκριμένη κατηγορία εντάσσονται ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια για σχιζοφρένεια αλλά όχι αυτά που απαιτούνται για να ενταχθούν σε κάποιον από τους τύπους που αναφέρθηκαν.

#### *Υπολειμματικός τύπος*

Σε αυτό τον τύπο ο ασθενής παρουσιάζει συμπτώματα της ασθένειας αλλά δεν πληρεί τα κριτήρια για να του δοθεί η διάγνωση της πάθησης.

## **3.5. Παρέμβαση**

Έρευνες δείχνουν πως η νοσοκομειακή φροντίδα δε συμβάλει ουσιαστικά στην επίτευξη θεραπείας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχικές παθήσεις και πως οι ασθενείς αυτοί συχνά επανεισάγονται στο νοσοκομειακό πλαίσιο (Paule&Menditto, 1992). Η έλλειψη επίγνωσης των ασθενών για τη σχιζοφρένιά τους δεν βοηθάει στο να πραγματοποιηθεί κάποια μορφή θεραπείας, γι' αυτό κρίνεται σκόπιμο να μειωθούν τα ψυχωτικά συμπτώματα του ασθενή, πριν ξεκινήσει η ψυχολογική παρέμβαση και στη συνέχεια η φαρμακευτική δόση να μειώνεται σταδιακά με την ταυτόχρονη εκμάθηση τρόπων διαχείρισης του άγχους που πυροδοτεί νέα επεισόδια (Kring, Davison, Neale, &Johnson, 2010).

### **3.5.1. Φαρμακευτική Παρέμβαση**

Στη φαρμακευτική παρέμβαση της σχιζοφρένειας συναντάμε δυο μεγάλες κατηγορίες φαρμάκων: τα παραδοσιακά αντιψυχωτικά φάρμακα και τα άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα.

Στα πρώτα ανήκουν ουσίες όπως ηφαινοθειαζίνη, το παράγωγο της χλωροπρομαζίνη, οι βουτυροφαινόνες και οι θειοξανθίνες(Schacter, Gilbert, &Wegner, 2012).

Οι ασθενείς, των οποίων η αγωγή περιλαμβάνει τα παραδοσιακά ψυχωτικά φάρμακα, λαμβάνουν μια δόση αρχικά που σταθεροποιεί την κατάσταση τους και στη συνέχεια επισκέπτονται τον γιατρό τους ανά διαστήματα για προσαρμογή της δόσης τους, ανάλογα με την ανταπόκρισή τους στα φάρμακα(Kring, Davison, Neale, &Johnson, 2010). Δεν ανταποκρίνονται όλοι οι ασθενείς όμως καλά σε αυτές τις ουσίες. Συχνά εμφανίζουν παρενέργειες, όπως ζάλη, θολή όραση, νευρικότητα και η σεξουαλική δυσλειτουργία, καθώς και παρενέργειες με συμπτώματα εξωπυραμιδικού συστήματος, όπως συρτή βάδιση, σιελόρροια, τρόμος στα δάχτυλα και κινητικά συμπτώματα όπως μυϊκή ακαμψία, δυσκινησία, δυστονία, ακούσιες κινήσεις μυών, νευρική κίνηση και βάδιση (Kring, Davison, Neale, &Johnson, 2010). Για τους λόγους αυτούς, οι ερευνητές αναζήτησαν νέα φάρμακα, ώστε να μειωθούν οι παρενέργειες και να προσφερθεί φαρμακευτική παρέμβαση σε μεγαλύτερο εύρος ασθενών (Kring, Davison, Neale, &Johnson, 2010).

Όσον αφορά στα άτυπα ψυχωτικά φάρμακα, σε αυτά περιλαμβάνονται ουσίες όπως η κλοπαζίνη, η ολανπαζίνη και η ρισπεριδόνη(Μαδιανός, 2005). Τα άτυπα ψυχωτικά φάρμακα δείχνουν να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικότερα τα θετικά συμπτώματα και τα συμπτώματα αποδιοργάνωσης απ' ό,τι τα παραδοσιακά ψυχωτικά φάρμακα, αλλά και να έχουν λιγότερες κινητικές παρενέργειες (Μαδιανός, 2005). Αυτό πρακτικά σημαίνει πως ασθενείς που λαμβάνουν αγωγή με άτυπα ψυχωτικά φάρμακα είναι πιο πιθανό να μη διακόψουν την φαρμακευτική τους αγωγή(Μαδιανός, 2005). Κάποιες έρευνες όμως έχουν αντικρουόμενα συμπεράσματα, με τα άτυπα αντιψυχωτικά να μην είναι πιο αποτελεσματικά από τα παραδοσιακά και να προκαλούν δυσάρεστες παρενέργειες και συνεπώς να οδηγούν επίσης τους ασθενείς σε διακοπή της φαρμακευτικής τους αγωγής. Στις παρενέργειες συγκαταλέγουν ορισμένες έρευνες τον διαβήτη τύπου 2 και την παγκρεατίτιδα(Kring, Davison, Neale, &Johnson, 2010).Τέλος αν και φαίνεται πως τα άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα βοηθούν την γνωστική λειτουργία των ασθενών με σχιζοφρένεια, η ψυχολογική βοήθεια στους ασθενείς και τα προγράμματα κοινωνικής αποκατάστασης δείχνουν να τους ωφελούν περισσότερο(Kring, Davison, Neale, &Johnson, 2010). Παρόλα αυτά οι ειδικοί συνεχίζουν την προσπάθεια για τον εντοπισμό νέων αποτελεσματικότερων φαρμάκων, ταυτόχρονα με την αξιολόγηση των υφιστάμενων θεραπειών. Μια σύγχρονη προσέγγιση είναι το πρόγραμμα MATRICS, το οποίο αποτελεί μια συνεργασία ειδικών διαφόρων επιστημονικών πεδίων, με στόχο την επίτευξη μια

ομόφωνης αποδεκτής συστοιχίας γνωστικών και νευροψυχολογικών δοκιμασιών για την αξιολόγηση φαρμακευτικών αγωγών (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010).

### 3.5.2. Ψυχολογική παρέμβαση

Διάφορες είναι οι προσεγγίσεις που αφορούν στην ψυχολογική παρέμβαση σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Μια τεχνική που χρησιμοποιείται ευρέως και φαίνεται να έχει θετικά αποτελέσματα είναι η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, που μαθαίνει στους ασθενείς την αντιμετώπιση κοινωνικών καταστάσεων όπως μια συνέντευξη για δουλειά ή μια παραγγελία σε ένα εστιατόριο (Heinssen, Liberman, & Kopelowicz, 2000). Άλλη μια προσέγγιση είναι και η οικογενειακή παρέμβαση που στοχεύει στη μείωση του εκφρασμένου συναισθήματος μέσα από την εκπαίδευση των μελών της οικογένειας του ασθενή για την σχιζοφρένεια, την νευροβιολογική φύση της, τα συμπτώματά της, τις ενδείξεις υποτροπής, τη θεραπεία της και την εκμάθηση τεχνικών για την αποφυγή απόδοσης κατηγοριών και την επίλυση προβλημάτων επικοινωνίας (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010).

Σε ασθενείς με σχιζοφρένεια εφαρμόζεται επίσης και η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία στην οποία ο ασθενής ενθαρρύνεται να ελέγξει κριτικά τις παραληρητικές του πεποιθήσεις, να κατανοήσουν τα συμπτώματά τους, μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο την έντασή τους (Schacter, Gilbert, & Wegner, 2012). Συνδυαστικά με φαρμακευτική αγωγή, οι συγκεκριμένες τεχνικές φαίνεται να έχουν θετικό αντίκτυπο στη μείωση των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών (Μαδιανός, 2005). Στη γνωστική παρέμβαση, οι γνωστικές λειτουργίες των ασθενών ενισχύονται και τα αποτελέσματα φαίνονται να είναι ενθαρρυντικά, ενώ η προσωπική παρέμβαση εκπαιδεύει τους ασθενείς να αντιμετωπίζουν το στρες τους, να το διαχειρίζονται και να παρατηρούν ενδείξεις υποτροπής, ώστε να μην βιώνουν τις αναπόφευκτες ματαιώσεις στη ζωή τους ως καταστροφές και έχουν μια πιο αισιόδοξη στάση για τη ζωή τους (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Υπάρχουν ενδείξεις, αν και γενικά τα πορίσματα για τη συγκεκριμένη θεραπεία είναι περιορισμένα, πως η προσωπική παρέμβαση βοηθά να μην υποτροπιάζουν τα άτομα με σχιζοφρένεια, μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Αντίθετα η παρέμβαση που φαίνεται να μην έχει θετική επίδραση στη σχιζοφρένεια, μα ορισμένες φορές και αρνητική, είναι η ψυχαναλυτική που θεωρείται πλέον παρωχημένη στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010· Crow, 2008).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Διαταραχές του λόγου στη σχιζοφρένεια

### 4.1. Διαταραχές στην ροή και την ποσότητα λόγου

Είναι φυσικό μια ασθένεια τέτοιας σοβαρότητας να επιδρά και σε τομείς όπως ο λόγος και η σκέψη. Ο ερευνητής και ψυχίατρος Crow (2006) υποστήριξε μάλιστα την άποψη πως η σχιζοφρένεια και η γλωσσική μας ανάπτυξη έχουν κοινή εξελικτική προέλευση και πως μπορούμε να βρούμε συσχέτιση ανάμεσα στις διαταραχές της γλωσσικής ικανότητας και στη γενετική βάση της σχιζοφρένειας. Όπως αναφέρθηκε στη σχιζοφρένεια παρατηρούμε την αποδιοργάνωση της σκέψης του ασθενούς που μπορεί να σημαίνει έκπτωση στην ικανότητα οργάνωσης, στην ταχύτητα, στη σωστή ροή και λογική συνέχεια αυτής (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Ένα σύμπτωμα που συναντάμε σε χρόνιους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι η περιορισμένη ποσότητα του λόγου (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Ο ασθενής παρέχει κατά το λόγο του ελάχιστες πληροφορίες στον εξεταστή και ο λόγος του χαρακτηρίζεται ως φτωχός σε περιεχόμενο (Lamperiere & Feline, 1995). Οι απαντήσεις κατά τη διάρκεια της συνέντευξης είναι σύντομες ή και μονολεκτικές, ενώ ενδεχομένως να μην απαντάει και σε κάποιες από τις ερωτήσεις που δέχεται (Andreasen, Arndt, 1979), ή να απαντήσει μόνο μετά από αρκετές επαναλήψεις της ίδιας ερώτησης από τον εξεταστή (Ουλής, 1996). Η αλογία που εμφανίζει ένας ασθενής, μπορεί να δυσχεραίνει την πρόοδο μιας κλινικής συνέντευξης (Andreasen, Arndt, 1979).

Μια ισχυρή ένδειξη για την ύπαρξη σχιζοφρένειας κατά τη διάρκεια της κλινικής συνέντευξης είναι η ανακοπή (Casey & Kelly, 2008). Κατά την ανακοπή, ο ειρμός της σκέψης του ασθενούς διακόπτεται αιφνιδίως, χωρίς να υπάρχει κάποιος λόγος που αυτό συμβαίνει και χωρίς ο ασθενής να έχει ολοκληρώσει την πρόταση του (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Ο ασθενής ενδέχεται να ξεκινήσει να μιλάει για κάποιο άλλο θέμα μετά την ανακοπή ή να μην θυμάται για τι πράγμα μιλούσε (WHO, 1998). Η ανακοπή δεν σχετίζεται με την περίσπαση της προσοχής του ασθενούς (Andreasen, Arndt, 1979). Η συγκεκριμένη διαταραχή στην παραγωγή του λόγου ασθενών με σχιζοφρένεια δεν απαντάται συχνά (Andreasen, Arndt, 1979). Η ερμηνεία του ασθενούς για την ύπαρξη της συγκεκριμένης διαταραχής, ενδέχεται να έχει παραληρητική βάση, για παράδειγμα την υποκλοπή των σκέψεων του (Gelder, Harrison, & Cowen, 2006). Σε περίπτωση που το σύμπτωμα εμφανίζεται σε έναν ασθενή με εναίσθηση, η ανακοπή της σκέψης θα αποτελέσει γι' αυτόν μια τρομαχτική εμπειρία (Casey & Kelly, 2008).

Η βραδύτητα στη σκέψη του ασθενούς, ενδεχομένως να γίνεται ορατή και από τον αυξημένο λανθάνων χρόνο απαντήσεων του(Ουλής, 1996). Μετά τη διατύπωση της ερώτησης από τον εξεταστή, ο ασθενής απαντάει, όμως θα το κάνει μετά από μακρό χρονικό διάστημα(Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Ο εξεταστής μπορεί να υποψιαστεί πως η ερώτηση του δεν έγινε κατανοητή, στην πραγματικότητα όμως ο ασθενής, παρουσιάζει δυσκολία στη νοηματική επεξεργασία της απάντησης που θέλει να δώσει(Sadock&Sadock, 2007). Η επιβραδυμένη σκέψη του ασθενούς μπορεί ακόμα να επηρεάσει και την ταχύτητα της παραγόμενης ομιλίας του(Casey&Kelly, 2008). Ο ασθενής δηλαδή, μπορεί κατά την κλινική εξέταση να παράγει μικρές ή ανολοκλήρωτες προτάσεις(Sims, 2003). Σε αυτή την περίπτωση ανάμεσα στις λέξεις που χρησιμοποιούνται από τον ασθενή, θα υπάρχουν μεγάλα χρονικά κενά και οι απαντήσεις του θα εκφέρονται σε μεγάλο χρόνο(Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010).

Σε δείγμα λόγου από ασθενείς με σχιζοφρένεια παρατηρείται μερικές φορές και το σύμπτωμα του ιδεομηρυκασμού(Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Ο ασθενής επανέρχεται στο λόγο του επανειλημμένα και άσκοπα στη ίδια ιδέα ή σε ένα θέμα(WHO, 1998). Η ομιλία του συνεχίζεται, όμως ο λόγος του συνολικά μπορεί να χαρακτηριστεί ως ασαφής και επαναληπτικός(Andreasen, Arndt,1979).

Κατά την παραγωγή λόγου σε ασθενείς με σχιζοφρένεια συναντάμε επίσης συχνά, λόγο φτωχό σε περιεχόμενο(Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Ο ασθενής κάνει χρήση πλήθους λέξεων, χωρίς ωστόσο να μεταφέρει κάποια ουσιαστική πληροφορία στον ακροατή (Andreasen, Arndt,1979) . Κατά την κλινική συνέντευξη, ο εξεταστής θα παρατηρήσει πως παρόλο που ο ασθενής δίνει μεγάλες σε έκταση απαντήσεις, οι ερωτήσεις που του έγιναν, μένουν ουσιαστικά αναπάντητες (Andreasen, Arndt,1979).

Ο λόγος του ασθενούς με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται σε αρκετές περιπτώσεις και ως επιτηδευμένος(WHO, 1998). Οι εκφράσεις που διαλέγει ο ασθενής να χρησιμοποιήσει είναι σε κάποιες περιπτώσεις είτε πολύ επίσημες και σχολαστικές, είτε είναι ειδικοί τεχνικοί όροι που ξενίζουν τον ακροατή στον καθημερινό λόγο (Andreasen, Arndt,1979) . Ο ασθενής δεν κατανοεί την εξεζητημένη ποιότητα της ομιλίας του και δεν χρησιμοποιεί σχολαστικό λόγο για να γίνει κωμικός, αντίθετα ακούσια χρησιμοποιεί λανθασμένα το λόγο(Sims, 2003).

Ο λόγος στη σχιζοφρένεια δεν συνάδει πάντα με το κοινωνικό πλαίσιο(Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Ο ασθενής μπορεί να έχει μια ψευδαισθητική συνδιάλεξη με τις

φωνές του(WHO, 1998), ή να πραγματοποιεί έναν μονόλογο(Lamperiere&Feline, 1995). Και στις δυο περιπτώσεις όμως, η παραγωγή της ομιλίας του, εκλαμβάνεται από τον ακροατή του ως ασυναρτησία, καθώς σε αυτήν περιλαμβάνονται άσχετες με το κοινωνικό πλαίσιο λέξεις(Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Σε ορισμένες περιπτώσεις ο ασθενής παράγει ακούσια χυδαιολογία, συμπεριφορά στο λόγο του που ορίζεται ως κοπρολαλία(Στεφανής, 1990). Στα αρχικά στάδια της ηβηφρενικής σχιζοφρένειας επίσης, ο ασθενής μπορεί να κάνει άκαιρα αστεία που φέρνουν σε δύσκολη θέση τους συνομιλητές του(Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010).

Κατά την παραγωγή του λόγου, ο ασθενής με σχιζοφρένεια δεν παίρνει πρωτοβουλίες προκειμένου να διατηρήσει τη συνομιλία ούτε ξεκινάει μια συζήτηση χωρίς τη βοήθεια του εξεταστή(WHO, 1998). Δεν χρησιμοποιεί επιπλέον, τις εκφράσεις επιδοκιμασίας που χρησιμοποιούνται από άτομα χωρίς σχιζοφρένεια, για να παροτρύνουν τον συνομιλητή τους(Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010).

#### **4.2.Διαταραχές στη νοηματική συνάφεια και στην κατανόηση**

Ένα από τα συμπτώματα που αφορούν στην κατανόηση του λόγου του ασθενούς με σχιζοφρένεια είναι η σχιζοφασία, ή παραγραμματισμός, ή σαλάτα λέξεων(Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Ο όρος αναφέρεται στην κατάργηση της συνάφειας των νοημάτων του λόγου του ασθενούς με σχιζοφρένεια(Στεφανής, 1990). Αυτό μπορεί να οφείλεται σε διαστρεβλωμένη χρήση της γραμματικής και της σύνταξης των προτάσεων του, ή σε άσκοπες αλλαγές του θέματος συζήτησης από τον ασθενή(WHO, 1998). Η σύνδεση μεταξύ των προτάσεων καταλύεται και ορισμένες φορές η νοηματική συνάφεια καταργείται ακόμη και ανάμεσα σε όρους της ίδιας πρότασης (Andreasen, Arndt,1979) . Η επιλογή των λέξεων από τον ασθενή ταιριάζει λίγο ή καθόλου με το θέμα(Lamperiere & Feline, 1995). Ο ασθενής μπορεί να παραλείπει συνδετικές λέξεις στο λόγο του, όπως τα άρθρα και οι προθέσεις(Andreasen, Arndt,1979). Σε περίπτωση που η κατάργηση της γραμματικής, της σύνταξης και της συνάφειας του λόγου είναι πλήρης, γίνεται αναφορά στον όρο σαλάτα λέξεων ή γλωσσική σαλάτα(Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Ο λόγος ενός ασθενή με σχιζοφρένεια που περιλαμβάνει παραληρητικές ιδέες, αν και αλλόκοτος, δεν συνιστά σχιζοφασία αν η δομή του έχει φυσιολογική δομή(WHO, 1998).

Η αλληλουχία των σκέψεων, ενός ασθενούς με σχιζοφρένεια, συχνά δεν καταλήγει σε κάποιο συμπέρασμα(Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Το αρχικό θέμα της συζήτησης

σταδιακά χάνεται και ο ασθενής δεν επιστρέφει σε αυτό(WHO, 1998). Ο ασθενής μπορεί να μην συνειδητοποιεί καν πως έχασε το στόχο της συζήτησης(Andreasen, Arndt,1979). Επιπλέον μπορεί ο λόγος του ασθενούς να εκτρέπεται από το ένα θέμα στο άλλο , με το επόμενο θέμα να έχει λίγη ή και καθόλου σχέση με το προηγούμενο(Andreasen, Arndt,1979). Σε αυτήν την περίπτωση αναφερόμαστε στο σύμπτωμα του εκτροχιασμού ή της χάλασης του συνειρμού του ασθενούς(Andreasen, Arndt,1979). Η χάλαση του συνειρμού έχει ως αποτέλεσμα να καταλύεται βαθμιαία και προοδευτικά η νοηματική συνάφεια στα λόγια του ασθενούς(Ουλής, 1996), ο οποίος και πάλι δεν κατανοεί πως η απάντηση που δίνει δεν σχετίζεται με την ερώτηση που του έκανε αρχικά ο εξεταστής(Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Αν ο εξεταστής επιχειρήσει να αποσαφηνίσει όσα του λέει ο ασθενής του, θα διαπιστώσει πως τα κατανοεί όλο και λιγότερο(Gelder, Harrison, & Cowen, 2006). Αν πρόκειται για απαντήσεις του ασθενούς και όχι για αυθόρμητο λόγο, οι άσχετες θεματικά και νοηματικά απαντήσεις του ασθενούς ως προς τις ερωτήσεις του εξεταστή, ορίζονται ως το σύμπτωμα της εφαπτομενικότητας στο λόγο του(Μάνος, 1987).

Άλλη μια διαταραχή που συναντάμε στο λόγο των ασθενών με σχιζοφρένεια, είναι η ηχολαλία(WHO, 1998). Ο ασθενής δηλαδή, επαναλαμβάνει λέξεις ή φράσεις που άκουσε προηγουμένως, από λόγια άλλων ή από ερωτήσεις που έγιναν στον ίδιο(Sims, 2003). Ο ασθενής φαίνεται να μην κατανοεί τις λέξεις που επαναλαμβάνει, τις οποίες προφέρει με κοφτό και μιμητικό τρόπο(Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Η ηχολαλία σαν σύμπτωμα είναι επίμονη και επαναλαμβανόμενη(Andreasen, Arndt,1979). Κάποιοι ερευνητές θεωρούν, πως η ηχολαλία είναι μια προσπάθεια του ασθενούς να διατηρήσει μια συνέχεια στις σκέψεις που κάνει(Μάνος, 1987).

Το σύμπτωμα της ηχολαλίας διαφέρει από αυτό της λεκτικής στερεοτυπίας, στην οποία ο ασθενής, χρησιμοποιεί συνειδητά μια λέξη για να καλύψει πολύ περισσότερες έννοιες από αυτές που κάλυπτε φυσιολογικά η συγκεκριμένη λέξη(Casey & Kelly, 2008). Επειδή λοιπόν, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν συχνά περιορισμένο λεξιλόγιο, χρησιμοποιούν λέξεις και προτάσεις ακόμα και σε περιπτώσεις που αυτές δεν σχετίζονται με το περιεχόμενο της ομιλίας για να μεταφέρουν την πληροφορία που θέλουν(Casey & Kelly, 2008). Όταν μια λέξη έχει περισσότερες από μία έννοιες, συνήθως ο ασθενής θα αγνοήσει τις λιγότερο συχνές ερμηνείες της και θα τη χρησιμοποιήσει μόνο με την κυρίαρχη ερμηνεία της (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010).



Η λεκτική στερεοτυπία, θεωρείται από ορισμένους ερευνητές μια ακραία μορφή λεκτικής εμμονής του ασθενούς, σύμπτωμα που επίσης απαντάται στη σχιζοφρένεια(Ουλής, 1996). Στη λεκτική εμμονή, ο ασθενής επαναλαμβάνει λέξεις ή φράσεις, όταν αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο θέμα(Casey & Kelly, 2008). Την πρώτη φορά που τις χρησιμοποιεί, μεταφέρει όντως μια σχετική με το θέμα πληροφορία, όμως στη συνέχεια η επανάληψη τους είναι άσκοπη και άσχετη με τη συζήτηση(Sadock & Sadock, 2007).

Ο ασθενής με σχιζοφρένεια ενδέχεται να χρησιμοποιεί στο λόγο του νεολογισμούς ή νεολεξίες(Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Πρόκειται για λέξεις ή φράσεις των οποίων η σημασία, η προέλευση και η ετυμολογία δεν είναι δυνατόν να εντοπιστούν(Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Ο ασθενής μπορεί να τις χρησιμοποιεί, για να περιγράψει μια εξωπραγματική και νοσηρή εμπειρία που είχε(Στεφανής, 1990) ή μπορεί να έχουν μια προσωπική σημασία για τον ίδιο(Sims, 2003). Σε περίπτωση που ο λόγος του ασθενούς είναι γεμάτος από νεολεξίες αναφερόμαστε στο φαινόμενο της σχιζολαλίας ή νεολαλίας(Ουλής, 1996). Οι νεολογισμοί δεν έχουν καμιά σχέση με τη λανθασμένη χρησιμοποίηση λέξεων ή την λανθασμένη προφορά τους από ασθενείς ή από λέξεις που χρησιμοποιούνται ως κώδικας επικοινωνίας ανάμεσα σε άτομα μιας οικογένειας ή μιας σχέσης ως ιδιαίτερος κώδικας επικοινωνίας(WHO, 1998). Ορισμένες φορές οι λέξεις που χρησιμοποιεί ο ασθενής, έχουν εμφανή προέλευση(Lamperiere & Feline, 1995). Για παράδειγμα ένας ασθενής πίστευε πως η μητέρα του και ο γιατρός του «φαρμακορραφούσαν» προκειμένου να τον δηλητηριάσουν, συναιρώντας τις λέξεις «μηχανογραφώ» και «φαρμακώνω » (Περιτογιάννης& Ζακοπούλου, 2010,σς46).Σε κάποιες ακραίες περιπτώσεις οι ασθενείς κατασκευάζουν ένα παραγλωσσικό ιδίωμα, μια ιδιωτική δηλαδή γλώσσα που ονομάζεται κρυπτολαλία και ορισμένες φορές κατασκευάζουν και έναν γραπτό τρόπο αντιπροσώπευσης της γλώσσας αυτής, που σαν χαρακτηρίζεται ως κρυπτογραφία (Lamperiere&Feline, 1995).

Συχνή συμπεριφορά στο λόγο των ασθενών με σχιζοφρένεια είναι και η ομιλία κατ' ομοιότητα ή αλλιώς οι ηχητικοί συνειρμοί(Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Ο ασθενής δεν επιλέγει εκφράσεις ανάλογα με τη νοηματική συνάφεια αλλά με βάση την ηχητική ομοιότητα τους με τις υπόλοιπες λέξεις που χρησιμοποιεί(Μάνος, 1987). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο λόγος του να γίνεται εξαιρετικά δυσνόητος. Συχνά ο ασθενής κάνει ομοιοκαταληξίες, λογοπαίγνια ή ευφρολογήματα(Ουλής, 1996).

Ο ασθενής με σχιζοφρένεια ενδέχεται να δίνει παραπλανητικές απαντήσεις στις ερωτήσεις του εξεταστή (Andreasen, Arndt, 1979). Να απαντάει δηλαδή, καταφατικά σε όλες τις ερωτήσεις του ή τα λόγια του να αντιφάσκουν. (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010) Αυτό μπορεί να κάνει την αξιολόγηση των πληροφοριών από τον εξεταστή, σχεδόν αδύνατη (WHO, 1998).

Ο λόγος του ασθενούς με σχιζοφρένεια, μπορεί να είναι συγκεκριμένος (Sadock & Sadock, 2007) και υπερπεριεκτικός (Gelder, Harrison, & Cowen, 2006). Στην πρώτη περίπτωση, οι λέξεις του ασθενούς χρησιμοποιούνται αποκλειστικά με την κυριολεκτική τους σημασία (Andreasen, Arndt, 1979). Ο ασθενής χάνει την ικανότητα του για χρήση μεταφορών και αφηρημένων εννοιών. Στη δεύτερη περίπτωση στο λόγο του ασθενούς, συναντάμε τον συνωστισμό ιδεών, που εκφέρονται με τη μορφή υπερσυμπυκνωμένων φράσεων (Στεφανής, 1990).

### 4.3. Διαταραχή της προσωδίας στη σχιζοφρένεια

Στις ιδιομορφίες του λόγου στη σχιζοφρένεια ανήκει και η διαταραχή της προσωδίας, είτε πρόκειται για απροσωδία είτε για δυσπροσωδία. (Ουλής, 1996) Η ομιλία του ασθενούς στερείται των αλλαγών στον χρωματισμό και τον τόνο ανάλογα με το περιεχόμενο του λόγου, που συμβαίνουν σε άτομα χωρίς σχιζοφρένεια (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Η ομιλία γίνεται συνεπώς μονότονη και ανέκφραστη και συχνά συνοδεύεται από μείωση των χειρονομιών και της εκφραστικότητας του προσώπου (Moore, 2008). Τα προβλήματα με την προσωδία των ασθενών τους οδηγούν συχνά στον αποκλεισμό τους από κοινωνικές συναναστροφές καθώς δεν λειτουργούν αποτελεσματικά σε διάφορες κοινωνικές καταστάσεις (Dronkers, Pinker, & Damasio, 2006). Παρακάτω θα παρουσιαστούν έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με την κατανόηση της προσωδίας από ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Οι Leentjens, Wielaert, Harskamp, και Wilmink (1998) στην έρευνα τους επιλέγουν είκοσι έξι ασθενείς που φέρουν την διάγνωση της σχιζοφρένειας με βάση το DSM-IV. Αποκλείουν από το πείραμα ασθενείς με άλλες νευρολογικές παθήσεις, διαταραχές λόγου ή ακοής και νοητική υστέρηση. Τα ίδια κριτήρια ακολουθούν και για να συλλέξουν το δείγμα ελέγχου τους, που περιλαμβάνει είκοσι τέσσερα άτομα, μαζί με την προϋπόθεση να μην υπάρχει κάποιο πρόβλημα ψυχιατρικής φύσεως ή να χορηγείται οποιαδήποτε ψυχιατρική αγωγή. Στους ασθενείς και στο δείγμα ελέγχου χορηγείται τεστ προσωδίας

αποτελούμενο από τέσσερις μικρότερες δοκιμασίες. Στην πρώτη ο εξεταζόμενος ηχογραφείται κατά τη διάρκεια αυθόρμητου διαλόγου με τον εξεταστή και κατά τη διάρκεια της ανάγνωση μιας ιστορίας που περιέχει πολλά προσωδιακά στοιχεία. Στη συνέχεια η ηχογράφηση δίνεται σε λογοπαθολόγο που δεν γνωρίζει τη φύση του πειράματος για να αξιολογήσει την προσωδία του ασθενούς με βάση τον επιτονισμό, τον τόνο, την ποσότητα του λόγου, την ποιότητα της φωνής και το ρυθμό της ομιλίας. Στη δεύτερη δοκιμασία ο εξεταζόμενος καλείται να αναγνωρίσει πέντε διαφορετικά συναισθήματα (θυμός, χαρά, λύπη, ανία και έκπληξη) σε είκοσι πέντε ηχογραφημένες προτάσεις με ουδέτερο περιεχόμενο, ειπωμένες από επαγγελματία ηθοποιό. Το σκορ του εξεταζόμενου το διαμορφώνουν εδώ οι σωστές απαντήσεις του. Στην Τρίτη δοκιμασία ο εξεταζόμενος καλείται να επαναλάβει δέκα ηχογραφημένες προτάσεις που ακούει με τη σειρά διατηρώντας το ίδιο προσωδιακό ύφος με αυτό της ηχογράφησης και ηχογραφείται κατά την προσπάθεια του αυτή. Στη συνέχεια βαθμολογείται από λογοθεραπευτή που ακούει την ηχογραφημένη διαδικασία και παίρνει ένα πόντο για κάθε επιτυχημένη προσπάθεια του. Στην τελευταία δοκιμασία ο εξεταζόμενος καλείται να αναγνωρίσει τα συναισθήματα σε δέκα φωτογραφίες προσώπων με τα συναισθήματα να εκφράζονται με φανερό τρόπο. Τα αποτελέσματα του πειράματος δείχνουν στατιστικά σημαντική χειρότερη επίδοση των ασθενών με σχιζοφρένεια στη αυθόρμητη προσωδία, στην κατανόηση της προσωδίας και στην επανάληψη προσωδιακών χαρακτηριστικών σε σχέση με το δείγμα ελέγχου, με τις διαφορές αυτές να μην σχετίζονται με το φύλο, την ηλικία ή τα έτη εκπαίδευσης. Οι απαντήσεις στη τέταρτη δοκιμασία με την κατανόηση των συναισθημάτων στα πρόσωπα των εικόνων δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντική απόκλιση από αυτή του δείγματος ελέγχου.

Άλλη μια σχετική έρευνα είναι και αυτή των Hofer κ.ά. (2010) που χρησιμοποίησαν το υποσύστημα 8 του Συστήματος Δοκιμής Ολικής Επίδρασης (CATI), χορηγώντας στους ασθενείς μια πρόταση που διαβάζεται κάθε φορά και εκφράζει ένα από τα συναισθήματα που ελέγχονται (χαρά, λύπη, ουδετερότητα, θυμός, φόβος). Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια ήταν σαράντα ενώ στη μελέτη εξετάστηκαν και εξήντα άτομα με διπολική διαταραχή. Το δείγμα ελέγχου αποτέλεσαν σαράντα υγιή άτομα. Οι ασθενείς εξετάστηκαν βάσει των κριτηρίων του Andreasen κ.ά. (1997). Επιπλέον πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια του ICD-10 για τη σχιζοφρένεια και τη διπολική διαταραχή και η διάγνωση τους επιβεβαιώθηκε και από το MiniInternationalNeuropsychiatricInterview (M.I.N.I.). Τα

αποτελέσματα έδειξαν πως οι ασθενείς είχαν μεν μια δυσκολία στη διάκριση των συναισθημάτων σε σχέση με τον φυσιολογικό πληθυσμό αλλά όχι στατιστικά σημαντική.

Στη δική τους έρευνα οι Jahnshan ,Wynn, Green και Michael (2012) συγκρίνουν τα αποτελέσματα από 36 ασθενείς με σχιζοφρένεια και δεκαοχτώ τυπικά αναπτυγμένους ενήλικες, θέτοντας σαν κριτήριο τη φυσιολογική νοημοσύνη, τη γνώση της αγγλικής γλώσσας, την απουσία εξαρτήσεων, την απουσία προβλημάτων ακοής και όρασης και άλλων νευρολογικών ασθενειών ή τραυμάτων. Η διάγνωση των ασθενών έγινε βάση των κριτηρίων του DSM-IV και του StructuralClinicalInterview και οι ασθενείς που επιλέχθηκαν είχαν την ίδια φαρμακευτική αγωγή κατά τη διάρκεια του πειράματος και σταθερή κλινική συμπεριφορά. Το δείγμα εξετάστηκε για να επιβεβαιωθεί πως δεν νόσησε ποτέ από κάποια ψυχωτική διαταραχή ή διαταραχή προσωπικότητας ή βίωσε ποτέ ψυχωτικό επεισόδιο, ή έχει ιστορικό ψύχωσης στο οικογενειακό του περιβάλλον. Στον κάθε εξεταζόμενο χορηγήθηκαν ηχογραφημένες προτάσεις και του ζητήθηκε να βρει το συναίσθημα που εκφραζόταν σε αυτές (φόβος, θυμός, χαρά, λύπη, αηδία και ουδετερότητα). Οι προτάσεις ήταν ογδόντα οχτώ, σημασιολογικά ουδέτερες και περιλάμβαναν δεκαέξι προτάσεις για το κάθε συναίσθημα και οχτώ που εκφράζοντας με απουσία συναισθήματος. Τα αποτελέσματα του πειράματος έδειξαν δυσκολία των ασθενών με σχιζοφρένεια να αντιληφθούν την αηδία και σε μικρότερο βαθμό και τα υπόλοιπα συναισθήματα.

Την συναισθηματική προσωδία θέλησαν να εξετάσουν και οι Hoertnagl κ.ά. (2014), που εξέτασαν 41 ασθενείς με σχιζοφρένεια, 58 διπολική διαταραχή και 85 υγιεί άτομα. Οι ασθενείς επιλέχθηκαν με βάση το MiniInternationalNeuropsychiatricInterview (M.I.N.I.), ενώ στους υγιείς συμμετέχοντες χορηγήθηκε το BriefSymptomInventory και τηρήθηκε σαν προϋπόθεση να μην έχουν κάποια ψυχική ή αναπτυξιακή διαταραχή και ιστορικό επιληψίας ή τραύματος στο κεφάλι. Η δοκιμασία περιλάμβανε είκοσι δύο προτάσεις που εξέφραζαν διαφορετικά συναισθήματα (χαρά, λύπη, θυμός, φόβος ή ουδετερότητα), ειπωμένες από επαγγελματία ηθοποιό και ελέγχθηκε με βάση το subtest 8 (“nameemotionalprosody”) του ComprehensiveAffectiveTestingSystem. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως οι ασθενείς είχαν σημαντικά χειρότερη επίδοση στην κατανόηση του θυμού, αποδίδοντας τον σαν ουδετερότητα.

Στην έρευνα των Rouxa, Christophea και Passerieux συμμετείχαν είκοσιένα ασθενείς με σχιζοφρένεια και είκοσιένα άτομα ως δείγμα ελέγχου. Σε όλο το διάστημα της έρευνας οι ασθενείς λάμβαναν σταθερή αγωγή αντιψυχωτικών φαρμάκων. Το δείγμα ελέγχου

εξετάστηκε για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο ιστορικού ψυχιατρικών παθήσεων, από ψυχίατρο. Οι ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια του DSM-IV-R για τη σχιζοφρένεια και δεν είχαν ιστορικού τραύματος στο κεφάλι, επιληψίας, προβλημάτων ακοής ή χρήσεων ουσιών. Επίσης μετρήθηκε η νοημοσύνη τους. Σε κάθε εξεταζόμενο χορηγήθηκαν σε πρώτη φάση 79 ηχογραφημένα επίθετα, σημασιολογικά ουδέτερα που εκφράζονταν το καθένα δυο φορές μια με θετική συναισθηματική χροιά και μια με αρνητική (θυμός και χαρά). Οι προτάσεις ήταν εκφωνημένες από επαγγελματία ηθοποιό. Στο δείγμα ζητήθηκε να κρίνει την προσωδία στις λέξεις χωρίς να επηρεαστεί από το νόημα τους. Σε δεύτερη φάση, στους εξεταζόμενους χορηγήθηκαν ογδόντα επίθετα με αρνητική σημασιολογία και ογδόντα με θετική σημασιολογία, που εκφωνήθηκαν επίσης από τον ηθοποιό το καθένα με θετική και με αρνητική χροιά (θυμός και χαρά). Σε αυτήν την φάση οι εξεταζόμενοι κλήθηκαν να αναγνωρίσουν το θετικό ή αρνητικό νόημα του επιθέτου αγνοώντας την χροιά με την οποία προφέρεται. Τα αποτελέσματα του πειράματος έδειξαν πως οι ασθενείς με σχιζοφρένεια ήταν πιο αργοί και αποτύγχαναν συχνότερα στο να δώσουν τις σωστές απαντήσεις από ότι το δείγμα ελέγχου, αλλά συχνά η αποτυχία τους σχετιζόταν με την δυσκολία να δώσουν μια απάντηση στο χρονικό όριο που είχε δοθεί.

Την κατανόηση της συναισθηματικής προσωδίας θέλησαν να εξετάσουν και οι Castagna κ.ά. (2011). Στην έρευνα τους συμμετείχαν δεκαεννιά άτομα με σχιζοφρένεια και πενήντα ένα άτομα χωρίς ως δείγμα ελέγχου. Τους ασθενείς εξέτασαν δύο ψυχίατροι, δίνοντας τη διάγνωση της σχιζοφρένειας με βάση το Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID). Αποκλείστηκαν ασθενείς που είχαν ιστορικό κάποιας άλλης ψυχιατρικής ή αναπτυξιακής διαταραχής, ιστορικού τραυματισμού κεφαλής ή κάποια άλλη σωματική διαταραχή. Κατά τη διάρκεια της μελέτης οι ασθενείς ήταν κλινικά σταθεροί και η αγωγή τους δεν διαφοροποιήθηκε. Το δείγμα ελέγχου δεν παρουσίαζε καμιά ψυχιατρική διαταραχή και δεν λάμβανε ψυχιατρική αγωγή. Στον κάθε εξεταζόμενο χορηγήθηκαν αρχικά έξι προτάσεις, σημασιολογικά ουδέτερες η καθεμιά δυο φορές ειπωμένη, από επαγγελματία ηθοποιό και του ζητήθηκε να πει αν το εκφραζόμενο συναίσθημα ήταν ίδιο τις δυο φορές που άκουσε την πρόταση. Η δεύτερη φάση του πειράματος χωρίστηκε σε τρία μέρη. Στο πρώτο ο ηθοποιός διαβάζει 12 προτάσεις και ο εξεταζόμενος πρέπει κάθε φορά να διαλέγει το συναίσθημα που εκφράζεται στην κάθε μία (χαρά, λύπη, θυμός, φόβος και ουδετερότητα). Στο δεύτερο ο εξεταζόμενος ακούει και πάλι δώδεκα φράσεις που έχουν όμως αντιφατική προσωδία σε σχέση με το νόημα τους και καλείται να αγνοήσει την προσωδία και να βρει ποιες έχουν αρνητική και ποιες θετική χροιά με βάση το νόημα

τους, ενώ στο τρίτο ακούει και πάλι δώδεκα προτάσεις με αντιφατική συναισθηματική προσωδία αλλά καλείται αυτή την φορά να επιλέξει αν οι προτάσεις έχουν θετική ή αρνητική χροιά με βάση την προσωδία τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι ασθενείς με σχιζοφρένεια δεν είχαν δυσκολία στην αναγνώριση του συναισθήματος του ομιλητή στο πρώτο στάδιο του πειράματος, αλλά εμφάνιζαν δυσκολία όταν η συναισθηματική χροιά της φωνής του ακροατή δεν ταίριαζε με το νόημα της πρότασης.

Οι Μποζίκας κ.ά. (2006) εξέτασαν επίσης, την κατανόηση της συναισθηματικής προσωδίας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Επέλεξαν τριάντα έξι ασθενείς και τριάντα δύο υγιή άτομα και τους χορήγησαν δοκιμασία που περιλάμβανε τριάντα προτάσεις ουδέτερου συναισθηματικού περιεχομένου, ειπωμένες από επαγγελματία άντρα ηθοποιό που αντιστοιχούσαν σε κάποια από τα παρακάτω συναισθήματα: χαρά, λύπη, έκπληξη, φόβος, θυμός και ουδετερότητα, με το κάθε συναίσθημα να εμφανίζεται σε πέντε παραδείγματα. Οι ασθενείς είχαν μπροστά τους λίστα με τα συναισθήματα και επέλεγαν κάθε φορά αυτό που θεωρούσαν κατάλληλο. Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική αδυναμία των ατόμων με σχιζοφρένεια να αναγνωρίσουν το σωστό συναίσθημα σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό.

#### **4.4.Αιτιολογία διαταραχών λόγου στη σχιζοφρένεια**

Παλιότερα οι ερευνητές θεωρούσαν πως ο λόγος στη σχιζοφρένεια διαταράσσεται επειδή ο ασθενής δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του στο θέμα και άσχετοι συνειρμοί παρεισφρέουν στο λόγο του (Maher, 1972). Μια ακόμη άποψη ήταν πως οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν κάποια βλάβη στις περιοχές του φλοιού (McGrath, 1991). Η Andreasen (1995) μαζί με τους συνεργάτες της, θεώρησαν πως η φτωχή παραγωγή λόγου ανήκει στα αρνητικά συμπτώματα της νόσου ενώ η διαταραχή στο σχηματισμό της σκέψης και ότι διαφορετικοί παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί ευθύνονται για διαφορετικές διαταραχές του λόγου.

Σήμερα με την εξέλιξη των νευροαπεικονιστικών τεχνικών του εγκεφάλου, διαφορετικές του περιοχές μελετώνται σε πραγματικό χρόνο σε ασθενείς με σχιζοφρένεια προκειμένου να διαπιστωθεί η προέλευση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών του εγκεφάλου τους (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010). Ο McGuire (1998) και οι συνεργάτες βρήκαν στην έρευνα τους πως η σοβαρότητα της διαταραχής είναι αντιστρόφως ανάλογη με τη δραστηριότητα σε τμήματα του μετωπιαίου και του

κροταφικού λοβού, που ρυθμίζουν τον προφορικό λόγο, σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Ο Kicher(2009) και οι συνεργάτες του παρατήρησαν πως η άνω κροταφική έλικα σε ασθενείς με σχιζοφρένεια κατά τη διάρκεια του ασυνάρτητου λόγου τους, παρουσίαζε όλο και πιο μειωμένη δραστηριότητα ανάλογα με τη σοβαρότητα της διαταραχής. Πιο πρόσφατα, ο Razafimandimby(2007) και οι συνεργάτες του εντόπισαν μειωμένη πλαγίωση της γλώσσας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και σταθερότητα του συγκεκριμένου φαινομένου στον χρόνο. Επιπρόσθετα ο Horn (2009) και οι συνεργάτες του συσχέτισαν με την έρευνα τους τις λειτουργικές αλλοιώσεις στις περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με το λόγο με τη διαταραχή στον σχηματισμό της σκέψης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Έχει εκφραστεί η άποψη πως η σχιζοφρένεια δεν είναι σε απόλυτο βαθμό μια διαταραχή στη σκέψη αλλά συνιστά μια μορφή αφασίας του βρεγματικού λοβού του εγκεφάλου των ασθενών(Sadock&Sadock, 2007). Γενικά οι διαταραχές λόγου στη σχιζοφρένεια σχετίζονται σύμφωνα με τους περισσότερους ερευνητές, με μη επαρκή αριστερή πλαγίωση της λειτουργίας της γλώσσας και δυσκολία στον διαχωρισμό του δεξιού και του αριστερού ημισφαιρίου (Delisi, 2001).

Σε άλλες πρόσφατες μελέτες γίνεται προσπάθεια για αναγνώριση των μηχανισμών που διαταράσσουν την σκέψη και συνεπώς και τον λόγο των ασθενών στη σχέση αυτών των διαταραχών με τις γνωστικές λειτουργίες των ασθενών. Ο Leeson(2006) και οι συνεργάτες του συμπέραναν πως ασθενείς με σχιζοφρένεια εμφανίζουν διαταραγμένη αποθήκευση μνημονικού υλικού με αποτέλεσμα να μην ανακαλούν την σωστή λέξη και να εμφανίζουν ασυναρτησία, εφραπτομενικότητα και φαινόμενα εκτροχιασμού στο λόγο τους. Ο Docherty(2009)και οι συνεργάτες του, κατάφεραν να συσχετίσουν τις διαταραχές του λόγου των ασθενών με σχιζοφρένεια, με διαταραχές στην προσοχή και στην ικανότητα τους για αιτιολογικούς συσχετισμούς. Ο Woods(2007) και οι συνεργάτες του, υποστήριξαν με την έρευνα τους πως σε ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζεται η ίδια διαταραχή στην γρήγορη ανάκληση ουσιαστικών και ρημάτων αλλά τα νευρωνικά κυκλώματα στα οποία στηρίζονται οι συγκεκριμένες λειτουργίες είναι διαφορετικά, οπότε είναι πιθανόν οι γνωστικοί μηχανισμοί που σχετίζονται με τις βλάβες να είναι επίσης διαφορετικοί. Ο Marini(2008)και οι συνεργάτες του, συσχέτισαν επίσης πρόσφατα τις διαταραχές στο λόγο των ασθενών με σχιζοφρένεια, με γνωστικές διαταραχές και πιο συγκεκριμένα διαταραχές της προσοχής του σχεδιασμού της ταξινόμησης και της λογικής ακολουθίας της σκέψης τους.

## Γενικά Συμπεράσματα

Ο λόγος των ασθενών με σχιζοφρένεια παρουσιάζει διάφορα ελλείμματα. Οι έρευνες που παρουσιάστηκαν έδειξαν πως οι ασθενείς με σχιζοφρένεια φαίνεται να δυσκολεύονται παραπάνω από το φυσιολογικό πληθυσμό στην αναγνώριση των συναισθημάτων στον λόγο του ομιλητή. Γι' αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητη η περαιτέρω διερεύνηση της κατανόησης της προσωδίας από ασθενείς με σχιζοφρένεια, αλλά και η παροχή θεραπευτικών συνεδριών σε αυτούς, προκειμένου να αντιμετωπιστεί το έλλειμμα στην κατανόηση συναισθημάτων, εξασφαλίζοντας μια ποιοτικότερη επικοινωνία για τους ασθενείς.

Συμπερασματικά, παρόλο το πλήθος των ερευνών που επιχειρούν να εντοπίσουν τους μηχανισμούς εκείνους που επιφέρουν τον διαταραγμένο λόγο των ασθενών με σχιζοφρένεια, οι ερευνητές δεν έχουν ακόμα κατασταλάξει σε κάποιο συμπέρασμα. Ο λόγος για το γεγονός αυτό θα μπορούσε να είναι η πληθώρα διαγνωστικών διαταραχών λόγου εργαλείων που αξιοποιήθηκαν στις διαφορετικές έρευνες που δυσκολεύει τη σύγκριση των αποτελεσμάτων (Marini, Spoletini, &Rubino, 2008). Ευθύνεται επίσης σαφώς και η δυσκολία να ορίσουμε τις διαταραχές και να τις αξιολογήσουμε, καθώς πολλοί όροι ταυτίζονται ή επικαλύπτονται στη διαθέσιμη βιβλιογραφία (Rule, 2005). Σήμερα γίνεται μια προσπάθεια καταγραφής των διαταραχών στον λόγο και στην σκέψη των ασθενών με σχιζοφρένεια σε αξιόπιστες κλίμακες προκειμένου να επιτύχουν μια καλύτερη σύγκριση των αποτελεσμάτων των διαφορετικών ερευνών που διεξήχθησαν (Bazin, Sarfati, &Lefrere, 2005).



## Βιβλιογραφία

- Allen, H. (1984). Positive and negative symptoms and the thematic organization of schizophrenic speech. *Br J Psychiatry*, σσ. 144:611-617.
- Andreasen, N., Arndt, S., & Alliger, R. (1995). Symptoms of schizophrenia: Methods, meaning and mechanism. *Arch Gen Psychiatry*, σσ. 52: 341- 351.
- Andreasen, N., Arndt, S., & Allinger, R. (1979). Thought language and communication disorder. *Arch Gen Psychiatry*, σ. 36: 1315-1330.
- Andreasen, N., Olsen, S., Smith, M., & Dennert, J. (1982). Ventricular enlargement in schizophrenia: Relationship to positive and negative symptoms. *American Journal of Psychiatry*, σσ. 139,297-302.
- Bateson, G., Jacson, D. D., Haley, J., & Weakland, D. D. (1978). *Σχιζοφρένεια και οικογένεια*. Αθήνα: Γράμματα.
- Bazin, N., Sarfati, Y., & Lefrere, F. (2005). Schale for the evaluation of communication disorders in patients with schizophrenia: a validation study. *Schizophr Res*, σσ. 77: 75-84.
- Berkovits, R. (1993). Progressive utterance-final lengthening in syllables with final fricatives. *Lang Speech*, σσ. 36:89–98.
- Boyle, M. (n.d.).
- Boyle, M. (1991). *Schizophrenia: A scientific delusion?* New York: Routledge.
- Bozikas, P., Kosmidis, H., Anezoulaki, D., Giannakou, M., Andeou, C., & Karavatos, A. (2006). Impaired Perception of Affective Prosody in Schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 18:1.
- Buchanan, R., Bana, P., & Pearlson, G. (1998). Structural evaluation of the prefrontal cortex in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, σσ. 155,1049-1055.
- Buchsbaum, R., Kessler, R., King, A., Johnson, J., & Cappelletti, J. (1984). Simultaneous cerebral glucographic electroencephalography. G. Pfurtscheller, E.J. Jonkman, & F.H. Lopes da Silva (Eds.).
- Byne, W., Buchsbaum, M., & Mattiace, L. (2002). Postmortem assessment of thalamic nuclear volume in subjects with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, σσ. 159,59-65.

- Cannon, T., van Ep, T., & Rosso, I. (2002). Fetal hypoxia and structural brain abnormalities in schizophrenic patients, their siblings and controls. *Archives of General Psychiatry*, σσ. 59,35-42.
- Casey, P., & Kelly, B. (2008). *Fish's clinical psychopathology* (3rd εκδ.). Gaskell: The royal College of Psychiatrists.
- Coplov, L. D., Mackinnon, A., & Trauer, T. (2004). Correlates of the affective impact of auditory hallucinations in psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin* 163-171.
- Crow, T. (2008). Schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language? *Schizophr Res*, σσ. 31-52.
- Cutting, J., & Murphy, D. (1988). Schizophrenic thought disorder. A psychological and organic interpretation. *Br J Psychiatry*, σσ. 152: 310-319.
- Delisi, L. (2001). Speech disorder in schizophrenia: review of the literature and exploration of its relation to the uniquely human capacity for language. *Schizophr Bull*, σσ. 27: 481- 496.
- Doherty, N., Strauss, M., Dinzeo, T., & St-Hilaire, A. (2009). The cognitive origins of specific types of schizophrenic speech disturbances. *Am J Psychiatry*, σσ. 163:2111-2118.
- Dronkers, N., Pinker, S., & Damasio, A. (2006). Η γλώσσα και οι αφασίες. Στο E. Kandel, J. Schwartz, T. Jessel, Δ. Βασιλόπουλος, & Κ. Σολδάτος (Επιμ.), *Βασικές αρχές νευροεπιστημών* (σσ. 1563-1588). Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Fox, A. (2010). *Prosodic Features and Prosodic Structure: The Phonology of 'Suprasegmentals'*. Oxford: Oxford Linguistics.
- Fromkin, V., Rodman, R., & Hyams, N. (2012). *Εισαγωγή στη μελέτη της Γλώσσας*. (Ξ. Γιώργος, Επιμ., Ε. Βάζου, Γ. Ι. Ξυλόπουλος, Φ. Παπαδοπούλου, & Α. Τσαγγαλίδης, Μεταφρ.) Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- Gelder, M., Harrison, P., & Cowen, P. (2006). *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Gottesman, I. I. (1991). *Schizophrenia genesis: The origins of madness*. New York: Freeman.
- Heinssen, R., Liberman, R., & Kopelowicz, A. (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, σσ. 26,21-46.
- Hietala, J., Syvalahti, E., Vuorio, K., Nagren, K., & Lehtikainen, P. (1994). Striatal D2 dopamine receptor characteristics in drug-naive schizophrenic patients studied with positron emission tomography. *Archives of General Psychiatry*, σσ. 51,116-123.

- Hoertnagl, C., Yalcin-Siedentopf, N., Baumgartner, S., Biedermann, F., Deisenhammer, E., Hausmann, A., και ου. (2014). Affective prosody perception in symptomatically remitted patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Elsevier, Schizophrenia Research (158)*, σσ. 100-104.
- Hofer, A., Baumgartner, S., Benecke, C., Biedermann, F., Deisenhammer, E., Hausmann, A., και ου. (2010). Perception of affective prosody in remitted patients with schizophrenia and bipolar disorder I.
- Hollingshead, A., & Redlich, F. (1958). *Social class and mental illness: A community study*. New York: Wiley.
- Horn, H., Federspiel, A., & Wirth, M. (2009). Structural and metabolic changes in language areas linked to formal thought disorder. *Br J Psychiatry*, σσ. 194:130-138.
- Jahshan, C., Wynn, K., & Green, F. (2012). Relationship between auditory processing and affective prosody in schizophrenia. *Elsevier, Schizophrenia Research*, σσ. 348-353.
- Jungiger, J., Barker, S., & Coe, D. (1992). Mood theme and bizarreness of delusions in schizophrenia and mood psychosis. *Journal of abnormal Psychology*, σσ. 287-292.
- Kendler, K., Karkowski-Shuman, L., & Walsh, D. (n.d.). Age of onset in schizophrenia and risk of illness in relatives. *British Journal Psychiatry*, σσ. 169,213-218.
- Kircher, T., Liddle, P., & Brammer, M. (2009). Neural correlates of formal thought disorder in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, σσ. 58: 769-774.
- Kring, A. M., & Neale, J. M. (1996). Do schizophrenics show a disjunctive relationship among expressive, experiential and physiological components of emotion? *Journal of Abnormal Psychology*, σσ. 249-257.
- Kring, A., Davison, G., Neale, J., & Johnson, S. (2010). *Ψυχοπαθολογία*. (Α. Ευρυνόμη, & Π. Ρούσση, Επιμ.) Αθήνα: Gutenberg.
- Laisong, R. D., & Esterson, A. (1975). *Η ψυχική ισορροπία η τρέλα και η οικογένεια*. (Α. Σταύρου, Επιμ., & Δκιούσης, Μεταφρ.) Αθήνα: Εκδόσεις Ράππα.
- Lamperiere, T., & Feline, A. (1995). *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων*. (Κ. Σακελλαρόπουλος, Μεταφρ.) Αθήνα: Παπαζήση.
- Leentjens, A., Wielaert, S., Harskamp, F., & Wilmsink, F. (1998). Disturbances of affective prosody in patients with schizophrenia; a cross sectional study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, σσ. 64:375-378.

- Leeson, V., Laws, K., & McKenna, P. (2006). Formal thought disorder is characterized by impaired lexical access. *Schizophr*, σσ. 88:161-168.
- Maher, B. (1972). The language of schizophrenia: a review and interpretation. *Br J Psychiatry*, σσ. 120:3-17.
- Manschreck, T., Maher, B., Rucklos, M., & White, M. (1979). The pre predictability of through-disordered speech in schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*, σσ. 134: 595-601.
- Marini, A., Spoletini, I., & Rubino, I. (2008). The language of schizophrenia: an analysis of micro and macrolinguistic abilities and their neuropsychological correlates. *Schizophr Res*, σσ. 105: 144-155.
- Martzoukou, M., Papadopoulou, D., & Papadopoulou, M. (2017). The Comprehension of Syntactic and Affective Prosody by Adults with Autism Spectrum Disorder Without Accompanying Cognitive Deficits. *Journal of Psycholinguistic Research*.
- McGrath, J. (1991). Ordering thoughts on thought disorder. *Br J Psychiatry*, σσ. 158: 307-316.
- McGuire, P., Quested, D., & Spence, S. (1998). Pathophysiology of "positive" thought disorder in schizophrenia. *Br J Psychiatry*, σσ. 173: 231- 235.
- McNeil, T., Cantor-Grece, E., & Weinberger, D. (2000). Relationship of obstetric complications and differences in size of brain structures in monozygotic twin pairs discordant for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, σσ. 157,203-212.
- Mellor, S. C. (1970). First symptoms of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, σσ. 15-23.
- Mesulam, M. (2011). *Αρχές Συμπεριφορικής και Γνωσιακής Νευρολογίας*. (Γ. Νάσιος, Επιμ.) Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Mitchell, R., & Crow, T. (2005). Right hemisphere language function and schizophrenia: the forgotten hemisphere? *Brain*, σσ. 128: 963- 978.
- Moore, D. (2008). *Textbook of clinical neuropsychiatry* (2 εκδ.). London: Hodder Arnold.
- Nespor, M. (2013). *Φωνολογία*. (Α. Ράλλη, Επιμ.) Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- Nopoulos, P., Flaum, M., & Andreasen, N. (1997). Sex differences in brain morphology in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, σσ. 154,1648-1654.
- Organization, O. H. (1992). *International Classification of Diseases* (10 εκδ.). (Κ. Στεφανής, Κ. Σολδάτος, & Β. Μαυρέας, Επιμ.) Αθήνα: Βήτα.

- Paule, G., & Menditto, A. (1992). Effectiveness of inpatient treatment programs for mentally ill adults in public psychiatric facilities. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives*, σσ. 41-63.
- Peter, L. (2013). *Εισαγωγή στη φωνητική* (5 εκδ.). (Μ. Μαρία, Μεταφρ.) Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- Razafimandimby, A., Maiza, O., & Herve, P. (2007). Stability of functional language lateralization over time in schizophrenia patients. *Schizophr Res*, σσ. 94: 197- 206.
- Rieder, R., Mann, L., Weinberger, D., van Kammen, D., & Post, R. (1983). Computer tomographic scans in patients with schizophrenia, schizoaffective, and bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, σσ. 40, 735-739.
- Roux, P., Christophe, A., & Passerieux, C. (2010). The emotional paradox: Dissociation between explicit and implicit processing of emotional prosody in schizophrenia. *Neuropsychologia* 48, σσ. 3642–3649.
- Rule, A. (2005). Ordered thoughts on thought disorder. *Psychiatr Bull*, σσ. 29:462-464.
- Rutter, D. (1979). The reconstruction of schizophrenic speech. *Br J Psychiatry*, σσ. 134: 356-359.
- Sadock, B., & Sadock, V. (2007). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry* (10 εκδ.). Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Sartorius, N., Shapiro, R., & Jablonsky, A. (1974). The international pilot study of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, σσ. 21-35.
- Sassure. (1979). *Μαθήματα γενικής γλωσσολογίας*. (Φ. Αποστολόπουλος, Μεταφρ.) Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Schacter, D. L., Gilbert, D. T., & Wegner, D. M. (2012). *Ψυχολογία*. (Σ. Βοσνιάδου, Επιμ.) Αθήνα: Gutenberg.
- Sims, A. (2003). *Symptoms in the mind* (3rd εκδ.). Saunders.
- van Erp, T., Saleh, P., & Huttunen, M. (2004). Hippocampal volumes in schizophrenic twins. *Archives of General Psychiatry*, σσ. 61,346-353.
- Warner, R. (2005). *Το περιβάλλον της σχιζοφρένειας Καινοτομίες στην πρακτική, στην πολιτική και την επικοινωνία*. (Μ. Οικονόμου-Λαλιώτη, Επιμ., & Α. Χαραλάμπους, Μεταφρ.) Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

- Watt, N., Stolorow, R., Lubensky, A., & McClelland, D. (1970). Scholl adjustment and behavior of children hospitalizes for schizophrenia as adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, σσ. 40,637-657.
- WHO. (1998). *Schedule for clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)*. Geneva: glossary.
- Woods, S., Weinborn, M., Posada, C., & O'Grady, J. (2007). Preliminary evidence for impaired rapid verb generation in schizophrenia. *Brain Lang*, σσ. 102: 46-51.
- Κάτη, Δ. (2009). *Γλώσσα και επικοινωνία στο παιδί*. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας.
- Μαδιανός, Μ. Γ. (2005). *Ψυχιατρική και Αποκατάσταση*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Μάνος, Ν. (1987). *Ερμηνευτικό λεξικό ψυχιατρικών όρων*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μαρτζούκου, Μ. (2014). *Επεξεργασία προτάσεων: Το Διεπίπεδο Σύνταξης-Προσωδίας*.
- Ουλής, Π. (1996). *Στοιχεία Ψυχιατρικής Σημειολογίας*. Αθήνα: Εκδ. Ζεβελάκη.
- Περιτογιάννης, Β. Κ., & Ζακοπούλου, Β. Σ. (2010). *Διαταραχές της επικοινωνίας σε ψυχιατρικές παθήσεις*. Αθήνα: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
- Στεφανής, Κ. (1990). Σχιζοφρένεια. Στο Κ. κ. Στεφανής, *Θέματα ψυχιατρικής* (σσ. 124-248). Αθήνα: Συμμετρία.