



**ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ  
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ»**

Φοιτήτριες: Μαστορογιάννη Στυλιανή (Α.Μ. 15738)  
Μπόραντα Χριστίνα (Α.Μ. 15830)  
Ναθαναηλίδου Αγγελική (Α.Μ. 15861)  
Χαϊτίδου Αναστασία (Α.Μ. 15846)

Επιβλέπουσα: Σιαφάκα Βασιλική  
Επίκουρος Καθηγήτρια

Ιωάννινα, Ιούνιος 2017

## Περίληψη

Η παρούσα εργασία αναλύει την σχιζοφρένεια ως ψυχική ασθένεια εστιάζοντας στις διαταραχές λόγου των παθόντων. Συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας. Περιγράφεται ο ορισμός της ασθένειας και γίνεται μία ιστορική αναδρομή. Στη συνέχεια του κεφαλαίου παρατίθενται οι παράγοντες επικινδυνότητας της νόσου αλλά και οι πιθανές αιτίες εμφάνισής της. Ακολουθεί εκτενής ανάλυση όσον αφορά στην διάγνωση της σχιζοφρένειας με την περιγραφή διαφόρων διαγνωστικών κριτηρίων όπως των DSM-IV και ICD-10, συμπεριλαμβανομένης και της διαφορικής διάγνωσης. Στο πρώτο κεφάλαιο τέλος, παρουσιάζονται βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με την πορεία και πρόγνωση της σχιζοφρένειας αλλά και τα νευροψυχολογικά ελλείματα της ψυχικής αυτής ασθένειας.

Το δεύτερο κεφάλαιο, εξετάζει τις διαταραχές της σκέψης στους ανθρώπους με σχιζοφρένεια. Αναφέρεται στις σημειολογικές διαταραχές, τις διαταραχές ροής και οργάνωσης της σκέψης. Έπεται διεξοδική ανάλυση των διαταραχών περιεχομένου της σκέψης των ασθενών με σχιζοφρένεια ενώ περιγράφεται η δομή της οργάνωσης και χρήσης της γλώσσας στους ψυχικά ασθενείς. Αφού παρουσιάζονται δεδομένα σχετικά με τη μορφολογία και τη σύνταξη της γλώσσας, στη συνέχεια εξετάζεται το λεκτικό, σημασιολογικό, συντακτικό και πραγματικό σύστημα καθώς επίσης η άρθρωση και η φωνολογία στο λόγο των ατόμων με σχιζοφρένεια. Το κεφάλαιο εστιάζει επίσης στη μη λεκτική κατανόηση, στη σκέψη και στη συμπεριφορά των παθόντων. Στο τέλος γίνεται μία σύγκριση της ομιλίας στη σχιζοφρένεια σε αντιδιαστολή με άλλες ψυχώσεις και παρουσιάζονται κάποιες έρευνες που θα βοηθήσουν σε μελλοντική χρήση των δεδομένων και την εξαγωγή νέων συμπερασμάτων.

Το τρίτο κεφάλαιο εστιάζει στη θεραπεία της ψυχικής αυτής ασθένειας. Μία σύντομη ιστορική αναδρομή, περιγράφει τις προσπάθειες κατανόησης και καταπολέμησης της σχιζοφρένειας στην πορεία της ανθρωπότητας. Παρουσιάζονται διάφορες θεραπευτικές μέθοδοι, από φαρμακοθεραπευτικές, ψυχοθεραπευτικές και λογοθεραπευτικές μέχρι περιβαλλοντικές, οικογενειακές και ψυχοκοινωνικές. Το κεφάλαιο κλείνει με την περιγραφή κάποιων δημιουργικών και εναλλακτικών μορφών θεραπείας της σχιζοφρένειας.

## Λέξεις Κλειδιά

Σχιζοφρένεια, Διαταραχές Λόγου, Επικοινωνία, Θεραπεία

## **Abstract**

The present work thoroughly examines the mental disorder named schizophrenia focusing on speech disorders of schizophrenic patients.

Namely, the first chapter presents the characteristics of schizophrenia. The chapter while taking a historical approach of schizophrenia, it describes the definition of this mental disease. What is more, it explains the risk factors and the causes of schizophrenia. Next, there is an analysis regarding the diagnostic criteria of schizophrenia, concentrating on DSM-IV and ICD-10 codes, including differential diagnosis. The first chapter ends with bibliographic data pertaining to the development and prognosis of schizophrenia, and neuropsychological deficits of this mental disease.

The second chapter examines the thought disorders of the patients focusing on how the schizophrenics form their thoughts. Afterwards, there is a discursive analysis of the content of thought disorders concerning schizophrenic patients. Then, this thesis establishes the linguistic structure of the patients. Following the morphology and the language syntax data the chapter elaborates on lexical, semantic, syntactic and pragmatic system as well as on the speech articulation and phonology of schizophrenics. The chapter also focuses on non-verbal understanding, thoughts, and behavior of the patients. The second chapter ends with a comparison between the speech in schizophrenia versus other psychoses, presenting some serious scientific data that can be used in future research.

The third and final chapter concentrates on the treatment of this mental disease. Having a historical overview, the chapter describes the efforts made for fighting schizophrenia throughout these years. It notes the therapeutic methods starting from pharmacotherapeutic, psychotherapeutic and speech therapeutic methods and ending with environmental, familiar and psychosocial ones. Finally yet importantly, there is a description of some kind of alternative and creative treatments regarding schizophrenia.

## **Key Words**

Schizophrenia, Linguistic Disorders, Communication, Treatment

# Περιεχόμενα

Περίληψη.....	i
Λέξεις Κλειδιά.....	i
Abstract .....	ii
Key Words.....	ii
Περιεχόμενα .....	iii
Λίστα Σχημάτων.....	vii
Λίστα Πινάκων.....	viii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	ix
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	1
ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ .....	1
1.1 Ορισμός σχιζοφρένειας .....	1
1.2 Ιστορική αναδρομή.....	2
1.2.1 Ιστορική ανασκόπηση της ψυχικής ασθένειας.....	2
1.2.2 Πορεία ως τον 20 <sup>ο</sup> αιώνα.....	8
1.2.3 Μύθοι και αλήθειες γύρω από την σχιζοφρένεια .....	10
1.2.4 Παράγοντες επικινδυνότητας .....	11
1.3 Αιτιολογία.....	19
1.3.1 Γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες .....	19
1.3.2 Μελέτες υιοθεσίας.....	20
1.3.3 Κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες.....	22
1.3.4 Ψυχολογικοί παράγοντες .....	23
1.3.5 Ο ρόλος της ντοπαμίνης και των νευροδιαβιβαστών .....	25
1.4 Διάγνωση σχιζοφρένειας .....	29
1.4.1 Διαγνωστικά κριτήρια, κλινικές εκδηλώσεις .....	29

1.4.2	Θετικά συμπτώματα .....	30
1.4.3	Αρνητικά συμπτώματα .....	31
1.4.4	DSM-IV: Διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια .....	32
1.4.5	ICD-10: Διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια .....	33
1.4.6	Μερικά ακόμα διαγνωστικά κριτήρια σχιζοφρένειας .....	36
1.4.7	Μορφές σχιζοφρένειας κατά DSM-IV και ICD-10.....	45
1.4.8	Διαφορική διάγνωση .....	50
1.5	Πορεία και πρόγνωση της σχιζοφρένειας.....	56
1.5.1	Πορεία της νόσου .....	56
1.5.2	Πρόγνωση της νόσου.....	56
1.6	Νευροψυχολογικά ελλείμματα στη σχιζοφρένεια .....	58
1.6.1	Διαταραχές γνωστικών λειτουργιών.....	58
1.6.2	Νευροψυχολογικά ελλείμματα σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου για εκδήλωση σχιζοφρένειας.....	66
1.6.3	Η φύση των νευροψυχολογικών ελλειμμάτων .....	66
1.6.4	Συσχέτιση νευροψυχολογικών ελλειμμάτων και συμπτωματολογίας.....	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....		72
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΕ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ .....		72
2.1	Διαταραχές σκέψης.....	72
2.1.1	Σημειολογικές διαταραχές .....	72
2.1.2	Διαταραχές της ροής και δομής της σκέψης .....	73
2.1.3	Διαταραχές περιεχομένου της σκέψης .....	77
2.2	Η δομή, οργάνωση και χρήση της γλώσσας στους ασθενείς με σχιζοφρένεια .....	79
2.2.1	Μορφολογία και σύνταξη.....	79
2.2.2	Λεκτικό σύστημα.....	80

2.2.3	Σημασιολογικό σύστημα .....	81
2.2.4	Συντακτικό σύστημα .....	84
2.2.5	Πραγματικό σύστημα .....	84
2.2.6	Φωνητική και φωνολογία .....	88
2.3	Έρευνα αντίληψης της αμφισημίας λέξεων σε μία ομάδα ασθενών με σχιζοφρένεια.....	88
2.4	Σύνδεσμοι μη λεκτικής κατανόησης, σκέψης και συμπεριφοράς .....	95
2.5	Ομιλία στη σχιζοφρένεια σε αντιδιαστολή με άλλες ψυχώσεις.....	97
2.5.1	Σύγκριση λόγου μεταξύ ασθενών με μανία και ασθενών με σχιζοφρένεια .....	97
2.5.2	Ο λόγος στη σχιζοφρένεια ενάντια στο λόγο ασθενών με εγκεφαλική βλάβη .....	97
2.6	Νευρικά υποστρώματα γλωσσικής επεξεργασίας, μελέτες δομικής απεικόνισης. Η ηλεκτροφυσιολογία απαντά σε ερεθίσματα. ....	99
2.7	Περιγραφή παρακολούθησης των πηγών των ακουστικών λεκτικών ψευδαισθήσεων σε ασθενείς με σχιζοφρένεια .....	101
	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....</b>	<b>105</b>
	<b>ΘΕΡΑΠΕΙΑ &amp; ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ .....</b>	<b>105</b>
3.1	Ιστορική αναδρομή.....	105
3.2	Θεραπευτικές μέθοδοι .....	106
3.2.1	Είδη θεραπείας.....	106
3.2.2	Φαρμακοθεραπευτικές μέθοδοι.....	107
3.2.3	Ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι .....	111
3.2.4	Λογοθεραπευτικές μέθοδοι .....	114
3.2.5	Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT).....	115
3.2.6	Θεραπεία περιβάλλοντος .....	117
3.2.7	Οικογενειακή θεραπεία .....	117
3.2.8	Ψυχοκοινωνικές θεραπείες.....	118
3.2.9	Δημιουργικές θεραπείες και εργοθεραπεία .....	119

3.2.10	Εναλλακτικές μορφές θεραπείας .....	120
3.3	Μέθοδοι αντιμετώπισης για την υποστήριξη ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια.....	123
3.3.1	Κατευθυντήριες γραμμές.....	123
3.3.2	Αντιμετώπιση της κρίσης .....	124
3.3.3	Άρνηση λήψης φαρμάκων.....	125
3.3.4	Οικογένειες και ειδικοί – η άποψη της άλλης πλευράς.....	126
3.3.5	Η αγωνία των γονέων για τη φροντίδα των παιδιών τους μετά το θάνατό τους.....	128
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	129
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	131
	ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ .....	135
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α .....	137
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β .....	143
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ.....	146
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ .....	149

## Λίστα Σχημάτων

<i>Σχήμα 1.4.5.1.</i> Ύφασμα κεντημένο από ασθενή που πάσχει από σχιζοφρένεια.....	34
<i>Σχήμα 1.4.7.1.</i> Χρόνια κατατονική ασθενής .....	47
<i>Σχήμα 1.6.1.1.</i> Το προφίλ της νευροψυχολογικής απόδοσης στην σχιζοφρένεια. Σύνολο αποτελεσμάτων από μετα-αναλυτικές μελέτες.....	65
<i>Σχήμα 2.1.3.1.</i> Σχήμα ενός ασθενούς με σχιζοφρένεια, όπου απεικονίζονται η διασπασμένη, αφηρμένη και υπερπεριεκτική σκέψη του, όπως και η υπεραπασχόλησή του με θρησκευτικές ιδέες και μαθηματικές αποδείξεις. ....	78
<i>Σχήμα 2.2.5.1.</i> Απεικόνιση φυσιολογικής λειτουργίας του εγκεφάλου .....	86
<i>Σχήμα 2.2.5.2.</i> «Το θρυμματισμένο πιάτο». Απεικόνιση της σχιζοφρένειας. Πλήρης αποδιοργάνωση, ενώ οι δραστηριότητες ενός μέρους δεν επηρεάζουν τις άλλες.....	86
<i>Σχήμα 2.3.1.</i> Μέσοι όροι τριών ομάδων στη διαδικασία με τις αμφίσημες λέξεις. ....	92



## Λίστα Πινάκων

Πίνακας 1.4.6.1 .....	36
<i>Τα κύρια χαρακτηριστικά των διαφόρων Διαγνωστικών κριτηρίων σχιζοφρένειας .....</i>	<i>36</i>
Πίνακας 1.4.8.1.....	53
<i>Ταξινόμηση νοητικής υστέρησης .....</i>	<i>53</i>
Πίνακας 1.4.8.2.....	54
<i>Διαφορική Διάγνωση Σχιζοφρενικόμορφων Συμπτωμάτων .....</i>	<i>54</i>
Πίνακας 1.5.2.1.....	57
<i>Χαρακτηριστικά που βαραίνουν ως προς την καλή ή κακή πρόγνωση της σχιζοφρένειας .....</i>	<i>57</i>
Πίνακας 2.1.2.1.....	75
<i>Παράδειγμα πολυσημίας και ομωνυμίας ή ομοιοκαταληξίας .....</i>	<i>75</i>
Πίνακας 2.1.2.2.....	76
<i>Παράδειγμα αντιφατικού και λογικά άκυρου συμπεράσματος .....</i>	<i>76</i>
Πίνακας 2.3.1.....	92
<i>Σύγκριση των μέσων όρων των επιδόσεων των τριών ομάδων .....</i>	<i>92</i>
Πίνακας 2.3.2.....	93
<i>Σύγκριση των μέσων όρων λαθών των σχιζοφρενών και της ομάδας ελέγχου ανά κατηγορία λάθους – σημασιολογικά, φωνολογικά – στα Ουσιαστικά και τα Ρήματα.....</i>	<i>93</i>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένεια ως όρος χρησιμοποιείται στην Ιατρική επιστήμη για να περιγράψει μια άκρως πολύπλοκη και δυσνόητη κατάσταση, η οποία είναι χρόνια και αναπηρική, και είναι αποδεδειγμένα από τις πιο σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Η νόσος μπορεί να είναι μια ενιαία διαταραχή, μπορεί όμως να είναι και ένα μεγάλο σύνολο διαταραχών με διαφορετικές αιτιολογίες. Λόγω λοιπόν της πολυπλοκότητας αυτής της διαταραχής υπάρχουν λίγες γενικεύσεις που μπορούν να γίνουν για όσους πάσχουν από αυτή.

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια ψυχική διαταραχή και το βασικό χαρακτηριστικό της είναι ότι ο πάσχων χάνει την επαφή με τη πραγματικότητα ή αδυνατεί να αναγνωρίσει το αληθινό από τις ψευδαισθήσεις. Η νόσος μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη αντίληψη των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος και επηρεάζει τις σκέψεις του ίδιου του πάσχοντος, με συνέπεια τα συμπεράσματά του για την πραγματική ζωή και για τους άλλους ανθρώπους να είναι λανθασμένα. Η σχιζοφρένεια λογίζεται σήμερα ως ένα από πιο σοβαρά ψυχικά νοσήματα.

Ο όρος «σχιζοφρένεια» χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, όμως η διαταραχή είναι γνωστή εδώ και πολλούς αιώνες πλήττοντας όλα τα κοινωνικά στρώματα. Στις δυτικές κοινωνίες η «τρέλα» δεν συμπεριλαμβανόταν στα λεγόμενα ιατρικά προβλήματα μέχρι τις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Αργότερα, εμφανίστηκε μια τάση «προστασίας» και «φροντίδας» για τους ψυχικά ασθενείς και έτσι δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για την παροχή, σ' αυτούς, πιο επιστημονικής, εξειδικευμένης ιατρικής φροντίδας. Αυτό είχε ως συνέπεια οι πάσχοντες από ψυχικά προβλήματα να ελευθερωθούν από τα δεσμά και να αφεθούν από τις φυλακές όπου κρατούνταν, ενώ ταυτόχρονα τους έλαβαν την ειδική φροντίδα που τους άρμοζε.

Αργότερα, αναγνωρίστηκαν πολλές ακόμα κατηγορίες ψυχικών διαταραχών. Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα η σχιζοφρένεια διαχωρίστηκε από την μανιοκαταθλιπτική διαταραχή και κατηγοριοποιήθηκε. Το 1911 ο Ελβετός ψυχίατρος Eugen Bleuler ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο «η ομάδα των σχιζοφρενειών». Δημιουργήθηκαν πολλές διαφωνίες και συγκρούσεις στους κύκλους των επιστημόνων για να προσδιορίσουνε το ποιες ακριβώς καταστάσεις πρέπει να συμπεριλάβει η ομάδα αυτή των διαταραχών. Την εποχή αυτή, ο όρος καθιερώθηκε και έκτοτε χρησιμοποιείται ως και σήμερα.

Όταν εμφανιστούν σοβαρά ψυχωτικά συμπτώματα σε κάποιον ασθενή, τότε εκτιμάται ότι ο παθών έχει οξεία σχιζοφρένεια. Ο όρος «Ψυχωτικός» δηλώνει ότι το άτομο δεν έχει επαφή με την πραγματικότητα, ή ότι δεν δύναται να διαχωρίσει το πραγματικό από το φανταστικό. Κάποιες κατηγορίες ανθρώπων εμφανίζουν μόνο μια φορά ένα τέτοιο ψυχωτικό επεισόδιο, άλλες πάρα πολλά. Παρόλα αυτά, οι άνθρωποι αυτοί κατορθώνουν να ζουν σχετικά σε καλό επίπεδο κατά τα μεσοδιαστήματα. Άλλα άτομα με χρόνια (συνεχή ή υποτροπιάζουσα) σχιζοφρένεια μπορεί να μην επανέλθουν ποτέ πλήρως και για αυτό απαιτείται μακροχρόνια θεραπεία, συνήθως με αντιψυχωσικά φάρμακα, για τον έλεγχο των συμπτωμάτων τους. Δυστυχώς, υπάρχουν μερικοί ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια, οι οποίοι χρήζουν συνεχής παρακολούθησης και φροντίδας έτσι ώστε να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες της καθημερινότητας.

Η κατά τεκμήριο πιο αποτελεσματική θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι τα αντιψυχωσικά φάρμακα, όμως πολύ συχνά λειτουργεί θετικά τόσο η ψυχολογική όσο και η κοινωνική υποστήριξη. Υπάρχουν κοινοτικές υπηρεσίες υποστήριξης που ασχολούνται με τέτοιους ασθενείς και τους βοηθούν στο μέγιστο ψυχολογικά και πνευματικά. Σπουδαίο ρόλο παίζει και η ίδια η οικογένεια για την ψυχική γαλήνη και την πνευματική αρμονία του ασθενούς, με την σωστή καθοδήγηση και εκπαίδευση.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ενδελεχής μελέτη όσον αφορά στην ψυχική αυτή ασθένεια της σχιζοφρένειας εστιάζοντας στις διαταραχές του λόγου που προκαλούνται από αυτή αλλά και πώς οι διαταραχές αυτές μπορούν ή όχι να θεραπευτούν.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

### 1.1 Ορισμός σχιζοφρένειας

Ο όρος σχιζοφρένεια καθιερώθηκε το 1911 από τον Ελβετό ψυχίατρο E. Bleuler. Με τον όρο αυτό δηλώνεται μια ομάδα ψυχικών παθήσεων, οι οποίες έχουν ένα κοινό και ουσιώδες σύμπτωμα, τη διάσχιση, δηλαδή την αποδιοργάνωση διαφόρων τομέων της ψυχικής ζωής, όπως της σκέψης, του συναισθήματος, της βούλησης κ.ά.

Πριν όμως από τον E. Bleuler, το 1860 ο Morel θεώρησε ότι πρόκειται για πρώιμη άνοια. Βέβαια αργότερα φάνηκε ότι δεν επρόκειτο για «άνοια» που άρχιζε νωρίς αλλά για βαριά ψυχωτική διαταραχή. Ο όρος σχιζοφρένεια απαρτίζεται από το ρήμα σχίζω και το ουσιαστικό φρήν που δηλώνει αρχικά το διάφραγμα (μεμβράνη που χωρίζει την καρδιά και πνεύμονες από την κοιλιά) και κατ'επέκταση την καρδιά και την ψυχή. Έτσι η σχιζοφρένεια είναι μια διάσπαση, αποσύνδεση κατά πρώτον ανάμεσα στις σκέψεις και κατά δεύτερον ανάμεσα στο συναίσθημα, στη σκέψη και τη συμπεριφορά (Ζερβής, 2001).

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

Η σχιζοφρένεια (τεχνικά αναφέρονται ως σχιζοφρενικές διαταραχές) είναι από τις πιο σοβαρές ψυχικές νόσους και προσβάλλει από 0.5 έως 1.5% του παγκόσμιου πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών (Getzfeld, 2009). Η σχιζοφρένεια δεν κάνει διακρίσεις, προσβάλλει άτομα όλων των φύλων και όλων των κοινωνικών στρωμάτων. Παρόλα αυτά υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης της νόσου. Συνεπώς, η πιθανότητα κάποιου να νοσήσει είναι αυξημένη εάν ισχύουν ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω σύμφωνα με το APA (American Psychiatric Association) (APA, 2000):

- Είναι άγαμος.
- Προέρχεται από δυτική ή βιομηχανοποιημένη κοινωνία.
- Προέρχεται από χαμηλή κοινωνικο-οικονομική τάξη.

- Ζει σε αστικό περιβάλλον.
- Είχε προβλήματα κατά την εμβρυϊκή ανάπτυξη.
- Γεννήθηκε τους χειμερινούς μήνες.
- Έχει πρόσφατα βιώσει κάποιο σοβαρό ψυχο-πιεστικό γεγονός.

Κάποιες έρευνες έχουν καταλήξει στο ότι εθνικές μειονότητες (όπως οι Αφροαμερικάνοι και οι Πορτορικανοί στις ΗΠΑ) έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να νοσήσουν. Αυτό ίσως αποτελεί διαγνωστική προκατάληψη (Lewis, Jeffreys, & Anthony, 1990). Επιπλέον δεν είναι ξεκάθαρο το τι όντως την προκαλεί.

Όταν γίνεται συζήτηση για την σχιζοφρένεια υπάρχει μεγαλύτερο ενδιαφέρον σε σχέση με όλες τις υπόλοιπες διαταραχές του DSM-IV-TR. Στη διάρκεια των συζητήσεων αυτών, πολλοί μύθοι και παρερμηνείες αναδύονται. Είναι σημαντικό να αναφερθούν αυτοί οι μύθοι, οι οποίοι συχνά ενισχύονται δημιουργώντας ασάφειες και παραπληροφόρηση από τα μέσα ενημέρωσης.

## **1.2 Ιστορική αναδρομή**

### **1.2.1 Ιστορική ανασκόπηση της ψυχικής ασθένειας**

Η προσπάθεια των ανθρώπων να κατανοήσουν και να εντυφήσουν τη φύση και την αιτιολογία της ψυχικής ασθένειας είναι διαρκής και ξεκινάει πολλά χρόνια πριν. Κατά τις διάφορες ιστορικές περιόδους επικρατούσαν ποικίλες αντιλήψεις σχετικά με το τι είναι ψυχική ασθένεια, με κοινό όμως παρονομαστή την αντίληψη ότι είναι στενά συνδεδεμένη με την επικινδυνότητα. Ο ψυχικά ασθενής, χαρακτηριζόταν ως τρελός, ενώ επικρατούσε η αντίληψη πως πρόκειται για ένα αμαρτωλό και πανούργο άτομο με προδιάθεση σε βίαιες και εγκληματικές δραστηριότητες. Η διαφορετικότητα των απόψεων μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου ανάλογα με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν, αλλά και το επίπεδο ανάπτυξης της επιστημονικής γνώσης (Τσαλίκου, 1987).

Στους προϊστορικούς χρόνους οι σωματικές και ψυχικές διαταραχές δεν διαχωρίζονταν. Κυριαρχούσαν αντιλήψεις όπως το ότι κακά πνεύματα καταλάμβαναν ανθρώπους κάνοντάς τους επικίνδυνους. Πολύ πριν γεννηθεί ο Ιησούς Χριστός (4000-5000 π.Χ.) αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε η τεχνική του τρυπανισμού κατά την οποία άνοιγαν τρύπες στο κεφάλι του ατόμου που έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια με απώτερο σκοπό

να απεγκλωβιστεί το πνεύμα που τον κυρίευε. Η τεχνική αυτή συνεχίστηκε μέχρι και τον Μεσαίωνα. Ιστορικές πηγές επίσης αναφέρουν πως ταυτόχρονα με τον τρυπανισμό πραγματοποιούνταν τελετές εξορκισμού «δαιμονισμένων» (Χαρτοκόλλης, 1991).

Αντίθετα στην Αρχαία Ελλάδα, η διαφοροποιημένη συμπεριφορά δεν λογίζεται ως αρρώστια, αλλά σαν μια κατάσταση που μπορεί να διορθωθεί μελετώντας προσεκτικά τις γενεσιουργούς αιτίες. Ο ασθενής μεταφέρεται στο ναό όπου μέσα από μια διαδικασία κάθαρσης και αυτοσυγκέντρωσης, με τη χρήση διουρητικών, καθαρτικών και υπνωτικών αφεψημάτων, έρχεται σε επικοινωνία με τον Θεό ύστερα από υπνωτισμό. Μετά το τέλος της διαδικασίας ο ασθενής θεραπεύεται καθώς ερμηνεύονται τα όνειρο τόσο του ίδιου όσο και του θεραπευτή ιεροφάντη. Η ανάλυση των ονείρων εξηγεί την ψυχολογική κατάσταση του παθόντα καθώς και τις αιτίες της ασθένειας. Αυτή η θεραπεία λάμβανε χώρα στα Ασκληπιεία, τα οποία ήταν θεραπευτικά κέντρα (Ναός) που το ρόλο του ψυχιάτρου ασκούσαν οι ιερείς του θεού Ασκληπιού (ιεροφάντες) και αντιμετωπιζόντουσαν περιπτώσεις ποικίλων συμπεριφορών.

Επιπλέον, περίπου τον 5<sup>ο</sup> π.Χ. αιώνα γίνεται η πρώτη απόπειρα «να αναχθεί η μη αποδεκτή συμπεριφορά από τη σφαίρα του μεταφυσικού σε νοσολογική οντότητα». Πρωτοπόρος της προσπάθειας αυτής ήταν ο Ιπποκράτης, ο οποίος σύμφωνα με την παράδοση ήταν απόγος του θεού Ασκληπιού ενώ μαθήτευσε στο Ασκληπιείο της Κω (Γρίβας, 1985).

Ο Ιπποκράτης, γνωστός και ως «ο πατέρας της ιατρικής» ήταν ο πρώτος, εστιάζοντας αρχικά στην επιληψία, (η οποία θεωρείτο η «ερή νόσος» της ανθρωπότητας) που αναφέρει ότι αυτή είναι συνέπεια κάποιας παρενέργειας του οργανισμού ή επίδρασης του περιβάλλοντος και ότι δεν οφείλεται σε μεταφυσικές ή υπερφυσικές δυνάμεις, όπως υποστήριζαν οι ιερείς του Ασκληπιού. Ήταν ο πρώτος που περιέγραψε τις βασικότερες ψυχικές διαταραχές, τις φρενίτιδες, και τους έδωσε ονόματα που χρησιμοποιούνται ακόμα και σήμερα, σε ολόκληρο τον κόσμο, τη λεγόμενη υστερία, μελαγχολία, μανία, άνοια, παράνοια.

Η πλειοψηφία των ψυχικών διαταραχών σύμφωνα με τον Ιπποκράτη, προέρχονται από κάποια ανώμαλη έκκριση ή σύσταση ή θερμοκρασία των τεσσάρων χυμών του ανθρώπινου σώματος, λέμφο, αίμα, κίτρινη και μαύρη χολή. Συνεπώς ο προσδιορισμός του ανθρώπινου χαρακτήρα εξαρτάται από την αναλογία των σωματικών αυτών χυμών που σύμφωνα με το ιπποκράτειο σύστημα διαχωρίζεται σε αιματώη, λεμφατικό, και χολερικό.

Τις απόψεις του «πατέρα της ιατρικής» γύρω από την προέλευση των ψυχικών διαταραχών εστερνίζονταν και άλλοι φιλόσοφοι όπως ο Δημόκριτος (που επηρέασε σημαντικά τη θεωρία του Ιπποκράτη) αλλά και ο Αριστοτέλης, ο οποίος προτείνει το θέατρο ως μέσο κάθαρσης των ψυχικών ασθενειών.

Η Ελληνορωμαϊκή εποχή ακολουθεί της αρχαϊκής περιόδου. Ο Κλαύδιος Γαληνός (129-199 μ.Χ), που θεωρούνταν από πολλούς ο δεύτερος σπουδαιότερος γιατρός μετά τον Ιπποκράτη, επικεντρώνεται στο κεντρικό νευρικό σύστημα και θεωρεί τον εγκέφαλο ως την έδρα των ψυχικών λειτουργιών. Ισχυρίζεται ότι η ψυχική υγεία συνδέεται άρρηκτα με την αρμονική σχέση 3 λειτουργιών του εγκεφάλου, του λογικού, του παράλογου και του αισθησιακού.

Επιπλέον λογίζεται ως πρόγονος της ψυχοσωματικής ιατρικής, αφού έδωσε μεγάλη σημασία στο ρόλο που παίζουν οι ψυχολογικοί παράγοντες στην ανάπτυξη των σωματικών διαταραχών. Την περίοδο αυτή υπήρχε μεγάλο ενδιαφέρον για την υστερία, αναφέρθηκαν οι οξείες και χρόνιες καταστάσεις και έγινε διάκριση των λειτουργικών ψυχώσεων από τις οργανικές διαταραχές που οφείλονται στον πυρετό. Επίσης γίνεται περιγραφή των ψυχικών διαταραχών της γεροντικής ηλικίας, διαχωρίζεται η σχιζοφρένεια από τη μανία και περιγράφεται η σεξουαλική επιθυμία ως το πιο έντονο, ισχυρό και ξεχωριστό συναίσθημα και ονομάζεται λίμπιντο.

Κατά τα φαινόμενα η ανθρωπιστική και ψυχοθεραπευτική σκέψη εμφάνιζαν σημαντική πρόοδο, επί της ουσίας όμως στην ελληνορωμαϊκή αρχαιότητα δεν σημειώθηκε πρόοδος στην ψυχολογία και στην ψυχιατρική. Σε αυτό συντέλεσε στο ότι επικράτησαν μυστικιστικές και ειδωλολατρικές αντιλήψεις, που με τη μορφή της δαιμονολογίας, παρήγαγαν ένα μίγμα χριστιανικών και παγανιστικών δοξασιών που προμήνυαν τις οπισθοδρομικές αντιλήψεις του Μεσαίωνα (Χαρτοκόλλης Π., 1991).

Έπειτα έρχεται ο Μεσαίωνας (5<sup>ος</sup>-15<sup>ος</sup> αιώνας), γνωστή και ως εποχή του σκοταδισμού, όπου «η αποσύνθεση των δομών του ελληνορωμαϊκού συστήματος, οι δραματικές καταστροφές των πολέμων, των θανατηφόρων επιδημιών και η συνακόλουθη κυριαρχία ενός διάχυτου συναισθήματος φόβου, ευνοούν την αναζήτηση ενός προστατευτικού καθησυχασμού μέσα από τη θρησκευτική πίστη και τις μεταφυσικές ερμηνείες της ανθρώπινης δυστυχίας». Η επιστήμη κάνει ένα βήμα πίσω και η εκκλησία

εξαπλώνει την επικυριαρχία της διαδραματίζοντας, έως και το 15<sup>ο</sup> αιώνα, ένα θεμελιακό, κοινωνικο-πολιτικό ρόλο» (Τσαλίκογλου Φ., 1987).

Η διαφορά του Μεσαίωνα με την αρχαϊκή εποχή όσον αφορά στην ερμηνεία της διαφορετικής ανθρώπινης συμπεριφοράς είναι να μην ορίζει σαν προϊόν της δράσης εξω-ανθρώπινων δυνάμεων, ωστόσο στη θέση της θεότητας της αρχαϊκής περιόδου που η κατάσταση που δημιουργεί είναι ευλογημένη και εμπεριέχει θετικό στοιχείο, τοποθετείται ο δαίμονας, που είναι η έκφραση του απόλυτα αρνητικού στοιχείου, του κακού (Γρίβας Κ., 1985).

Απόρροια των παραπάνω είναι η θεραπευτική προσέγγιση που χρησιμοποιούσαν, η οποία ταυτίζεται με την τιμωρία (αφού θεωρούσαν το άτομο αμαρτωλό) οδηγώντας συχνά στη πιο βάρβαρη κακοποίησή του. Αυτό φαίνεται από ευρήματα τρυπανισμένων κρανίων σε αρχαιολογικές ανασκαφές διαφόρων περιοχών, τα οποία προέρχονταν από χειρουργικές επεμβάσεις που επιδίωκαν να απελευθερώσουν τα σώματα των τρελών από την κυριαρχία των κακών πνευμάτων.

Υποστηρίζεται επίσης απ' το μεγάλο πατέρα της δυτικής εκκλησίας Άγιο Αυγουστίνο (τα γραπτά κείμενα του οποίου εξαπλώθηκαν σε όλη τη Μεσαιωνική και Αναγεννησιακή Ευρώπη) ότι οι σεξουαλικές σχέσεις αν δεν έχουν ως σκοπό την αναπαραγωγή, υποκινούνται από το διάβολο και γι' αυτό απαγορεύονται. Όσοι παραβαίνουν αυτόν τον κανόνα θεωρούνται περιθωριοποιημένοι από το θεό, τα διακατέχει παραφροσύνη, παραλογισμός και είναι αμαρτωλά. Σύμφωνα με τις αντιλήψεις που επικρατούσαν, για να σωθούν τα άτομα αυτά από τη ψυχική νόσο, περνούσαν στη δικαιοδοσία του ιερέα και του μοναχού και αντιμετωπιζόνταν με εξορκισμό και διωγμό.

Κάτω από το πρίσμα αυτής της συσχέτισης της αμαρτίας (κακό) με τη ψυχική νόσο (παραφροσύνη) επικρατούσε η άποψη ότι τα άτομα επιλέγουν τις συμπεριφορές τους και η θέση τους στη κοινωνία καθορίζεται από τις δικές τους επιλογές της καλής ή κακής συμπεριφοράς τους. Έτσι η σωματική ή ψυχική δυσλειτουργία είναι αποτέλεσμα επιλογής μιας κακής συμπεριφοράς και έτσι επέρχεται το κακό, δηλαδή η παραφροσύνη. Το άτομο που έχει επιλέξει το κακό πρέπει να κατηγορηθεί από την κοινωνία για τη θέση του αυτή και να τιμωρηθεί, που συνεπάγεται να θεραπευτεί έτσι ώστε να αποδοθεί δικαιοσύνη. Το άτομο έχει σαν υποχρέωση να είναι υπεύθυνο για τις πράξεις του και να έχει αυξημένη κοινωνική ευθύνη, ενώ για την κατάστασή του δεν έχει καμία ευθύνη η κοινωνία.



Η αντιμετώπιση της παραφροσύνης ως αμαρτίας εξαλείφεται με το πέρασμα του χρόνου και δίνει τη θέση της στην αντίληψη ότι ο παράφρονος δε θεωρείται πλέον κακός, αλλά άρρωστος. Την περίοδο αυτή του Διαφωτισμού - Αναγέννησης, που επικρατεί η άνθηση της λογικής και επιστημονικής σκέψης, το θρησκευτικό δόγμα αντικαθίσταται από τις επιστήμες.

Από εκείνη την περίοδο, ξεκίνησε να θεμελιώνεται ο ανθρωπισμός, ένα φιλοσοφικό κίνημα που δίνει έμφαση στην ευημερία του ανθρώπου και στην μοναδικότητα του ατόμου. Είναι γεγονός πως οι κτιριακές εγκαταστάσεις των περισσότερων ασύλων ήταν σε άθλια κατάσταση και οι εγκλεισμένοι σε αυτά ήταν δεμένοι, υποσιτιζόμενοι κι ακόμη σε κάποιες περιπτώσεις επιδεικνύονταν στο κοινό σαν ζώα. Όμως σύμφωνα με τον ανθρωπισμό της Αναγέννησης οι άνθρωποι δεν είναι δαιμονισμένοι αλλά ψυχικά ασθενείς που χρήζουν θεραπείας. Στα πλαίσια αυτής της θεώρησης υποστηρίζεται ότι το άτομο δεν διαλέγει τη συμπεριφορά του και η θέση που κατέχει στην κοινωνία δεν είναι επιλογή του. Επίσης η τιμωρία δεν έχει θεραπευτικές δυνατότητες, αφού η συμπεριφορά του δεν οφείλεται σε δικές του επιλογές και τέλος δε μπορεί να βοηθήσει μόνος του τον εαυτό του αλλά η κοινωνία έχει ευθύνη να το κάνει (Τσαλίκογλου Φ., 1987).

Το ανθρωπιστικό αυτό πνεύμα αντανακλάτε από μια σειρά μεθόδων θεραπείας. Η αντιμετώπιση του ψυχικά ασθενούς είναι στενά συνδεδεμένη με τη πράξη ενός Γάλλου ψυχιάτρου του Ph. Pinel, ο οποίος απελευθέρωσε τους εγκλειστούς από τις αλυσίδες τους και πρότεινε την «ηθική θεραπεία», η οποία βασιζόταν στο σεβασμό και την καλοσύνη προς τον άρρωστο. Με τη νέα ανθρωπιστική αυτή αντιμετώπιση του «τρελού» καταργείται η πρότερη καταστολή και τιμωρία. Το παράδειγμα αυτό ακολουθούν και στην Αγγλία με την ίδρυση του πρώτου ψυχιατρικού ασύλου εκεί, The Retreat House (Χαρτοκόλλης Π., 1991).

Ωστόσο, η νέα αυτή ανθρωπιστική αντιμετώπιση, εγκαινιάζοντας μια εποχή που ο M. Foucault, χαρακτηρίζει ως «εποχή του μεγάλου εγκλεισμού», όσο κι αν σημειώνει μια σημαντική πρόοδο στην αντιμετώπιση του «τρελού», δεν παύει να λειτουργεί ως μια κατεξοχήν μορφή άσκησης ενός αδυσώπητου κοινωνικού ελέγχου (Τσαλίκογλου Φ., 1987).

Στο γερμανικό ψυχιατρικό χώρο όμως, διατηρούσαν ακόμα έναν πιο ρομαντικό χαρακτήρα που διακινούνταν από το πνεύμα της φιλοσοφίας και της θεολογίας. Μέσα από την προσπάθειά τους για κατοχύρωση μιας πιο επιστημονικής ταυτότητας, στράφηκαν προς

την οργανική άποψη και χρησιμοποίησαν την έρευνα και τη θεωρία μέσα από τα πανεπιστήμια για την ερμηνεία των ψυχικών διαταραχών.

Αργότερα ο Γερμανός ψυχίατρος E. Krepelin, ο οποίος ναι μεν ήταν κι αυτός οπαδός της οργανικής ψυχιατρικής αλλά ταυτόχρονα ήταν ανθρωπιστής, προχώρησε σε ταξινόμηση των ψυχωτικών διαταραχών σε δύο μεγάλες κατηγορίες, στις Μανιοκαταθλιπτικές Ψυχώσεις και την Σχιζοφρένεια (πρώιμη άνοια), που ισχύουν σε γενικές γραμμές και στη σύγχρονη εποχή (Χαρτοκόλλης Π., 1991).

Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα ο S. Freud που αρχικά ξεκίνησε ως νευροανατόμος, επηρεασμένος από καθηγητές που δίδασκαν για τον υπνωτισμό και την υστερία, υποστήριξε τις ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες (Δυναμική Ψυχιατρική), οι οποίες βασίζονταν στην άποψη ότι η παθολογική συμπεριφορά είναι το εμφανές αποτέλεσμα μη συνειδητών ενδοψυχικών συγκρούσεων που διακυβερνούν το ψυχικό σύστημα του ασθενούς (Παρασκευόπουλος, 1988).

Με τις εισηγήσεις αυτές για την ψυχοθεραπεία, ο χώρος της ψυχιατρικής δέχεται ένα σοβαρό πλήγμα. Έτσι η παραδοσιακή ψυχιατρική για να επανακτήσει το κύρος και την πειστικότητά της επιστρέφει στις θεωρητικές συνεισφορές των σημαντικών προσωπικοτήτων του δεύτερου μισού του 19<sup>ου</sup> αιώνα, όπως ήταν ο E Krepelin.

Ωστόσο όμως αυτό δεν ήταν αρκετό για να εδραιωθεί ξανά στο προσκήνιο και έτσι συνεργάζεται με τη Δυναμική Ψυχιατρική (Φροϋδική Προσέγγιση) δημιουργώντας μια νέα τάση, την Ρεφορμιστική Ψυχιατρική. Αυτή είναι ουσιαστικά ένας συνδυασμός της παραδοσιακής βίας, δηλαδή του τρίπτυχου ακούσιος εγκλεισμός, φυσική βία, ψυχοφάρμακα και των ψυχοθεραπευτικών τεχνικών χειραγώγησης.

Μια τόσο σοβαρή εξέλιξη στο χώρο της ψυχιατρικής δε μπορούσε να μην προκαλέσει αντιδράσεις στους πιο ευαίσθητοποιημένους του ψυχιατρικού κόσμου. Αυτοί συνειδητοποίησαν ότι η ψυχιατρική διαμορφώνει το άτομο σύμφωνα με τις απαιτήσεις της εξουσίας (Γρίβας Κ., 1985).

Επίσης κατάλαβαν ότι «η πιο χτυπητή μορφή βίας στην ψυχιατρική δεν είναι τίποτα άλλο παρά η βία της ίδιας της ψυχιατρικής, στο μέτρο που ο κλάδος αυτός προσπαθεί να αντικαθρεφτίσει και να συμπυκνώσει, σ' αυτούς που έχουν υποδειχθεί σαν άρρωστοι, την ύπουλη βία της κοινωνίας, που τις πιο πολλές φορές η ψυχιατρική την αντιπροσωπεύει

απέναντι και ενάντια στους αρρώστους αυτούς» (Cooper, 1967). Έτσι γεννήθηκε η αμφισβήτηση και δημιουργήθηκε η αντιψυχιατρική.

Οι υποστηρικτές της αντιψυχιατρικής, πίστευαν ότι η ασθένεια είναι μια διαφορετική εμπειρία που έχει δικαίωμα να βιωθεί από τον καθένα μέσα σε ένα προστατευτικό περιβάλλον. Επίσης προσπάθησαν να έρθουν σε σύγκλιση με την ψυχική διαταραχή από τρεις σκοπιές: σαν κοινωνικό στιγματισμό, σαν εσωτερικό ταξίδι και σαν μαζικό κοινωνικό φαινόμενο (Γρίβας Κ., 1985).

### **1.2.2 Πορεία ως τον 20<sup>ο</sup> αιώνα**

Η ιστορική πορεία της σχιζοφρένειας συνδέεται με δύο διάσημα ονόματα της ψυχολογίας. Ο Γερμανός ψυχίατρος Emil Kraepelin (1856-1926), εφάρμοσε τον όρο πρώιμη άνοια σε μία ομάδα νοσημάτων που το κύριό τους χαρακτηριστικό ήταν η νοητική και γνωστική έκπτωση νωρίς στη ζωή, με την εφηβεία να είναι η πιο πιθανή ηλικία έναρξης της νόσου. Ο όρος άνοια σχετίζεται με σοβαρά διανοητικά ελλείματα ενώ ο όρος πρώιμη σχετίζεται με την ηλικία έναρξης (Getzfeld, 2009).

Ο Kraepelin υποστήριζε πως η νόσος αυτή διαφοροποιείται από τις υπόλοιπες ψυχικές νόσους καθώς γνωστική έκπτωση επέρχεται σταδιακά. Με την άποψη αυτή όμως του Γερμανού ψυχιάτρου δεν συμφωνούν οι σύγχρονες επιστημονικές έρευνες και αποδείξεις. Πιθανή λοιπόν εγκεφαλική βλάβη, προέρχεται πιθανότατα στη χρήση των αντιψυχωσικών φαρμάκων (Cohen, 1997).

Ο Ελβετός ψυχίατρος, Eugen Bleuler (1857-1939), ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο σχιζοφρένεια το 1911. Ο Bleuler ήταν σύγχρονος του Kraepelin, και υιοθετούσε σχεδόν όλες τις απόψεις του Kraepelin. Θεωρούσε όμως πως η νόσος αυτή δεν καταλήγει πάντα σε νοητική έκπτωση, ενώ είχε αντιρρήσεις και ως προς την ηλικία έναρξης της ασθένειας. Ονόμασε την ψυχική αυτή διαταραχή σχιζοφρένεια που η κυριολεκτική της σημασία είναι «σχίσσιμο του μυαλού» ή «διάσπαση των νοητικών συνειρμών». Υποστήριζε πως αυτό ήταν το βασικό χαρακτηριστικό της νόσου, μια διαταραχή της σκέψης όπου το άτομο χάνει την επαφή του με την πραγματικότητα και παρουσιάζει μη συνεκτική σκέψη και συναισθήματα. Εδώ βασίζεται και ο μύθος που συνδέει λανθασμένα τη σχιζοφρένεια με την διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας.

«Οι σχιζοφρενικές διαταραχές είναι γνωστές σήμερα από τα διαγνωστικά κριτήρια που αναφέρει το DSM-IV-TR (APA, 2000)». Ένα στοιχείο που παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον όμως είναι ότι τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR είναι πιο περιορισμένα από αυτά του Bleuler για τη ψυχική αυτή νόσο. Ο Bleuler δεν έδωσε ιδιαίτερη βαρύτητα στις ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Το DSM-IV-TR περιλαμβάνει στα διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας και τα λεγόμενα αρνητικά συμπτώματα, τα οποία σε γενικές γραμμές δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία. Αναφέρονται σε έκπτωση ή απώλεια φυσιολογικών λειτουργιών. Για παράδειγμα, ανηδονία (απώλεια ευχαρίστησης για οποιαδήποτε δραστηριότητα), η φτώχεια λόγου, η γνωστική έκπτωση και το επίπεδο συναισθηματική νοημοσύνη, είναι επικοινωνιακός ενώ προσαρμόζεται κατάλληλα στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Ένα άτομο όμως με σχιζοφρένεια το οποίο εμφανίζει τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου, υστερεί σε όλους τους παραπάνω τομείς. Μια διαφορετική προσέγγιση των αρνητικών συμπτωμάτων είναι ότι πρόκειται για συμπεριφορές που ήδη υπάρχουν απλά έχουν χειροτερέψει.

Όσον αφορά στα θετικά συμπτώματα, σχετίζονται με συμπεριφορές που έχουν προστεθεί στο σύνολο των συμπεριφορών του ατόμου, περιλαμβάνοντας τις ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες, την ψυχοκινητική ανοσία, την παράξενη συμπεριφορά και την ήπια γνωστική έκπτωση. Μία διαφορετική ταξινόμηση αναφέρεται σε σχιζοφρένεια Τύπου I και II. Οι τύποι αυτοί εμφανίζουν συμπτώματα σχεδόν ίδια με τα θετικά και αρνητικά αντίστοιχα, δίνοντας όμως βαρύτητα σε βιολογικούς παράγοντες και στην επιδραστικότητα των φαρμάκων. Συγκρίνοντας τη σχιζοφρένεια Τύπου I και II μπορεί να ειπωθεί πως η σχιζοφρένεια Τύπου I ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στα αντιψυχωσικά και σχετίζεται με φυσιολογικό μέγεθος εγκεφαλικών κοιλιών σε αντίθεση με τη σχιζοφρένεια Τύπου II. Επίσης διαφορά παρατηρείται ως προς το ότι η Τύπου I εμφανίζει αποδεδειγμένες ανωμαλίες στο μεταχιακό σύστημα ενώ η Τύπου II στους μετωπιαίους λοβούς.

Η πλειοψηφία των ανθρώπων με σχιζοφρένεια έχουν τόσο αρνητικά όσο και θετικά συμπτώματα στην πορεία της νόσου τους. Επιπλέον, ασθενείς με περισσότερα αρνητικά συμπτώματα έχουν κυρίως χειρότερη πρόγνωση και όχι τόσο αποτελεσματική ανταπόκριση στη θεραπεία.

### 1.2.3 Μύθοι και αλήθειες γύρω από την σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια απασχολεί τον άνθρωπο από πολύ παλιά. Διάφοροι μύθοι και παρερμηνείες συνδέονται με την ψυχική αυτή ασθένεια. Ο Bleuler, όπως ήδη αναφέρθηκε ήταν αυτός που πρώτος ανέφερε τον όρο σχιζοφρένεια, όμως η αναφορά του στο εσωτερικό «σχίσμα» ώθησε πολλούς στο να υιοθετήσουν λανθασμένα την άποψη ότι υπάρχει συσχέτιση της σχιζοφρένειας με τη Διαταραχή της Πολλαπλής Προσωπικότητας. Ο Ελβετός ψυχίατρος ποτέ όμως δεν υποστήριξε πως το άτομο απουσιάζει από την πραγματικότητα. Αντίθετα, υποβόσκει η λανθασμένη εντύπωση πως οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια εμφανίζουν δολοφονικές τάσεις. (Ανυφαντάκη, Αραμπατζής, Σακογιάννη, & Καλαϊτζάκη, 2013).

Είναι γεγονός, πως άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια ενδέχεται να καταλήξουν στην εγληματική πράξη κάτω από πολύ συγκεκριμένες όμως καταστάσεις. Στις περισσότερες των περιπτώσεων οι ασθενείς αυτοί είναι πιθανότερο να βλάψουν τον ίδιο τους τον εαυτό καθώς έχουν καταγραφεί ουκ ολίγες απόπειρες αυτοκτονίας λόγω κυρίως των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που βιώνουν. Σύμφωνα με επίσημες έρευνες τα ποσοστά αυτοκτονίας που εμφανίζουν άνθρωποι με σχιζοφρένεια είναι υψηλά, γύρω στο 10-13% ενώ κατά μέσο όρο πραγματοποιούνται 2-5 απόπειρες πριν το απονενομημένο διάβημα.

Όσον αφορά στην δημογραφική άποψη, οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια που εμφανίζουν αυτοκτονικές τάσεις είναι κυρίως νέοι στα πρώτα στάδια της διαταραχής, άνδρες στην πλειοψηφία τους με υψηλό δείκτη νοημοσύνης και φιλοδοξίες, άγαμοι, της «καλής κοινωνίας», χωρίς κοινωνική στήριξη, ενώ έχουν πλήρη επίγνωση της κατάστασης και των συμπτωμάτων τους και έχουν βγει από το νοσοκομείο πρόσφατα.

Επιπλέον, αυτοκτονικές συμπεριφορές εμφανίζονται σε άτομα που πάσχουν από την ψυχική αυτή ασθένεια και έχουν χαμηλή αυτοπεποίθηση, ή έχουν βιώσει κάποια πρόσφατη απώλεια ή άγχος και απόγνωση ενώ είναι απείθαρχοι ως προς την σωστή εφαρμογή της θεραπείας τους. Επίσης, από κλινικής άποψης, η κατάθλιψη είναι το βασικό χαρακτηριστικό που οδηγεί τους ασθενείς σε αυτοχειρία ενώ συμβάλλουν σε αυτήν σοβαρά ψυχωτικά συμπτώματα και κρίσεις πανικού.

Η δολοφονία από την άλλη, συνήθως δεν σχετίζεται με τη φύση της ασθένειας, αλλά περισσότερο με πολύ συγκεκριμένους παράγοντες όπως είναι οι συνθήκες διαβίωσης του ασθενούς ο οποίος μπορεί να έχει υποστεί έντονη καταπίεση από συνεχείς εγκλεισμούς, η μη λήψη των φαρμάκων του, η κακή επικοινωνία με τα μέλη της οικογένειάς του, συμβιωτική

και αμφιθυμική σχέση με τη μητέρα και ανάπτυξη ενός μη ανεξάρτητου χαρακτήρα, φανερό άγχος αποπροσωποποίησης που επικεντρώνεται σε πρόσωπο, έτσι ώστε η ανθρωποκτονία αποτελεί ουσιαστικά μία άμυνα που ως στόχο έχει την απαλλαγή από αυτό. ( Τσαλίκολου – Κωστοπούλου Φ.,1984 ).

Μύθο ακόμη αποτελεί πως η σχιζοφρένεια εμφανίζεται σε άτομα προχωρημένης ηλικίας. Αντίθετα, σύμφωνα με τον APA, η όψιμη εφηβεία και η ενήλικη ζωή (γύρω στα 30) είναι οι πιο κρίσιμες ηλικιακές ζώνες για την εμφάνιση της ασθένειας.

Διχογνωμίες και διαφωνίες υπάρχουν τέλος και σχετικά με την αιτιολογία της σχιζοφρένειας. Υποβόσκουν πολλές και διάφορες θεωρίες περί αιτιοπαθογένειας, δεν είναι γνωστό όμως ακόμη με απόλυτη βεβαιότητα τι ακριβώς προκαλεί σχιζοφρένεια, πώς προλαμβάνεται ή πώς αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά. Αυτό όμως που μπορεί να ειπωθεί με βεβαιότητα, είναι πως η ασθένεια αυτή δεν οφείλεται αποκλειστικά μόνο σε κακή ποιότητα ζωής, ή χαμηλή κοινωνική τάξη ή προγεννητική εγκεφαλική βλάβη είτε σε αίτια που σχετίζονται με βιολογικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες. (APA , 2000 ).

#### **1.2.4 Παράγοντες επικινδυνότητας**

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μία πολυπαραγοντική ψυχική ασθένεια, με πλήθος επιδημιολογικών ερευνών να περιλαμβάνουν την περιγραφική επιδημιολογία που συνυπολογίζει τον καθορισμό του επιπολασμού, τις επιπτώσεις της ασθένειας, τις διαφορές που παρουσιάζουν ασθενείς που ζουν σε αστικές και αγροτικές περιοχές, το ρόλο του στενού περιβάλλοντος, τη μετανάστευση και την εποχή γέννησης των ασθενών (Σταθοπούλου, 2014).

Ζωτικής σημασίας είναι η επιδημιολογικής έρευνα όσον αφορά την επιδραστικότητα των γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου που επενεργούν κατά την διάρκεια της εμβρυϊκής και περιγεννητικής ζωής. Ζωικά μοντέλα έρευνας, συμπεριλαμβανομένης της μητρικής ανοσολογικής ενεργοποίησης, παρήγαγαν ενδείξεις ότι τα συγκεκριμένα ευρήματα εγκυμονούν αναπτυξιακές βλάβες του εγκεφάλου συνεπιφέρουν συμπεριφερσιολογικούς φαινότυπους αντίστοιχους με τα ευρήματα που διαπιστώθηκαν σε ανθρώπους με σχιζοφρένεια. Ποικίλες είναι οι καταστάσεις που έχουν θεωρηθεί ως παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της ασθένειας.

«Μερικοί από αυτούς είναι: η κληρονομική επιβάρυνση, οι περιγεννητικές επιπλοκές, η εποχή, ο τόπος και η σειρά γέννησης, οι αναπτυξιακές ανωμαλίες, η μετανάστευση, η κοινωνική τάξη, η χρήση ουσιών, οι σωματικές νόσοι, η οικογενειακή κατάσταση». Στο σημείο αυτό πρέπει να επισημανθεί ότι κανένας από τους παραπάνω παράγοντες επικινδυνότητας από μόνος του δεν μπορεί να οδηγήσει σε κάποιο επιδημιολογικό συμπέρασμα παρά μόνο η αλληλεπίδραση κάποιων εξ αυτών.

Οι επιδημιολογικές μελέτες για την εμπεριστατωμένη εξέταση παραγόντων κινδύνου για την εκδήλωση σχιζοφρένειας βασίζονται σε σχεδιασμούς στους οποίους υπάγονται αναδρομικές μελέτες ασθενών-μαρτύρων, μελέτες γενεών, προδρομικές πολυπαραγοντικές μελέτες σε ομάδες υψηλού κινδύνου και σε προοπτικές μελέτες. Ουκ ολίγα μεθοδολογικά προβλήματα έχουν παρατηρηθεί σε μετα-αναλύσεις και ανασκοπήσεις μελετών που διερευνούν τις μαιευτικές επιπλοκές σε σχέση με την εκδήλωση της σχιζοφρένειας. Επίσης απαραίτητα για τον καθορισμό των αιτιοπαθογενετικών παραγόντων της ασθένειας είναι η εξειδίκευση και ακρίβεια των παραγόντων κινδύνου κατά την έρευνα. Στις μελέτες είτε τα δείγματα ήταν μικρά, ή δεν χρησιμοποιούνταν κλίμακες μαιευτικών επιπλοκών, ή δεν υπήρχαν αρχεία περιγεννητικής περιόδου ή τα αρχεία λήψης ιστορικού κύησης και τοκετού από τη μητέρα αναδρομικά με ανάκληση δεν παρείχαν έγκυρες πληροφορίες. Οι ερευνητές κατάφεραν να συνενώσουν της αρχές μεθοδολογίας και να αβγατίσουν την αξιοπιστία της έρευνας. Διαμορφώθηκαν λοιπόν κλίμακες περιγεννητικών επιπλοκών, όπως η γνωστή κλίμακα Lewis & Murray (με 15 επιπλοκές) η κλίμακα Parnas και συν. (με 25 επιπλοκές εγκυμοσύνης- τοκετού), και η κλίμακα Buka και συν. (οι επιπλοκές ταξινομούνται με βάση τους αιτιολογικούς μηχανισμούς) (Buka, Goldstein, Seidman, & Tsuang, 2001).

Σύμφωνα με στατιστικές έρευνες από σχιζοφρένεια κατά την διάρκεια της ζωής του θα νοσήσει γύρω στο 1%-1,5% του πληθυσμού. Ως επίπτωση ορίζεται ο αριθμός των νέων κρουσμάτων σε έναν πληθυσμό κατά τη διάρκεια μιας περιόδου παρατήρησης (Rothman & Greenland, 1998). Σε συμφωνία με την παραπάνω διακύμανση, η επιδημιολογική μελέτη κατά περιοχή ευθύνης (ECA) που επιχορηγείται από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (NIMH), αναφέρει εξάπλωση της τάξης του 1,3%. Περίπου το 0,025 έως 0,05% του συνολικού πληθυσμού ανά έτος, υπόκεινται σε θεραπεία για την ψυχική αυτή ασθένεια. Αν και 66% των υπό θεραπεία ασθενών χρειάζονται νοσηλεία, μόνο το 50% από αυτούς αντιμετωπίζονται, παρά τη βαρύτητα της διαταραχής (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000).

Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση πάνω από 150 μελέτες που προέρχονται από 33 χώρες ανέφεραν σχετικά στοιχεία για την επίπτωση της σχιζοφρένειας τα έτη 1965-2001. Η συχνότητα εμφάνισης κατά μέσο όρο ήταν 15,2 ανά 100.000 και το φάσμα ήταν ανάμεσα σε 7,7 έως 43,0 ανά 100.000. Η διαπίστωση για την συνολική επίπτωση είναι εντυπωσιακά παρόμοια με εκείνη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) σε μελέτη από 10 Έθνη, η οποία υλοποιήθηκε με ενιαία μεθοδολογία στα κράτη μελέτης (Sartorius, Jablensky, & Korten, 1986).

Χρησιμοποιώντας ποικίλα διαγνωστικά συστήματα, οι μελέτες παρουσίασαν ένα φάσμα συχνότητας από τόσο χαμηλά όσο 14 ανά 100.000, έως τόσο υψηλό όπως 42 ανά 100.000. Συνολικά, η συχνότητα εμφάνισης της σχιζοφρένειας βρέθηκε να είναι υψηλότερη στους άνδρες από τις γυναίκες (McGrath & Clair, 2011). Η αναλογία των ποσοστών επίπτωσης μεταξύ ανδρών και γυναικών ήταν 1,4.

Οι μελέτες των νευρο-αναπτυξιακών προδρόμων καταστάσεων της σχιζοφρένειας αναζητούν ενδείξεις ανώμαλης εγκεφαλικής λειτουργικότητας στην έναρξη της ζωής ατόμων που αναπτύσσουν σχιζοφρένεια πολλά χρόνια αργότερα.

Ενδείξεις από μία ανασκόπηση των ευρημάτων από μελέτες υποστηρίζουν ότι τα παιδιά, στα οποία μεταγενέστερα διαγνώσθηκε σχιζοφρένεια εμφανίζουν υποκλινικές διαταραχές της ανάπτυξης και της λειτουργικότητας, που μπορεί να αντανακλούν μία ήδη υπάρχουσα εγκεφαλική δυσλειτουργία.

Οι μελέτες διαχωρίζονται σε 3 τύπους (1) αναδρομικές μελέτες, σε ενήλικες ασθενείς με σχιζοφρένεια, οι οποίες αποδεικνύουν μία αναπτυξιακή παρέκκλιση, που εμφανίστηκε πολλά χρόνια πριν, (2) αναδρομικές μελέτες γενεών. Αυτές οι μελέτες ξεκινούν με ένα δείγμα όλων των ατόμων που γεννιούνται σε μια συγκεκριμένη περίοδο και περιοχή και ψάχνουν για συσχετίσεις της σχιζοφρένειας στην ενήλικη ζωή με άλλα διαθέσιμα δεδομένα., στις οποίες εκτιμήθηκαν συστηματικά παιδιά κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης, προσφέροντας δεδομένα που μπορούν να αναλυθούν σε μελέτες ανάδρομης παρακολούθησης, μετά τη διάγνωση της νόσου στην ενήλικη ζωή, (3) μελέτες Υψηλού Κινδύνου δηλαδή προοπτικές μελέτες βρεφών με πάρα πολύ αυξημένο κίνδυνο απώτερης ανάπτυξης σχιζοφρένειας.

Αν και απαιτούν προσπάθειες και πόρους για μεγάλο χρονικό διάστημα, έχουν το πλεονέκτημα ότι ξεκινούν με πληθυσμούς που έχουν 10 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για



σχιζοφρένεια από τα μη επιλεκτικά δείγματα βρεφών. Σήμερα, βρίσκονται σε εξέλιξη πολλές τέτοιες μελέτες και έχουν δημοσιευθεί τα προκαταρκτικά αποτελέσματα.

Περίπου το 25% έως και 50% των παιδιών υψηλού κινδύνου παρουσιάζουν ένα συνδυασμό εμφανών και υποκλινικών αναπτυξιακών διαταραχών κατά την διάρκεια της βρεφικής και παιδικής ηλικίας (Fatemi, Earle, & Kanodia, 2003).

Οι παράγοντες που έχουν κατά καιρούς διερευνηθεί ως προς την επιδημιολογία της νόσου είναι οι ακόλουθοι (Eaton & Chen, 2010):

#### *Δημογραφικοί παράγοντες*

Ηλικία και φύλο. Η σχιζοφρένεια παρουσιάζει τον ίδιο επιπολασμό, τόσο στις γυναίκες όσο και τους άντρες. Παρόλα αυτά, τα δύο φύλα εμφανίζουν σημαντικές διαφορές ως προς την έναρξη και την πορεία της ασθένειας. Στους άνδρες εμφανίζεται συνήθως πιο νωρίς από ό,τι στις γυναίκες. Περισσότερο από το 50% των ανδρών, αλλά μόνο το 33% των γυναικών ασθενών υπόκεινται για πρώτη φορά σε ψυχιατρική νοσηλεία πριν συμπληρώσουν το εικοστό πέμπτο έτος της ηλικίας τους. Η ηλικία έναρξης της νόσου είναι 15-25 για τους άντρες και μεταξύ 25-35 για τις γυναίκες. Σπάνιες είναι οι περιπτώσεις που η εμφάνιση της ψυχικής αυτής ασθένειας λαμβάνει χώρα πριν την ηλικία των 10 ετών και μετά τα 50 έτη. Η συντριπτική πλειοψηφία των υπο θεραπεία ασθενών είναι 15-55 ετών. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα από τις γυναίκες να εμφανίσουν αρνητικά συμπτώματα και ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να έχουν καλύτερη κοινωνική λειτουργία από τους άντρες. Γενικά, η έκβαση της νόσου στις γυναίκες θεωρείται καλύτερη από στους άντρες.

#### *Γεωγραφική και πληθυσμιακή κατανομή*

Η συχνότητα της νόσου στις μεγάλες αστικές πόλεις είναι αρκετά μεγαλύτερη από αυτή που εμφανίζεται σε μικρές πόλεις ή σε αγροτικές περιοχές (Sartorius, Jablensky, & Korten, 1986). Ο σχετικός κίνδυνος για την εμφάνιση σχιζοφρένειας είναι 2-4 φορές μεγαλύτερος για τους κατοίκους των πόλεων. Αξιόπιστες μάλιστα πηγές φανερώνουν πως υπάρχει αναλογική σχέση ανάμεσα στην έκθεση στον αστικό αγχωτικό τρόπο ζωής και στην πιθανότητα νόσησης από σχιζοφρένεια, με το μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίζεται στις πλέον ανεπτυγμένες περιοχές.

Αυτή η σχέση δεν έχει καταδειχθεί για τις συναισθηματικές ψυχώσεις. Από προοπτικές μελέτες υποδεικνύεται ότι η αρνητική περιβαλλοντική επίδραση ασκείται κατά κύριο λόγο νωρίς, κοντά στη γέννηση, ενώ έχει ανευρεθεί και ένα αθροιστικό αποτέλεσμα, κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης, ανάλογα με τη διάρκεια της έκθεσης στο αστικοποιημένο περιβάλλον.

#### *Εποχή, τόπος και σειρά γέννησης*

Έχει παρατηρηθεί ότι ένας μεγαλύτερος συγκριτικά αριθμός ασθενών με σχιζοφρένεια γεννιέται κατά τους χειμερινούς μήνες ή τους πρώτους μήνες της άνοιξης. Η παρατήρηση αυτή αποδόθηκε στην αυξημένη πιθανότητα έκθεσης του νεογνού σε ιώσεις ή και στην ενδεχόμενη γενετική υπεροχή των σχιζοφρενικών βρεφών ως προς την αντίστασή τους σε δυσμενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες (αυξημένη επιβιωσιμότητα των σχιζοφρενικών έναντι της αυξημένης θνησιμότητας των μη σχιζοφρενικών βρεφών). Επίσης, έχει ενοχοποιηθεί ο τόπος γέννησης (αστικό περιβάλλον), ενώ έχει βρεθεί ότι η νόσος απαντάται συχνότερα στους πρωτότοκους ολιγομελών οικογενειών ή στα μικρότερα παιδιά των πολυτέκνων.

Σε επιδημιολογικές μελέτες για την ανίχνευση παραγόντων επικινδυνότητας για την ανάπτυξη σχιζοφρένειας υποστηρίζονται οι ακόλουθοι παράγοντες:

#### *Κληρονομική επιβάρυνση*

Ο ρόλος της κληρονομικότητας στην αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας τα τελευταία 60 χρόνια και η «γενετική υπόθεση» φαίνεται να έχει σημαντικές βάσεις αναφορικά με την αιτιολογία της νόσου.

Η σχετική έρευνα άρχισε από τη δεκαετία του 1930 και στη συνέχεια επικεντρώθηκε σε τέσσερα επίπεδα (Schwartzkopf, Nasrallah, & Olson, 1989):

- Μελέτες διδύμων.
- Μελέτες οικογενειών.
- Μελέτες παιδιών σχιζοφρενικών γονέων.
- Αναζήτηση γενετικών δεικτών («γενετικού στίγματος»)

#### *Προγεννητικές και περιγεννητικές επιπλοκές*

Αυξημένα ποσοστά επιπλοκών περιγεννητικών έχουν ανευρεθεί στα ιστορικά ασθενών με σχιζοφρένεια, όπως και στο ιστορικό απογόνων που είχαν μητέρα ή και δίδυμο αδελφό με σχιζοφρένεια. Διπλάσιος είναι ο κίνδυνος κατά μέσο όρο για εκδήλωση ψυχωτικής διαταραχής σε άτομα με επιπλοκή κατά τη περιγεννητική περίοδο σε σύγκριση με φυσιολογικούς μάρτυρες. Ο σχετικός κίνδυνος νόσησης είναι 4 φορές υψηλότερος για παιδιά που υπέστησαν υποξία κατά την διάρκεια της γέννησης (Dalman, et al., 2001).

### *Ηλικία πατέρα*

Πρόσφατες έρευνες έχουν συνδέσει τον κίνδυνο νόσησης από σχιζοφρένεια με την μεγάλη ηλικία του πατέρα, και μάλιστα στις σποραδικές και όχι στις οικογενείς περιπτώσεις της νόσου. Ο πλέον αυξημένος σχετικός κίνδυνος, που αντιστοιχεί σε 2,96, εμφανίζεται στις ηλικίες άνω των 55 ετών, σε σύγκριση με την ομάδα των 20-24 ετών. Σε μια μελέτη βρέθηκε συσχέτιση με τη νόσηση από μνηιγγίτιδα, με μέσο όρο ηλικίας κατά τη λοίμωξη 26 μήνες (Brown, Bresnahan, & Susser, 2005).

### *Αναπτυξιακές ανωμαλίες*

Μελέτες γενεών σε παιδιά αυξημένης επικινδυνότητας για σχιζοφρένεια (παιδιά σχιζοφρενικών γονέων), καθώς και μελέτες γενεών σε γενικό πληθυσμό (cohort), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ένα ποσοστό 25-50% των παιδιών αυξημένης επικινδυνότητας εμφανίζουν υποτονία, καθυστέρηση των σταδίων ανάπτυξης, ήπια νευρολογικά σημεία (μειωμένη κινητική συνέργεια), καθώς και διαταραχές της προσοχής, της ομιλίας και της σχολικής επίδοσης (Bearden, et al., 2002).

Οι Προδρομικές πολυπαραγοντικές έρευνες (μελέτες πληθυσμών υψηλού κινδύνου) είναι πρωταρχικής σημασίας στην έρευνα για την ανίχνευση και τεκμηρίωση των προδιαθεσικών παραγόντων προς ψύχωση. Παραδείγματα τέτοιων ερευνών είναι οι εξής μελέτες: Copenhagen High Risk Study, Edinburgh High Risk Study, Perth Family Study, Finnish Birth Cohort, Athens Study of Psychosis Proneness Incidence of Schizophrenia (ASPIS) (McGrath & Clair, 2011).

«Ορισμένες σημαντικές μελέτες της προνοσηρής περιόδου είναι οι εξής»:

- The Finnish school records study (Cannon, 2002): Σε αυτή τη μελέτη συγκρίθηκαν τα σχολικά αρχεία του δημοτικού 400 παιδιών που εκδήλωσαν σχιζοφρένεια και 400

παιδιών που δεν εμφάνισαν σχιζοφρένεια. Τα παιδιά είχαν γεννηθεί από το 1951 έως το 1960 στο Ελσίνκι. Τα παιδιά που αργότερα εκδήλωσαν σχιζοφρένεια, ως ομάδα, υστερούσαν στα αθλήματα και στη χειροτεχνία, γεγονός που ίσως σημαίνει έλλειμμα στο συντονισμό των κινήσεων.

- The Philadelphia Study (Bearden, et al., 2002): Σε αυτή τη μελέτη συγκρίθηκαν 72 ασθενείς με σχιζοφρένεια, 62 συγγενείς τους (που δεν έπασχαν από τη διαταραχή) και 7941 άτομα ως ομάδα ελέγχου. Κοινωνικές, γνωσιακές και κινητικές δυσλειτουργίες αποτελούν σημαντικούς δείκτες ευαλωτότητας για τη νόσο σύμφωνα με τη μελέτη αυτή.
- The 1946 British birth cohort (Jones, et al., 1998): Μελετήθηκαν 5000 παιδιά για 40 χρόνια. Τα 30 από αυτά τα παιδιά εκδήλωσαν σχιζοφρένεια. Ως ομάδα τα παιδιά που εκδήλωσαν σχιζοφρένεια καθυστέρησαν στην επίτευξη των αναπτυξιακών ορόσημων, είχαν περισσότερα προβλήματα λόγου, χαμηλότερα αποτελέσματα στα τεστ και λιγότερες κοινωνικές δεξιότητες.
- The Swedish Army Study (David, Anseau, & Abraini, 2004): Μελετήθηκαν 50000 δεκαοκτάχρονοι Σουηδοί στρατιώτες που κατετάγησαν το 1969-1970 για 12 χρόνια. Οι 195 εξ αυτών νοσηλεύθηκαν για σχιζοφρένεια. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα σε χαμηλά σκορ IQ (Δείκτη Νοημοσύνης) και την εμφάνιση σχιζοφρένειας.
- The Northern Finland 1966 cohort (Isohanni et al., 2000): 12000 παιδιά μελετήθηκαν από τη γέννηση μέχρι την ηλικία των 30. Τα 100 εξ αυτών ανέπτυξαν σχιζοφρένεια και 55 άλλες ψυχώσεις. Βρέθηκε γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στην καθυστέρηση επίτευξης των αναπτυξιακών ορόσημων και του κινδύνου για ψύχωση.
- The Dunedin study (Cannon, 2002): Μελετήθηκαν 1000 παιδιά που γεννήθηκαν στο Dunedin της Νέας Ζηλανδίας το 1972-1973. Το 3,7% εξ αυτών εμφάνισαν σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, όταν εξετάστηκαν σε ηλικία 26 ετών. Όσοι σε αυτή την ηλικία παρουσίασαν οποιαδήποτε ψυχιατρική διάγνωση είχαν περισσότερα συναισθηματικά και διαπροσωπικά προβλήματα ως παιδιά, σε σχέση με τους υπόλοιπους. Γνωσιακές και νευροαναπτυξιακές δυσκολίες είναι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση σχιζοφρενικόμορφης διαταραχής σύμφωνα με αυτή τη μελέτη.

Η μελέτη Προγεννητικών Προσδιοριστικών παραγόντων για την εκδήλωση σχιζοφρένειας (Prenatal Determinants Study) αποτελεί ευρεία μελέτη προγεννητικών παραγόντων που ξεκίνησε στη δεκαετία του 1990. Βασίζεται σε μία γενιά από περίπου 20.000 έγκυες γυναίκες που ζούσαν στη βόρεια Καλιφόρνια μεταξύ 1959 και 1966, και είναι μέρος της μελέτης Παιδικής Υγείας και Ανάπτυξης (Susser & Lin, 1992).

Η μελέτη αυτή περιλαμβάνει δείγματα ορών μητέρας που λήφθηκαν σε επισκέψεις κατά την κύηση. Περιπτώσεις σχιζοφρένειας και SSDs (διαταραχών του φάσματος της σχιζοφρένειας) εντοπίστηκαν από μια βάση δεδομένων αρχείων νοσηλείας και εξωτερικών ιατρείων. Η χρήση ουσιών και καπνού αποτελεί μοντέλο έρευνας και μελέτης των παραγόντων αυτών.

Το 2006, το 17% γυναικών ανέφεραν κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και συγκεκριμένα κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου της κύησης.

Το κάπνισμα της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη, έχει από μόνο του ενοχοποιηθεί ως δυνητικός παράγοντας κινδύνου που συνδέεται με πολλαπλά αποτελέσματα στους απογόνους όπως χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση, διαταραχή διαγωγής, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας, και γνωστική δυσλειτουργία (Shea & Steiner, 2008).

Σύμφωνα με εκτίμηση του 2010 για παράγοντες κινδύνου κατά την εγκυμοσύνη μαζί με Σύστημα Παρακολούθησης εγκύων συλλέχθηκαν στοιχεία από 27 κράτη (Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System - PRAMS). Περίπου το 10,7% των γυναικών ανέφεραν ότι κάπνιζαν κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων μηνών της εγκυμοσύνης. Από τις γυναίκες που κάπνιζαν 3 μήνες πριν την εγκυμοσύνη, 54% σταμάτησαν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μεταξύ των γυναικών που διακόπτουν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σε 44% παρατηρείται υποτροπή εντός 6 μηνών μετά τον τοκετό (Ekblad, Gessler, Lehtonen, & Korkeila, 2010).

## 1.3 Αιτιολογία

### 1.3.1 Γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες

Είναι κοινώς αποδεκτό πως η σχιζοφρένεια έχει μελετηθεί ενδελεχώς όλα αυτά τα χρόνια, περισσότερο ίσως από κάθε άλλη ψυχική ασθένεια όσον αφορά τουλάχιστον στα γενετικά αίτια. Έχει διαπιστωθεί λοιπόν ότι υπάρχει ξεκάθαρα γονιδιακή προδιάθεση εκδήλωσης της ασθένειας (Getzfeld, 2009).

Ο Kallman (1938), προέβει σε δημοσίευση μίας μελέτης αναφοράς για τις οικογένειες ανθρώπων με σχιζοφρένεια. Εξετάστηκαν πάνω από χίλιοι ασθενείς και οι οικογένειές τους και διαπιστώθηκαν δύο πράγματα. Αρχικά σε όσο μεγαλύτερο βαθμό εμφανίζεται η νόσος στους γονείς, τόσο πιθανότερο είναι για τα παιδιά να την κληρονομήσουν. Το δεύτερο και πιο ενδιαφέρον συμπέρασμα είναι ότι δεν κληρονομείται ο υπότυπος της ασθένειας αλλά η νόσος συνολικά, και υπάρχει περίπτωση να εκδηλωθεί με τελείως διαφορετικά τρόπο στα παιδιά που την κληροδότησαν (Basset, Chow, Waterworth, & Brzustowicz, 2001).

Έχουν διεξαχθεί μελέτες που επίσης καταδεικνύουν οικογενείς παράγοντες που συνδέονται με την αιτιολογία της ασθένειας. Ο Gottesman (1991) κατέληξε στο συμπέρασμα πως όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των γονιδίων που μοιράζεται κανείς με κάποιον που νοσεί, τόσο πιθανότερο είναι να εμφανίσει κι αυτός συμπτώματα. «Για παράδειγμα, η πιθανότητα νόσου μεταξύ μονοζυγωτικών διδύμων (στους οποίους το γενετικό υλικό είναι 100% ίδιο) είναι 48% ενώ για διζυγωτικούς (οι οποίοι προέρχονται γονιμοποίηση δύο ωραρίων) είναι 17%». Οι Cannon et al. (1998), μελέτησαν Φιλανδούς διδύμους και διαπίσωσαν πως η μέση συμπτωματικότητα ήταν χαμηλή, μόλις 9% για τους διζυγωτικούς διδύμους και 46% για τους μονοζυγωτικούς, ποσοστό ιδιαίτερα υψηλό. Η παραπάνω έρευνα ενίσχυσε ακόμη περισσότερο την άποψη σχετικά με την γονιδιακή μεταφορά της νόσου.

Καθίσταται σαφές όμως ότι η αιτιολογία της σχιζοφρένειας δεν αποδίδεται μόνο σε γενετικά αίτια, καθώς το ποσοστό θα όφειλε να ήταν κατά πολύ μεγαλύτερο. Επομένως υπάρχουν περιβαλλοντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση της ασθένειας.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει μία περίπτωση τεσσάρων μονοζυγωτικών διδύμων κοριτσιών που πριν καν συμπληρώσουν το εικοστό πέμπτο έτος της ηλικίας τους εμφάνισαν συμπτώματα της ασθένειας. Η πιθανότητα βέβαια να συμβεί ένα τέτοιο γεγονός είναι απειροελάχιστη. Τα τέσσερα κορίτσια εμφάνισαν σχιζοφρένεια κάθε μία όμως διαφορετικής

μορφής και σοβαρότητας. Γίνεται αντιληπτό το πόσο σημαντικό ρόλο παίζει ο περιβαλλοντικός παράγοντας στη σχιζοφρένεια. Εδώ πρέπει να επισημανθεί ότι ο πατέρας της οικογένειας αντιμετώπιζε προβλήματα αλκοολισμού, είχε κακοποιήσει σεξουαλικά δύο από τις κόρες του και ίσως έπασχε από ΨΔ (ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή).

Υπάρχει σαφώς ο διχασμός στις απόψεις για το αν η εκδήλωση της νόσου οφείλεται στον αιμομίκτη πατέρα ή τα γονίδια.

### **1.3.2 Μελέτες υιοθεσίας**

Αρχικά για να εξαχθούν έγκυρα αποτελέσματα πρέπει οι μελέτες υιοθεσίας να έχουν ένα βάθος χρόνου. Αποτελούν μία μέθοδο που εφαρμόζεται πιο συχνά σε χώρες της Σκανδιναβίας, όπου το φαινόμενο των πολυμελών οικογένειων είναι συχνό ενώ υπάρχει πολύ καλή καταγραφή των ψυχικών νοσημάτων, των γάμων αλλά και των υιοθεσιών. Οι μελέτες υιοθεσίας λοιπόν αποτελούν μία μέθοδο διαχωρισμού μεταξύ των κληρονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Getzfeld, 2009).

Λαμβάνοντας υπόψη τη μέθοδο αυτή, συγκρίνονται τα ποσοστά συμπτωτικότητας της σχιζοφρένειας μεταξύ υιοθετημένων και βιολογικών μελών μιας οικογένειας, ατόμων που βρίσκονταν σε μικρή ηλικία όταν υιοθετήθηκαν και εμφάνισαν την ασθένεια της σχιζοφρένειας στην πορεία.

Σε περιπτώσεις που τα ποσοστά συμπτωτικότητας είναι υψηλότερα στους βιολογικούς συγγενείς από ότι στους υιοθετημένους, τότε η επίδραση των γενετικών παραγόντων θεωρείται ως πιο πιθανή. Όταν συμβαίνει το αντίθετο η νόσος αποδίδεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Στη Δανία έλαβε χώρα μία μελέτη από τους Rosenthal et al. (1975), έδειξε πως 3 από τους 39 υψηλού κινδύνου υιοθετημένους είχαν σχιζοφρένεια, που αντιστοιχεί στο 8%, κάτι που σημαίνει πως οι γενετικοί παράγοντες δεν ασκούν ιδιαίτερη επιρροή. Περαιτέρω μελέτες έδειξαν πως η προβληματική επικοινωνία ανάμεσα στην οικογένεια και η πολλές φορές κακή προσέγγιση των γονέων σχετίζεται με την εκδήλωση της ψυχικής νόσου. Οι Teniari et al. (1994) πραγματοποίησαν μία μελέτη υιοθεσίας στην Φιλανδία. Μάζεψαν στοιχεία 20.000 γυναικών που είχαν νοσηλευτεί σε ψυχιατρικές κλινικές σε μία περίοδο 10 ετών. Στη συνέχεια διάλεξαν 171 γυναίκες με σχιζοφρένεια.

Έπειτα αναζήτησαν γυναίκες που το παιδί τους είχε δοθεί για υιοθεσία πριν κλείσει τα 4 έτη του. Βασικό κανόνα ήταν το παιδί είχε υιοθετηθεί από ανθρώπους που δεν είχαν κάποια συγγένεια μαζί τους αλλά κατάγονταν από την Φιλανδία. Συμπέραναν λοιπόν πως ένα παιδί με προδιάθεση εμφάνισης της ασθένειας το οποίο όμως μεγαλώνει σε ένα ασφαλές και υγιές οικογενειακό περιβάλλον, έχει λιγότερες πιθανότητες να νοσήσει. Ακόμα, σε ότι αφορά τα παιδιά που μελλοντικά ανέπτυξαν σχιζοφρένεια, είχαν πολύ σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα συγκρινόμενα με τα παιδιά μάρτυρες. Οι Teniari et al. (1994), κατέληξαν πως υπάρχει γενετική μετάδοση της σχιζοφρένειας αλλά και πως το μη υγιές οικογενειακό περιβάλλον αυξάνει κατακόρυφα τις πιθανότητες για εκδήλωση της ασθένειας.

Επίσης μελετήθηκαν τόσο προγεννητικοί όσο και περιγεννητικοί παράγοντες. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι πιθανότερο να έχουν υποστεί προβλήματα στην προγεννητική περίοδο και ίσως να έχουν βιώσει περιγεννητικά τραύματα. Επιπλέον κάποιο λοίμωξη της μητέρας που αποτελεί προγεννητικό πρόβλημα ίσως να έχει παίξει το ρόλο του. Η λοίμωξη της εγκύου με γρίπη στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο γέννησης παιδιού με σχιζοφρένεια (Huttunen & Niskansen, 1978). Υπάρχουν επιστημονικά τεκμηριωμένες γνώμες σχετικά με την σύνδεση του ιού της γρίπης και την ανάπτυξη του νευρικού συστήματος, που διαμορφώνεται κατά βάση στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης. Οποιαδήποτε επιπλοκή στην ανάπτυξη του νευρικού συστήματος πιθανότατα να συνδέεται με ανάπτυξη σχιζοφρένειας στο μέλλον. «Το περιγεννητικό τραύμα, που και αυτό αυξάνει την τάση του ατόμου για ανάπτυξη σχιζοφρένειας, περιλαμβάνει τον παρατεταμένο τοκετό, την ισχιακή προβολή, τη χρήση εμβρυολκών και την περιέλιξη του ομφάλιου λώρου, που οδηγεί σε ανοξία».

Οι Cannon et al. (2002), εξετάζοντας αρχεία μητέρων και βρεφών που κάποια στιγμή στη ζωή τους εμφάνισαν την ψυχική αυτή νόσο συμπέραναν ότι είχαν υποστεί αρκετές γεννητικές επιπλοκές. Σαφώς και τα αποτελέσματα δεν μπορούν να οδηγήσουν σε ακριβή συμπεράσματα για το αν οι επιπλοκές αυτές αλληλοεπιδρούν με γενετικούς παράγοντες. Δύο ενδεχόμενα φαντάζουν πιθανά. Οι επιπλοκές που έχουν αναφερθεί σχετίζονται με νευρολογικές ανωμαλίες γεγονός που οδηγεί στην ανάπτυξη σχιζοφρένειας άσχετα με γενετικούς ή βιολογικούς παράγοντες. Το δεύτερο ενδεχόμενο είναι ότι το έμβρυο που εμφανίζει γενετική προδιάθεση ανάπτυξης της νόσου είναι πιθανότερο να υποστεί βλάβη από προγεννητικές ή περιγεννητικές επιπλοκές.



Τέλος είναι αδιάψευστο και ταυτόχρονα πολύ σημαντικό στοιχείο αποτελεί ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν γεννηθεί στην πλειοψηφία το χειμώνα ή την αρχή της άνοιξης (McGrath & Welham, 1999). Το πιο πιθανό σενάριο είναι το ότι οι ιώσεις ευδοκιμούν τους χειμερινούς μήνες. Οι άνθρωποι αναγκάζονται να περνούν περισσότερο χρόνο σε κλειστούς χώρους λόγω μειωμένων θερμοκρασιών και ως γνωστόν οι λοιμώξεις μεταδίδονται ευκολότερα σε κλειστούς χώρους. Αν μία γυναίκα που είναι έγκυος για παράδειγμα γίνει φορέας της γρίπης αυξάνονται οι πιθανότητες το έμβρυο να νοσήσει. «Οι Torrey, Bowler & Rawlings (1993), κατέληξαν πως υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ γεννήσεων νεκρών εμβρύων και ζώντων που θα αναπτύξουν σχιζοφρένεια». Το κοινό σημείο είναι ότι και στις δύο περιπτώσεις οι γεννήσεις πραγματοποιήθηκαν χειμώνα. Συμπεράναν πως μία κοινή λοίμωξη ευθύνεται για τα δύο αυτά συμβάντα.

### 1.3.3 Κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες

Η εξάπλωση της σχιζοφρένειας διαφέρει σημαντικά ανάλογα με την περιοχή. Μία βασική αιτία είναι ότι υπάρχουν πολιτισμικές διαφορές ακόμη και στον ορισμό της νόσου και βασικότερα όσον αφορά στον ορισμό του τι αποτελεί σύμπτωμα μιας ψυχικής νόσου. Για παράδειγμα, τίθενται ερωτήματα όπως (Getzfeld, 2009):

- Είναι η παράνοια παθολογική στην Βόρεια Κορέα;
- Πώς θεωρείται η αντίδραση έκπληξης στο Ιράκ;
- Τι συμβαίνει με τον επιπολασμό της κατάθλιψης σε περιοχές της Νορβηγίας κοντά στον Αρκτικό Κύκλο, όπου το μεγαλύτερο μέρος του χειμώνα είναι συνεχώς νύχτα;

Οι διαφορές αυτές στην εξάπλωση της ασθένειας ίσως να αντανakλούν ανομοιότητες στη θρησκεία ή στις θρησκευτικές αξίες. Σύμφωνα πάντως με την επιστημονική κοινότητα δεν υπάρχει αρκετό ερευνητικό υλικό ώστε να βγει ασφαλές συμπέρασμα για το αν οι πολιτισμικοί παράγοντες σχετίζονται με τον κίνδυνο εμφάνισης σχιζοφρένειας.

Ένα ακόμα ενδιαφέρον στοιχείο είναι ότι σε αφρικανικές χώρες και γενικότερα σε περιοχές που η βιομηχανία δεν βρίσκεται στο απόγειό της οι σχιζοφρενικές διαταραχές δεν είναι τόσο συχνό φαινόμενο. Πολυετείς έρευνες έδειξαν πως οι διαταραχές αυτές είναι συχνότερες σε άτομα χαμηλής κοινωνικό-οικονομικής τάξης. Μια μελέτη των Fariw & Dunham (1939), έδειξε πως στη πολιτεία του Ιλινόις και συγκεκριμένα στην πόλη του Σικάγο τα περισσότερα κρούσματα σχιζοφρένειας καταγράφηκαν σε περιοχές χαμηλής κοινωνικο-

οικονομικής τάξης. Βασιζόμενοι στα στατιστικά της παραπάνω μελέτης αλλά και μεταγενέστερων, υπάρχει αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ κοινωνικο-οικονομικής τάξης και επιπολασμού σχιζοφρενικών διαταραχών. Αυτά τα στοιχεία ερμηνεύονται με πολλούς και διάφορους τρόπους.

Αρχικά, η χαμηλή κοινωνικο-οικονομική τάξη συνδέεται με άγχος και προβλήματα προσαρμογής του ατόμου στις εκάστοτε καταστάσεις που βιώνει. Η υπόθεση της κάθετης πτώσης γνωστοποιείται σε άτομα που ανήκουν ήδη σε χαμηλή κοινωνικο-οικονομική τάξη και όταν εμφανίζουν συμπτώματα της νόσου, τότε αναπόφευκτα η καταστάσή τους επιδεινώνεται και μετακινούνται ακόμα χαμηλότερα στην κοινωνικο-οικονομική κλίμακα λόγω προβλημάτων σε ότι αφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις που αδυνατούν να δημιουργήσουν ή της μη εύρεσης εργασίας (Gottesman, 1991).

Γίνεται άρα αποδεκτό πως οι σχιζοφρενικές διαταραχές επηρεάζονται σε κάποιο βαθμό από κοινωνικο-πολιτισμικούς παράγοντες.

#### **1.3.4 Ψυχολογικοί παράγοντες**

Είναι ευρέως γνωστό ότι οι περισσότερες έρευνες που εξετάζουν τους ψυχολογικούς παράγοντες που οδηγούν στη σχιζοφρένεια επικεντρώνονται στην επικοινωνία και την συμπεριφορά της οικογένειας του πάσχοντα. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που έχει παρατηρηθεί σύνδεση σχιζοφρενικών συμπτωμάτων με έλλειψη επικοινωνίας και κακής ενδοοικογενειακής σχέσης (Getzfeld, 2009).

Οι Bateson, Jackson, Haley & Weakland (1956) ανέπτυξαν μια θεωρία για την εκδήλωση σχιζοφρένειας που σχετίζεται με την ελλειμματική επικοινωνία μέσα στα πλαίσια της οικογένειας. Η θεωρία του διπλού δεσμού για τη ψυχική αυτή νόσο παραθέτει πως αντικρουόμενα μηνύματα από το οικογενειακό περιβάλλον ίσως είναι υπαίτια για την ανάπτυξη σχιζοφρένειας. Για παράδειγμα, ο πατέρας του Robert, ο Henry, του λέει όταν εκείνος φέρνει καλούς βαθμούς από το σχολείο «Σ'αγαπώ όσο τίποτε στον κόσμο και είμαι περήφανος για σένα». Όταν ο Robert τον πλησιάζει για μια αγκαλιά αυτός παγώνει και μπορεί και να τον τιμωρήσει. Έτσι ο Robert βρίσκεται συνεχώς σε καταστάσεις όπου ότι κι αν κάνει δεν μπορεί να κερδίσει, και αυτό αυξάνει το ήδη υπάρχον άγχος του.

Ο Bateson υποστηρίζει πως το άτομο υφίσταται μια ψυχωσική στάση γιατί τα αντιφατικά αυτά μηνύματα προκαλούν σύγχυση κάτι που επηρεάζει σημαντικό τόσο τον

τρόπο σκέψης αλλά και ομιλίας του (Miklowitz, 1995). Λόγω της αδυναμίας του ατόμου να αντιληφθεί την πραγματικότητα συχνά ονειροβατεί. Οι γονείς με τη σειρά τους δεν προσεγγίζουν συχνά την κατάσταση με την απαραίτητη προσοχή και πολλές φορές έρχονται σε λεκτική σύγκρουση με τον ασθενή. Η συγκεκριμένη θεωρία είναι αμφισβητήσιμη και σε περίπτωση που χρησιμοποιηθεί ως οικογενιακή θεραπεία υπάρχει ο κίνδυνος για επιζήμια αποτελέσματα για τους γονείς, αφού συνήθως προκαλεί άγχος και ενοχές. Μπορεί οι γονείς να νιώθουν υπεύθυνοι για το ότι το παιδί τους νοσεί, και να ρίχουν πάνω τους ευθύνες σχετικά με τον τρόπο που το μεγάλωσαν νιώθοντας ψυχολογική πίεση. Ένας γονιός που έχει παιδί με κάποια ψυχική νόσο, δεν χρειάζεται να επωμιστεί επιπλέον βάρος.

«Στο σημείο αυτό γίνεται μια σύντομη αναφορά στην σχιζοφρενικογόνο μητέρα κατά Fromm-Reichmann (1948)». Η σχιζοφρενικογόνος μητέρα χαρακτηρίζεται ως μία ανέκφραστη, επιβλητική και απορριπτική μητέρα που θεωρείτο ότι προκαλούσε την ανάπτυξη σχιζοφρένειας στα παιδιά της. Η θεωρία αυτή έχει επίσης κατηγορηθεί, όπως και η θεωρία του διπλού δεσμού, ότι οδηγεί σε ενοχικά συναισθήματα στη μητέρα και έχει δεν χρήζει επιστημονικής τεκμηρίωσης στην σημερινή εποχή.

Γεγονός είναι πάντως πως σύμφωνα με τις σημερινές επιστημονικές θεωρίες η οικογένεια έχει βασικό ρόλο περισσότερο σε ότι έχει να κάνει με την πορεία της νόσου και όχι την αιτιολογία της. Έχει επίσης διαπιστωθεί πως όταν οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν περάσει το στάδιο του ψυχωσικού επεισοδίου και έχουν βγει από το νοσοκομείο υποτροπιάζουν όταν υπάρχει κακή επικοινωνία στο περιβάλλον τους που με έναν όρο ονομάζεται εκπεφρασμένο συναίσθημα (ΕΣ). Δυο είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες. Πρώτον, ο ασθενής λαμβάνει εχθρικά συναισθήματα και κριτική από τους δικούς του ανθρώπους. Ο δεύτερος αφορά την υπερπροστατευτικότητα που μπορεί να λαμβάνει ο ασθενής από τους οικείους του. «Πολύ συχνά οι οικογένειες εμφανίζουν υψηλά επίπεδα εκπεφρασμένου συναισθήματος όταν αποδέχονται τα θετικά συμπτώματα ως συνέπεια μια ψυχικής νόσου και όταν θεωρούν πως η σχιζοφρένεια και τα συμπτώματά της βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο του ασθενούς (Hookey & Hiller, 1998)». Βγαίνει λοιπόν το συμπέρασμα πως το εκπεφρασμένο συναίσθημα είναι απαραίτητο για την εκδήλωση ενός ενεργού ψυχωσικού επεισοδίου.

Τέλος, στους ψυχολογικούς παράγοντες εντάσσεται το πρότυπο στρες-ευπάθεια, το οποίο είναι γενικά αποδεκτό σήμερα σε σχέση με την αιτιολογία της σχιζοφρένειας. Σύμφωνα

με το πρότυπο αυτό το άτομο γεννιέται με την γενετική προδιάθεση να αναπτύξει σχιζοφρένεια. Αυτό φυσικά δεν σημαίνει ότι θα αναπτύξει την νόσο παρά μόνο εάν βιώσει ένα σημαντικό ψυχοπαιστικό γεγονός το οποίο δεν θα μπορέσει να χειριστεί (Zubin & Spring, 1977). Τέτοια γεγονότα μπορεί να είναι ένα ψυχικό τραύμα, μια διαπροσωπική σύγκρουση, συζυγικά προβλήματα, απώλεια κάποιου αγαπημένου προσώπου ή οικονομική απώλεια. Εάν το άτομο καταφέρει και ξεπεράσει το τραυματικό γεγονός, η σχιζοφρενική διαταραχή μπορεί να μην εκδηλωθεί και ποτέ.

Διαβάζοντας τα παραπάνω μπορεί κάποιος να αντιληφθεί πως δεν υπάρχει ένας μόνο αιτιολογικός παράγοντας για την εκδήλωση της σχιζοφρένειας. Ο κλινικός καλείται να αντιμετωπίσει διαταραχές που συνδυάζονται κάτω από ένα διαγνωστικό κριτήριο. Το σύνολο αυτό των διαταραχών παράγεται από το συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικο-πολιτιστικών παραγόντων.

### **1.3.5 Ο ρόλος της ντοπαμίνης και των νευροδιαβιβαστών**

Ο ρόλος της ντοπαμίνης πάντα αντιμετωπίζεται με ιδιαίτερο ενδιαφέρον ενώ αποτελεί πόλο αντιπαράθεσης μεταξύ ψυχιάτρων και ψυχολόγων. Η ντοπαμίνη δεν είναι παρά ένας νευροδιαβιβαστής που υπεισέρχεται στην κίνηση (ιδιαίτερα στις ελεγχόμενες χαλαρές κινήσεις, όπως είναι το βάδισμα), σε λειτουργίες του μετωπιαίου λοβού όπως είναι η επίλυση προβλημάτων, η μνήμη καθώς επίσης και στην ευχαρίστηση αλλά και στην ενίσχυση και την κινητοποίηση του ατόμου. Επίσης η ντοπαμίνη εκκρίνεται μετά από ένα νόστιμο φαγητό, το σεξ, τη γυμναστική αλλά και τη χρήση αμφεταμινών. Επιστημονικές έρευνες υπέδειξαν πως σε ουσιοεφαρτώμενα άτομα οι δίοδοι της ντοπαμίνης μπορεί να έχουν υποστεί αλλοίωση (Getzfeld, 2009).

Ο ανθρώπινος οργανισμός εκκρίνει την ντοπαμίνη σε στιγμές έντονα χαρούμενες ή δυσάρεστες. Οι νευρώνες της ντοπαμίνης διεγείρονται όταν υπάρχει προσμονή κάποιας ευχάριστης δραστηριότητας, ανεξάρτητα από το εάν εν τέλει πραγματοποιηθεί. Αντιλαμβάνεται λοιπόν κάποιος πως η ντοπαμίνη να σχετίζεται περισσότερο με την επιθυμία παρά με την ευχαρίστηση αυτή καθαυτή. Χρήση αντιψυχωσικών φαρμάκων όπως η χλωροπρομαζίνη δρουν μέσω μείωσης της δραστηριότητας της ντοπαμίνης και είναι γνωστό ότι μειώνουν και την επιθυμία του ατόμου για ευχάριστες εμπειρίες, αλλά όχι και την απόλαυση όταν αυτές πραγματοποιούνται.

Διάφορες έρευνες δηλώνουν πως η αύξηση της δραστηριότητας της ντοπαμίνης σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου οδηγεί σε σχιζοφρένεια. Μία διαφορετική εκδοχή υποστηρίζει ότι οι υποδοχείς ντοπαμίνης στον εγκέφαλο των ψυχικά ασθενών είναι υπερευαίσθητοι με αποτέλεσμα να πυροδοτούνται πιο συχνά από το φυσιολογικό ή ακόμη ότι υπάρχουν πιο πολλοί μετασυναπτικοί υποδοχείς ντοπαμίνης. Μερικοί ερευνητές τάσσονται υπέρ της παραπάνω άποψης λόγω της αποτελεσματικότητας των τυπικών αντιψυχωσικών φαρμάκων (όπως το Thorazine και το Melleril) στην μείωση των ψευδαισθήσεων στους ασθενείς με σχιζοφρένεια μέσω αναστολής των μετασυναπτικών υποδοχέων ντοπαμίνης. Είναι δηλαδή αποτελεσματικά καθώς ελαττώνουν τη συσσώρευση ντοπαμίνης στον ανθρώπινο εγκέφαλο.

Φυσικά, υπάρχουν και κάποια σημαντικά προβλήματα όσον αφορά στην υπόθεση αυτή. Αρχικά, τα τυπικά αντιψυχωσικά δεν χρησιμοποιούνται μόνο στη σχιζοφρένεια, αλλά και σε άλλα ψυχωσικά νοσήματα, στη μανία αλλά και, σε μικρές δόσεις, στις Αγχώδεις Διαταραχές. Δηλαδή οι αναστολείς ντοπαμίνης δεν χρησιμοποιούνται μόνο για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας, παρόλο που αυτή είναι η πρωταρχική τους χρήση.

Υπάρχει και μια μερίδα ασθενών με σχιζοφρένεια όμως που δεν ανταποκρίνονται στα τυπικά αντιψυχωσικά, που όπως αναφέρθηκε ο ρόλος τους είναι ο έλεγχος των επιπέδων της ντοπαμίνης. Οπότε οι σχιζοφρενικές διαταραχές αποδίδονται και σε διαφορετικά αίτια ειδάλλως όλοι θα έπρεπε να ανταποκρίνονται ως ένα βαθμό σε αυτά τα φάρμακα.

Μείζον ζήτημα αποτελεί και ο χρόνος δράσης των φαρμάκων. Η αποτελεσματικότητά τους είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη σωστή τους χρήση. Οι υποδοχείς ντοπαμίνης μπλοκάρονται σε λίγες μόνο ώρες γεγονός που θα έπρεπε να οδηγεί σε σχετικά άμεση κλινική βελτίωση. Επειδή όμως η υπερδραστηριότητα της ντοπαμίνης δεν είναι η μόνη αιτία του προβλήματος πολλές φορές η βελτίωση δεν είναι η αναμενόμενη. Όσον αφορά τις παρενέργειες των φαρμάκων, η μείωση των επιπέδων ντοπαμίνης σε πολύ χαμηλά επίπεδα οδηγεί σε ανεπιθύμητα συμπτώματα όπως τρόμος και όψιμη δυσκινησία.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω γίνεται κατανοητό πως η ντοπαμίνη συνδέεται με την αιτιολογία της σχιζοφρένειας αλλά χωρίς να είναι γνωστός ο ακριβής τρόπος. Επίσης εμπλέκονται και νευροδιαβιβαστές όπως η σεροτονίνη. Πιο σύγχρονα φάρμακα όπως η κλοζαπίνη (Leronex) είναι αποτελεσματικά σε περιπτώσεις που τα τυπικά αντιψυχωσικά όπως για παράδειγμα η χλωροπρομαζίνη (Largictal) αποτυγχάνουν. Υπάρχει πιθανή

αλληλεπίδραση μεταξύ ντοπαμίνης και σεροτονίνης στον εγκέφαλο, ή υπάρχει δυσλειτουργία αυτών των δύο συστημάτων και έτσι προκαλείται η νόσος.

«Η νευροανατομία των ασθενών με σχιζοφρένεια παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον. Μελέτες μαγνητικού συντονισμού (MRI) έδειξαν πως ο εγκέφαλος ασθενών με σχιζοφρένεια επηρεάζεται με διάφορους τρόπους. Πολλές μελέτες με MPI φανέρωσαν πως ο συνολικός όγκος του εγκεφάλου στη σχιζοφρένεια είναι μειωμένος σε σχέση με τον εγκέφαλο φυσιολογικών ατόμων. Επίσης υπάρχει διεύρυνση των πλαγίων κοιλιών του εγκεφάλου στους ασθενείς με σχιζοφρένεια, που κυμαίνεται από ήπια μέχρι μέτρια. Οι κοιλίες είναι κενά ή κοιλότητες στον εγκέφαλο που περιέχουν εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Συνεπώς στον εγκέφαλο ασθενών υπάρχει περισσότερο υγρό σε σχέση με τον εγκέφαλο φυσιολογικών ατόμων, με αποτέλεσμα η εγκεφαλική ουσία να είναι μειωμένη. Αυτές οι διαφορές φαίνεται να οφείλονται σε σχιζοφρένεια αυτή καθαυτή και να είναι αποτέλεσμα της θεραπείας με αντιψυχωσικά φάρμακα. Αυτές οι δομικές ανωμαλίες φαίνεται να μην επηρεάζονται με την εξέλιξη της νόσου και ίσως παίζουν κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη της νόσου εφόσον φαίνεται να συμβαίνουν στα πρώιμα στάδια της εξέλιξης της διαταραχής (Cannon, 1998)».

Με την πάροδο του χρόνου οι κοιλίες διευρύνονται φυσιολογικά. Τέτοιου είδους διεύρυνση μπορεί να εμφανιστεί και σε άλλες καταστάσεις όπως κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και στην εξάρτηση από αλκοόλ. Ένα ποσοστό της τάξης του 33% των ασθενών με σχιζοφρένεια παρουσιάζει το φαινόμενο αυτό, γεγονός που υποδηλώνει ότι δεν είναι όντως αιτιολογικός παράγοντας.

«Αναλυτικά έχουν επίσης μελετηθεί οι κροταφικοί λοβοί με MRI. Έχει βρεθεί μειωμένο μέγεθος τμημάτων του μεταιχμιακού συστήματος σε ασθενείς με σχιζοφρένεια σε σχέση με τα φυσιολογικά άτομα. Συγκεκριμένα έχει βρεθεί μειωμένο μέγεθος του ιππόκαμπου, της αμυγδαλής και του θαλάμου. Οι δομές αυτές σχετίζονται με το συναίσθημα και με την απαρτίωση των γνωστικών λειτουργιών και του συναισθήματος. Η μείωση αυτή του όγκου των κροταφικών λοβών είναι πιο εκσεσημασμένη αριστερά, εκεί που εδράζεται η λειτουργία της γλωσσικής έκφρασης. Σύμφωνα με τον Shenton (1996) οι ασθενείς με σχιζοφρένεια που παρουσιάζουν μεγάλη αποδιοργάνωση του λόγου, πιθανόν έχουν μειωμένο όγκο εγκεφαλικής ουσίας στους κροταφικούς λοβούς».

Σημαντικός αριθμός ατόμων με νευρολογικές ή άλλες ψυχολογικές διαταραχές παρουσιάζουν παρόμοιες αλλαγές στη δομή αλλά και τη λειτουργία του εγκεφάλου. Στόχος

της έρευνας είναι να εντοπίσει συγκεκριμένες βλάβες στον εγκέφαλο που σχετίζονται αποκλειστικά και μόνο με τη σχιζοφρένεια. Οι μελέτες με MRI δεν αποδεικνύουν πως ένας ασθενής έχει σχιζοφρένεια ή κάποια άλλη ψυχική νόσο μόνον επειδή έχει διευρυμένες κοιλιές ή μειωμένο όγκο υπόκαμπου. Παρεμφερείς αλλαγές στον όγκο του εγκεφάλου παρατηρούνται και στη νόσο Alzheimer και τη νόσο Huntington. Αυτό σημαίνει πως τα νοσήματα αυτά συνδέονται με τη σχιζοφρένεια. Από τις έρευνες που έχουν εστιάσει στο εν λόγω κομμάτι μπορεί να ειπωθεί με βεβαιότητα ότι σε ορισμένους ανθρώπους με σχιζοφρένεια έχει βρεθεί διεύρυνση των κοιλιών και ότι σε ορισμένους άλλους έχει βρεθεί συρρίκνωση των μεταιχμιακών δομών.

Μια νέα σχετικά θεωρία αφορά τη δυσλειτουργία των κινήσεων των οφθαλμών και ονομάζεται δυσλειτουργία Ομαλής Οφθαλμικής Κίνησης (Smooth Pursuit Eye Movement, SPEM) (Holzman, 2000). Επιστημονικές έρευνες έχουν αποδείξει πως άνθρωποι με σχιζοφρένεια αδυνατούν να παρακολουθήσουν με το βλέμμα τους ένα κινούμενο αντικείμενο ενώ το κεφάλι τους δεν κινείται. Σύμφωνα με τα πειράματα, ο ασθενής επιδुकνεύει μια διακοπτόμενη παρακολούθηση μέσω γρήγορων κινήσεων του οφθαλμού, και δεν μπορεί να ακολουθήσει την συνεχόμενη ομαλή κίνηση του εκκρεμούς.

Περίπου οι μισοί του πρώτου βαθμού συγγενών ατόμων με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν και αυτοί ανωμαλία στις κινήσεις αυτές, κάτι που σημαίνει πως η δυσλειτουργία Ομαλής Οφθαλμικής Κίνησης μπορεί να συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης σχιζοφρένειας. Έχει βρεθεί πως η ανωμαλία αυτή στις SPEM έχει γενετική βάση και είναι σταθερή στο χρόνο (Avila, McMahon, Elliot, & Thaker, 2002). Επίσης έχει παρατηρηθεί σε ασθενείς με Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας, την οποία πολλοί λογίζουν ως πρόδρομη της σχιζοφρένειας.

Η δυσλειτουργία Ομαλής Οφθαλμικής Κίνησης μπορεί να υποδηλώνει αντίθετα ελαττωματικό κινητικό έλεγχο, σύμπτωμα που συνδέεται με άλλες διαταραχές, όχι αποκλειστικά ψυχιατρικές. «Για παράδειγμα, ασθενείς με νόσο Parkinson έχουν ελαττωματικό κινητικό έλεγχο στα όψιμα στάδια της νόσου. Άτομα με αυτή την ανωμαλία αλλά χωρίς στοιχεία ψυχικής νόσου έχουν βρεθεί πως έχουν διαπροσωπικές δυσκολίες και νευρολογικά ελλείμματα. Υπάρχει λοιπόν πιθανότητα η δυσλειτουργία Ομαλής Οφθαλμικής Κίνησης να αποτελεί έναν δείκτη ευαλωτότητας για την ανάπτυξη σχιζοφρένειας (Iacono & Clementz, 1993)».

## 1.4 Διάγνωση σχιζοφρένειας

### 1.4.1 Διαγνωστικά κριτήρια, κλινικές εκδηλώσεις

Πλήθος επιστημονικών ερευνών έχουν δείξει ότι η σχιζοφρενική ψύχωση μπορεί να διαγνωσθεί αξιόπιστα λαμβάνοντας υπόψη έναν συγκεκριμένο αριθμό συμπτωμάτων χωρίς απαραίτητα να υπάρχει ομοφωνία για αυτά. Η διαπίστωση ότι κάποιος άνθρωπος νοσεί είναι πιο εύκολο να πραγματοποιηθεί σε επι χρόνια ασθενείς, από ό,τι σε άτομα που έχουν σχιζοφρένεια και βρίσκονται σε οξεία φάση (Μαλανδρή, 2014).

Ο ρόλος του Αμερικανικο-Βρετανικού διαγνωστικού ερευνητικού προγράμματος στην καθιέρωση λειτουργικών κριτηρίων για την ψυχική αυτή ασθένεια ήταν σημαντικός. Συνέβαλε στη βελτώση της αξιοπιστίας της διάγνωσης, ενώ οδήγησε τους ερευνητές σε μία πλασματική αίσθηση ασφάλεια σχετικά με την εγκυρότητα της έννοιας «σχιζοφρένεια».

Στην πραγματικότητα, δεν υπάρχει μία συγκεκριμένη «μαθηματική λογική», η οποία μπορεί να οδηγήσει με 100% ασφάλεια στη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Πλήθος κατηγοριών διαγνωστικών κριτηρίων αποκλείουν ή εμπεριέχουν περιλαμβάνουν διαφορετικά γκρουπ ασθενών από τη διάγνωση. «Για παράδειγμα, τα περιοριστικά κριτήρια του Freigheir και των συνεργατών του (1972) συμπεριλαμβάνουν ως επιβαρυντικά στοιχεία την εκδήλωση της διαταραχής πριν τα 40 έτη και το οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας και απαιτείται η τουλάχιστον εξάμηνη διάρκεια νόσου».

Μερικά άλλα ερευνητικά διαγνωστικά κριτήρια όπως του Spitzer (RDC- Research Diagnostic Criteria) παρουσιάζουν έναν αρκετά λιμπεραλιστικό χαρακτήρα, καθώς επιτρέπουν τη διάγνωση μετά από μόλις δύο εβδομάδες συμπτωματολογίας και αφαιρούν την ηλικία εκδήλωσης και το οικογενειακό ιστορικό από τη λίστα των επιβαρυντικών για τη νόσο παραγόντων.

Βασικό χαρακτηριστικό της σχιζοφρένειας είναι η αισθητή ελάττωση της αίσθησης του πραγματικού σε σχέση με την ατομικότητα, τη μοναδικότητα και του αυτοελέγχου του ατόμου, καθώς οι βασικές λειτουργίες που δίνουν την αίσθηση των παραπάνω έχουν διαταραχθεί. Σε ότι σχετίζεται με την συνείδηση και τις νοητικές ικανότητες των ατόμων, παραμένουν σταθερές, χωρίς αυτό να αποκλείει την εμφάνιση διαταραχής και σε αυτά.

Στο 33% των περιπτώσεων υπάρχει πλήρη ύφεση των ψυχωσικών συμπτωμάτων, στην συντριπτική πλειοψηφία όμως αυτών, ακολουθεί μια χρόνια υποτροπιάζουσα πορεία με



υπολειμματικά συμπτώματα και προβλήματα όσον αφορά στην επανακοινωνικοποίηση του ασθενούς.

Για την εις βάθος κατανόηση των διαγνωστικών κριτηρίων της σχιζοφρένειας κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική η κατανόηση της ορολογίας των ειδικών αναφορικά με τα συμπτώματα της νόσου. Έτσι, σε πρώτη βάση θα γίνει λόγος για τα θετικά και τα αρνητικά συμπτώματα της ασθένειας.

#### **Πίνακας 1.5.1.1**

*Θετικά και Αρνητικά συμπτώματα σχιζοφρένειας \*(βλέπε Παράρτημα Γ)*

<b>Θετικά συμπτώματα</b>	<b>Αρνητικά συμπτώματα</b>
Παραληρητικές ιδέες	Συναισθηματική επιπέδωση
Ψευδαισθήσεις	Αλογία
Αποδιοργάνωση συμπεριφοράς	Αβουλία
Ανηδονία	

Πηγή: Ιδία κατασκευή

#### **1.4.2 Θετικά συμπτώματα**

Τα θετικά συμπτώματα είναι εκείνα που θα έκαναν τους περισσότερους ανθρώπους να χαρακτηρίσουν κάποιο άτομο με σχιζοφρένεια «τρελό». Περιλαμβάνουν τις παραληρητικές ιδέες, τις ψευδαισθήσεις, τις διαταραχές της συμπεριφοράς και την αλλοίωση της αίσθησης της πραγματικότητας. Ονομάζονται θετικά όχι γιατί είναι «καλά», αλλά γιατί αφορούν βιώματα που προστίθενται στις συνήθεις εμπειρίες της ζωής, ενώ φυσιολογικά θα έπρεπε να απουσιάζουν. Είναι τα συμπτώματα που κάνουν τον ασθενή να χάνει την επαφή με την πραγματικότητα και εμφανίζονται συνήθως στην οξεία φάση της νόσου.

Σύμφωνα με τον ορισμό, ψευδαίσθηση θεωρείται η διαταραχή των αισθήσεων κατά την οποία, χωρίς εξωτερικό ερέθισμα, έχει κανείς την αντίληψη φαινομένων που δεν υπάρχουν στην πραγματικότητα

Οι ψευδαισθήσεις λογίζονται ως το παρεπόμενο της υπερβολικής όξυνσης των αισθήσεων και της αδυναμίας του εγκεφάλου να ερμηνεύσει και να ανταποκριθεί κατάλληλα στα εισερχόμενα μηνύματα. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, οι οποίες και αποτελούν την πιο κοινή μορφή, περιλαμβάνουν φωνές που γίνονται αντιληπτές σαν να προέρχονται από εξωτερική πηγή, ή από το σώμα του αρρώστου. Αρκετές είναι μάλιστα οι φορές που οι φωνές αυτές είναι καθησυχαστικές, ή φιλοφρονητικές. Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να είναι απειλητικές, τρομακτικές, επικριτικές, ή και να διατάζουν το άτομο να κάνει βλαβερές πράξεις για τον ίδιο, ή για τους άλλους (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2004).

Οι παραληρηματικές ιδέες είναι αλλόκοτες και κυρίως σταθερές αντιλήψεις που υποστηρίζονται αποκλειστικά από τον ασθενή. Για παράδειγμα, ένας άνθρωπος με σχιζοφρένεια μπορεί να βλέπει τα φώτα ενός αυτοκινήτου ως φώτα από διαστημόπλοιο.

Οι διαταραχές στη σκέψη (θα αναλυθούν διεξοδικά στο δεύτερο κεφάλαιο), σχετίζονται με τον τρόπο που ο ασθενής επεξεργάζεται και οργανώνει τη σκέψη του. Για παράδειγμα, ο ασθενής μπορεί στερείται της ικανότητας να συνδέσει τις σκέψεις σε μία λογική αλληλουχία γεγονότων ή πραγμάτων. Λόγω του ότι η σκέψη είναι αποδιοργανωμένη και κατακερματισμένη η ομιλία είναι πολύ συχνά ασυνάρτητη και ανορθολογική. Μπορεί λοιπόν οι διαταραχές στη σκέψη να συνδέονται από ακατάλληλες συναισθηματικές αντιδράσεις καθώς τα λόγια και η διάθεση δεν παρουσιάζουν κάποια σύνδεση. «Η αλλοίωση της αίσθησης του Εγώ είναι ένας όρος που περιγράφει μία ασαφή αίσθηση του εαυτού. Μπορεί να πρόκειται για μία αίσθηση απουσίας του σώματος σαν ύλη, ή ανυπαρξίας σαν άτομο, ή μπορεί να νιώθει το σώμα του χωριστά από τον εαυτό του». (Μαλανδρή, 2014).

### **1.4.3 Αρνητικά συμπτώματα**

Τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας έχουν πάρει αυτό το όνομα γιατί η ασθένεια φαίνεται να αφαιρεί μέρος από τα ενδιαφέροντα, τα κίνητρα, τις ικανότητες, την ενεργητικότητα και τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου. Περιλαμβάνουν δυσκολίες στον λόγο και την αφηρημένη σκέψη, άμβλυνση των συναισθημάτων, απάθεια, κοινωνική απόσυρση και τάση για απομόνωση. Είναι πιο σύνηθες να κάνουν την εμφάνισή τους πριν από τα θετικά, αλλά στην πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν είναι εύκολο να αναγνωριστούν από το περιβάλλον του ασθενή ως πρώιμες ενδείξεις της σχιζοφρένειας. Τα αρνητικά συμπτώματα στιγματίζουν και δυσκολεύουν τη ζωή των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια εξίσου έντονα με τα θετικά (Μάνος Ν. , 1997).

Σύμφωνα με κοινωνιολογικές έρευνες η έλλειψη κινήτρων και η απάθεια, ή η έλλειψη ενεργητικότητας και ενδιαφέροντος για τη ζωή, συγχέεται με την οκνηρία, ένα από τα 7 θανάσιμα αμαρτήματα. Η όξυνση συναισθημάτων και της συγκινησιακής ικανότητας συνεπάγεται όμως με ιδοπέδωση των συναισθημάτων. Επειδή τόσο η εκφραστικότητα όσο και η κινησιολογία μπορεί να είναι περιορισμένες, ή ανύπαρκτες, το άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια μοιάζει συναισθηματικά ανήμπορο. Αυτό δε σημαίνει φυσικά ότι ο ασθενής δε έχει συναισθηματική νοημοσύνη, ή δεν χρειάζεται στοργή και αγάπη (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2004).

Η κατάθλιψη περιλαμβάνει συναισθήματα απελπισίας και ανικανότητας και μπορεί να προέρχεται εν μέρει από τη συνειδητοποίηση ότι η σχιζοφρένεια έχει αλλάξει τη ζωή του, ότι τα συναισθήματα που γίνονται αντιληπτά κατά το ψυχωσικό στάδιο δεν είναι παρά ψευδαισθήσεις και ότι το μέλλον είναι σκοτεινό. Το αίσθημα της κατάθλιψης είναι πολύ σκοτεινό και μπορεί να οδηγήσει σε ιδέες, ή σε απόπειρες αυτοκτονίας.

Τέλος, οι ασθενείς εμφανίζουν συχνά μειωμένο ενδιαφέρον για κοινωνικές σχέσεις, ή τουλάχιστον μειωμένη ικανότητα να επιδείξουν/εκφράσουν αυτό τους το ενδιαφέρον.

#### **1.4.4 DSM-IV: Διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια**

A. Χαρακτηριστικά συμπτώματα: Δύο ή Περισσότερα από τα παρακάτω, το καθένα παρόν για σημαντικό χρονικό διάστημα κατά την διάρκεια περιόδου 1 μηνός ή λιγότερο αν θεραπεύτηκαν με επιτυχία (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2004):

1. Παραληρητικές ιδέες.
2. Ψευδαισθήσεις.
3. Αποδιοργανωμένος λόγος.
4. Έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά.
5. Αρνητικά συμπτώματα (συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλία).

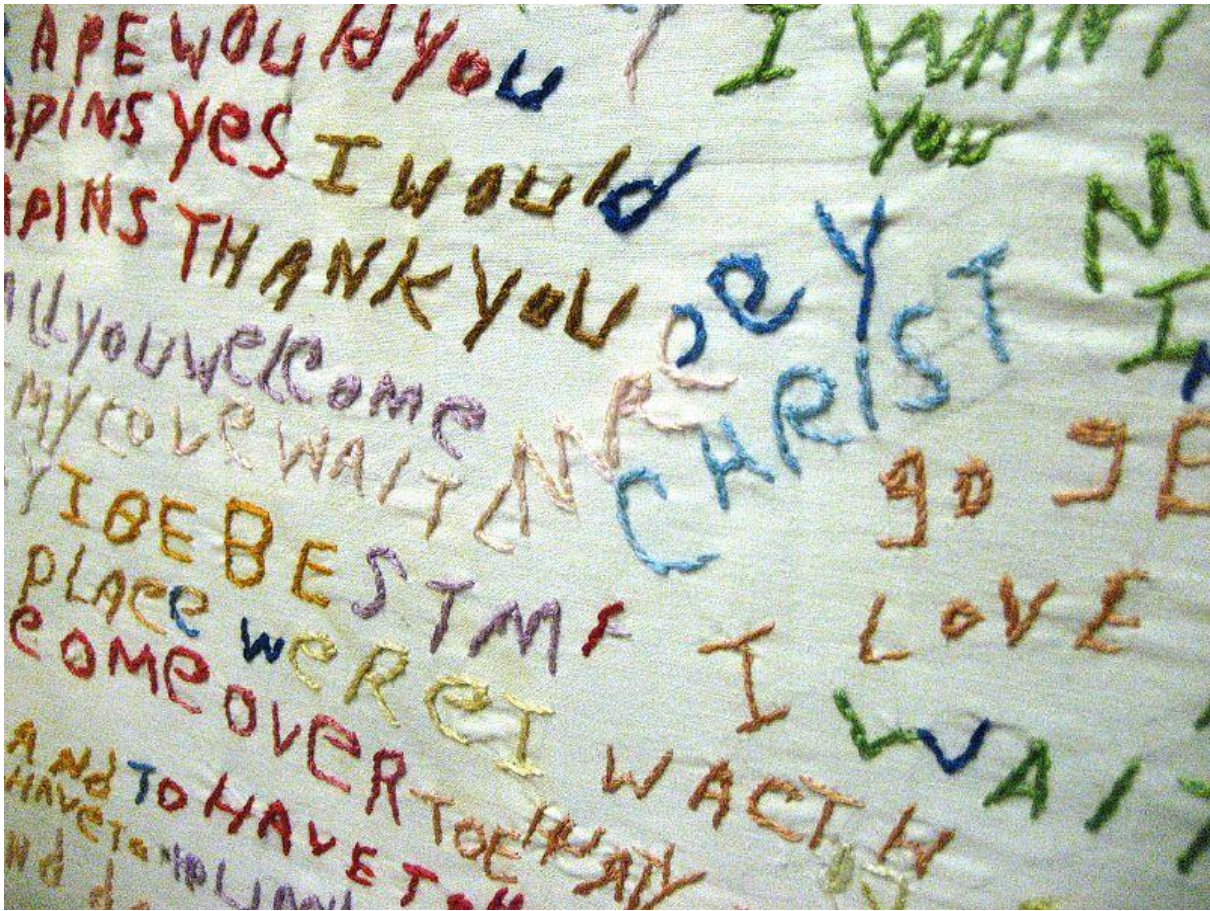
B. Κοινωνική/ επαγγελματική δυσλειτουργία: για σημαντικό χρονικό διάστημα από την έναρξη της διαταραχής και σε έναν ή περισσότερους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου (εργασία, αυτό-φροντίδα, διαπροσωπικές σχέσεις) κάτω από το επίπεδο που επιτεύχθηκε πριν την έναρξη της νόσου.

- C. Διάρκεια: τα συμπτώματα της διαταραχής να επιμένουν τουλάχιστον για το χρονικό διάστημα των έξι (6) μηνών. Σε αυτό το χρονικό διάστημα, να εμφανίζονται τουλάχιστον για ένα μήνα συμπτώματα που πληρούν το Κριτήριο A, ενώ μπορεί να περιλαμβάνονται και περίοδοι με υπολειμματικά συμπτώματα. Κατά τη διάρκεια της πρόδρομης ή της υπολειμματικής φάσης, η διαταραχή μπορεί να εκδηλώνεται μόνο με αρνητικά συμπτώματα ή με δύο περισσότερα συμπτώματα που συγκαταλέγονται στο κριτήριο A, αλλά σε ήπια μορφή (π.χ. παράδοξες πεποιθήσεις, ασυνήθη αντιληπτικά βιώματα).
- D. Αποκλεισμός Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής και Διαταραχής της Διάθεσης: Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η διαταραχή της διάθεσης με ψυχωσικά στοιχεία έχουν αποκλεισθεί διότι είτε (1) δεν έχει εμφανιστεί μείζον καταθλιπτικό, μανιακό ή μικτό επεισόδιο ταυτόχρονα με συμπτώματα της ενεργού φάσης είτε (2) αν έχουν εμφανιστεί επεισόδια διαταραχής της διάθεσης κατά τη διάρκεια της ενεργού φάσης των συμπτωμάτων, η συνολική τους διάρκεια ήταν βραχεία σε σχέση με τη διάρκεια της ενεργού και της υπολειμματικής περιόδου.
- E. Αποκλεισμός ουσίας/ γενικής ιατρικής κατάστασης: Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσίας που υπόκειται σε κατάχρηση, φαρμάκου) ή σε σωματική νόσο.
- F. Σχέση με μια Βαριά Εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης: Αν υπάρχει ιστορικό αυτιστικής διαταραχής ή άλλης διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής, η επιπρόσθετη διάγνωση της σχιζοφρένειας τίθεται μόνο αν υπάρχουν επίσης προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις τουλάχιστον για ένα μήνα (ή λιγότερο αν αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς). Ταξινόμηση της πορείας στο χρόνο (μπορεί να γίνει μόνο μετά την πάροδο τουλάχιστον ενός έτους από την πρώτη εμφάνιση των συμπτωμάτων της ενεργού φάσης).

#### **1.4.5 ICD-10: Διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια**

- I. Είτε τουλάχιστον ένα από τα σύνδρομα, συμπτώματα, και σημεία που αναφέρονται στο (1), είτε τουλάχιστον δύο από τα συμπτώματα και σημεία που αναφέρονται στο (2), θα πρέπει να είναι παρόντα για το περισσότερο διάστημα κατά τη διάρκεια ενός

επεισοδίου ψυχωσικής νόσου που διαρκεί τουλάχιστον ένα μήνα (ή κάποιο διάστημα για τις περισσότερες μέρες).



Πηγή: (Βικιπαιδεία, 2016)

Σχήμα 1.4.5.1. Ύφασμα κεντημένο από ασθενή που πάσχει από σχιζοφρένεια.

1. Τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω πρέπει να είναι παρόν:
  - A. Ηχηρή σκέψη, τοποθέτηση ή υποκλοπή σκέψης, αναμετάδοση σκέψης.
  - B. Παραληρητικές ιδέες ελέγχου, επίδρασης ή παθητικότητας, σαφώς αναφερόμενες σε κινήσεις μελών του σώματος, σε σκέψεις, πράξεις ή αισθήσεις. Παραληρητική αντίληψη.
  - C. Ακουστικές ψευδαισθήσεις που σχολιάζουν τη συμπεριφορά του ασθενούς, φωνές που συζητούν για τον ασθενή μεταξύ τους ή άλλοι τύποι ψευδαισθητικών φωνών που μοιάζει να εκπορεύονται από κάποιο σημείο του σώματος.

D. Άλλοι τύποι παραληρητικών ιδεών που επιμένουν, είναι πολιτισμικά απρόσφορες και εντελώς αδύνατες.

2. τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω:

A. Επίμονες ψευδαισθήσεις οποιουδήποτε τύπου, όταν συμβαίνουν κάθε μέρα για τουλάχιστον ένα μήνα, όταν συνοδεύονται από παραληρητικές ιδέες χωρίς σαφές συναισθηματικό περιεχόμενο, ή από επίμονες υπερτιμημένες ιδέες.

B. Νεολογισμοί, ανακοπές, εκτροχιασμοί, που έχουν ως αποτέλεσμα την ασυναρτησία ή την ασχετολογία.

C. Κατατονική συμπεριφορά, όπως διέγερση, παράξενες στάσεις, κηρώδης ευκαμψία, αρνητισμός, αλαλία, ή καταπληξία.

D. Αρνητικά συμπτώματα, όπως εκσεσημασμένη απάθεια, πτωχεία του λόγου, αμβλύτητα ή απροσφορότητα των συναισθηματικών απαντήσεων.

II. Κριτήρια αποκλεισμού:

Εάν ο ασθενής επίσης πληρεί τα κριτήρια για μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο, τα κριτήρια που παρατίθενται στα (1) και (2) πρέπει να έχουν ικανοποιηθεί πριν την ανάπτυξη της συναισθηματικής διαταραχής. Η διαταραχή δεν αποδίδεται σε οργανική εγκεφαλική νόσο, ή σε σχετιζόμενη με το αλκοόλ ή άλλη ουσία, τοξίκωση, εξάρτηση ή απόσυρση.

### 1.4.6 Μερικά ακόμα διαγνωστικά κριτήρια σχιζοφρένειας

Ακολουθεί ο αναλυτικός Πίνακας 1.4.6.1 των διαγνωστικών κριτηρίων σχιζοφρένειας.

Πίνακας 1.4.6.1

*Τα κύρια χαρακτηριστικά των διαφόρων Διαγνωστικών Κριτηρίων σχιζοφρένειας*

---

#### **Τα κριτήρια Kurt Schneider**

---

- Συμπτώματα πρώτης τάξης.
    - Ηχηρή σκέψη.
    - Φωνές που συζητούν ή διαφωνούν ή και τα δύο.
    - Φωνές σχολιασμού.
    - Εμπειρίες σωματικής παθητικότητας.
    - Απόσυρση της σκέψης και άλλες εμπειρίες επηρεασμού της σκέψης.
    - Εκπομπή της σκέψης.
    - Παραληρητική αντίληψη.
    - Άλλες εμπειρίες που αφορούν τη βούληση, επιβολή συναισθημάτων και επιβολή ενορμήσεων.
  - Συμπτώματα δεύτερης τάξης.
    - Άλλες διαταραχές της αντίληψης.
    - Αιφνίδιες παραληρητικές ιδέες.
    - Αμηχανία.
    - Εναλλαγές της διάθεσης καταθλιπτικού και ευφορικού τύπου.
    - Αισθήματα συναισθηματικής φτώχειας.
-

---

### Τα κριτήρια Gabriel Langfeldt

---

- Κριτήρια συμπτωμάτων.
  - Αλλαγές της προσωπικότητας, που εκδηλώνονται ως μια ειδική μορφή συναισθηματικής άμβλυνσης που ακολουθείται από έλλειψη κινήτρων και διαφορετική, συχνά περίεργη, συμπεριφορά (ειδικά στην ηβηφρένεια είναι χαρακτηριστική και αποτελεί κεντρικό διαγνωστικό σημείο).
  - Στον κατατονικό τύπο, το ιστορικό και τα χαρακτηριστικά συμπτώματα σε περιόδους ψυχοκινητικής ανησυχίας και εμβροντησίας (με αρνητισμό, καταληψία, ειδικά νευροφυτικά συμπτώματα κ.ο.κ.).
  - Στη παρανοϊκή ψύχωση, χαρακτηριστικά συμπτώματα διχασμού της προσωπικότητας (ή συμπτώματα αποπροσωποποίησης) και απώλειας του ελέγχου της πραγματικότητας (συμπτώματα αποπραγματοποίησης) ή πρωτογενείς παραληρητικές ιδέες.
  - Χρόνιες ψευδαισθήσεις.
- Κριτήριο πορείας.
  - Η τελική απόφαση για τη διάγνωση δεν μπορεί να ληφθεί πριν παρέλθει μια περίοδος παρακολούθησης τουλάχιστον 5 ετών, ώστε να αποδεικνύεται η χρονιότητα της πορείας.

---

### Τα κριτήρια του New Haven

---

- |   |  |                        |
|---|--|------------------------|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Παραληρητικές ιδέες: μη καθοριζόμενες ή μη καταθλιπτικού τύπου</li></ul> | 2 βαθμοί               |
|   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ακουστικές ψευδαισθήσεις</li></ul>                                       |                        |
|   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Οπτικές ψευδαισθήσεις</li></ul>  | Κάθε σύμπτωμα 2 βαθμοί |
|   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Άλλες ψευδαισθήσεις</li></ul>  |                        |
-



Πίνακας 1.4.6.1 (συνέχεια)

<b>Τα κριτήρια του New Haven</b>		
2	• Εξωπραγματικές σκέψεις	Κάθε σύμπτωμα 2 βαθμοί
	• Αυτισμός ή βαριά εξωπραγματικές σκέψεις	
	• Χάλαση του συνειρμού, παράλογη σκέψη, υπερπερικεκτικότητα της σκέψης	Κάθε σύμπτωμα 2 βαθμοί
	• Ανακοπές	
	• Συμπαγής σκέψη	
	• Αποπραγματοποίηση	
3	• Αποπροσωποποίηση	Κάθε σύμπτωμα 1 βαθμός
	• Αποπροσωποποίηση	
3	• Απρόσφορο συναίσθημα	1 βαθμός
4	• Σύγχυση	1 βαθμός
5	• Παρανοϊκός ιδεασμός (ιδέες αυτοαναφοράς, καχυποψία)	1 βαθμός
6	• Κατατονική συμπεριφορά	1 βαθμός
	• Διέγερση	
	• Εμβροντησία	
	• Κηρώδης ευκαμψία	
	• Βωβότητα	
	• Ηχολαλία	
	• Στερεοτυπική κινητική δραστηριότητα	

\*Βαθμολογία: Για να θεωρηθεί ένας ασθενής ότι πάσχει από σχιζοφρένεια, πρέπει να βαθμολογηθεί στα συμπτώματα 1 ή 2α, 2β ή 2γ και να έχει συνολικό σκορ τουλάχιστον 4 βαθμών (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000).

#### Πίνακας 1.4.6.1 (συνέχεια)

---

### **Το Ευέλικτο Σύστημα**

---

Απαιτείται ένας ελάχιστος αριθμός 4-8 συμπτωμάτων, ανάλογα με τις επιλογές του ερευνητή

- 1 Συρρίκνωση του συναισθήματος.
- 2 Φτωχή εναισθησία.
- 3 Ηχηρές σκέψεις.
- 4 Φτωχή επικοινωνία.
- 5 Διάχυτες παραληρητικές ιδέες.
- 6 Ακατανόητη ομιλία.
- 7 Αναξιόπιστες πληροφορίες.
- 8 Εξωπραγματικές παραληρητικές ιδέες.
- 9 Παραληρητικές ιδέες μηδενιστικού τύπου.
- 10 Απουσία πρώιμης αφύπνισης (μία έως τρεις ώρες).
- 11 Απουσία καταθλιπτικού προσώπου.
- 12 Απουσία ευφορίας.

---

### **Τα Ερευνητικά Διαγνωστικά Κριτήρια (RDC)**

---

Όλα τα κριτήρια 1, 2, 3 είναι απαραίτητα για τη διάγνωση:

- 1 Τουλάχιστον 2 από τα παρακάτω για μια οριστική διάγνωση και ένα για πιθανή διάγνωση (δεν υπολογίζονται αυτά που συμβαίνουν σε περιόδους κατάχρησης ή στέρησης ουσιών αλκοόλ).
    - Εκπομπή της σκέψης, ένθετες σκέψεις ή απόσυρση της σκέψης.
    - Παραληρητικές ιδέες ελέγχου ή επιρροής, άλλες εξωπραγματικές παραληρητικές ιδέες ή πολλαπλές παραληρητικές ιδέες.
-

---

### **Τα Ερευνητικά Διαγνωστικά Κριτήρια (RDC)**

---

- Παραληρητικές ιδέες, αλλά εκτός από διωκτικού ή ζηλοτυπικού τύπου, που διαρκούν τουλάχιστον ένα μήνα.
  - Παραληρητικές ιδέες οποιουδήποτε τύπου, εφόσον συνοδεύονται από ψευδαισθήσεις οποιουδήποτε τύπου τουλάχιστον επί μία εβδομάδα.
  - Ακουστικές ψευδαισθήσεις, όπου είτε μια φωνή σχολιάζει συνεχώς τις σκέψεις και τη συμπεριφορά του ατόμου, είτε δύο ή περισσότερες φωνές συζητούν μεταξύ τους.
  - Σίγουρες Περιπτώσεις εκσεσημασμένης δομικής διαταραχής, που συνοδεύονται από αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα, παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις οποιουδήποτε τύπου ή βαριά αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.
2. Ένα από τα παρακάτω:
- Η παρούσα περίοδος της νόσου είναι διάρκειας τουλάχιστον δύο εβδομάδων από την έναρξη αξιοσημείωτης αλλαγής της συνήθους κατάστασης του ατόμου.
  - Το άτομο έχει προηγούμενες περιόδους νόσου διάρκειας τουλάχιστον δύο εβδομάδων, στη διάρκεια των οποίων πληρούσε τα κριτήρια και διατηρούνται υπολειμματικά συμπτώματα της νόσου (π.χ. βαριά κοινωνική απόσυρση, αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα, δομικές διαταραχές της σκέψης).
3. Σε καμιά στιγμή ενεργού φάσης της νόσου δεν θεωρήθηκε ότι το άτομο πληρούσε τα κριτήρια πιθανής ή σίγουρης διάγνωσης μανιακού ή καταθλιπτικού συνδρόμου σε βαθμό που να αποτελούσε το προεξάρχον τμήμα της νόσου.

---

### **Τα Κριτήρια των Taylor και Abrams**

---

Πρέπει να πληρούνται όλα τα κριτήρια για να τεθεί η διάγνωση:

1. Διάρκεια επεισοδίου μεγαλύτερη από 6 μήνες.
  2. Συνειδησιακή διαύγεια.
  3. Παρουσία παραληρητικών ιδεών, ψευδαισθήσεων ή δομικών διαταραχών της σκέψης (συχνή ανεξέλεγκτη επανάληψη της ίδιας λέξης, κατά προσέγγιση ομιλία, νεολογισμοί, ανακοπές και εκτροχιασμός).
-

---

### **Τα Κριτήρια των Taylor και Abrams**

---

4. Απουσία πλούσιου συναισθήματος.
5. Απουσία σημείων και συμπτωμάτων, επαρκών για να τεθεί η διάγνωση συναισθηματικής διαταραχής.
6. Μη κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ για ένα χρόνο πριν το επεισόδιο-δείκτη.
7. Απουσία εστιακών σημείων και συμπτωμάτων μιας αδρής νόσου του εγκεφάλου ή μείζονος σωματικής νόσου που είναι γνωστό ότι προκαλεί σημαντικές αλλαγές της συμπεριφοράς.

---

### **Η Παρούσα Ψυχική Κατάσταση (PSE)**

---

Τα ακόλουθα 12 θέματα από την Παρούσα Ψυχική κατάσταση ανταποκρίνονται σε ένα 12βαθμο διαγνωστικό σύστημα της σχιζοφρένειας με ποικίλα επίπεδα διαγνωστικής βεβαιότητας που βασίζονται σε μια βαθμολογία που καθορίζεται από τον εξεταστή. Εννέα από τα συμπτώματα βαθμολογούνται με 1 όταν είναι παρόντα (+) και τρία βαθμολογούνται με 1 όταν απουσιάζουν (-)

1. Συρρίκνωση του συναισθήματος (+)
  2. Φτωχή εναισθησία (+)
  3. Ηχηρές σκέψεις (+)
  4. Πρώιμη αφύπνιση (-)
  5. Φτωχή επαφή (+)
  6. Καταθλιπτικό προσωπείο (-)
  7. Ευφορία (-)
  8. Διάχυτες παραληρητικές ιδέες (+)
  9. Ακατανόητη ομιλία (+)
  10. Αναξιοπιστία των πληροφοριών (+)
  11. Εξωπραγματικές παραληρητικές ιδέες (+)
  12. Μηδενιστικές παραληρητικές ιδέες (+)
-

---

## Κριτήρια των Tsuang και Winocur

---

1. Ηβηφρενικός τύπος (πρέπει να υπάρχουν όλα από το A μέχρι το D)
    - A. Ηλικία έναρξης και κοινωνικοοικογενειακά δεδομένα (ένα από τα ακόλουθα):
      - Ηλικία έναρξης πριν από τα 25.
      - Άγαμος (-η) ή ανεπάγγελτος (-η).
      - Οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας.
    - B. Αποδιοργανωμένη σκέψη.
    - C. Αλλαγές του συναισθήματος (είτε το 1, είτε το 2).
      - Απρόσφορο συναίσθημα.
      - Επίπεδο συναίσθημα.
    - D. Συμπεριφερσιολογικά συμπτώματα (είτε το 1, είτε το 2).
      - Εξωπραγματική συμπεριφορά.
      - Συμπτώματα από την κινητική σφαίρα (είτε A, είτε B).
        - Ηβηφρενικά χαρακτηριστικά.
        - Κατατονικά χαρακτηριστικά (εάν είναι παρόντα, η υποκατηγορία μπορεί να τροποποιηθεί σε ηβηφρένεια με κατατονικά χαρακτηριστικά).
  2. Παρανοϊκός τύπος (πρέπει να υπάρχουν όλα από το A μέχρι το C).
    - A. Ηλικία έναρξης και κοινωνικοοικογενειακά δεδομένα (ένα από τα ακόλουθα).
      - Ηλικία έναρξης μετά τα 25 έτη.
      - Άγαμος (-η) ή ανεπάγγελτος (-η).
      - Απουσία οικογενειακού ιστορικού σχιζοφρένειας.
    - B. Κριτήρια αποκλεισμού:
      - Αποδιοργανωμένη σκέψη πρέπει είτε να απουσιάζει ή να είναι ήπιου βαθμού, έτσι ώστε η ομιλία να είναι κατανοητή.
      - Συναισθηματικά και συμπεριφερσιολογικά συμπτώματα πρέπει να απουσιάζουν ή να είναι ήπιου βαθμού.
-

---

**Κριτήρια των Tsuang και Winocur**

---

C. Υπεραπασχόληση με πλήρως καλά οργανωμένες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις.

---

**Κριτήρια του Emil Kraepelin**

---

Ακολουθούν τα διαγνωστικά κριτήρια σχιζοφρένειας του Emil Kraepelin:

- Διαταραχές της προσοχής και της κατανόησης.
  - Ψευδαισθήσεις, ιδίως ακουστικές (φωνές).
  - Ηχηρές σκέψεις.
  - Βιώματα επίδρασης στη σκέψη.
  - Διαταραχές της ροής της σκέψης, πρωτίστως χάλαση των συνειρμών.
  - Έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών και της κρίσης.
  - Συναισθηματική επιπέδωση.
  - Παθολογική συμπεριφορά.
  - Ελάττωση της πρωτοβουλίας.
    - Αυτόματη υπακοή.
    - Ηχολαλία, ηχοπραξία.
    - Εκδραμάτιση.
    - Κατατονική διέγερση.
    - Στερεοτυπίες.
    - Αρνητισμός.
    - Αυτισμός (αυτιστική συμπεριφορά).
    - Διαταραχή της λεκτικής έκφρασης.
-

---

## Κριτήρια του Eugen Bleuler

---

- \*Διαταραχές της δομής της σκέψης.
- \*Διαταραχές του συναισθήματος.
- Διαταραχές της υποκειμενικής βίωσης του εαυτού
- Διαταραχές της βούλησης και της συμπεριφοράς
- \*Αμφιθυμία.
- \*Αυτισμός.

### *Δευτερεύοντα συμπτώματα*

- Διαταραχές της αντίληψης (ψευδαισθήσεις).
- Παραληρητικές ιδέες.
- Ορισμένες διαταραχές της μνήμης.
- Μεταβολή της προσωπικότητας.
- Μεταβολές στον προφορικό και γραπτό λόγο.
- Σωματικά συμπτώματα.
- Κατατονικά συμπτώματα.
- Οξύ σύνδρομο (όπως μελαγχολικό, μανιακό, κατατονικό και άλλα).

\* Τα τέσσερα A του Bleuler: Association (συνειρμός), Affect (συναίσθημα), Ambivalence (αμφιθυμία) και Autism (αυτισμός).

---

Πηγή: (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000)

### 1.4.7 Μορφές σχιζοφρένειας κατά DSM-IV και ICD-10

Από χρόνια είναι γνωστό ότι η σχιζοφρένεια είναι μια διαγνωστική ομπρέλα που καλύπτει μια ποικιλία κλινικών καταστάσεων που διαφέρουν στην συμπτωματολογία, στην κλινική πορεία και στην πρόγνωση. Έχουν προταθεί, έτσι, διάφορες κλινικές υποκατηγορίες, που διαφέρουν ανάλογα με τα συστήματα ταξινόμησης που κανείς ακολουθεί.

#### *Παρανοϊκός Τύπος*

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV είναι:

- Επίμονη ενασχόληση με συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις, μονοθεματικές και συνήθως διωκτικές.
- Κανένα από τα παρακάτω: ασυναρτησία, χάλαση συνειρμού, επιπέδωση ή έντονη απροσφορότητα του συναισθήματος, κατατονική ή έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.
- Πιο όψιμη έναρξη και καλύτερη πρόγνωση από τον κατατονικό και τον αποδιοργανωτικό τύπο.

Η λειτουργικότητα του παρανοϊκού σχιζοφρενικού ασθενή συνήθως βλάπτεται λιγότερο από του κατατονικού ή του αποδιοργανωμένου και οι ασθενείς με παρανοϊκή σχιζοφρένεια μπορεί να λειτουργήσουν ικανοποιητικά σε κοινωνικές και επαγγελματικές καταστάσεις, που δεν διεγείρουν τους παρανοϊκούς φόβους. Έτσι, μπορεί να είναι παντρεμένοι, να έχουν παιδιά και να εργάζονται. Η έναρξη αυτού του τύπου τείνει να συμβαίνει αργότερα στη ζωή απ' ότι των άλλων τύπων και τα χαρακτηριστικά του γίνονται πιο σταθερά με το πέρασμα του χρόνου.

Οι παραληρητικές ιδέες είναι συνήθως δίωξης ή μεγαλείου, αν και παραληρητικές ιδέες με άλλα θέματα, π.χ. ζήλεια, θρησκεία, σωματοποίηση, μπορεί να εμφανισθούν. Οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να είναι πολλαπλές, αλλά συνήθως οργανώνονται και συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα. Λεκτική ή σωματική επιθετικότητα, καχυποψία, υπερευαισθησία, θυμός, άγχος, αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου και ο φόβος ότι θα θεωρηθεί ομοφυλόφιλο το άτομο συχνά χαρακτηρίζουν αυτό τον τύπο. Η πρόγνωση αυτού του τύπου είναι καλύτερη από αυτή των άλλων μορφών πάθησης (Μάνος, 1997).



### *Αποδιοργανωμένος Τύπος*

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV είναι: (Προεξάρχουν όλα τα παρακάτω συμπτώματα):

- Ασυναρτησία, εκσεσημασμένη χάλαση συνειρμού, παλινδρομική ή έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.
- Επίπεδο ή εντόνως απρόσφορο συναίσθημα.
- Πρώιμη έναρξη, παραμελημένη εμφάνιση.

Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι δεν πληρούνται τα κριτήρια του Κατατονικού Τύπου. Πρόκειται για τον τύπο της σχιζοφρένειας που παλιότερα ονομάζονταν ηβηφρενικός. Η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και ο αποδιοργανωμένος λόγος μπορεί να συνοδεύουν από απρόσφορο συναίσθημα. Εκλείπουν οι συστηματοποιημένες παραληρηματικές ιδέες, μπορεί όμως να υπάρχουν διάσπαρτες παραληρηματικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις χωρίς οργανωμένο περιεχόμενο. Μαννερισμοί, υποχονδριακά ενοχλήματα παραληρητικού επιπέδου, υπερβολική κοινωνική απόσυρση και εκκεντρικότητες στη συμπεριφορά είναι συχνά. Η κοινωνική έκπτωση είναι μεγάλη. Συνήθως υπάρχει προνοσηρή διαταραχή της προσωπικότητας, πρώιμη και ύπουλη έναρξη και χρόνια πορεία χωρίς σημαντική ύφεση. (Μάνος, 1997)

### *Κατατονικός Τύπος*

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV είναι:

- Κινητική ακινησία όπως γίνεται φανερή με καταληψία (συμπεριλαμβανομένης και της κηρώδους ευκαμψίας) ή με εμβροντησία.
- Υπερβολική κινητική δραστηριότητα (που είναι εμφανώς άσκοπη και δεν επηρεάζεται από εξωτερικά ερεθίσματα).
- Ακραίος αρνητισμός (προβολή αντίστασης που προφανώς δεν έχει κανένα κίνητρο σε κάθε εντολή ή διατήρηση δύσκαμπτης στάσης σε κάθε προσπάθεια μετακίνησης) ή αλαλία.
- Ιδιορρυθμίες των εκούσιων κινήσεων όπως γίνονται φανερές από στάσεις του σώματος (εκούσια λαμβανόμενες απρόσφορες ή αλλόκοτες στάσεις), στερεότυπες κινήσεις, έκδηλους μαννερισμούς, ή έκδηλους μορφασμούς.

- Ηχολαλία ή ηχοπραξία. Η καταληψία είναι η άκαμπτη διατήρηση μιας θέσης του σώματος για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η κηρώδης ευκαμψία είναι η εντύπωση που δίνεται κατά τις παθητικές κινήσεις των μελών από τον εξεταστή, ότι αυτά μοιάζουν σαν να είναι από κερί, καθώς παραμένουν στη θέση που τα μετακίνησε. Η ηχολαλία είναι η επανάληψη σαν ηχώ (ή σαν ομιλία παπαγάλου) από τον ασθενή αυτών που λέει κάποιο άλλο άτομο. Η ηχοπραξία είναι η επαναληπτική μίμηση από τον ασθενή των κινήσεων ενός άλλου ατόμου. Κατά τη διάρκεια της εμβροντησίας ή της κατατονικής διέγερσης το άτομο χρειάζεται προσεκτική παρακολούθηση για να μη βλάψει τον εαυτό του ή τους άλλους και μπορεί να χρειασθεί ιατρική φροντίδα λόγω μη λήψη τροφής, εξάντλησης, υπερπυρεξίας, αυτοτραυματισμού κτλ. Η μορφή αυτή της σχιζοφρένειας αν και συχνή πριν μερικές δεκαετίες, είναι πια σπάνια στην Ευρώπη και στις Ηνωμένες Πολιτείες.



Πηγή: (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000)

*Σχήμα 1.4.7.1.* Χρόνια κατατονική ασθενής. Η ασθενής είναι ακίνητη και εμφανίζει κηρώδη ευκαμψία. Το χέρι της βρίσκεται σε μη άνετη θέση, υπερυψωμένο, χωρίς υποστήριξη και η πέτρινη έκφραση του προσώπου της παρουσιάζει ένα Schnauzkrampf ή παγωμένο κατσούφιασμα.

Για να διαγνωσθεί αυτός ο τύπος, θα πρέπει να πληροί όλα τα κριτήρια της Σχιζοφρένειας και επίσης να μην υπάρχει άλλη αιτιολογία για την κατατονία όπως κάποια ουσία (π.χ. νευροληπτικά), κάποια γενική ιατρική κατάσταση ή κάποιο μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο. (Μάνος, 1997)

#### *Αδιαφοροποίητος Τύπος*

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά το DSM-IV είναι:

- Τύπος σχιζοφρένειας στον οποίο υπάρχουν συμπτώματα που πληρούν το κριτήριο A (χαρακτηριστικά συμπτώματα όπου πρέπει να πληρούνται δύο ή περισσότερα από τα παρακάτω για σημαντικό χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια μιας περιόδου ενός μηνός: παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος, έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά, αρνητικά συμπτώματα, δηλ. συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλία) αλλά δεν πληρούνται τα κριτήρια του Παρανοϊκού, Αποδιοργανωμένου, ή Κατατονικού Τύπου. Συχνά ασθενείς με διαταραχή σχιζοφρένειας που δεν μπορούν να καταταγούν με ευκολία σε έναν από τους άλλους τύπους, το DSM-IV τους ταξινομεί στον αδιαφοροποίητο τύπο (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000).

#### *Υπολειμματικός Τύπος*

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV είναι:

- Απουσιάζουν οι προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις, καθώς και ο αποδιοργανωμένος λόγος και η έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά.
- Υπάρχουν σημεία που δείχνουν ότι η διαταραχή συνεχίζεται, όπως φαίνεται από την παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων ή δύο ή περισσότερων συμπτωμάτων από αυτά που αναφέρονται στο κριτήριο A για τη σχιζοφρένεια, που είναι παρόντα με εξασθενημένη μορφή (π.χ. παράξενες πεποιθήσεις, ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες).

Ο τύπος αυτός αναφέρεται στις περιπτώσεις που έχει υπάρξει τουλάχιστον ένα επεισόδιο σχιζοφρένειας, αλλά στην τωρινή κλινική εικόνα δεν υπάρχουν έντονα ψυχωτικά συμπτώματα, ενώ υπάρχουν αρνητικά συμπτώματα ή εξασθενημένα θετικά.

Αποτελεί χρόνια μορφή σχιζοφρένειας που προέκυψε συνέχεια ενός πρώιμου σταδίου που περιελάμβανε μια από τις προηγούμενες μορφές. Συχνά συμπτώματα αυτού του τύπου είναι «αρνητικά» στοιχεία, όπως συναισθηματική αμβλύτητα, απάθεια, κοινωνική απόσυρση, εκκεντρική συμπεριφορά και παράλογη σκέψη. Εάν υπάρχουν παραληρηματικές ιδέες και ψευδαισθήσεις δεν προεξάρχουν και δεν συνοδεύονται από έντονα συναισθήματα (Μάνος, 1997).

### *Τύπος I και τύπος II*

Το 1980 ο T.J. Crow πρότεινε την ταξινόμηση των ασθενών με σχιζοφρένεια σε τύπο I και II. Αν και το σύστημα αυτό δεν ενσωματώθηκε στην ταξινόμηση κατά DSM-IV, η κλινική διάκριση σε αυτούς τους δύο τύπους είχε σημαντική επίδραση στην ψυχιατρική έρευνα (Karlan, Sadock, & Grebb, 2000). Αυτή λοιπόν η ταξινόμηση βασίζεται στην παρουσία ή απουσία αρνητικών συμπτωμάτων. Στα αρνητικά συμπτώματα περιλαμβάνονται: συναισθηματική αμβλύτητα ή επιπέδωση, φτωχή ομιλία ή περιεχομένου του λόγου, ανακοπές, αυτοπαραμέληση, έλλειψη κινήτρων, ανηδονία, κοινωνική απόσυρση, γνωσιακά ελλείμματα και ελλείμματα προσοχής. Στα θετικά συμπτώματα περιλαμβάνονται: χάλαση του συνειρμού, ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, αλλόκοτη συμπεριφορά και διαταραχές του λόγου. Στον τύπο I οι ασθενείς έχουν κατά κύριο λόγο θετικά συμπτώματα, ενώ στον τύπο II κατά κύριο λόγο αρνητικά (Μάνος, 1997).

### *Παραφρένεια*

Ο τύπος αυτός αναφέρεται στο DSM-IV-. Αυτός ο όρος χρησιμοποιείται κάποιες φορές ως συνώνυμο του όρου σχιζοφρένεια παρανοειδούς τύπου. Μπορεί επίσης να αναφέρεται σε προοδευτικά επιδεινούμενη νόσο ή σε καλά οργανωμένο παραληρητικό σύστημα. Αυτή η πολυσημία έχει μειώσει τη χρησιμότητα του όρου (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2004).

### *Απλή Σχιζοφρένεια*

Ο όρος απλή σχιζοφρένεια (στο DSM-IV-TR ονομάζεται απλή υποβαθμιστική διαταραχή) και χαρακτηρίζεται από ύπουλη και βαθμιαία απώλεια των κινήτρων και των φιλοδοξιών. Οι ασθενείς που πάσχουν απ' αυτή τη διαταραχή συνήθως δεν είναι έκδηλα ψυχωσικοί και δεν εμφανίζουν επίμονες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες. Το βασικό σύμπτωμα είναι η

απόσυρση του ασθενούς από την κοινωνική και επαγγελματική ζωή (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2004).

Τέλος, το ICD-10 (International Classification of Diseases) καθορίζει δύο πρόσθετες υποκατηγορίες:

- **Μετά - σχιζοφρενής κατάθλιψη:** Καταθλιπτικό επεισόδιο που προκύπτει ως συνέπεια μιας σχιζοφρενούς ασθένειας όπου μερικά χαμηλού επιπέδου σχιζοφρενή συμπτώματα μπορούν ακόμα να είναι παρόντα.
- **Απλή σχιζοφρένεια:** Ξαφνική και προοδευτική εξέλιξη των προεξεχόντων αρνητικών συμπτωμάτων χωρίς ιστορικό ψυχωτικών επεισοδίων.

Η ακριβής διάγνωση της σχιζοφρένειας έχει πολύ μεγάλη σημασία, κυρίως λόγω της συχνά κακής πρόγνωσης της, οπότε η σύγχυση της με άλλες διαταραχές μπορεί να οδηγήσει σε λαθεμένη αντιμετώπιση του ασθενούς με οδυνηρές συνέπειες.

Υπάρχουν πολλές διαταραχές που χρειάζεται να διαφοροδιαγνωσθούν από τη σχιζοφρένεια, μερικές από τις κυριότερες είναι η Ψυχωτική Διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση, η Ψυχωτική Διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες, Διαταραχή της Διάθεσης με Ψυχωτικά στοιχεία και Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή, Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή, Διαταραχή της Διάθεσης με Κατατονικά Στοιχεία, Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης (π.χ. Αυτιστική Διαταραχή), Σχιζότυπη, Σχιζοειδής ή Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας και Παραληρηματική Διαταραχή (Μάνος, 1997).

#### **1.4.8 Διαφορική διάγνωση**

##### *Παθολογικές και νευρολογικές παθήσεις*

Υπάρχουν διαταραχές της μνήμης και του προσανατολισμού, γνωσιακές διαταραχές, οπτικές ψευδαισθήσεις και σημεία βλάβης του ΚΝΣ. Πολλές παθολογικές και νευρολογικές παθήσεις μπορεί να εμφανιστούν με συμπτώματα όπως αυτά της σχιζοφρένειας, τέτοιες παθήσεις είναι: η τοξίκωση από ουσίες (λ.χ. από κοκαΐνη ή φαινυλκυκλιδίνη), η προκαλούμενη από ουσίες ψυχωτική διαταραχή, λοιμώξεις του ΚΝΣ (π.χ. ερπητική εγκεφαλίτιδα), αγγειακές διαταραχές (π.χ. συστηματικός ερυθματώδης λύκος), σύνθετες εστιακές κρίσεις (π.χ. κροταφική επιληψία) και εκφυλιστικά νοσήματα (π.χ. νόσος του Huntingron) (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2004).

### *Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή*

Τα συμπτώματα μπορεί να είναι ίδια μ' αυτά της σχιζοφρένειας, αλλά διαρκούν για λιγότερο από 6 μήνες. Η έκπτωση είναι μικρότερη και η πρόγνωση καλύτερη.

### *Βραχεία ψυχωσική διαταραχή*

Τα συμπτώματα διαρκούν λιγότερο από 1 μήνα και εκλύονται από σαφώς αναγνωρίσιμους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες.<sup>23</sup>

### *Διαταραχές της διάθεσης*

Τόσο τα μανιακά όσο και τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια της διπολικής διαταραχής και της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να εκδηλώνονται με ψυχωσικά συμπτώματα.

Η διαφορική διάγνωση έχει ιδιαίτερη σημασία, καθότι υπάρχουν ειδικά και αποτελεσματικά θεραπευτικά μέσα για τις διαταραχές της διάθεσης. Σύμφωνα με το DSM-IV-TR, όταν τα συμπτώματα από τη διάθεση εμφανίζονται στη σχιζοφρένεια θα πρέπει να έχουν βραχεία διάρκεια σε σχέση με τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου. Επίσης, αν στη διαταραχή της διάθεσης, υπάρχουν ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες, αυτές αναπτύσσονται στα πλαίσια της διαταραχής της διάθεσης και δεν επιμένουν. Άλλοι παράγοντες που βοηθούν στη διαφορική διάγνωση μεταξύ σχιζοφρένειας και διαταραχών της διάθεσης είναι: το οικογενειακό ιστορικό, η προνοσηρή προσωπικότητα και λειτουργικότητα, η πορεία της νόσου (π.χ. ηλικία έναρξης), η πρόγνωση (π.χ. η απουσία υπολειμματικής έκπτωσης μετά την αποδρομή του ψυχωσικού επεισοδίου) και η ανταπόκριση στη θεραπεία. Άρρωστοι με σχιζοφρένεια μπορεί να προσβληθούν από μεταψυχωσική καταθλιπτική διαταραχή (δηλ. μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο κατά την υπολειμματική φάση της σχιζοφρένειας). Σ' αυτούς τους αρρώστους, η αληθής κατάθλιψη χρειάζεται να διακρίνεται από ενδεχόμενες παρενέργειες της φαρμακευτικής τους αγωγής, όπως η καταστολή, η ακινησία και η συναισθηματική επιπέδωση.

### *Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή*

Τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης αναπτύσσονται παράλληλα με συμπτώματα σχιζοφρένειας. Ωστόσο, σε κάποια φάση κατά την πορεία της νόσου, είναι ανάγκη να υπάρξει μία περίοδος τουλάχιστον 2 εβδομάδων κατά την οποία να υπάρχουν παραληρητικές ιδέες ή

ψευδαισθήσεις και να μην υπάρχουν προεξάρχοντα συμπτώματα από τη διάθεση. Η πρόγνωση αυτής της διαταραχής είναι καλύτερη από την πρόγνωση της σχιζοφρένειας και χειρότερη από την πρόγνωση των διαταραχών της διάθεσης.

#### *Ψυχωσική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς*

Άτυπη ψύχωση με κλινικά χαρακτηριστικά τα οποία δημιουργούν αμηχανία ως προς τη διάγνωση (π.χ. επίμονες ακουστικές ψευδαισθήσεις χωρίς άλλα συμπτώματα - εδώ ανήκουν πολλές συνδεδεμένες με το πολιτισμικό περιβάλλον ψυχώσεις).

#### *Η. Παραληρητική διαταραχή*

Μη αλλόκοτες, συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες που διαρκούν τουλάχιστον 6 μήνες, χωρίς προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις ή άλλα συμπτώματα σχιζοφρένειας, στα πλαίσια μιας αλώβητης προσωπικότητας που βρίσκεται σε σχετικά καλή λειτουργική κατάσταση. Η διαταραχή εισβάλλει κατά κανόνα στη μέση και όψιμη ενήλικη ζωή.

#### *Διαταραχές προσωπικότητας*

Σε γενικές γραμμές δεν υπάρχουν ψυχωσικά συμπτώματα, όταν υπάρχουν, είναι συνήθως παροδικά και δεν προεξάρχουν. Οι διαταραχές της προσωπικότητας που κατά κύριο λόγο υπεισέρχονται σ' αυτή τη διαφορική διάγνωση είναι η σχιζοτυπική, η σχιζοειδική, η μεθοριακή και η παρανοειδής.

#### *Προσποιητή διαταραχή – Υπόκριση*

Δεν υπάρχει κάποια εργαστηριακή δοκιμασία ή κάποιος βιοχημικός δείκτης που να τεκμηριώνει αντικειμενικά τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Ως εκ τούτου, ένα άτομο μπορεί να προσποιηθεί ότι έχει συμπτώματα σχιζοφρένειας, είτε αποσκοπώντας σε σαφές δευτερογενές όφελος (υπόκριση) είτε κινούμενο από ψυχολογικά κίνητρα (προσποιητή διαταραχή).

#### *Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές*

Οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (π.χ. αυτιστική διαταραχή) συνήθως διαγιγνώσκονται πριν την ηλικία των 3 ετών. Μολονότι η συμπεριφορά μπορεί να είναι

αλλόκοτη και αποδιοργανωμένη, δεν υπάρχουν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή σαφή διαταραχή της δομής της σκέψης (π.χ. χάλαση του συνειρμού).

### *Νοητική υστέρηση*

Διαταραχές της νόησης, της συμπεριφοράς και της διάθεσης που μπορεί να δίνουν την εικόνα σχιζοφρένειας. Εντούτοις, η νοητική υστέρηση αφενός δεν εκδηλώνεται με σαφή ψυχωσικά συμπτώματα και αφετέρου δεν οδηγεί σε προοδευτική έκπτωση της λειτουργικότητας, αλλά μάλλον σε μόνιμα χαμηλή λειτουργικότητα.

Η πιο διαδεδομένη μορφή ταξινόμησης της νοητικής υστέρησης είναι αυτή που χρησιμοποιεί το δείκτη νοημοσύνης. Δεδομένου ότι αφενός ο δείκτης νοημοσύνης αποτελεί ένα μόνο χαρακτηριστικό του ατόμου, αφετέρου από μόνος του δε βοηθάει το εκπαιδευτικό έργο, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην ερμηνεία του για τις ικανότητες των ατόμων με νοητική υστέρηση. Παρόλα αυτά αποτελεί έναν τρόπο για μια προσπάθεια κατηγοριοποίησης του ανομοιογενούς αυτού πληθυσμού (Πίνακας 1.4.8.1).

#### Πίνακας 1.4.8.1

##### *Ταξινόμηση νοητικής υστέρησης*

<b>Ελαφρά νοητική υστέρηση</b>	Δ.Ν. 50-55 έως 70
<b>Μέτρια νοητική υστέρηση</b>	Δ.Ν. 35-40 έως 50-55
<b>Σοβαρή νοητική υστέρηση</b>	Δ.Ν. 20-25 έως 35-40
<b>Βαριά νοητική υστέρηση</b>	Δ.Ν. κάτω από 20-25
<b>Απροσδιόριστη νοητική υστέρηση</b>	Όταν υπάρχει ισχυρή υπόθεση για ύπαρξη νοητικής υστέρησης, αλλά η νοημοσύνη του ατόμου δε μπορεί να μετρηθεί με τεστ.

Πηγή: (Πολυμεροπούλου, 2013)

Αν ο ασθενής έχει ψυχωσικά συμπτώματα, μπορεί να τεθεί εκ παραλλήλου και διάγνωση της σχιζοφρένειας. Μ. Κοινές πεποιθήσεις πολιτισμικών ομάδων. Κάποιες φαινομενικά παράδοξες πεποιθήσεις που αποτελούν τα πιστεύω μιας πολιτισμικής ομάδας και τυγχάνουν αποδοχής απ' αυτήν, δεν θεωρούνται ψυχωσικές.



Η υπο-ενότητα αυτή κλείνει με την παρουσίαση των σχιζοφρενικόμορφων συμπτωμάτων σε ένα συγκεντρωτικό πίνακα (Πίνακας 1.4.8.2).

Πίνακας 1.4.8.2

*Διαφορική Διάγνωση Σχιζοφρενικόμορφων Συμπτωμάτων*

---

### **Παθολογικές και Νευρολογικές καταστάσεις**

---

Προκαλούμενες από ουσίες – αμφεταμίνη, ψευδαισθησιογόνα, αλκαλοειδή της ατροπίνης, αλκοολική ψευδαισθήτωση, στέρηση βαρβιτουρικών, κοκαΐνη, φαινυλκυκλιδίνη (PCP).

Επιληψία – ειδικότερα επιληψία του κροταφικού λοβού.

Νεοπλασίες, αγγειακά εγκεφαλικά προβλήματα ή τραύματα – ειδικά των μετωπιαίων λοβών ή του μεταιχμιακού συστήματος.

Άλλες καταστάσεις:

- Νόσος του AIDS
- Οξεία διαλείπουσα πορφυρία
- Ανεπάρκεια της B12
- Δηλητηρίαση με μονοξείδιο του αζώτου
- Λιποειδώσεις του εγκεφάλου
- Νόσος των Creutzfeldt-Jacob
- Νόσος του Fabry
- Νόσος του Fahr
- Νόσος των Hallervorden-Spatz
- Δηλητηρίαση με βαρέα μέταλλα
- Ερπητική εγκεφαλίτιδα
- Ομοκυστινουρία
- Νόσος Huntington
- Μεταχρωματική λευκοδυστροφία

---

### **Παθολογικές και Νευρολογικές καταστάσεις**

---

- Νευροσύφιλη
- Υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης
- Πελλάγρα
- Συστηματικό ερυθρηματώδης λύκος
- Σύνδρομο Wernicke-Korzakoff
- Νόσος Wilson

---

### **Ψυχιατρικές καταστάσεις**

---

- Άτυπη ψύχωση
- Αυτιστική διαταραχή
- Παραληρητική διαταραχή
- Προσπονητή διαταραχή με προεξάρχοντα ψυχολογικά συμπτώματα και σημεία
- Υπόκριση
- Διαταραχές διάθεσης
- Φυσιολογική εφηβεία
- Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή
- Διαταραχές προσωπικότητας – σχιζοτυπική, σχιζοειδική, οριακή, παρανοειδής
- Σχιζοφρένεια
- Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή

---

Πηγή: (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000)

## **1.5 Πορεία και πρόγνωση της σχιζοφρένειας**

### **1.5.1 Πορεία της νόσου**

Η πρώτη ένδειξη της νόσου μπορεί να είναι ένα προνοσηρό σύμπλεγμα συμπτωμάτων, αν και τις περισσότερες φορές η παρουσία τους αναγνωρίζεται αναδρομικά. Χαρακτηριστικά, τα συμπτώματα αρχίζουν στην εφηβεία και ακολουθούνται από τα πρόδρομα συμπτώματα μέσα σε λίγες ημέρες ή και μήνες. Η έναρξη των συμπτωμάτων μπορεί να φαίνεται ότι πυροδοτείται από μία κοινωνική ή περιβαλλοντική αλλαγή, όπως είναι η έναρξη των πανεπιστημιακών σπουδών μακριά από το σπίτι, μια εμπειρία με ουσίες ή ο θάνατος ενός κοντινού συγγενούς. Το πρόδρομο σύνδρομο μπορεί να διαρκέσει 1 χρόνο ή και περισσότερο, πριν εμφανισθούν τα ψυχωτικά συμπτώματα (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000).

Μετά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, ο ασθενής βιώνει προοδευτική περίοδο ύφεσης, που μπορεί να ακολουθηθεί από μακρά περίοδο σχετικά φυσιολογικής λειτουργικότητας. Εντούτοις, συνήθως επέρχεται υποτροπή και η γενική πορεία της νόσου κατά τα 5 πρώτα χρόνια μετά τη διάγνωση προκαθορίζει κατά κανόνα την πορεία της ζωής του ασθενούς. Κάθε υποτροπή προκαλεί περαιτέρω έκπτωση σε σχέση με την προνοσηρή του λειτουργικότητα. Κλασικά, η πορεία της σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από υφέσεις και εξάρσεις. Η κύρια διαφορά της νόσου από τις συναισθηματικές διαταραχές είναι ότι ο ασθενής με σχιζοφρένεια δεν καταφέρνει να επανέλθει στην αρχική του λειτουργικότητα μετά από κάθε υποτροπή. Μερικές φορές το ψυχωτικό επεισόδιο ακολουθείται από κλινική μετα-ψυχωτική κατάθλιψη και η ευπάθεια του σχιζοφρενούς ασθενή στο στρες υπάρχει συνήθως εφόρου ζωής. Τα θετικά συμπτώματα τείνουν να γίνονται ελαφρότερα με το χρόνο, αλλά τα αρνητικά ή υπολειμματικά, που προκαλούν κοινωνική αναπηρία, αυξάνουν ως προς τη βαρύτητά τους. Αν και περίπου το 1/3 των ασθενών σχιζοφρένεια μπορεί να διατηρεί οριακή ή κάπως ικανοποιητική κοινωνική ζωή, στην πλειοψηφία η ζωή τους χαρακτηρίζεται από έλλειψη σκοπού και στόχων, αδράνεια, συχνές νοσηλείες, ενώ στις αστικές περιοχές είναι συχνά άστεγοι και ζουν σε έσχατη πενία.

### **1.5.2 Πρόγνωση της νόσου**

Σε αρκετές μελέτες έχει βρεθεί ότι σε μια περίοδο 5-10 ετών μετά την πρώτη νοσηλεία, μόνο το 10-20% των ασθενών με σχιζοφρένεια μπορεί να λεχθεί ότι παρουσιάζει ικανοποιητική έκβαση της νόσου (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000).

Περισσότερο από το 50% έχει κακή έκβαση, με συχνές νοσηλείες, εξάρσεις της ψυχωτικής συμπτωματολογίας, επεισόδια μείζονος συναισθηματικής διαταραχής και απόπειρες αυτοκτονίας. Παρά τους απαισιόδοξους αυτούς αριθμούς, η σχιζοφρένεια δεν έχει πάντοτε εκπτώτικη πορεία και μία σειρά παραγόντων έχει συσχετισθεί με καλή πρόγνωση (Πίνακας 1.5.2.1).

Πίνακας 1.5.2.1

*Χαρακτηριστικά που βαρύνουν ως προς την καλή ή κακή πρόγνωση της σχιζοφρένειας*

<b>Καλή πρόγνωση</b>	<b>Κακή πρόγνωση</b>
Όψιμη Έναρξη	Πρώιμη έναρξη
Ευδιάκριτοι εκλυτικοί παράγοντες	Απουσία εκλυτικών παραγόντων
Οξεία εισβολή	Προοδευτική ύπουλη εισβολή
Καλή προνοσηρή κοινωνική, σεξουαλική και εργασιακή προσαρμογή	Κακή προνοσηρή κοινωνική, σεξουαλική και εργασιακή προσαρμογή
Συμπτώματα συναισθηματικής διαταραχής (ιδιαίτερα καταθλιπτικής διαταραχής)	Απόσυρση, αυτιστική συμπεριφορά
Γάμος	Άγαμος, διαζύγιο, χηρεία
Οικογενειακό ιστορικό συναισθηματικών διαταραχών	Οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας
Καλό υποστηρικτικό σύστημα	Φτωχό υποστηρικτικό σύστημα
Θετικά συμπτώματα	Αρνητικά συμπτώματα
	Νευρολογικά συμπτώματα και σημεία
	Ιστορικό περιγεννητικού τραύματος
	Απουσία ύφεσης εντός 3 ετών
	Πολλές υποτροπές
	Ιστορικό επιθετικότητας

Πηγή: (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000)

Το εύρος των δεικτών ανάνηψης που αναφέρονται στη βιβλιογραφία κυμαίνεται μεταξύ 10-60% και, σύμφωνα με λογικές εκτιμήσεις, το 20-30% όλων των ασθενών με

σχιζοφρένεια είναι σε θέση να ζει, ως ένα βαθμό, φυσιολογική ζωή. Περίπου το 20-30% συνεχίζει να βιώνει μέτριας βαρύτητας συμπτώματα, ενώ σε ένα ποσοστό 40-60% παραμένουν σημαντικά διαταραγμένοι για όλη τους τη ζωή. Τα άτομα με σχιζοφρένεια τα καταφέρνουν χειρότερα σε σχέση με τους συναισθηματικούς ασθενείς, αν και σε αναλογία 20-25% οι τελευταίοι εμφανίζονται σε μακροχρόνια παρακολούθηση σοβαρά διαταραγμένοι.

## **1.6 Νευροψυχολογικά ελλείμματα στη σχιζοφρένεια**

### **1.6.1 Διαταραχές γνωστικών λειτουργιών**

Τα γνωστικά ελλείμματα συνθέτουν βασικά και χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου και αφορούν την έκπτωση σε αρκετούς τομείς της γνωστικής λειτουργίας των ασθενών (Κάνδιας & Γιακουμάκη, 2011).

#### *Διαταραχές των επιτελικών λειτουργιών*

Όσον αφορά στις επιτελικές λειτουργίες παρατηρείται ότι κατέχουν σημαντικό ρόλο στην ευρύτερη γνωστική διαδικασία και σε αυτές εμπεριέχονται οι λειτουργίες του συντονισμού της επίδοσης, της εναλλαγής στρατηγικών για επίτευξη ενός στόχου, της επιλεκτικής προσοχής, της αναστολής απόκρισης και της οργάνωσης των πληροφοριών (Nathaniel-James et al., 1996). Η οργάνωση της πληροφορίας, είναι μία στρατηγική διαδικασία οργάνωσης των πληροφοριών που πρόκειται να γίνουν αντικείμενο μάθησης και συνεπώς έχει σημαντικό ρόλο στην κωδικοποίηση της νέας πληροφορίας (Fletcher & Henson, 2001), με ό,τι επίδραση μπορεί να ενέχει αυτή η λειτουργία στη μνήμη (Fletcher et al., 1998).

Πλήθος ερευνών εντόπισε ως σημαντικό γνωστικό έλλειμμα της νόσου, την έκπτωση των επιτελικών λειτουργιών. Από έρευνα που διεξήγαγαν ο Μποζίκας και οι συνεργάτες του (2006), σε δείγμα 70 ασθενών με σχιζοφρένεια συγκρινόμενο με 42 υγιείς συμμετέχοντες, στους ασθενείς εντοπίστηκε ένα ευρύ φάσμα γνωστικών ελλειμμάτων.

Συγκεκριμένα, η επίδοση στις επιτελικές λειτουργίες, στην λεκτική και μη-λεκτική μνήμη, στην οπτικοχωρική ικανότητα, στην γλωσσική ευφράδεια, στην προσοχή και στη μνήμη εργασίας, αλλά όχι στην ψυχοκινητική ταχύτητα, ήταν στατιστικά σημαντικά μειωμένη στην ομάδα των ασθενών. Τα πιο έντονα επιλεκτικά ελλείμματα βρέθηκαν στις επιτελικές λειτουργίες, την λεκτική και οπτική μνήμη και την οπτικοχωρική ικανότητα, ευρήματα συναφή με αυτά άλλων μελετών στη βιβλιογραφία, στο πλαίσιο της γενικευμένης

γνωστικής δυσλειτουργίας στη σχιζοφρένεια (Braff et al., 1991) και τη συνολική εγκεφαλική δυσλειτουργία που εντοπίζεται στον μετωπιαίο, κροταφικό και βρεγματικό φλοιό (Bozikas et al., 2006).

Το συνεπέστερο εύρημα της μελέτης αυτής, ήταν ο εντοπισμός του ελλείμματος των επιτελικών λειτουργιών (Pantelis & Maruff 2002), στις οποίες εμπλέκεται ο μετωπιαίος λοβός και ειδικότερα ο πλαγιοραχιαίος προμετωπιαίος φλοιός και η πρόσθια έλικα του προσαγωγίου, περιοχές ουσιαστικής σημασίας για εκτελεστικά καθήκοντα, όπως η αφαιρετική ικανότητα και η επίλυση προβλημάτων, η εναλλαγή στρατηγικών, η αποτελεσματική αναστολή απόκρισης, και η ευελιξία της σκέψης (Hooper, 1957).

Στο εύρημα αυτό συγκλείνει και το γεγονός ότι η δυσλειτουργία του προμετωπιαίου φλοιού σε ασθενείς με σχιζοφρένεια έχει αποδειχθεί μέσω μαγνητικών τομογραφιών (Pearlson & Marsh, 1999) και λειτουργικών απεικονιστικών εξετάσεων (Walter et al., 2003). Δεδομένου του σημαντικού ρόλου των επιτελικών δεξιοτήτων στην αυτο-ρύθμιση των σκέψεων και της συμπεριφοράς, είναι πολύ πιθανό ότι το έλλειμμα των επιτελικών λειτουργιών επιδρά αρνητικά στην καθημερινή λειτουργικότητα των ασθενών (Palmer & Heaton, 2000), ενώ μία πρόσφατη μετά-ανάλυση (Green et al., 2000) έχει καταδείξει την προβλεπτική ικανότητα του συσχετισμού αυτού μεταξύ των επιτελικών λειτουργιών και της έκβασης της κοινωνικής λειτουργικότητας και καθημερινής δραστηριότητας των ασθενών.

Οι Fucetola et al. (2000) διαπίστωσαν μεγαλύτερη διαφορά σε ηλικιωμένους ασθενείς στα ελλείμματα των επιτελικών λειτουργιών σε σχέση με νεότερους βάση της επίδοσής τους στη Δοκιμασία Ταξινόμησης Καρτών του Wisconsin (Wisconsin Card Sorting Test). Επιπλέον, η δυσλειτουργία των επιτελικών λειτουργιών έχει περιλάβει την έκπτωση της λογικής και της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων, όπως και την ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών (Κοσμίδης, 2006), στην οπτικό-χωρική αντίληψη και στη ροή λέξεων και σχεδίων (Μποζίκας, 2006b).

Όσον αφορά στους ασθενείς πρώτου επεισοδίου, τείνουν επίσης να εμφανίζουν έκπτωση σε δοκιμασίες των επιτελικών λειτουργιών, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται οι λειτουργίες που είναι απαραίτητες για την ικανότητα του σχεδιασμού και της εκκίνησης μιας στρατηγικής, της αναστολής προκαθορισμένων αντιδράσεων, της γνωστικής ευελιξίας και της αφαιρετικής ικανότητας και στις στρατηγικές που είναι απαραίτητες για την λεκτική μνήμη και μάθηση και την λεκτική ευφράδεια (Saykin et al., 1994). Ελλειμματικές επιτελικές

λειτουργίες έχουν εξακριβωθεί και σε άλλες μελέτες με ασθενείς πρώτου επεισοδίου (Hoff et al., 1992).

#### *Διαταραχές της μνήμης*

Πολλές έρευνες έχουν εντοπίσει δυσλειτουργίες σε ποικίλα είδη μνήμης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Συνεπώς μέσα από τις έρευνες φανερώνεται η έκπτωση της λειτουργικής οπτικής και λεκτικής μνήμης (McKenna et al., 1990) και της μάθησης ως απόρροια της έκπτωσης της λεκτικής και της οπτικής μνήμης, με αποτέλεσμα την έκπτωση της κοινωνικής γνώσης των ασθενών (Young et al., 2009).

Η λεκτική μάθηση βέβαια σε ένα μέρος της οφείλει την έκπτωσή της στην δυσλειτουργία των επιτελικών λειτουργιών, όσον αφορά την καθυστερημένη ανάκληση των πληροφοριών από τη μη-λεκτική μνήμη (Riley et al., 2000). Κατά τη διαδικασία της ανάκλησης μνήμης, ο προμετωπιαίος φλοιός είναι απαραίτητος όταν η ανάκληση των αποθηκευμένων πληροφοριών αυτό-πυροδοτείται και εξαρτάται από τις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται από το κάθε άτομο απουσία εξωτερικών ερεθισμάτων (Fucetola et al., 2000). Ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς με δυσλειτουργία του μετωπιαίου λοβού τείνουν να παρουσιάζουν σημαντική έκπτωση στις δοκιμές ελεύθερης ανάκλησης, αλλά όχι στην ανάκληση που προέρχεται από εξωτερικά ερεθίσματα (Pantelis et al, 2002). Στη μελέτη του Bozikas και των συνεργατών του, εξίσου δυσλειτουργικό φάνηκε κάθε είδος ανάκλησης.

Επιπροσθέτως, οι Rushe et al. (1999) συμπέραναν ότι τα ελλείμματα μνήμης που εμφανίστηκαν στη σχιζοφρένεια έχουν ομοιότητες με αυτά που προκαλούνται από βλάβες του μέσου κροταφικού λοβού (δηλαδή, ελλείμματα στη μάθηση και τη διατήρηση νέων πληροφοριών) σε σχέση με αυτές που προκαλούνται από βλάβες του μετωπιαίου λοβού (για παράδειγμα ελλείψεις στην στρατηγική ανάκλησης των πληροφοριών ή της μνήμης επεισοδίων). Η άποψη αυτή ενισχύεται περαιτέρω από μελέτες που προτείνουν την ύπαρξη ελαττωματικής κωδικοποίησης των πληροφοριών, και όχι την αποτυχία ανάκλησης των πληροφοριών, σε ασθενείς με σχιζοφρένεια (Venneri et al, 2002).

Η μετα-αναλυτική μελέτη του Aleman και των συνεργατών του που αναφέρει δεδομένα σχετικά με την επίδοση της μνήμης των ασθενών με σχιζοφρένεια, τεκμηρίωσε την σημαντική εξασθένηση της μνήμης. Το έλλειμμα της μνήμης προκύπτει να είναι ευρέως φάσματος και ανεξάρτητο του είδους (λεκτική μνήμη ή οπτική μνήμη), της μεθόδου

ανάκλησης πληροφοριών (ελεύθερη ή ανάκληση βάση ερεθίσματος ή αναγνώρισης), και του διαστήματος διατήρησης της πληροφορίας (άμεση ή όψιμη) (Aleman et al., 1999).

Ο Μποζίκας και οι συνεργάτες του, σε αντίθεση με το προτεινόμενο πρόβλημα στην κωδικοποίηση των πληροφοριών, πρότειναν την ύπαρξη ελλείμματος στην ανάκληση αποθηκευμένων πληροφοριών στη σχιζοφρένεια, την οποία βάσισαν στα ευρήματά τους από τη διαφορά επίδοσης μεταξύ της ανάκλησης και της αναγνώρισης. Η ανάκληση και η αναγνώριση του λεκτικού υλικού παρουσιάζει επιλεκτική έκπτωση όταν υπάρχει βλάβη του κυρίαρχου κροταφικού λοβού, ενώ η ανάκληση και η αναγνώριση πολύπλοκων σχημάτων που δεν μπορούν εύκολα να κωδικοποιηθούν λεκτικά παρουσιάζουν επιλεκτική έκπτωση όταν υφίσταται βλάβη του δεξιού κροταφικού λοβού (Johnsrude, 2002).

Επίσης, τα δεδομένα ερευνών με την χρήση λειτουργικής απεικόνισης (fMRI) έχουν ενοχοποιήσει τη δυσλειτουργία του μέσου κροταφικού λοβού, σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, κατά τη διάρκεια της ανάκλησης της μνήμης επεισοδίων (Heckers, 1998).

Η σημασία των ελλειμμάτων της λεκτικής μνήμης στη σχιζοφρένεια τονίζεται από το γεγονός ότι η λεκτική μνήμη συσχετίζεται με κάθε τύπο λειτουργικότητας του ασθενούς (Green, 1996), όπως προκύπτει από μετά-αναλυτική έρευνα του Green και των συνεργατών του (2000) στην οποία καταδεικνύεται η σχέση μεταξύ λειτουργικού αποτελέσματος και ψυχομετρικών ελλειμμάτων και ειδικότερα το γεγονός ότι η λεκτική μνήμη επιδρά στις κοινωνικές και καθημερινές δραστηριότητες, την κοινωνική επίλυση προβλημάτων, τις δεξιότητες χειρισμού αντικειμένων και την απόκτηση ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων.

Επιπλέον, η λεκτική μάθηση και η μνήμη, φαίνεται να παρουσιάζουν μεγαλύτερη έκπτωση με την πάροδο του χρόνου σε σχέση με άλλες γνωστικές λειτουργίες σε ασθενείς με σχιζοφρένεια πρώτου επεισοδίου, που έλαβαν θεραπεία (Schuerbach et al., 2002).

Στη σχιζοφρένεια εμφανίζεται συγκεκριμένο έλλειμμα στην μακροχρόνια μνήμη στο οποίο ενέχεται ένα υπόστρωμα γενικευμένων γνωστικών δυσλειτουργιών (Saykin et al., 1991, 1994). Η δυσλειτουργία της μνήμης, και ιδίως της μακροχρόνιας μνήμης, σχετίζεται με μια ποικιλία λειτουργιών όπως την επαγγελματική και την κοινωνική λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής των ασθενών (Green et al., 2000).

Η μνήμη αποτελείται από ένα πλήθος συστημάτων και λειτουργιών (Schacter & Tulving, 1994). Στην σχιζοφρένεια ελλείμματα παρατηρούνται τόσο στην δηλωτική όσο και στην άδηλη μνήμη (Goldberg et al., 1993). Στην μνήμη επεισοδίων γίνεται κατανοητό πως τα



ελλείμματα περιορίζονται στην μάθηση και την ανάκληση πληροφοριών και όχι στην αποθήκευση (Paulsen et al., 1995).

Παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες έρευνες εστίασαν στη λεκτική μνήμη, υπάρχουν έρευνες που εντόπισαν έλλειμμα και στην οπτική μνήμη (Heinrichs & Zakzanis, 1998), ενώ δεν υφίστανται αποδείξεις ότι αυτές οι δυο λειτουργίες διαφέρουν ουσιαστικά (Aleman et al., 1999).

Επίσης, η εννοιολογική μνήμη εμφανίζει ελλείμματα (McKay et al., 1996), που άπτονται ουσιαστικά σε δυσλειτουργία της ανάκλησης πληροφοριών (Joyce et al., 1996). Αρκετές έρευνες έχουν περιγράψει ως ελλειμματική την καθυστέρηση της ταχύτητας επεξεργασίας σε γνωστικές δοκιμασίες (Nelson et al., 1990), ενώ υφίσταται ένας διαχωρισμός μεταξύ αισθητήριο-κινητικής και γνωστικής επεξεργασίας, στην οποία απαιτείται ο έλεγχος της επεξεργασίας της πληροφορίας και συνήθως είναι περισσότερο διαταραγμένη στη σχιζοφρένεια από την αισθητήριο-κινητική ταχύτητα (Nelson et al., 1990).

Η σχετική με την ηλικία καθυστέρηση στην ταχύτητα επεξεργασίας επηρεάζει σε ένα βαθμό και τις άλλες γνωστικές λειτουργίες, όπως την μνήμη (Salthouse, 1996), γεγονός που σε ένα βαθμό εντοπίστηκε και σε έρευνες για την σχιζοφρένεια (Brebion et al., 1998).

#### *Διαταραχές της προσοχής*

Η προσοχή αποτελεί και αυτή μία γνωστική λειτουργία υπό έκπτωση στην σχιζοφρένεια αφού μεγάλο μέρος των ασθενών εμφανίζει ελλείμματα στους τομείς τόσο της οπτικής και ακουστικής προσοχής, όσο και της παρατεταμένης και επιλεκτικής προσοχής (Μποζίκας, 2006).

Τα ελλείμματα στην προσοχή και την μνήμη είναι από τα πιο κοινά γνωστικά ελλείμματα που εντοπίζονται σε νέους με ψύχωση (McClellan et al., 2004). Σε κάποιες έρευνες όμως, έχει αναφερθεί ότι η επιλεκτική προσοχή εμφανίζει διαφορετικό βαθμό έκπτωσης σε κάθε ασθενή με σχιζοφρένεια (Μποζίκας, 2006), ενώ σε άλλες δεν έχει παρατηρηθεί σημαντική έκπτωση (Saykin et al., 1994) και η έστω και μικρή απόκλιση της έχει αποδοθεί στην γενικευμένη γνωστική έκπτωση που εμφανίζεται στην σχιζοφρένεια (Riley & McGovern, 2000).

Η δυσλειτουργία του λόγου που πολλές φορές παρατηρείται σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και συνίσταται σε ακατάληπτο λόγο, αποτυχία αναφορών και συντακτική

απλότητα, έχει αποδοθεί τόσο στην έκπτωση της μνήμης εργασίας, όσο και στην έκπτωση της προσοχής (Thomas et al., 1996).

### *Άλλες διαταραχές*

Εκτός από τα παραπάνω ελλείμματα, που αποτελούν και τα βασικά γνωστικά ελλείμματα της ασθένειας, έχει εντοπισθεί ένας σημαντικός αριθμός άλλων γνωστικών λειτουργιών, που επίσης εμφανίζουν δυσλειτουργίες.

Έτσι παρατηρούνται ελλείμματα στους γνωστικούς τομείς της λεκτικής ροής και ευφράδειας (Μποζίκας, 2005), της γενικής νοημοσύνης (Heinrich & Zakzanis, 1998), της αντίληψης των συναισθημάτων (Κόσμιδης, 2007), της αντίληψης του χιούμορ (Μποζίκας, 2007), της «Θεωρίας του Νου» (Premack & Woodruff 1978) και της ψυχοκινητικής ταχύτητας η οποία μπορεί να οφείλεται στην καθυστερημένη γνωστική επεξεργασία (Riley & McGovern, 2000).

Επίσης παρατηρούνται ελλείμματα στην οπτικο-χωρική ικανότητα, στην οποία πιθανά εμπλέκεται η δυσλειτουργία του βρεγματικού λοβού (Pantelis & Maruff, 2002).

Οι διαταραχές στην ομιλία και τη γλώσσα, προκαλούνται από την γνωστική δυσλειτουργία στη σχιζοφρένεια, όπως τα ελλείμματα της προσοχής και της μνήμης εργασίας (Thomas et al., 1996), την εκκίνηση, το σχεδιασμό και την αυτό-επίβλεψη της δράσης (Frith & Done, 1988), της οργάνωσης των πληροφοριών (Ragland et al., 2003) και της «Θεωρίας του Νου» (TOM) (Κοσμίδης, 2008).

Όλες αυτές οι γνωστικές διαταραχές είναι σύμφωνες με την παρατηρούμενη κροταφομετωπιαία δυσλειτουργία η οποία τυγχάνει κεντρικής σημασίας για την υπόθεση ότι η προέλευση της σχιζοφρένειας έχει υπόβαθρο διαταραγμένης νευροανάπτυξης που πρότεινε ο Weinberger (1987).

Η εξασθένιση της κατανόησης του λόγου, οι αποτυχίες αναφοράς σε γεγονότα και καταστάσεις και η συντακτική απλότητα του λόγου, βρέθηκαν να σχετίζονται κυρίως με την δυσλειτουργική μνήμη εργασίας και την ελλειμματική προσοχή στη σχιζοφρένεια (Thomas et al., 1996).

Ο Frith (1994), από την άλλη πλευρά, προτείνει ότι πολλά σημεία και συμπτώματα της σχιζοφρένειας μπορούν να εξηγηθούν από μία αλλαγή των διαδικασιών που συνθέτουν τη «Θεωρία του Νου». Σύμφωνα με αυτή την υπόθεση, από τους ασθενείς με σχιζοφρένεια

λείπει η ικανότητα να αναπαριστούν τις πεποιθήσεις, τις προθέσεις, και την νοητική κατάσταση των άλλων ανθρώπων.

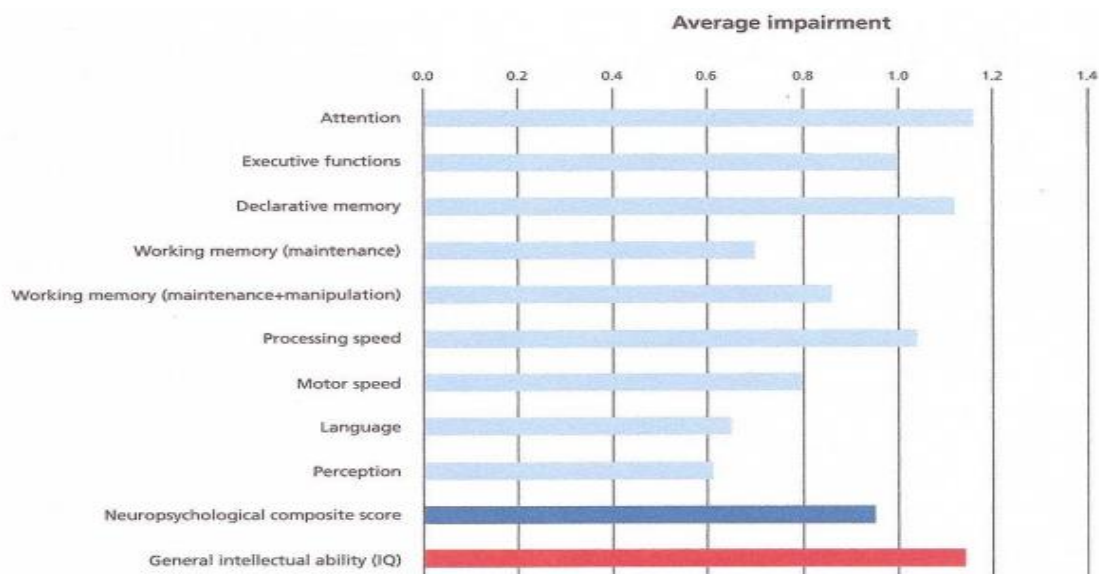
Το έλλειμμα αυτό μεταφράζεται σε δυσκολία στις κοινωνικές σχέσεις και την επικοινωνία, καθώς και σε εκδήλωση στερεότυπων συμπεριφορών (Simard & Turgeon, 2006).

Το παραισθησιακό παραλήρημα και οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι οι συνέπειες του προβλήματος του καταλογισμού των προθέσεων και των συμπερασμάτων των άλλων (Frith, 1994).

Διάφορες πρόσφατες μελέτες κατέδειξαν την ανικανότητα των ασθενών να αναπαριστούν τις προθέσεις και τις πεποιθήσεις που τους παρουσιάζονταν εντός έμμεσης ομιλίας ή σε σενάρια, καθώς και την αδυναμία να κατανοούν το χιούμορ (ειδικά πνευματικά ανέκδοτα).

Ασθενείς με ψευδαισθήσεις δίωξης και αναφοράς, παραισθήσεις, και αρνητικά συμπτώματα που παρουσιάζουν σπανιότητα και ασυνέπεια της ομιλίας είναι σημαντικά πιο δυσλειτουργικοί βάση της «Θεωρίας του Νου» συγκριτικά με ασθενείς με παθητικό ιδεασμό, ασθενείς σε ύφεση, και τους υγιείς συμμετέχοντες των ομάδων ελέγχου (Sarfati, 2000).

Ο Reichenberg (2010), συγκέντρωσε τα γνωστικά ελλείμματα που εκδηλώνονται στη σχιζοφρένεια και πρότεινε ότι από το σύνολο των μελετών που ερεύνησε τα ελλείμματα αυτά ομαδοποιούνται σε ελλείμματα της προσοχής, των επιτελικών λειτουργιών, της δηλωτικής μνήμης, της μνήμης εργασίας, της ταχύτητας επεξεργασίας, της γλώσσας και της αντίληψης, ενώ αναφέρθηκε και στην ελλειμματική γενική νοητική ικανότητα των ασθενών, τα οποία στο σύνολό τους είναι χαρακτηριστικά της έκπτωσης που παρατηρείται στην σχιζοφρένεια (Σχήμα 1.7.1.1).



Πηγή: (Reichenberg, 2010)

Σχήμα 1.6.1.1. Το προφίλ της νευροψυχολογικής απόδοσης στην σχιζοφρένεια. Σύνολο αποτελεσμάτων από μετα-αναλυτικές μελέτες.

Πολλοί ερευνητές συγκαταλέγουν στα νευροψυχολογικά ελλείμματα τις γνωστικές κοινωνικές ικανότητες στις οποίες εμπεριέχουν την αντίληψη, την μετάφραση και την επεξεργασία των κοινωνικών πληροφοριών (Ostrom, 1984) ενώ μία από τις προοπτικές εξέτασής της είναι η «Θεωρία του Νου» των Premack και Woodruff (1978), βάση της οποίας η κοινωνική γνώση ενέχει την ικανότητα να αντιλαμβανόμαστε τα πιστεύω των άλλων, τις σκέψεις και τις προθέσεις με σκοπό την επεξήγηση και την αναμονή των συμπεριφορών τους.

Ακόμα, η λεκτική και μη λεκτική νοημοσύνη ίσως σχετίζεται με την προοπτική της «Θεωρίας του Νου» της κοινωνικής γνώσης (Corcoran et al., 1995). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, οι ασθενείς πρώτου επεισοδίου εμφανίζουν δυσκολίες στο να αποδώσουν προθέσεις σε άλλα άτομα, να προβλέψουν κοινωνικές συνέπειες, να αποσπάσουν κοινά χαρακτηριστικά από διαφορετικά εκφραστικά ερεθίσματα (έκφραση συναισθημάτων στο πρόσωπο των άλλων) και να επεξεργαστούν ερεθίσματα κοινωνικού περιεχομένου (Addington et al., 2006).

### **1.6.2 Νευροψυχολογικά ελλείμματα σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου για εκδήλωση σχιζοφρένειας**

Το σύνολο των γνωστικών ελλειμμάτων που προαναφέρθηκαν, συνήθως εκδηλώνονται ήδη από το πρώτο επεισόδιο της ασθένειας (Hoff et al., 1992) αλλά συχνά προηγούνται της εκδήλωσης της ψύχωσης (David et al., 1997).

Σε αυτό το συμπέρασμα έχει καταλήξει πλήθος ερευνών που έχουν διεξαχθεί με συμμετέχοντες άτομα που δεν έχουν εκδηλώσει την νόσο, αλλά θεωρούνται ως άτομα κλινικά υψηλού ρίσκου για την εκδήλωσή της (Ultra High Risk-UHR), στα οποία έχουν εντοπισθεί ελλείμματα στη χωρική μνήμη εργασίας (Wood et al., 2003), στη λεκτική μάθηση και μνήμη (Hawkins et al., 2004), στην προσοχή (Hambrecht et al., 2002), στις επιτελικές λειτουργίες (Gschwandtner et al., 2006) και την ταχύτητα επεξεργασίας της πληροφορίας (Woodberry et al., 2010).

Επίσης σε μία σειρά μελετών με υγιείς συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με σχιζοφρένεια, βρέθηκε μία ήπια γνωστική εξασθένηση (Lencz et al., 2001), υποδεικνύοντας αφενός την προϋπαρξη των ελλειμμάτων αυτών, πριν την εκδήλωση της νόσου, και αφετέρου τον κληρονομικό χαρακτήρα και το βιολογικό υπόβαθρο τόσο της ασθένειας, όσο και των γνωστικών ελλειμμάτων. Συχνά δε τα ελλείμματα αυτά, θεωρούνται ως σχετικά σταθερά με την πάροδο του χρόνου (Albus et al., 2002) και συνεχίζουν να είναι παρόντα ακόμη και μετά την ύφεση των συμπτωμάτων της ασθένειας (Harvey & Keefe, 2001).

### **1.6.3 Η φύση των νευροψυχολογικών ελλειμμάτων**

Ένας άλλος τομέας που απασχόλησε τους σχετικούς ερευνητές, είναι το γεγονός ότι τα νευροψυχολογικά ελλείμματα αφορούν μια συνολική, γενική νευροψυχολογική έκπτωση και όχι συγκεκριμένη γνωστική δυσλειτουργία (Saykin et al., 1994).

Αυτό το συμπέρασμα ήταν προϊόν μιας εκτενούς διερεύνησης του εάν η γνωστική έκπτωση που παρατηρείται σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, είναι γενικευμένη και καθολική ή συγκεκριμένη σε κάποιες γνωστικές λειτουργίες καθόσον οι έρευνες για τα γνωστικά ελλείμματα δίστανται (Harvey & Sharma, 2002). Βάση αυτής της διάστασης απόψεων βρέθηκε ότι οι ασθενείς πρώτου επεισοδίου αποδίδουν σημαντικά χειρότερα από τους υγιείς συμμετέχοντες των ομάδων ελέγχου σε μετρήσεις δοκιμασιών που αφορούν τις επιτελικές λειτουργίες, τη λεκτική μνήμη, τη χωρική μνήμη και την ταχύτητα συγκέντρωσης, γεγονός

που παραπέμπει περισσότερο στην άποψη του γενικότερου, παρά του επιλεκτικού ελλείμματος (Hoff et al., 1992). Ανάλογα ευρήματα έχουν αναφερθεί και σε ασθενείς που είτε λάμβαναν θεραπεία είτε όχι (Braff et al., 1991).

Αυτή η γενικευμένη κακή απόδοση των ασθενών με σχιζοφρένεια πρώτου επεισοδίου, φαίνεται να παραμένει ακόμη και μετά από πενταετή επανεξέταση (Hoff et al., 1999).

Σε αντίθεση με τα προαναφερθέντα ευρήματα, άλλοι ερευνητές έχουν ταχθεί υπέρ του επιλεκτικού ελλείμματος, το οποίο περιορίζεται μόνο σε ορισμένες γνωστικές λειτουργίες (Heinrichs et al., 1998). Αυτά τα ελλείμματα που αφορούν ασθενείς πρώτου επεισοδίου (Hutton et al., 1998), χρόνιους ασθενείς (Saykin et al., 1991), και υπό φαρμακευτική αγωγή ή όχι, παραμένουν σταθερά μακροχρόνια (Censits et al., 1997).

Μεταξύ αυτών των ερευνών υπάρχουν υποτυπώδεις διαφορές όσον αφορά τον ειδικό γνωστικό τομέα που παρουσιάζει τη μεγαλύτερη έκταση της βλάβης. Οι περισσότερες από αυτές συγκλίνουν στις επιτελικές λειτουργίες (Elliot et al., 1995), τη μνήμη και τη μάθηση (Albus et al., 1997) ή και τα δύο (Cannon et al., 1994).

Η επιλεκτική προσοχή και η αντιληπτική, κινητική επεξεργασία έχουν βρεθεί επίσης να παρουσιάζουν διάφορα ελλείμματα σε ασθενείς με σχιζοφρένεια (Cannon et al., 1994). Σε έρευνά τους οι Heinrichs και Zakzanis (1998) ανέφεραν ότι οι λειτουργίες με τη μεγαλύτερη, σε μέγεθος, διαφορά μεταξύ ασθενών και φυσιολογικών συμμετεχόντων ήταν η λεκτική μνήμη, η παρατεταμένη προσοχή και η λεκτική ευφράδεια.

Οι ασθενείς με ή χωρίς γενικευμένα γνωστικά ελλείμματα παρουσίασαν τη χειρότερη επίδοση στη λεκτική κωδικοποίηση και την ψυχοκινητική ταχύτητα, με τα άτομα που εμφανίζουν γνωστικά ελλείμματα να εμφανίζουν επιπλέον επιλεκτικά ελλείμματα στις γνωστικές λειτουργίες της παρατεταμένης προσοχής και της οπτικής μνήμης (Holthausen et al., 2002).

Παράδειγμα αυτής της διάστασης απόψεων αποτελεί η έρευνα της Riley και των συνεργατών της (2000) σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της έρευνας του Bozikas και των συνεργατών του (2006b). Η Riley et al. (2000), ανέφεραν συγκεκριμένους τομείς ελλειμμάτων σε ασθενείς με πρώτο επεισόδιο ψύχωσης, όπως αυτούς των επιτελικών λειτουργιών, της λεκτικής μάθησης, της μη λεκτικής καθυστερημένης ανάκλησης και της ψυχοκινητικής ταχύτητας, αλλά δεν εντόπισαν το σημαντικό υπόβαθρο που απαιτεί ένα γενικευμένο έλλειμμα. Σε αντίθεση, σε έρευνα του Bozikas και των συνεργατών του (2006b),

βρέθηκε χαμηλή επίδοση στις επιτελικές λειτουργίες, στην αφαιρετική σκέψη, στην οπτικό-χωρική αντίληψη, στη ροή λέξεων και σχεδίων, στη λεκτική και χωρική μνήμη εργασίας, στη λεκτική και χωρική μνήμη και στην προσοχή, αλλά όχι στην ψυχοκινητική ταχύτητα – οπτική σάρωση, ενώ η μέγιστη έκπτωση εντοπίστηκε στις επιτελικές λειτουργίες, στη λεκτική και μη λεκτική μνήμη και στην οπτικό-χωρική αντίληψη.

Επίσης, ενώ ο βαθμός της έκπτωσης ποικίλει, ανάλογα με τον ασθενή, αποκλείστηκε το ενδεχόμενο κάποιος από τους ασθενείς να μην εμφανίσει γνωστική εξασθένηση σε κάποια από τα παραπάνω γνωστικά πεδία (Bozikas και συνεργάτες, 2006b) άρα τα ευρήματα του συγκλείνουν προς την υπόθεση μιας γενικευμένης γνωστικής δυσλειτουργίας. Σε αυτό το αποτέλεσμα φαίνεται να συγκλείνει και το γεγονός ότι το 90% των ασθενών με σχιζοφρένεια τείνει να εμφανίζει έκπτωση σε ένα γνωστικό τομέα και το 75% να εμφανίζει έκπτωση το λιγότερο σε δύο διακριτές μεταξύ τους νευροψυχολογικές δυσλειτουργίες (Palmer et al., 1997).

#### **1.6.4 Συσχέτιση νευροψυχολογικών ελλειμμάτων και συμπτωματολογίας**

Ένας άλλος τομέας της έρευνας για τα γνωστικά ελλείμματα στην σχιζοφρένεια που αποτέλεσε πεδίο διάστασης απόψεων των ερευνητών και παραμένει ένα σημαντικό μέρος της λειτουργικότητας των γνωστικών ελλειμμάτων, είναι το κατά πόσο συσχετίζονται τα γνωστικά ελλείμματα, με τα θετικά, τα αρνητικά, τα καταθλιπτικά και τα αποδιοργανωτικά συμπτώματα που επίσης εμφανίζονται στην ασθένεια.

Κάποιοι ερευνητές αναφέρθηκαν σε συνάφεια των γνωστικών ελλειμμάτων με τα θετικά αλλά και τα αρνητικά συμπτώματα (Goldberg & Weiberger, 1995), χωρίς όμως να προσδιορίσουν το εύρος της συνάφειας αυτής. Η συνάφεια των νευροψυχολογικών ελλειμμάτων με τα κλινικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και την βαρύτητά τους, έχει προσδιοριστεί από αρκετές έρευνες βάσει των οποίων υφίσταται, σαφής σχέση μεταξύ της βαρύτητας των αρνητικών συμπτωμάτων και των επιτελικών λειτουργιών (Keilp et al., 1988), σημαντική σχέση της οπτικό-χωρικής (Carter et al., 1996) και της λεκτικής μνήμης εργασίας (Moritz et al., 2001), με τα αρνητικά συμπτώματα, ενώ έχει εντοπισθεί αρνητική συσχέτιση μεταξύ των αρνητικών συμπτωμάτων και της διατήρησης της ακουστικής και οπτικής προσοχής (Basso et al., 1998) και της κινητικής ταχύτητας (Holthausen et al., 1999).

Σε μία μετά-ανάλυση 70 ερευνών βρέθηκε μικρή αλλά σημαντική συσχέτιση των αρνητικών συμπτωμάτων με τη μακρόχρονη μνήμη, την ελεύθερη ανάκληση, την ανάκληση

με υποδείξεις και την αναγνώριση λεκτικών και μη πληροφοριών και τη μνήμη εργασίας (Aleman et al., 1999).

Ταυτόχρονα, μελέτες σχετικά με τη συσχέτιση των νευροψυχολογικών ελλειμμάτων και τη βελτίωση των κλινικών συμπτωμάτων (Censits et al., 1997), φανέρωσαν ότι η βελτίωση των αρνητικών συμπτωμάτων, συνεπάγεται βελτίωση σε διάφορα γνωστικά πεδία (π.χ. αφαιρετική σκέψη, προσοχή, χωρική μνήμη, γλωσσική επεξεργασία, χωρική αντίληψη, γενικό και λεκτικό δείκτη νοημοσύνης), χωρίς να συμβαίνει το ίδιο και με τα θετικά συμπτώματα ή τα συμπτώματα αποδιοργάνωσης και βέβαια χωρίς αυτό να σημαίνει ότι τα νευροψυχολογικά ελλείμματα προκαλούνται από τον ίδιο “μηχανισμό”, που προκαλεί τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου (Heinrichs & Award, 1993).

Επιπλέον, τα υψηλότερα επίπεδα της γνωστικής ικανότητας, κυρίως σε τομείς που συνδέονται με τις επιτελικές λειτουργίες (δηλαδή η λεκτική ευφράδεια, η προσοχή, και η στρατηγική επίλυσης προβλημάτων), συνήθως συσχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα των αρνητικών συμπτωμάτων, αλλά δεν έχουν σχέση με τη σοβαρότητα των θετικών συμπτωμάτων (Hawkins et al., 1997).

Επίσης τα αρνητικά συμπτώματα (Aleman et al., 1999) και τα οξέα ψυχωσικά επεισόδια τείνουν επίσης να επηρεάζουν την λειτουργία της μνήμης (Hoff et al., 1999). Όμως παρά το γεγονός της συσχέτισης των νευροψυχολογικών ελλειμμάτων με την βαρύτητα των αρνητικών συμπτωμάτων σε διαγνωσμένους ασθενείς (Breier et al., 1991), δεν καταλήγουν όλες οι έρευνες σε αυτό το αποτέλεσμα (Addington et al., 1998), πιθανά διότι αυτή η σχέση δεν είναι ακόμη εμφανής στην πρόδρομη φάση της ασθένειας, αλλά γίνεται πιο έντονη με την εξέλιξή της (Niendam et al., 2006).

Αναφορικά με τα θετικά συμπτώματα και τη συσχέτισή τους με τα γνωστικά ελλείμματα, σε μία άλλη έρευνα βρέθηκε ότι η βελτίωσή τους επιφέρει και αντίστοιχη βελτίωση στις επιτελικές λειτουργίες, την οπτική μνήμη, την ταχύτητα αυτοσυγκέντρωσης και τη γενική γνωστική λειτουργία (Hoff et al., 1999). Παρά το γεγονός ότι τα αρνητικά συμπτώματα έχουν συνδεθεί με ελλείμματα στις γνωστικές ικανότητες και στο λειτουργικό αποτέλεσμα, τα θετικά συμπτώματα, γενικότερα, δεν έχουν συσχετισθεί με ελλείμματα σε κανένα από αυτούς τους τομείς (Breier et al., 1991).



Μια παρόμοια συσχέτιση με τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου εμφανίζουν και τα καταθλιπτικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, αφού φαίνεται να σχετίζονται με τα ελλείμματα που διαπιστώνονται στην επιλεκτική προσοχή, τη σημασιολογική κωδικοποίηση, τη λεκτική ανάκληση και την αναγνώριση (Bribion et al., 1997).

Η προσπάθεια συσχέτισης των γνωστικών ελλειμμάτων με τα συμπτώματα αποδιοργάνωσης που παρατηρούνται στην σχιζοφρένεια, έδειξε ότι το απρόσφορο συναίσθημά, το φτωχό περιεχόμενο του λόγου και η διαταραχή της σκέψης είχαν σχέση με τη λεκτική μνήμη (Norman et al., 1997). Σε μία άλλη μελέτη, όπου η αποδιοργάνωση ορίστηκε ως η αλλόκοτη συμπεριφορά των ασθενών, η διαταραχή της σκέψης και η έλλειψη προσοχής βρέθηκαν να σχετίζονται με μειωμένη προσοχή, εξασθένηση των κινητικών δεξιοτήτων και με προβλήματα στην αντιληπτική λειτουργία των αισθητηρίων οργάνων (Basso et al., 1998).

Η χάλαση των συνειρμών, η εφαπτομενικότητα του λόγου, το επίπεδο ή το απρόσφορο συναίσθημα και η εκκεντρική συμπεριφορά που υποδεικνύουν τα αποδιοργανωτικά συμπτώματα, φάνηκε να σχετίζονται με τις επιτελικές λειτουργίες και την αδυναμία αναστολής ανάρμοστων συμπεριφορών (Moritz et al., 2001).

Η δυσκολία στην αφαιρετική σκέψη, η εννοιολογική αποδιοργάνωση και η φτωχότερη προσοχή, είχαν σχέση με τα ελλείμματα στην οπτικό-χωρική μνήμη εργασίας εν' όψει διασπαστικών ερεθισμάτων, με αδυναμία αναστολής σε έργο λεκτικής ροής, εμμονές και αδυναμία στην κρίση της εγκυρότητας ακόμη και απλών δηλώσεων (Cameron et al., 2002).

Σε ένα ευρύ σύνολο μελετών, το συνολικό επίπεδο γνωστικών λειτουργιών των ασθενών με σχιζοφρένεια, είναι μικρότερο από το αντίστοιχο των υγιών συμμετεχόντων, τουλάχιστον κάτω από μία τυπική απόκλιση, ενώ υπάρχουν αποδείξεις για περαιτέρω μείωσή του (τουλάχιστον για άλλη μια τυπική μονάδα) κατά την έναρξη της ασθένειας και μετά (Goldberg et al., 1993).

Έχει ωστόσο, αναφερθεί ότι η μείωσή του τείνει να σταθεροποιείται εντός ενός έτους από την έναρξη της νόσου (Frith, 1995). Το γεγονός αυτό σε αντιστοιχία με μετρήσεις του πηλίκου νοημοσύνης, παραπέμπει σε ένα επίσης μικρότερο επίπεδο του πηλίκου αυτού στους ασθενείς, κατά την προ-νοσηρή αλλά και κατά την οξεία φάση της ασθένειας (Nelson et al., 1990). Το χαμηλό προ-νοσηρό πηλίκου νοημοσύνης αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου για μία πρώιμη οξεία φάση της ασθένειας και μία βαριά πορεία της, ενώ το αντίθετο φαίνεται να ισχύει για το υψηλό προ-νοσηρό πηλίκου νοημοσύνης (David et al., 1997).

Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι όπως προέκυψε τα γνωστικά ελλείμματα σχετίζονται άμεσα με τη λειτουργικότητα του ασθενούς (Torrey, 2002). Το επίπεδο της γνωστικής δυσλειτουργίας των ασθενών, αλλά κυρίως τα ελλείμματα της μνήμης εργασίας, της εγρήγορσης, της κατηγοριοποίησης, της νοητικής ευελιξίας και της χρήσης ανατροφοδότησης, φαίνονται να σχετίζονται με την καθημερινή λειτουργικότητα των ασθενών (Green et al., 2000). Η εμφάνισή τους δε συσχετίζεται με καλή πρόγνωση βάσει των τρεχουσών αντιψυχωσικών θεραπειών, ενώ έχει αποδειχθεί ότι δεν οφείλονται στην αντιψυχωσική φαρμακευτική αγωγή (Torrey, 2002).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

# ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΕ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

### 2.1 Διαταραχές σκέψης

#### 2.1.1 Σημειολογικές διαταραχές

Οι σημειολογικές διαταραχές της σκέψης καταλαμβάνουν ιδιαίτερα σημαντική θέση στο πλαίσιο της κλινικής ψυχοδιαγνωστικής αξιολόγησης της προσωπικότητας. Όμως το να παρατηρηθεί και να εξηγηθεί επιστημονικά η εσωτερική διαδικασία των σκέψεων του καθενός αποτελεί κάτι πολύπλοκο και δύσκολο. Επίσης όπως αναφέρεται ενδεικτικά στο εγχειρίδιο κλινικής ψυχοπαθολογίας, η λειτουργικότητα της σκέψης στους ασθενείς συνδέεται με την ικανότητά τους στον προφορικό λόγο, αυθόρμητο, προκλητό, ή και γραπτό, δίχως να αποκλείεται το ενδεχόμενο έκφρασής τους στη μιμική του προσώπου τους και την εν γένει έκδηλη συμπεριφορά τους, όπως για παράδειγμα σε καταναγκαστικές τελετουργίες ενδεικτικές ιδεοληψιών, σε συμπεριφορικές εκδηλώσεις ενδεικτικές παραληρητικών ιδεών («παραληρητική συμπεριφορά»), σε συμπεριφορές αποφυγής ενδεικτικές φοβιών και άλλα (Ουλής, 2010).

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία αν και οι διαταραχές της ομιλίας στη σχιζοφρένεια (όπως για παράδειγμα η έλλειψη ειρμού του λόγου) λογίζεται ότι αποτελούν εκδηλώσεις διαταραχής της σκέψης όπως μόλις αναφέρθηκε στην προηγούμενη παράγραφο, μπορούν όμως επίσης να θεωρηθούν ως μια μορφή αφασίας (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000).

Όσον αφορά τέλος στις διαταραχές της σκέψης διαχωρίζονται σε διαταραχές της αλληλουχίας «ροής», της οργάνωσης «δομής» και σε διαταραχές του θεματικού περιεχομένου της. Υπάρχουν 2 είδη σκέψης, η εννοιολογική (σκέψη εννοιών) και η εικονιστική (σκέψη μέσω εικόνων) (Kosslyn & Rosenberg, 2004).

### 2.1.2 Διαταραχές της ροής και δομής της σκέψης

Οι διαταραχές της ροής της σκέψης συνδέονται με τον τρόπο διατύπωσης των ιδεών και της ομιλίας. Ο εξεταστής κατά τη διάρκεια της ψυχοδιαγνωστικής συνέντευξης αντιλαμβάνεται τη διαταραχή από τον τρόπο ομιλίας του ασθενούς, καθώς και από τον τρόπο που γράφει και σχεδιάζει. Υπάρχει επίσης η δυνατότητα εξέτασης της ροής της σκέψης του ασθενούς παρατηρώντας τη συμπεριφορά του, ειδικά όταν εκτελεί συγκεκριμένες ενέργειες, όπως για παράδειγμα κατά τη διάρκεια απασχολησιοθεραπείας. Οι διαταραχές της ροής της σκέψης περιλαμβάνουν την ιδεοφυγή, την ανακοπή της σκέψης, τη διαταραχή της προσοχής, το φτωχό περιεχόμενο της σκέψης, τη μειωμένη ικανότητα αφαιρετικής σκέψης, την εμμονή, τους ιδιοσυγκρασιακούς συνειρμούς, την υπερπεριεκτικότητα και την περιφερικότητα (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000).

Οι διαταραχές της δομής της σκέψης ελέγχονται αντικειμενικά στην γραφή αλλά και προφορική ομιλία των ανθρώπων με σχιζοφρένεια. Οι εν λόγω διαταραχές περιλαμβάνουν χάλαση του συνειρμού, την ασυναρτησία, τον εκτροχιασμό, την κατ'εφαπτομένη ομιλία, την υπερπεριοκτικότητα, τους νεολογισμούς, την ηχολαλία, την ομιλία-σαλάτα και τη βωβότητα. Αν και συνήθως η χάλαση του συνειρμού αντιμετωπίζονταν κάποτε ως παθολογικό σύμπτωμα της ασθένειας, παρατηρείται συχνά και σε ασθενείς που πάσχουν από μανία. Η διάκριση μεταξύ χάλασης του συνειρμού και κατ'εφαπτομένης ομιλίας (τίθεται μια ερώτηση, συνήθως απλή, στον υπό εξέταση άνθρωπο και βλέπουμε ότι η απάντηση στην αρχή αγγίζει το θέμα και στη συνέχεια ο πάσχων απλώνεται σε άλλα θέματα και προοδευτικά απομακρύνεται από το αρχικό) αποτελεί έργο σημαντικής δυσκολίας ακόμα για τους πλέον εξειδικευμένους κλινικούς (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000).

Τόσο στις διαταραχές της ροής όσο και της δομής της σκέψης συμπεριλαμβάνονται πολυάριθμες σημειολογικής σπουδαιότητας διαταραχές (Ουλής, 2010).

Κατά τη φυγή των ιδεών, οι ασθενείς σχηματίζουν σκέψεις με ασυνάρτητο τρόπο και ανεξέλεγκτα. Η έκφραση των σκέψεων στον προφορικό λόγο τους αντιστοιχεί με τη λογορροϊκή ή ταχυφημική ιδεοφυγή, ενώ η παγίδευσή τους στην μη αντικειμενή εσωτερικότητά τους με λογοπενική ιδεοφυγή, που συναντάται στη μανιακή εμβροντησία. Η εγγενής αδυναμία των ασθενών να εκφραστούν λεκτικά στη δεύτερη περίπτωση συνεπάγεται σε πολύ μεγάλα φραστικά κενά στην ομιλία τους, κάνοντας πολύ πιο δύσκολη τη διαφορική διάγνωση της λογοπενικής ιδεοφυγής από τον εκτροχιασμό σκέψης. Φραστικά κενά στην

ομιλία ανθρώπων με σχιζοφρένεια εντοπίζονται και στην περίπτωση της λογορροϊκής ή ταχυφρηνικής ιδεοφυγής. Όμως η «εμβέλεια» τους είναι πολύ μικρότερη, αφού δεν παραλείπονται πολλές εκφράσεις γεγονός που κάνει το λόγο τους πιο κατανοητό. Εξάλλου, η γρήγορη ομιλία των ασθενών καθιστά αφενός ανεξήγητες αυτές τις παραλείψεις και αφετέρου κάνει εύκολη τη διάγνωση της ιδεοφυγής.

Όσον αφορά στην αυτοματική σκέψη ή φρενισμό χαρακτηρίζεται παραπλήσια της ιδεοφυγής. Ο φρενισμός εντοπίζεται στον φρενήρη και διαρκή σχηματισμό και την πολύ γρήγορη διαδοχή εικονιστικών σκέψεων συνήθως πριν τον ύπνο, ειδικότερα όταν ο ασθενής έχει υπερένταση δυσκολεύοντάς τον να κοιμηθεί. Η αναλυτική εξέταση δειγμάτων τέτοιας ροής σκέψεων, γεμάτα σε εικόνες, φανερώνει μεταφορικούς, μετωνυμικούς, ομωνυμικούς και πολυσημικούς μηχανισμούς. Η εμφάνιση αυτοματικής σκέψης προϋποθέτει μειωμένο επίπεδο εγρήγορσης του ατόμου, ελλειμματική προσοχή, και έκπτωση των λειτουργιών της συνείδησής του.

Η περισπασίμη σκέψη έγκεται στα φραστικά άλματα στην ομιλία των ασθενών, τα οποία και αποδίδονται σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Η αιτιακή σχέση των φραστικών αλμάτων «κενών» των ασθενών με τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος διευκολύνει τη διαφορική διάγνωση της περισπασίμης σκέψης, και ως φυσικό επακόλουθο της ομιλίας,

Όπως ειπώθηκε παραπάνω, η λογορροια των ασθενών συνίσταται στην χωρίς έλεγχο και «δυσχερώς ανασχέσιμη ομιλία τους», χωρίς όμως να υπάρχει αντίστοιχη ποικιλία έκφρασης. Συνεπώς, το σημασιολογικό περιεχόμενο της ομιλίας τους είναι «φτωχό», αφού η πλειοψηφία αυτών αποτελούν αναδιατυπώσεις προηγούμενων εκφορών τους, χωρίς καμία ουσιαστική διαφοροποίηση.

Ωσαύτως, στη μακρηγορία ή πλατειασμό λόγου, οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια ομιλούν άνετα εμπλουτίζοντας τη λεκτική έκφραση της σκέψης τους με επιπρόσθετες φράσεις που την ωραιοποιούν, χωρίς όμως να διανθίζουν το σημασιολογικό περιεχόμενό της.

Δεν είναι λίγες εξάλλου οι φορές που η λογορροϊκή ομιλία εντάσσει την καλούμενη ομιλία κατ'ομοιότητα. «Η ομιλία κατ'ομοιότητα συνίσταται στην υποκατάσταση των σχέσεων σημασιολογικής συνάφειας μεταξύ των λεκτικών εκφορών των ασθενών από απλές σχέσεις πολυσημίας, ομωνυμίας ή ομοιοκαταληξίας μεταξύ των λέξεων που τις απαρτίζουν» (Ουλής, 2010).

### Πίνακας 2.1.2.1

#### *Παράδειγμα πολυσημίας και ομωνυμίας ή ομοιοκαταληξίας*

<b>Παράδειγμα πολυσημίας</b>	Δεν κελαηδούσε το πουλί που αγόρασα και το τάισα Viagra
<b>Παράδειγμα ομωνυμίας</b>	Θα ανοίξω λογαριασμό στην Αγία Τράπεζα Πίστewς ή Πειραιώς
<b>Παράδειγμα ομοιοκαταληξίας</b>	Άσε Ουλή τα σάπια, εγώ δεν πίνω χάπια

Πηγή: (Ουλής, 2010)

Τώρα όσον αφορά στην υπερλεπτομερειακή σκέψη και συστοίχως ομιλία, ο σχηματισμός λέξεων είναι αργός, ενώ, όπως έχει ήδη αναφερθεί οι ασθενείς εμφανίζουν δυσκολία στο να διακρίνουν ποιο θέμα είναι σημαντικό και ποιο όχι. Η υπερλεπτομερειακή σκέψη συναντάται σε ασθενείς με νοητική υστέρηση, δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές (επιληψίες) και ιδεοψυχαναγκαστικές προσωπικότητες.

Η στενωμένη σκέψη έγκειται στην πόλωση της λειτουργίας της σκέψης των ασθενών με κάποιο θέμα που θεωρούν σημαντικό. Οι ασθενείς μιλούν αποκλειστικά για το θέμα αυτό, γεγονός που δικαιολογεί τον χαρακτηρισμό της στενωμένης σκέψης ως «μονοθεματικής». Λόγω της εμμονής των ασθενών να μιλάνε για το θέμα που τους απασχολεί η στενωμένη σκέψη καλείται επίσης εμμένουσα σκέψη. Επιπλέον, η στενωμένη σκέψη ως προς το περιεχόμενο της ομιλίας των ασθενών εμφανίζει μία ποικιλία, η οποία όμως χάνει το νόημά της καθώς υπάρχουν συνεχείς επαναλήψεις του ίδιου σημασιολογικού θέματος.

Η διαφορική διάγνωση μεταξύ στενωμένης σκέψης και ιδεομηρυκαστικής σκέψης καταδεικνύεται στην υποκίνηση της δεύτερης, αντίθετα προς την πρώτη, από τις δυσμενείς καταστάσεις που έχουν βιώσει οι ασθενείς. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία και τις τελευταίες έρευνες και μελέτες στενωμένη σκέψη συναντάται συνηθέστερα σε επεισόδια μείζονος κατάθλιψης, ή σε παραληρητική διαταραχή.

Η παθολογική σκέψη και συστοίχως ομιλία απαντάνται στην συγκέντρωση λογικά άκυρων ή ακόμη και αντιφατικών συμπερασμάτων από τους/τις ασθενείς ως προς τις εκάστοτε τιθέμενες προκειμένες.

Πίνακας 2.1.2.2

*Παράδειγμα αντιφατικού και λογικά άκυρου συμπεράσματος*

<b>Παράδειγμα αντιφατικού συμπεράσματος</b>	Την αγαπώ, άρα δεν την αγαπώ
<b>Παράδειγμα λογικά άκυρου συμπεράσματος</b>	Σήμερα βρέχει και κάνει κρύο, άρα Δευτέρα θα έρθει η Δευτέρα Παρουσία.

Πηγή: (Ουλής, 2010)

Από το παραπάνω παράδειγμα γίνεται εμφανής η ομοιότητα μεταξύ της παραλογικής σκέψης και του καλούμενου νοσηρού ορθολογισμού, στις σχιζοφρενικές διαταραχές.

Η ανακοπή της σκέψης και η συνακόλουθη αδυναμία ομιλίας του ασθενούς έχει να κάνει με την παύση συσχέτισης, προσωρινής ή μη, της σκέψης με την ομιλία ή ακόμα και δύο συστατικών της ίδιας σκέψης. Ο ασθενής την αντιλαμβάνεται κατά την εκδήλωση της πάθησης ως ολοκληρωτική αδυναμία (απουσία) σκέψεων, την περιγράφουν συνήθως ως «σταμάτημα του μυαλού», χαρακτηριστικές φράσεις: «κόλλησε το μυαλό μου», «σταμάτησε το μυαλό μου» κ.ο.κ.. Γεγονός είναι ότι προσωρινή ανακοπή σκέψης είναι πιθανό να αντιμετωπίσει ο οποιοσδήποτε, ιδιαίτερα σε συνθήκες έντονου κάματος, ελάχιστου ύπνου και άλλων παρόμοιων καταστάσεων. Η εκδήλωση διαρκεί κάποια δευτερόλεπτα της ώρας. Συχνά, ο ασθενής κρατά στη μνήμη του την τελευταία σκέψη που έκανε πριν εκδηλωθεί η κρίση ανακοπής της σκέψης, χωρίς όμως αυτό να θεωρείται δεδομένο, αφού άλλοτε παρουσιάζουν πλήρες κενό στη μνήμη τους εκδηλώνοντας αμηχανία. Σε αυτήν την περίπτωση παραμένουν σιωπηλοί- αδρανείς, αλλά σε πολύ χαμηλό ποσοστό απευθύνονται στη βοήθεια των ειδικών. Η συχνή πραγματοποίηση ανακοπών σκέψης δεν βοηθά στην ολοκλήρωση της συνεδρίας. Είναι ανάγκη να διαγνωστούν και να διαχωριστούν (διαφοροδιάγνωση) οι επικρατέστερες αιτίες της ανακοπής σκέψης από συνεχείς επιληπτικές κρίσεις petit mal. Στις επιληπτικές κρίσεις ο ασθενής αντιμετωπίζουν «θόλωση» της συνείδησης/επίγνωσης πράξεων, στοιχείο που εκλείπει στην ανακοπή σκέψεων των σχιζοφρενικών διαταραχών.

Στον εκτροχιασμό σκέψης, οι ασθενείς εκδηλώνουν συμπτώματα όπως είναι η κατάλυση της σημασιολογικής ροής μεταξύ διαδοχικών σκέψεων ή ακόμη και κατάλυση της σημασιολογικής συνοχής συστατικών μίας και της αυτής σκέψης. Οι ασθενείς δεν αντιλαμβάνονται την κατάσταση αυτή, καθώς η σκέψη τους είναι ασυνάρτητη και παρεκκλίνουσα. Οι εξεταστές με τη σειρά τους βιώνουν δυσκολίες στο να κατανοήσουν τα προβλήματα των ασθενών. Βασικοί μηχανισμοί εκτροχιασμένης και ασυνάρτητης σκέψης, που συνήθως συναντάται στις σχιζοφρενικές διαταραχές, είναι μεταφορικοί, μετωνυμικοί, ομωνυμικοί ή πολυσημικοί. Γίνεται κατανοητό λοιπόν πως η σωστή και αποτελεσματική ακρόαση ασθενών με εκτροχιασμένη ή ασυνάρτητη σκέψη, προϋποθέτει εξειδικευμένους εξεταστές με γνώση των σύγχρονων θεραπευτικών μεθόδων. Σχετικά προς τον κύριο παθοφυσιολογικό μηχανισμό των διαταραχών της οργάνωσης της σκέψης, η πιο διαδεδομένη και με βάση της επιστημονική έρευνα τεκμηριωμένη άποψη έγκειται στη μη λειτουργική κάμψη του συστήματος της «μνήμης εργασίας» των ασθενών, μέσω της οποίας αποτελούνται χρονικά η ομιλία και η σκέψη τους. «Επίσης, κάμψη της λειτουργίας της προσοχής των ανθρώπων με σχιζοφρένεια, όπως έχει ενδεικτικά αναφέρει ο Eugen Bleuler, και/ή διαταραχές της σημασιολογικής μνήμης τους ενδέχεται να υπεισέρχονται στους μηχανισμούς πρόκλησης της διαταραχής οργάνωσης της σκέψης τους (Elverag & Wenberger, 2001)».

Τέλος, η πτωχική σκέψη ή ιδεοπενία συνίσταται σε αργό σχηματισμό σκέψεων με φτωχή θεματολογία. Η λεκτική της έκφραση ισοδυναμεί με την φτωχή ομιλία ως προς την ποσότητα των λέξεων. Υπάρχει όμως η πιθανότητα η ποικιλία των λέξεων να συνοδεύεται από ελλειψη θεματικού περιεχομένου. Η ιδεοπενία χαρακτηρίζει ασθενείς με αυξημένη ψυχοκινητική εβράδυνση και ελλειμματικές γνωστικές λειτουργίες, στην πλειονότητα υπολειμματικούς σχιζοφρενικούς και ανοϊκούς ασθενείς.

### **2.1.3 Διαταραχές περιεχομένου της σκέψης**

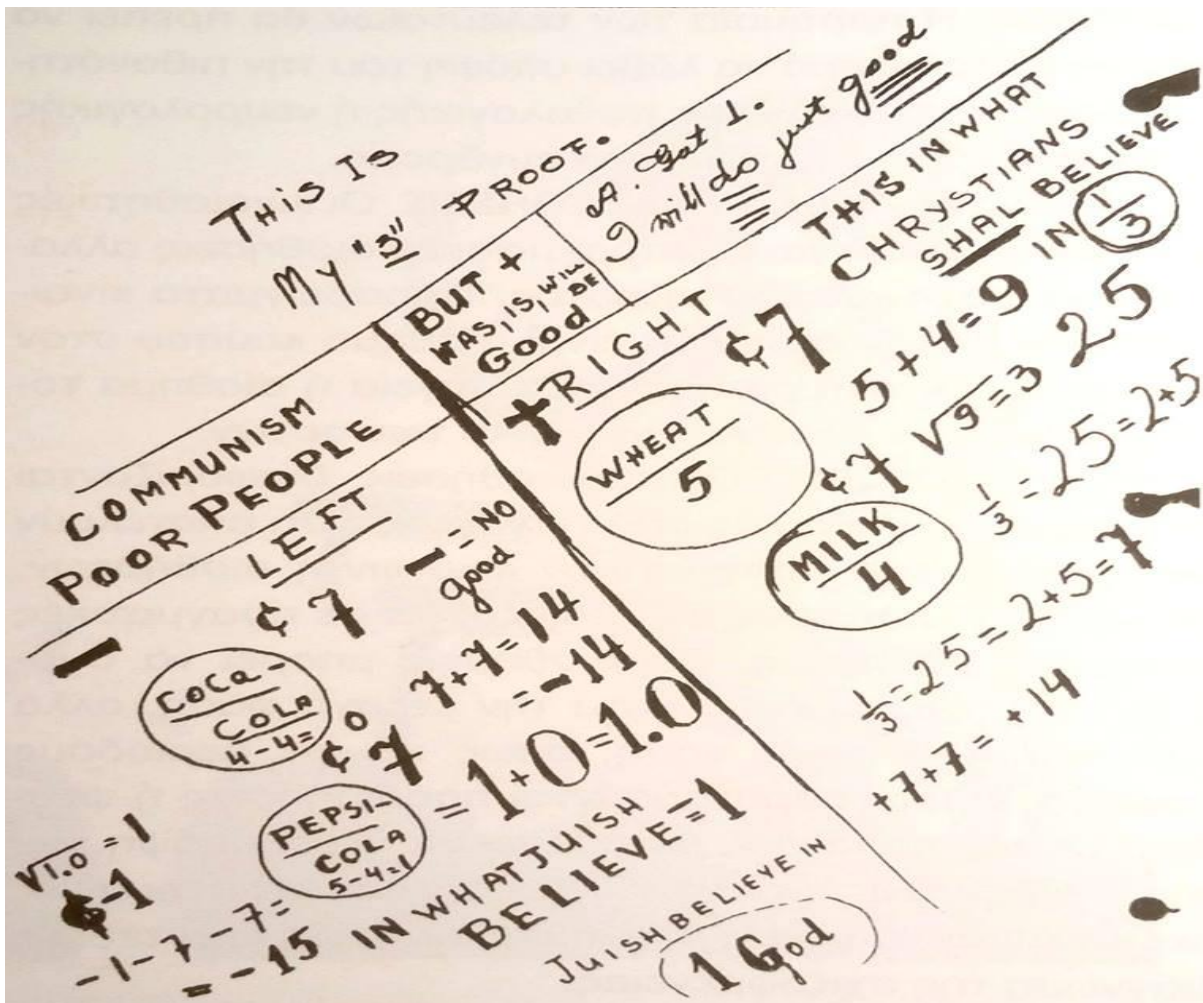
Οι διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης αντανακλούν τις ιδέες, πεποιθήσεις και ερμηνείες των ερεθισμάτων από τον ασθενή. Τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα διαταραχών του περιεχομένου της σκέψης είναι οι παραληρητικές ιδέες. Οι παραληρητικές ιδέες στη σχιζοφρένεια εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία. Μπορεί να είναι διωκτικές, μεγαλομανιακές, θρησκευτικές ή και υποχονδριακές.

Ο ασθενής μπορεί να πιστεύει ότι κάποια οντότητα, κάπου έξω από αυτόν, ελέγχει τις σκέψεις του ή τη συμπεριφορά του ή αντίθετα, ότι αυτός ελέγχει τα φαινόμενα με κάποιο



υπερφυσικό τρόπο (για παράδειγμα ότι προκαλεί την ανατολή ή τη δύση του ηλίου ή αποτρέπει σεισμούς) (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000).

Ο ασθενής μπορεί επιπλέον να παρουσιάζει έντονη και συνεχή ενασχόληση με αφηρημένες, συμβολικές, ψυχολογικές ιδέες (Σχήμα 2.2.3.1). Μπορεί επίσης να ενδιαφέρεται για δήθεν απειλητικές για τη ζωή του εξωπραγματικές και απίθανες σωματικές αιτιάσεις, όπως για παράδειγμα ότι υπάρχουν εξωγήινοι μέσα στους όρχεις του, που επηρεάζουν την ικανότητά του να αποκτήσει παιδιά.



Πηγή: (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000)

Σχήμα 2.1.3.1. Σχήμα ενός ασθενούς με σχιζοφρένεια, όπου απεικονίζονται η διασπασμένη, αφηρημένη και υπερπεριεκτική σκέψη του, όπως και η υπεραπασχόλησή του με θρησκευτικές ιδέες και μαθηματικές αποδείξεις.

Ο όρος «απώλεια των ορίων του Εγώ» περιγράφει σαφούς αίσθησης των ορίων του σώματος, του νου και της επίδρασης του ασθενούς, σε σχέση με αυτά των έμψυχων ή άψυχων όντων στο περιβάλλον του. Για παράδειγμα, ο ασθενής μπορεί να πιστεύει ότι οι άλλοι γύρω του, η τηλεόραση, κι οι εφημερίδες αναφέρονται σε αυτόν (ιδέες αναφοράς). Άλλα συμπτώματα απώλειας των ορίων του Εγώ είναι η αίσθηση ότι ο ασθενής έχει συγχωνευθεί σωματικά με ένα αντικείμενο του εξωτερικού κόσμου όπως ένα δέντρο ή ένα άλλο άτομο, ή ότι έχει ο ίδιος αποσυνδεθεί και συγχωνευθεί με ολόκληρο το σύμπαν.

Στα πλαίσια αυτής της νοητικής κατάστασης, κάποιοι πάσχοντες από σχιζοφρένεια αμφιβάλλουν για το φύλο τους ή το σεξουαλικό προσανατολισμό τους. Αυτά τα συμπτώματα δεν πρέπει να συγχέονται με μετενδυσία ή την ομοφυλοφυλία.

Μια πολύ ενδιαφέρουσα ανάλυση όσον αφορά τις παραληρητικές ιδέες είναι αυτή του Karl Jaspers (1948, 1963). Σύμφωνα με το Karl Jaspers (1948, 1963), οι παραληρητικές ιδέες χαρακτηρίζονται από τα ακόλουθα τρία θεμελιώδη γνωρίσματα (Ουλής, 2010):

1. Την αδιάσειστη υποκειμενική βεβαιότητα των ασθενών περί της εγκυρότητάς τους.
2. Τη μη επηρεασιμότητά τους από έλλογα αντεπιχειρήματα ή από αναιρετική, της εγκυρότητάς τους εμπειρική μαρτυρία.
3. Την παντελή σφαλερότητα ή αδυνατότητά τους.

Η εν λόγω «αδυνατότητά» τους είναι σημασιολογικά ισοδύναμη προς το «αλλόκοτο» ή παντελώς «φανταστικό» θεματικό τους περιεχόμενο.

Η ανάλυση του Jaspers όμως χαρακτηρίστηκε ως προβληματική. Μολονότι τα δύο πρώτα γνωρίσματα συνιστούν αναγκαίες συνθήκες για τη διάγνωση των παραληρητικών ιδεών, τουλάχιστον στο αποκορύφωμα της διατήρησής τους από τους ασθενείς, εντούτοις το τρίτο δεν συνιστά αναγκαία συνθήκη.

## **2.2 Η δομή, οργάνωση και χρήση της γλώσσας στους ασθενείς με σχιζοφρένεια**

### **2.2.1 Μορφολογία και σύνταξη**

Η γλώσσα, είναι ένα φαινόμενο δομημένο σε πολλά επίπεδα, στα πλαίσια του οποίου σημαντικές διαδικασίες δρουν ταυτόχρονα, και ανεξάρτητα αλλά σταθερά αλληλοεπιδρούν

μεταξύ τους (Neuriger, 1982). Οι παραπάνω διαδικασίες, λαμβάνονται ως αυτόνομα, ταυτόχρονα όμως και αλληλοεπιδρώμενα μεταξύ τους συστήματα (Burrows, Norman, & Rubinstein, 1986).

Διακρίνονται στο λεκτικό, το σημασιολογικό, το συντακτικό και το πραγματικό σύστημα. Εξετάζοντάς τα τόσο από μια ψυχολογική όσο και από μια νευρογλωσσική προοπτική, στα πλαίσια του λόγου φυσιολογικών ατόμων και ασθενών με σχιζοφρένεια, γίνεται προσπάθεια ώστε να διαπιστωθεί αν υπάρχουν αλλαγές στη γλώσσα των δευτέρων, θεωρώντας τα παραπάνω συστήματα ως το πλαίσιο αναφοράς. Με τον τρόπο αυτό, βγαίνει το συμπέρασμα για το αν υπάρχει σύνδεση ανάμεσα στη δομή της γλώσσας και την εγκεφαλική δυσλειτουργία των ασθενών με σχιζοφρένεια.

Αρχικά, δίνεται βάση στα βασικά χαρακτηριστικά της γλώσσας των φυσιολογικών ατόμων σε καθένα από τα συστήματα που προαναφέρθηκαν.

### **2.2.2 Λεκτικό σύστημα**

Στο λεκτικό σύστημα περιλαμβάνονται δύο κατηγορίες λέξεων, οι λέξεις περιεχομένου, που μεταφέρουν τις πληροφορίες για τον κόσμο (ουσιαστικά, ρήματα, επίθετα) και οι λειτουργικές λέξεις, που καθορίζουν τις σχέσεις των λέξεων περιεχομένου (σύνδεσμοι, προθέσεις), αποτελούν κατά κάποιο τρόπο τους συνδετικούς μηχανισμούς τους.

Άτομα που χαρακτηρίζονται από βλάβη στην περιοχή του Wernicke (είναι μέρος του εγκεφάλου που αποτελεί κομμάτι του φλοιού, στον οπίσθιο τομέα της άνω κροταφικής έλικας, η οποία περιβάλλει τον ακουστικό φλοιό, πάνω στη σχισμή του Σύλβιους), αντιμετωπίζουν δυσκολία με τις λέξεις περιεχομένου και την κατηγοριοποίησή τους. Οι λεκτικές κατασκευές τους είναι γεμάτες λάθη. Μπορεί από την απλή αντικατάσταση ενός φωνήματος, να φτάσουν στη δημιουργία λέξεων, που στην πραγματικότητα δεν έχουν καμία σχέση με το λεκτικό στόχο τους (νεολογισμός). Αντίθετα, τα άτομα με βλάβη στην περιοχή του Broca (περιοχή όπου εδράζεται το κινητικό κέντρο του λόγου και είναι υπεύθυνη για τον έλεγχο των μυών της ομιλίας), εκφράζονται με πιο πλούσιο και οργανωμένο τρόπο, χρησιμοποιούν λέξεις περιεχομένου, συχνά όμως παραλείπουν εντελώς τις λειτουργικές λέξεις στην ομιλία τους.

Ο Kraepelin (1906), όρισε τις έννοιες της παραφασίας και του νεολογισμού, οι οποίες παρατηρήθηκαν στην ομιλία των σχιζοφρενών ασθενών του. Οι παραφασίες ξεκινούν από

μια απλή μετατροπή και καταλήγουν σε αλλαγή ή μερική συγχώνευση λέξεων καθημερινής χρήση.

Οι Νεολογισμοί είναι νέες ακατανόητες λέξεις, που θεωρήθηκαν ως μια σοβαρότερη μορφή παραφασίας. Η υπερβολική χρήση των παραφασιών και των νεολογισμών, έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή ενός μη συνεκτικού λόγου, απόλυτα ακατανόητου και ασυνάρτητου.

Αργότερα ο Bleuler (1911), όρισε τις παραφασίες ως ενωμένες λέξεις, με διαφορετική χρήση η καθεμιά όπως για παράδειγμα λυπημόνος, για τις λέξεις λυπημένος και μόνος. Αναφερόμενος στους νεολογισμούς, μίλησε για επιλογή σωστής βάσης για τη διατύπωση μιας λέξης, που όμως της δίνεται λάθος νόημα, επειδή χρησιμοποιούνται λάθος καταλήξεις, σύνδεσμοι κ.λ.π.

Οι παραφασίες και οι νεολογισμοί που ορίζονται ως παραγραμματισμοί, αποτελούν για τον Bleuler (1911) υψηλά διαγνωστικά κριτήρια, ειδικά όταν χρησιμοποιούνται για να εκφράσουν μια σημαντική πλευρά των σκέψεων του ασθενή με σχιζοφρένεια.

Πορίσματα ερευνών και πειραμάτων που έγιναν πάνω στη δομή της γλώσσας των ασθενών με σχιζοφρένεια, έδειξαν σε αντίθεση με τα παραπάνω (χωρίς ταυτόχρονα να τα αναιρούν), ότι οι παραφασίες και οι νεολογισμοί στο λόγο των ασθενών με σχιζοφρένεια, είναι σχετικά αραιά σε συχνότητα. Το γεγονός αυτό ερμηνεύεται από το γεγονός ότι η επίδραση της αντιψυχωσικής (προληπτικής και θεραπευτικής) θεραπείας που ακολουθούν οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια συμβάλλει στη μείωση της συχνότητας των λεκτικών λαθών.

### **2.2.3 Σημασιολογικό σύστημα**

Το σημασιολογικό σύστημα, αποτελεί τη λιγότερο κατανοητή και ταυτόχρονα αντιφατική πλευρά της γλώσσας, καθώς υπηρετείται από όλα τα άλλα συστήματα, αφενός την κατανόηση των λεκτικών και συντακτικών πληροφοριών μια πρότασης, αφετέρου την ολοκλήρωση αυτών των πληροφοριών σε μια ενοποιημένη σημασιολογική αναπαράσταση.

Βλάβη στην περιοχή του Wernicke, έχει ως αποτέλεσμα να μην τηρούνται από το άτομο οι κανόνες που η λογική επιβάλλει, ενώ χαρακτηριστικά, γίνεται μια μεταποιημένη χρήση της μεταφοράς (Weinsten, 1981), γεγονός που αποτελεί ένδειξη της σημασιολογικής δυσλειτουργίας.

Υπάρχει κάποιος προβληματισμός πάνω στο αν η διαταραχή στη σημασιολογία θεωρείται γλωσσική ή όχι. Κι αυτό, διότι παραδείγματα λεκτικής έκφρασης των παραισθήσεων των σχιζοφρενών θεωρούνται ως μη γλωσσικά, για το λόγο ότι οφείλονται σε διαταραχές της αντίληψης και όχι της γλώσσας. Μπορεί παρόλα αυτά να παρατηρηθούν οι εξής κατηγορίες διαταραχών σκέψης και αποδιοργανωμένου λόγου (Andreasen. 1986):

- Εκτροχιασμός: Ιδέες που ξεφεύγουν από το νόημα και το στόχο τους και συνδέονται με άλλες που έχουν μικρή ή καμία σχέση.
- Ασυναρτησία: Ακατανόητος κάποιες φορές τρόπος ομιλίας.
- Παραλογισμός: Συμπεράσματα που δεν ακολουθούν καμία λογική πορεία.
- Συμπερασματικότητα: Λόγος που δεν είναι αρκετά άμεσος και δυσκολεύεται να φτάσει το στόχο του.
- Απώλεια του στόχου: Αποτυχία να ακολουθηθεί μια αλυσιδωτή πορεία στη σκέψη.

Η συχνότητα των παραπάνω χαρακτηριστικών είναι μεγάλη τόσο σε άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια όσο κι από μανία.

Επίσης όσον αφορά στον εκτροχιασμό της σκέψης ή τον γνωστό στη σχιζοφρένεια «ασυνάρτητο λόγο», ο ασθενής πραγματοποιεί σημασιολογικές μετατοπίσεις στα θέματα για τα οποία μιλάει, οι οποίες κυμαίνονται από προοδευτικές έως και αλματώδεις. Όταν, δηλαδή, ο εκτροχιασμός είναι ήπιος και πιο δυσδιάκριτος, τότε μιλάμε για σχιζοταξική ομιλία. Αντίθετα, όταν αυτός είναι αλματώδης και διαρκής δυσκολεύοντας την κατανόηση από τον ακροατή / εξεταστή, τότε γίνεται λόγος για σχιζοφασία. Όταν δε, παρατηρείται εκτροχιασμός ανάμεσα σε δύο δηλωτικές φράσεις, οι οποίες ενώνονται με αιτιολογικούς συνδέσμους, κατάσταση κατά την οποία η δικαιολόγηση ισχυρισμών γίνεται με βάση άλλους (π.χ. «είμαι αθάνατος επειδή κάνει ζέστη», «θέλουν να με σκοτώσουν διότι απεργούν οι υπάλληλοι της τοπικής αυτοδιοίκησης» ή «είμαι προφήτης γιατί έφαγα φασόλια»), τότε το φαινόμενο αυτό καλείται νοσηρός ορθολογισμός (rationalism morbide) (Ουλής, 2010).

Ο εκτροχιασμός και η ασυναρτησία, με τη ρήξη των σημασιολογικών συνδέσμων μεταξύ των σκέψεων διαδοχής, αποτελεί σίγουρα αντανάκλαση διαταραχής της σκέψης και οι επικρατέστερες επεξηγηματικές υποθέσεις θέλουν αιτιολογικό παράγοντα τη δυσλειτουργική κάμψη του συστήματος της μνήμης εργασίας, της σημασιολογικής μνήμης αλλά και της προσοχής των ασθενών με σχιζοφρένεια.

Η υπόθεση ότι η διαταραχή του σχηματισμού της σκέψης και κατ'επέκταση της αντίστοιχης διαταραχής στον λόγο υποστηρίζεται από ποικίλες πρόσφατες μελέτες: Οι Doherty et al. το 2006, μελέτησαν 39 ασθενείς με τη χρήση νευροψυχολογικών δοκιμασιών και θεώρησαν τη διαταραχή του λόγου τους συνέπεια των διαταραχών στην προσοχή και στην ικανότητα σχηματισμού αιτιολογικών συνδέσμων.

Οι Woods et al. (2007), σε μελέτη 22 νοσηλευόμενων ασθενών βρήκαν υπολειπόμενες τις ικανότητες γρήγορης ανάκλησης ουσιαστικών και ρημάτων. Ακόμη, οι Marini et al. (2008), μελέτησαν τον διαταραγμένο λόγο 29 ασθενών σε φάση σταθεροποίησης, δοκιμάζοντας τον αφηγηματικό τους λόγο και εκτιμώντας παράλληλα τις γνωστικές τους λειτουργίες μέσω νευροψυχολογικών δοκιμασιών και στα αποτελέσματα τους βρήκαν πως οι διαταραχές του λόγου τους σχετίζονται με διαταραχές της προσοχής, του σχεδιασμού, της ταξινόμησης και της λογικής αλληλουχίας.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι ο εκτροχιασμός της ομιλίας που παρατηρείται στη σχιζοφρένεια, συγγέεται συχνά με την λεγόμενη “παρατακτική ομιλία υπό πίεση” που εμφανίζεται στην μανία, αλλά η διαφοροδιάγνωση τους βασίζεται στην διαφορά του ρυθμού και της ταχύτητας της ομιλίας, τα οποία είναι κανονικά ή ελαφρώς επιβραδυμένα στην σχιζοφρένεια, ενώ στην μανία πραγματοποιούνται με μεγαλύτερη ταχύτητα.

Ένα ακόμη χαρακτηριστικό του λόγου στην σχιζοφρένεια, παρεμφερές στον εκτροχιασμό της ομιλίας, είναι ο εφαιτομενικός λόγος. Σε αυτήν την περίπτωση, ο προφορικός λόγος εκφέρεται ως απάντηση σε ερώτηση του εξεταστή, η οποία αρχικά είναι συναφής αλλά απομακρύνεται στη συνέχεια θεαματικά από το αρχικό θέμα της.

Στη σχιζοφρένεια, η κατάλυση της σημασιολογικής συνάφειας του λόγου είναι αντιπροσωπευτική της κατάρρευσης της ικανότητας σχεδιασμού, σε αντίθεση με τη μανία για παράδειγμα, η οποία υφίσταται παρόμοια σημασιολογική ασυνάφεια αλλά λόγω ταυτόχρονης εκπόνησης σχεδίων της ομιλίας από τους ασθενείς (Hoffman et al., 1986).

Από την άλλη πλευρά, το περιεχόμενο του λόγου των ασθενών με σχιζοφρένεια, πολλές φορές πλήττεται σημασιολογικά, οφειλόμενο όμως σε διαταραχές της σκέψης. Επιπρόσθετα, μερικοί ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορεί να έχουν περιορισμένο λόγο ή ακόμη και πλούσιο σε ποσότητα, ωστόσο φτωχό σε περιεχόμενο και θεματολογία, κάτι που οφείλεται σε ιδεοπενία.

#### **2.2.4 Συντακτικό σύστημα**

Η σύνταξη είναι ο βασικός παράγοντας που δρα κατά τη λειτουργία του παραπάνω συστήματος. Είναι το μέσο για τις σαφείς συνδέσεις μεταξύ των εννοιών, ιδεών και προτάσεων. Ρόλος της σύνταξης είναι να ορίζει σχέσεις, όπως αυτές μεταξύ εξαρτημένων και ανεξάρτητων προτάσεων, ή μεταξύ υποκειμένων και αντικειμένων. Η απουσία του πλαισίου σύνταξης, έχει ως αποτέλεσμα την έκφραση απλών προτάσεων και ιδεών, γεγονός που καθιστά την ύπαρξη ανάμεσα στις ιδέες αδύνατη.

Όσον αφορά στη συντακτική λειτουργία της γλώσσας, διαπιστώνεται βλάβη στην περιοχή του Broca, προκαλεί αφασία, λόγο με απουσία λειτουργικών λέξεων, απλό σε δομή, τηλεγραφικό και με συχνές διακοπές. Αντίθετα, βλάβη στην περιοχή του Wernicke δεν επηρεάζει το λόγο, που περιέχει λειτουργικές λέξεις, είναι πολύπλοκος στη δομή του και σωστός από άποψη συντακτική.

Όσον αφορά στη λειτουργία του συντακτικού συστήματος στη γλώσσα των σχιζοφρενών ασθενών, ο Kraepelin (1871), διαπίστωσε την παρουσία διαταραχών στη δομή των προτάσεων και τηλεγραφικό λόγο. Ο Kleist αργότερα, περιέγραψε δύο μοντέλα σύνταξης, τον αγραμματισμό όπου παραλείπονται οι λειτουργικές λέξεις και διατυπώνονται απλές προτάσεις και τον παραγραμματισμό, την παρουσία δηλαδή νεολογισμών και παραφρασιών, μεγάλων, σύνθετων και μισοτελειωμένων προτάσεων. Υπάρχει επιπλέον μια έντονη έλλειψη συνοχής των σκέψεων των ασθενών και ο λόγος είναι εκτροχιασμένος.

Στο ζήτημα του συντακτικού ζητήματος υπάρχει όμως μια σημαντική αντίθεση. Ο Bleuler υποστήριξε ότι η γλωσσολογική σύγχυση πρέπει να διαχωριστεί από τη σύγχυση της αντίληψης, ενώ μεταγενέστερες έρευνες απέδειξαν ότι η συντακτική διαδικασία παραμένει ανεπηρέαστη στην περίπτωση της σχιζοφρένειας. Το βέβαιο πάντως είναι ότι η φτώχεια στο σχήμα του λόγου που παρατηρείται στους ασθενείς με σχιζοφρένεια, οφείλεται στη συγκεκριμένη διαταραχή και όχι στην επίδραση των φαρμάκων, της κοινωνικής τάξης, ή του βαθμού ευφυΐας τους.

#### **2.2.5 Πραγματικό σύστημα**

Αφορά την πρακτική και επικοινωνιακή πλευρά της γλώσσας, τους νόμους και τους περιορισμούς της. Επικεντρώνεται στο βαθμό που ο λόγος του ομιλητή γίνεται κατανοητός από τον ακροατή, στο βαθμό δηλαδή που ο λόγος του, χαρακτηρίζεται από εσωτερική

συνεκτικότητα και περιέχει ένα επαρκές σύστημα αναφοράς (Ζιάκη, 2015). Άτομα με βλάβη στην περιοχή Wernicke, αγνοούν τους περιορισμούς στην επικοινωνία και μπορεί να εκφράζονται με τρόπους, που συχνά δεν γίνονται κατανοητοί από τους ακροατές.

Η περιγραφή του τρόπου λειτουργίας των παραπάνω συστημάτων στα πλαίσια της ομιλίας των ασθενών με σχιζοφρένεια, δίνει μια ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα εικόνα των επιδράσεων της σχιζοφρένειας, στη γλώσσα. Οι παρατηρήσεις πάνω στη λειτουργία των γλωσσικών συστημάτων, διευκρινίζει ορισμένα στοιχεία, πάνω στη σχέση της δομής της γλώσσας και των νευροχημικών αλλαγών που συνοδεύουν τη σχιζοφρένεια.

Στο επίπεδο του πραγματικού συστήματος, παρατηρείται ότι στους ανθρώπους με σχιζοφρένεια υπάρχει μικρότερη συνοχή του λόγου από ότι στους φυσιολογικούς, ενώ ταυτόχρονα υπάρχει και διαφορά στη δομή των προτάσεών τους. Σύμφωνα με τον DeLisi (2001), οι ασθενείς με σχιζοφρένεια αντιμετωπίζουν μεγάλο βαθμό δυσκολία στην έκφραση και κατανόηση του λόγου, καθώς επίσης και στην τήρηση των κανόνων μιας συνομιλίας.

Επίσης, στη σχιζοφρένεια προκύπτουν διαταραχές στην πραγματολογική, επικοινωνιακή χρήση του λόγου καθώς ο ασθενής δυσκολεύεται να κατανοήσει παροιμίες, μεταφορές, τον σαρκασμό και την ειρωνεία, το χιούμορ, ιδιωματισμούς, έμμεσα αιτήματα, καθώς επίσης και την συναισθηματική χροιά του λόγου (Mitchell & Crow, 2005).

Αυτό συμβαίνει διότι σύμφωνα με μελέτες, σε ψυχώσεις όπως η σχιζοφρένεια και η μανία υπάρχουν ελλείμματα στη συνοχή και τη συνεκτικότητα του λόγου, κάτι που στην περίπτωση της σχιζοφρένειας φαίνεται ως φτωχός λόγος με πολλά εκφραστικά λάθη σε επίπεδο νεολογισμών, σε αντίθεση με τη μανία όπου χρησιμοποιούνται πομπώδεις λέξεις αλλά γίνεται λανθασμένη χρήση τους κατά συγκυρία (Doherty et al. 1996).

Η συνεκτικότητα στον σχιζοφρενικό λόγο εξετάστηκε με έναν πολύ παραστατικό τρόπο από τους Hoffman et al. (1986), βασισμένος στα δέντρα συνεκτικότητας (Tree diagrams) του Deese (1978, 1984), σύμφωνα με τα οποία ένα δείγμα λόγου μπορεί να διαχωριστεί και αναπαρασταθεί σε θεματικές προτάσεις οι οποίες σχηματοποιούνται σε ένα διάγραμμα με τη μορφή δέντρου.

Οι σύνδεσμοι μεταξύ των θεματικών στο δέντρο δεν σημαίνουν μόνο ότι αυτές σχετίζονται μεταξύ τους αλλά και ότι η θεματική που βρίσκεται στο κατώτερο επίπεδο συνδέεται άρρηκτα και έχει πραγματική σχέση με κάθε έναν από τους πάνω συνδέσμους. Οι



Hoffman et al. λοιπόν, χρησιμοποίησαν το διάγραμμα αυτό σε ασθενείς με μανία και σχιζοφρένεια και διαπίστωσαν ότι οι δεύτεροι είχαν μια συνολική διαταραχή στο επίπεδο της δομής και σε αυτό της ικανότητας προγραμματισμού.



Πηγή: (Gukhool, 1985)

Σχήμα 2.2.5.1. Απεικόνιση φυσιολογικής λειτουργίας του εγκεφάλου. Οι ατομικές λειτουργίες έχουν συνοχή και η καθεμία επηρεάζει τις άλλες. Αυτός είναι ο λόγος που μια καταθλιπτική διάθεση μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της θέλησης, απαισιόδοξες σκέψεις, περιορισμένες δραστηριότητες και ατονία λόγου.



Πηγή: (Gukhool, 1985)

Σχήμα 2.2.5.2. «Το θρυμματισμένο πιάτο». Απεικόνιση της σχιζοφρένειας. Πλήρης αποδιοργάνωση, ενώ οι δραστηριότητες ενός μέρους δεν επηρεάζουν τις άλλες.

Οι Marini et al. (2008) βρήκαν πως ενώ η παραγωγή εκφράσεων από μέρους των ασθενών μπορεί να είναι πολυπληθής, εντούτοις υστερούν στο περιεχόμενο ενώ αμφίσημοι όροι προκαλούν ασάφεια και διαφορούμενα νοήματα στις επικοινωνιακές τους συνδιαλλαγές.

Αν για παράδειγμα ένας διευθυντής πει στην γραμματέα του ότι η επιστολή που του έδωσε έχει πολλά λάθη, ένα υγιές άτομο αντιλαμβάνεται το έμμεσο αίτημα του διευθυντή να την ξαναγράψει κάτι που ένας άνθρωπος με σχιζοφρένεια αδυνατεί να κάνει (Cutting & Murphy, 1988).

Σε ένα δεύτερο παράδειγμα, η έκφραση «Ο John πήρε ένα καινούριο ποδήλατο, εγώ ένα μεταχειρισμένο», ένας ασθενής με σχιζοφρένεια θα τη διατύπωνε ως εξής: «Ο John πήρε ένα καινούριο ποδήλατο, έπειτα υπήρξε κι ένα μεταχειρισμένο.» (Ζιάκη, 2015)

Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί επίσης αυτό της έρευνας των Corcoran, Cahill και Frith (1996), κατά την οποία εξέταζαν την αντίληψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια, ειδικά αυτά με εξέχουσα την αρνητική συμπτωματολογία δυσκολεύονται στο να μουν στη θέση του άλλου και να αντιληφθούν τον τρόπο σκέψης τους (theory of mind). Χρησιμοποίησαν δύο εικονογραφημένα ανέκδοτα, με το πρώτο να χρειάζεται καθαρά φυσική και σημασιολογική ανάλυση ενώ το δεύτερο απαιτεί από τον θεατή να μπει στη νοητική – συναισθηματική κατάσταση του εικονιζόμενου ώστε να καταλάβει το αστείο. Βρήκαν, λοιπόν ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια αντιμετώπισαν μεγάλη δυσκολία στο δεύτερο, ειδικά εκείνοι που είχαν προβλήματα συμπεριφοράς, παθητικότητας ή/και παρανοϊκές ιδέες αν και σημειώνεται ότι οι ασθενείς που η συμπτωματολογία τους ήταν απύσχα εκείνο το διάστημα είχαν την ίδια απόδοση με τον ομάδα ελέγχου.

Ακόμη, σε μια άλλη μελέτη των Langdon, Coltheart, Ward και Catts (2002), βρέθηκε ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια εκτός από πραγματολογικές δυσκολίες και ελλείμματα στη σημασιολογία και στον εκτελεστικό μηχανισμό, διακρίνονται επίσης για τη φτωχή ικανότητα στην κατανόηση της σκέψης των άλλων και για τη δυσκολία στην αντίληψη των διαλεκτικών μηνυμάτων. Παρά τον αρκετά μεγάλο αριθμό ερευνών και μελετών, δεν είναι ακόμη εφικτή η εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων για τους αιτιολογικούς παράγοντες που διαταράσσουν τον λόγο στους ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Είναι ωστόσο εμφανές και λογικό, πως με όλες τις παραπάνω δυσκολίες στα παραπάνω γλωσσικά επίπεδα, ειδικά με τους νεολογισμούς, τον εφαπτόμενο λόγο και την ασυνάρτητη ομιλία να στερούν από τους ασθενείς επικοινωνιακές δεξιότητες, καθίσταται τελικά η κοινωνική και προσωπική τους λειτουργικότητα αδέξια και δύσκολη.

Συγκριτικά τέλος με τους μανιακούς με διαταραχή σκέψης, οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια με διαταραχές της σκέψης εκφράζουν μικρότερους συνεκτικούς δεσμούς στο λόγο τους.

### **2.2.6 Φωνητική και φωνολογία**

Δεν έχει αποδειχθεί επιστημονικά πως η άρθρωση και η φωνολογία στο λόγο ασθενών με σχιζοφρένεια οφείλεται σε παθολογικά αίτια. Πρέπει όμως να επισημάνουμε ότι ορισμένες περιπτώσεις ασθενών υπάρχει περίπτωση να εμφανίσουν δυσarthρία κυμαινόμενου βαθμού , σ' αυτούς που έχουν υποστεί οξεία συγχητικά επεισόδια καθώς επίσης και σε ασθενείς με σχιζοφρένεια που υπόκεινται σε ηλεκτροθεραπεία , με αποτέλεσμα ο λόγος τους να είναι δυσχερής , βραδύς και ορισμένες φορές ακατάληπτος . (Ζιάκη, 2015).

Παρόλο που η φωνολογία και η άρθρωση είναι φυσιολογικές, στη φωνητική δεν συμβαίνει το ίδιο. Πιο συγκεκριμένα, μερικά από τα συνήθη χαρακτηριστικά φωνής που παρατηρούνται στους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι η απροσωδία, η απουσία δηλαδή της μουσικότητας στον προφορικό λόγο και ως εκ τούτου η ομιλία γίνεται επίπεδη, μονότονη και ανέκφραστη. Η Stein (1993) επισημαίνει ότι η αδυναμία έκφρασης του συναισθήματος δεν συνεπάγεται και απουσία αυτού. Ακόμη, σε ασθενείς με αρνητική συμπτωματολογία μπορεί να εμφανιστεί υποφωνία.

Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί επίσης ότι ο λόγος των ασθενών με αυτή τη νόσο εμφανίζει μεγάλου και μη φυσιολογικού βαθμού παύσεις και δισταγμούς κατά την ομιλία, που όμως εικάζεται ότι είναι πολύ πιθανότερο να οφείλονται σε σημασιολογικά και πραγματολογικά ελλείμματα παρά σε φωνολογικά. Ο Spoorri επίσης μελέτησε διεξοδικά σε πολλές μελέτες του την ποιότητα φωνής στην σχιζοφρένεια (Spoorri, 1961, 1964, 1966) και συνέδεσε την κατατονία με την λεγόμενη «πνιγηρή φωνή» (choking voice).

## **2.3 Έρευνα αντίληψης της αμφισημίας λέξεων σε ομάδα ασθενών με σχιζοφρένεια**

«Στη συγκεκριμένη έρευνα μελετήθηκε η ικανότητα των ασθενών με σχιζοφρένεια να αντιλαμβάνονται, με βάση τα συμφραζόμενα μιας πρότασης, την αμφισημία συγκεκριμένων λέξεων (ουσιαστικών και ρημάτων). Σε 19 ασθενείς με σχιζοφρένεια και 19 υγιή άτομα

δόθηκε η οδηγία να επιλέξουν τη σημασία της αμφίσημης λέξης-στόχου ανάμεσα από τρεις άλλες λέξεις.

Από αυτές η μια είχε τη ζητούμενη σημασία ( απάντηση σχετική με το περιεχόμενο της πρότασης), η άλλη αντιστοιχούσε στην κυριολεκτική σημασία της αμφίσημης λέξης-στόχου (σημασιολογικά σχετική με τη λέξη-στόχο) και η τρίτη λέξη ήταν φωνολογικά παρεμφερής με τη λέξη-στόχο.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, ιδίως εκείνοι με διαταραχή σκέψης (ΔΣ), κάνουν περισσότερα λάθη από ό,τι τα άτομα της ομάδας ελέγχου στη δοκιμασία των αμφίσημων λέξεων. Ιδιαίτερα, η υποδοκιμασία με τα αμφίσημα ουσιαστικά διαφοροποίησε τις τρεις ομάδες (άτομα με σχιζοφρένεια χωρίς ΔΣ, άτομα με σχιζοφρένεια με ΔΣ, υγιή άτομα) ενώ η δοκιμασία με τα αμφίσημα ρήματα διαφοροποίησε μόνο τους ανθρώπους με σχιζοφρένεια με ΔΣ και τα υγιή άτομα.

Εντούτοις, τόσο οι ασθενείς με σχιζοφρένεια όσο και τα άτομα της ομάδας ελέγχου κάνουν το ίδιο είδος λαθών στη δοκιμασία με τις αμφίσημες λέξεις (περισσότερα σημασιολογικά από ό,τι φωνολογικά λάθη). Τα σημασιολογικά λάθη ήταν περισσότερα από τα φωνολογικά στην υποδοκιμασία με τα αμφίσημα ουσιαστικά για τις δύο ομάδες, ενώ δεν υπήρξε διαφορά στην υποδοκιμασία με τα αμφίσημα ρήματα (Ρόικου, 2006).

Η μελέτη της έκπτωσης επιμέρους γνωστικών δεξιοτήτων των ασθενών με σχιζοφρένεια βρίσκεται σήμερα στο επίκεντρο της σύγχρονης νευροψυχολογικής έρευνας. Για κάποια από τα προβλήματα αυτά ενοχοποιείται τελευταίως η διαταραχή μιας διαδικασίας που αφορά το πλαίσιο που συνοδεύει τις βασικές πληροφορίες του προς επίτευξη στόχου. Πρόκειται, δηλαδή, για τη δυσχέρεια των ασθενών να σχηματίσουν και να διατηρήσουν νοητικές αναπαραστάσεις που αφορούν τα "συμφραζόμενα" ή για την αδυναμία τους να αναστείλουν άσχετες πληροφορίες που εμποδίζουν την κατανόηση του μηνύματος-στόχου.

Ο Baddeley διέκρινε δύο τύπους πληροφοριακού πλαισίου: τα συναφή συμφραζόμενα, τα οποία επηρεάζουν τη σημασία και το νόημα ενός γεγονότος-στόχου, διευκολύνοντας π.χ. την επίλυση μιας αμφισημίας, και τα μη συναφή συμφραζόμενα, που δε συνδέονται με την εννοιολογική απόδοση και την ερμηνεία ενός γεγονότος-στόχου.

Οι Bazin et al. διαπίστωσαν ότι οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια, ιδίως εκείνοι που εμφανίζουν διαταραχή της σκέψης, χρησιμοποιούν την πλέον κοινή σημασία μιας αμφίσημης λέξης, αδυνατώντας να λάβουν υπόψη τα συναφή συμφραζόμενα που τη συνοδεύουν και

επομένως την καθορίζουν νοηματικά. Οι Kuperberg et al. κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα με διαφορετική μεθοδολογία, τα άτομα με σχιζοφρένεια δηλαδή, αδυνατούν να χρησιμοποιήσουν το γλωσσολογικό πλαίσιο και αδιαφορούν για τα γλωσσικά λάθη σε προτάσεις όπου ανιχνεύουν μια λέξη-στόχο. Επίσης, σημειώνεται ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια χωρίς διαταραχή της σκέψης και οι υγιείς χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να εντοπίσουν μια λέξη-στόχο μέσα σε μια πρόταση όπου υπάρχουν γραμματικά και συντακτικά λάθη.

Την ομάδα των ασθενών αποτέλεσαν 19 άνθρωποι με σχιζοφρένεια υπό φαρμακευτική αγωγή, με μέση ηλικία 38.8 έτη (Τ.Α.=12.2), μέσο όρο χρόνων εκπαίδευσης 10.1 έτη (Τ.Α.=3.8) και διάρκειας νόσου 12.2 έτη (Τ.Α.=8.6). Την ομάδα ελέγχου (Ο.Ε.) αποτελούσαν 19 υγιή άτομα με μέση ηλικία 38.9 έτη (Τ.Α.=12.1) και μέσο όρο χρόνων εκπαίδευσης τα 10.5 έτη (Τ.Α.=3.7). Οι δύο ομάδες δε διέφεραν στατιστικώς σημαντικά ως προς τις δύο πρώτες παραμέτρους ( $p>.05$ ). Μητρική γλώσσα όλων ήταν η ελληνική, ενώ δεν εμφάνιζαν νευρολογικές και αναπτυξιακές διαταραχές.

Με βάση την Κλίμακα Αξιολόγησης της Διαταραχής Σκέψης, Λόγου και Επικοινωνίας η ομάδα των ασθενών με σχιζοφρένεια κατανεμήθηκε σε δυο υποομάδες: στην πρώτη, με 7 ασθενείς χωρίς διαταραχή σκέψης (ΣΧ.χ.Δ.Σ) με  $TLC \leq 7$  και στη δεύτερη 12 ασθενείς με διαταραχή σκέψης (ΣΧ.μ.Δ.Σ) και  $TLC > 7$ . Οι δύο αυτές υποομάδες δε διέφεραν στατιστικώς σημαντικά ως προς την ηλικία, την εκπαίδευση και το χρόνο νοσηλείας ( $p>.05$ ).

Για τις ανάγκες της έρευνας:

1. Πραγματοποιήθηκε μία σύντομη ημιδομημένη ψυχιατρική συνέντευξη με τον ασθενή, διάρκειας 20 περίπου λεπτών, που καταγραφόταν σε μαγνητόφωνο με τη συναίνεση του ασθενούς. Μετά την απομαγνητοφώνηση βαθμολογήθηκε ο προκαλούμενος και αυθόρμητος λόγος με βάση την Κλίμακα Αξιολόγησης της Διαταραχής Σκέψης, Λόγου και Επικοινωνίας (TLC-Thought, Language and Communication Disorder in Schizophrenia) της Andreasen.
2. Έγινε εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας των ασθενών με την κλίμακα BPRS-Brief Psychiatric Rating Scale.
3. Εφαρμόστηκε μια δοκιμασία με 20 προτάσεις (10 με αμφίσημα ουσιαστικά και 10 με αμφίσημα ρήματα) που δημιουργήθηκε, σύμφωνα με το εργαλείο των Bazin και των Μηλαπίδη & Πήτα. Η σημασία των αμφίσημων λέξεων αποκωδικοποιούνταν από το

περιεχόμενο (συμφραζόμενα) της πρότασης, αποδίδοντας τη λιγότερο συχνή σημασία της λέξης-στόχου (interactive context) στο σημασιολογικό της εύρος. Κάτω από την πρόταση υπήρχαν 3 λέξεις που αντιπροσωπεύουν: α) τη σχετική με το περιεχόμενο της πρότασης σημασία της αμφίσημης-λέξης, β) την κυριολεκτική σημασία της αμφίσημης-λέξης στόχου, που ήταν σημασιολογικά άσχετη με το περιεχόμενο της πρότασης και γ) μια λέξη φωνολογικά σχετικά παρόμοια με την αμφίσημη λέξη. Η δοκιμασία των αμφίσημων λέξεων χορηγήθηκε ανά άτομο, χωριστά και στις δύο ομάδες. Κάθε υποκείμενο καλούνταν να διαβάσει τις 20 προτάσεις και να επιλέξει τη σημασία της αμφίσημης λέξης (ουσιαστικού ή ρήματος) που αντιστοιχεί κάθε φορά στο περιεχόμενο της πρότασης.

Παρατίθενται 2 παραδείγματα προτάσεων με αμφίσημο ουσιαστικό και ρήμα.

Είχε σπάσει ο καλόγερος και γινόταν χαμός στο σπίτι.

---

**Παπάς    Κρεμάστρα    Καλόμοιρος**

---

Θα κάνω πως δεν ξέρω τίποτα.

---

**Προσπονηθώ    Συμπεριφερθώ    Κοιτώ**

---

Η εφαρμογή της μεθόδου της ανάλυσης διακύμανσης και ο posthoc έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων Student-Newman-Keuls έδειξε ότι ως προς την επίδοση στη δοκιμασία των αμφίσημων λέξεων οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια με διαταραχή σκέψης (ΣΧ.μ.Δ.Σ) υπολείπονται των πασχόντων χωρίς διαταραχή σκέψης (ΣΧ.χ.Δ.Σ) ενώ οι δύο αυτές ομάδες υπολείπονται της ομάδας ελέγχου (Ο.Ε.) (Πίνακας 2.3.1).

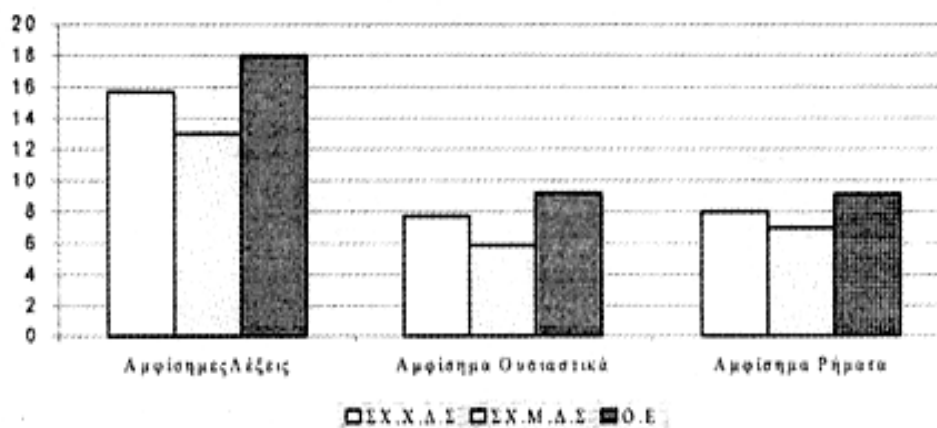
Επιμέρους ανάλυση των αμφίσημων λέξεων ως προς τη γραμματική κατηγορία ουσιαστικά και ρήματα κατέδειξε ότι στην υποδοκιμασία των αμφίσημων ουσιαστικών η ομάδα ελέγχου (Ο.Ε.) υπερτερεί της ομάδας των ασθενών με σχιζοφρένεια χωρίς διαταραχή σκέψης (ΣΧ.χ.Δ.Σ) και αυτή η τελευταία της ομάδας των ασθενών με διαταραχή σκέψης (ΣΧ.μ.Δ.Σ). Αντίθετα, ως προς την επίδοση στα αμφίσημα ρήματα μόνο η ομάδα των ασθενών με διαταραχή σκέψης (ΣΧ.μ.Δ.Σ) υπολείπεται της Ο.Ε. (Πίνακας 2.3.1). Στο (Σχήμα 2.3.1) απεικονίζονται οι μέσοι όροι των τριών ομάδων στη δοκιμασία των αμφίσημων λέξεων καθώς και στις υποδοκιμασίες της.

Πίνακας 2.3.1

Σύγκριση των μέσων όρων των επιδόσεων των τριών ομάδων – Ασθενείς με σχιζοφρένεια χωρίς διαταραχή σκέψης. Ασθενείς με σχιζοφρένεια με διαταραχή σκέψης – Ομάδα ελέγχου στη δοκιμασία αμφίσημων λέξεων

	ΣΧ.χ.Δ.Σ	ΣΧ.μ.Δ.Σ	Ο.Ε.	F(2,35)	Post-hoc Ζευγαρωτές Συγκρίσεις
<b>Αμφίσημες Λέξεις</b>	15.7	13.0	18.3	13.33	Ο.Ε>ΣΧ.χ.Δ.Σ>ΣΧ.μ.Δ.Σ
<b>Αμφίσημα Ουσιαστικά</b>	7.7	5.9	9.2	16.0	Ο.Ε>ΣΧ.χ.Δ.Σ>ΣΧ.μ.Δ.Σ
<b>Αμφίσημα Ρήματα</b>	8.0	7.0	9.1	7.58	Ο.Ε>ΣΧ.μ.Δ.Σ

Πηγή: (Ρόικου, 2006)



Πηγή: (Ρόικου, 2006)

Σχήμα 2.3.1. Μέσοι όροι τριών ομάδων στη διαδικασία με τις αμφίσημες λέξεις.

Επίσης, μελετήθηκαν τα είδη των λαθών που παρήγαγαν οι ασθενείς με σχιζοφρένεια και οι υγιείς της ομάδας ελέγχου ως προς το είδος της κατηγορίας του λάθους, δηλαδή εάν διαφοροποιούνταν τα σημασιολογικά και τα φωνολογικά λάθη, ανά ομάδα, συχνότητα και είδος.

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έδειξε ότι τόσο οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια ( $t(18)=4.30, p=.000$ ) όσο και οι υγιείς ( $t(18)=4.87, p=.000$ ) κάνουν συνολικά περισσότερα σημασιολογικά από ότι φωνολογικά λάθη (Πίνακας 2.3.2).

Παρόμοια, οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια ( $t(18)=4.39, p=.000$ ) και οι υγιείς ( $t(18)=4.16, p=.001$ ) κάνουν περισσότερα σημασιολογικά από ό,τι φωνολογικά λάθη στην υποδοκιμασία των αμφίσημων ουσιαστικών.

Αντίθετα, στην υποδοκιμασία των αμφίσημων ρημάτων δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση ( $p>.05$ ).

Τέλος, η ομάδα των ασθενών με σχιζοφρένεια κάνει περισσότερα σημασιολογικά λάθη στην υποδοκιμασία των αμφίσημων ουσιαστικών από ό,τι των αμφίσημων ρημάτων ( $t(18)=2.69, p=.015$ ) κάτι που δεν διαπιστώθηκε στην ομάδα των υγιών ατόμων, όπου η διαφορά δεν ήταν στατιστικώς σημαντική ( $p>.05$ ).

#### Πίνακας 2.3.2

*Σύγκριση των μέσων όρων λαθών των σχιζοφρενών και της ομάδας ελέγχου ανά κατηγορία λάθους – σημασιολογικά, φωνολογικά – στα Ουσιαστικά και τα Ρήματα*

	Άτομα με σχιζοφρένεια		Φυσιολογικοί	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.
<b>Σημασιολογικά λάθη στα Ουσιαστικά</b>	2.84	2.00	0.68	0.67
<b>Σημασιολογικά λάθη στα Ρήματα</b>	1.47	1.22	0.47	0.61
<b>Φωνολογικά λάθη στα Ουσιαστικά</b>	0.68	0.82	0.11	0.32



Πίνακας 2.3.2 (συνέχεια)

	Άτομα με σχιζοφρένεια		Φυσιολογικοί	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.
<b>Φωνολογικά λάθη στα Ρήματα</b>	1.16	1.34	0.21	0.42
<b>Συνολικά σημασιολογικά λάθη</b>	4.26	2.38	1.21	0.92
<b>Συνολικά φωνολογικά λάθη</b>	1.84	1.87	0.26	0.56

Πηγή: (Ρόικου, 2006)

Σύμφωνα με την έρευνα αυτή οι ασθενείς με σχιζοφρένεια με διαταραχή σκέψης φαίνεται να αντιμετωπίζουν σοβαρότερες δυσκολίες από ό,τι αυτοί χωρίς διαταραχή σκέψης. Το αποτέλεσμα αυτό υπογραμμίζει τη γνωστική ετερογένεια των σχιζοφρενών ασθενών και συμφωνεί με σύγχρονα ευρήματα που αναφέρουν σοβαρότερες γνωστικές μειονεξίες στους ανθρώπους με σχιζοφρένεια με διαταραχή σκέψης ως προς τη συνειρμική μνήμη και την επεξεργασία προλεκτικών πληροφοριών.

Τα αναφερόμενα προβλήματα φαίνεται να επηρεάζονται από την ηλικία και τη διάρκεια της νόσου, ενώ αντίθετα η ψυχοπαθολογία δε φαίνεται να επιδρά στη συγκεκριμένη γνωστική λειτουργία, όπως έχει φανεί και σε προηγούμενες μελέτες.

Επιπρόσθετα, οι δυσκολίες αποδείχτηκε πως είναι μεγαλύτερες όταν αντιμετωπίζουν ένα αμφίσημο ουσιαστικό παρά ένα αμφίσημο ρήμα, πιθανότατα διότι η εννοιολογική απόδοση κάθε λέξης συνδέεται με το συντακτικό και σημασιολογικό της σθένος. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία το σθένος των ρημάτων φαίνεται να είναι πιο εύκολο ως προς τον παράγοντα αναμνησιμότητας και κατανόησης από ό,τι το σθένος των ουσιαστικών, παρότι και οι δύο γραμματικές κατηγορίες (ουσιαστικά και ρήματα) αποτελούν τους κύριους φορείς πληροφόρησης κατά την επικοινωνιακή διαδικασία.

Μόνο που για τα ουσιαστικά τα δομικά συμφραζόμενα είναι πιο αφηρημένα από των ρημάτων και η σημασία κάθε φορά πιο εξαρτημένη από τα συμφραζόμενα και τη νοητική πραγματικότητα που αντανakλάται. Ο ομιλητής, επομένως, για να μεταδώσει τη συγκεκριμένη πληροφορία που θέλει σύμφωνα με το επικοινωνιακό πλαίσιο ανακαλεί το κατάλληλο ρήμα ενσωματώνοντάς το στην ορθή/κατάλληλη συντακτική και σημασιολογική δομή, μία διαδικασία που αποδεικνύεται πιο εύκολη από την αντίστοιχη γλωσσική επεξεργασία για τα ουσιαστικά.

Το περιορισμένο μέγεθος του δείγματος δεν επιτρέπει τη γενίκευση των συμπερασμάτων και, φυσικά, επιβάλλει την περαιτέρω διερεύνηση του προβλήματος αυτού».

## **2.4 Σύνδεσμοι μη λεκτικής κατανόησης, σκέψης και συμπεριφοράς**

Αν και ακόμα δεν έχουν πραγματοποιηθεί εμπειριστατωμένες έρευνες, μία βαθύτερη κατανόηση της γλώσσας στη σχιζοφρένεια μπορεί να ανοίξει ένα παράθυρο στη σχέση μεταξύ του γλωσσικού συστήματος και της μη λεκτικής σκέψης ανώτερης τάξης, κατανόησης και συμπεριφοράς (Kuperberg, 2011).

Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, τα παραδοσιακά γλωσσικά πρότυπα θεωρούν γενικά την γλώσσα ως ένα σύστημα που δεν επιδέχεται εξωτερικές επιρροές αποτελούμενη από ένα σύνολο μοναδικών αναπαραστάσεων και διαδικασιών. Παρόλα αυτά, ιδέες σαν και αυτές έχουν αμφισβητηθεί σε θεωρητικό επίπεδο με την λογική ότι πολύ παράγοντες ανώτερης σκέψης, μη λεκτικής κατανόησης και συμπεριφοράς μπορεί να βασίζονται σε αναπαραστάσεις και συνδυαστικές διαδικασίες που είναι σε αναλογία με αυτές που χρησιμοποιούνται στο γλωσσικό σύστημα (Jackendoff, 2007).

Επίσης, πρόσφατα πειραματικά εργαστηριακά αποτελέσματα προτείνουν ότι η κατανόηση απλών οπτικών συμβάντων ίσως εμπλέκουν μερικούς πανομοιότυπους τύπους νευρονοητικών μηχανισμών όπως αυτούς που μεσολαβούν στην κατανόηση της γλώσσας: σε μια σειρά μελετών που χρησιμοποιήθηκαν αθόρυβα μη λεκτικά βίντεο (Sitnikova et al., 2008) έγινε φανερό ότι τα βίντεο απεικόνιζαν περιστατικά τα οποία ήταν πιθανό να διεκπεραιωθούν, αλλά με ασυνεπή ως προς το περιεχόμενό τους τρόπο προκαλώντας επίδραση N400 (αναγνωρίζεται ως ο δείκτης σημαντικότητας των πληροφοριών).

Σε αντίθεση, βίντεο που απεικονίζουν περιστατικά τα οποία μπορούσαν να διεκπεραιωθούν σε ένα περιορισμένο σημασιολογικά πλαίσιο (για παράδειγμα ένας άντρας

ξυρίζεται με έναν πλάστη και στη συνέχεια να ακολουθεί περιεχόμενο κατά το οποίο ο άντρας βάζει κρέμα ξυρίσματος στο πρόσωπό του) προκάλεσαν την επίδραση P600 (αντιστοιχεί στη χρονική περίοδο τελικής οργάνωσης, ελέγχου και εκτέλεσης της απόφασης που επιλέγεται όταν ο οργανισμός εκτίθεται σε εκλυτικό ερέθισμα ή σύμπλοκο ερεθισμάτων που έχουν ψυχολογική σπουδαιότητα).

Οι κλινικές λεκτικές διαταραχές στη σχιζοφρένεια συνδυάζονται με πολλές ανωμαλίες στη σκέψη και τη συμπεριφορά. Για παράδειγμα, συμπτώματα γλωσσικής αποδιοργάνωσης συχνά συναντώνται με αποδιοργανωμένες συμπεριφορές, ενώ αρνητικές διανοητικές διαταραχές συνδυάζονται με αδυναμία επίτευξης των προσωπικών στόχων. Όμως οι έρευνες πάνω στο θέμα βρίσκονται ακόμα σε εμβρυακό στάδιο όσον αφορά την εξερεύνηση και μελέτη της νευρονοητικής βάσης της σχέσης μεταξύ λεκτικών και μη λεκτικών συμπτωμάτων στη σχιζοφρένεια, δείχνουν όμως ότι μπορεί να έχουν κάποιους κοινούς νευρικούς μηχανισμούς. Χρησιμοποιώντας ως παράδειγμα αθόρυβα βίντεο όπως αναφέρθηκαν και παραπάνω, οι Sitnikova et al. (2009) ανακάλυψαν ότι μέσα σε ένα γκρουπ ασθενών με σχιζοφρένεια, το κατά πόσο μειώθηκε η επίδραση N400 με τα ανάλογα βίντεο σχετίζεται με την σοβαρότητα της αποδιοργάνωσης της συμπεριφοράς που εμφάνιζαν οι παθόντες.

Είναι λοιπόν πιθανό ότι, η αύξηση δραστηριότητας μέσω δικτύων σημασιολογικής μνήμης μπορεί να οδηγήσει σε ανάρμοστη παρέμβαση σημασιολογικά σχετιζόμενων λεξικών αντικειμένων μέσα στο λόγο. Μπορεί επίσης να οδηγήσει σε ανάρμοστη παρέμβαση σημασιολογικά σχετιζόμενων δράσεων ή αντικειμένων σε μια συνεχιζόμενη συμπεριφορά (Andreasen, 1984).

Από την άλλη πλευρά, το μέγεθος της επίδρασης P600 μειώθηκε ασυνήθιστα στους ασθενείς, και η μείωση αυτή αποδόθηκε στις κλινικές αξιολογήσεις της έλλειψης αυτοπεποίθησης όσον αφορά στην επίτευξη προσωπικών στόχων. Συνεπώς, διακεκριμένες νευρονοητικές ανωμαλίες είναι ίσως η κύρια αιτία των παραπάνω συμπτωμάτων.

Η παραπάνω έρευνα αν και είναι σχετικά σύγχρονη παρουσιάζει ενδείξεις σχετικά με το πώς μπορούν να συνδεθούν η συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας και οι λεκτικοί και μη λεκτικοί μηχανισμοί της σκέψης και της συμπεριφοράς.

## **2.5 Ομιλία στη σχιζοφρένεια σε αντιδιαστολή με άλλες ψυχώσεις**

### **2.5.1 Σύγκριση λόγου μεταξύ ασθενών με μανία και ασθενών με σχιζοφρένεια**

Επειδή ο Bleuler θεώρησε ότι οι διαταραχές της σκέψης αποτελούν βασικό σύμπτωμα και κύριο χαρακτηριστικό της σχιζοφρένειας, θεωρήθηκε φυσιολογικό από πολλούς κλινικούς γιατρούς να συνδέουν οποιαδήποτε διαταραχή της σκέψης ως σχιζοφρενική διαταραχή. Παρόλα αυτά, με την ανάπτυξη περισσότερων επιστημονικά τεκμηριωμένων διαγνωστικών κριτηρίων, έγινε ξεκάθαρο ότι διαταραχές σκέψης εμφανίστηκαν και σε άλλες ψυχώσεις, και συγκεκριμένα στην μανία. Αν και διάφορες μελέτες έχουν καταγράψει τεκμηριωμένα την ποσότητα και την ποιότητα των διαταραχών σκέψης σε ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια και μανία, υπάρχουν σημαντικές διαφορές. Για παράδειγμα, συγκρινόμενοι με τους ασθενείς με μανία, οι διαταραχές σκέψης στους ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν πιο συχνά συμπτώματα αποδιοργάνωσης και σύγχυσης, με αυξημένη χρήση φτωχού λεξιλογίου και φράσεων (Kuperberg & Caplan, 2003).

### **2.5.2 Ο λόγος στη σχιζοφρένεια ενάντια στο λόγο ασθενών με εγκεφαλική βλάβη**

Ο λόγος σε ασθενείς με σχιζοφρένεια έχει παρομοιαστεί με αυτόν που παράγεται από 2 βασικές ομάδες ασθενών με εγκεφαλική βλάβη: αυτούς που πάσχουν από αφασία και αυτούς που παρουσιάζουν βλάβη στο δεξί ημισφαίριο (Kuperberg & Caplan, 2003).

#### *Αφασία*

Ο λόγος σε κάποιους ασθενείς με σχιζοφρένεια εμφανίζει, τουλάχιστον επιφανειακά, ομοιότητες με τον λόγο στη αφασία του Wernicke, για παράδειγμα, καλά δομημένο συντακτικό αλλά εμφανίζοντας σημάδια ακαταλαβίστικης ιδιογλωσσίας (αργκό). Όπως στην αφασία του Wernicke, ο ασθενής μπορεί να οδηγηθεί σε παραφασίες, δηλαδή σε εννοιολογικές αντικαταστάσεις λέξεων και φράσεων και στην τάση να πλέκει λέξεις μαζί βασιζόμενος σε φωνολογικές ή εννοιολογικές σχέσεις και όχι βασιζόμενος σε θεματικά περιεχόμενα. Επίσης, όπως πολλοί ασθενείς που πάσχουν από αφασία, έτσι και οι ασθενείς με σχιζοφρένεια που έχουν διαταραχές σκέψης εμφανίζουν πολύ μικρή συναίσθηση των λεκτικών τους διαταραχών (Kuperberg & Caplan, 2003).

Οι συγκρίσεις, βασίζονται κυρίως σε κλινικές εικόνες, και έχουν υπάρξει αρκετές συστηματικές συγκρίσεις των 2 αυτών ομάδων ασθενών. Μία έρευνα ανέφερε ότι μόνο ένας

στου πέντε εξειδικευμένους βαθμολογητές ήταν σε θέση να ξεχωρίσει με ακρίβεια τις διαταραχές λόγου μεταξύ σχιζοφρενών ασθενών και ασθενών με αφασία. Μία άλλη μελέτη, περιέγραψε μερικές διαφορές μεταξύ των δύο αυτών ομάδων: ο λόγος 8 ασθενών με οπίσθιο σύνδρομο αφασίας είχαν την τάση να παρουσιάζουν παραφασικά σφάλματα, σε αντίθεση με τον λόγο των ασθενών με σχιζοφρένεια που χρησιμοποίησαν ένα ή δύο αλλόκοτα μοτίβα. Έρευνες που μελέτησαν την απόδοση των σχιζοφρενών ασθενών σε νευροψυχολογικά γλωσσικά θέματα που παραδοσιακά χρησιμοποιούνται σε ασθενείς με αφασία, όπως το γνωστό Boston Naming Test, έδειξαν τόσο ομοιότητες όσο και διαφορές ανάμεσα στα δύο γκρουπ.

Ο σχεδιασμός και η λογική των μελετών που σύγκριναν τις γλωσσικές διαταραχές ανάμεσα σε πάσχοντες από σχιζοφρένεια και αφασία ίσως παρουσιάζουν εγγενή προβλήματα: πολλές από αυτές τις μελέτες απέτυχαν στο να λάβουν υπόψιν την ανομοιογένεια της σχιζοφρένειας: μόνο ένα μέρος σχιζοφρενών εμφανίζουν λεκτικές διαταραχές. Επίσης, το σύνδρομο της αφασίας έχει σχετικά ευρεία έννοια: τα κριτήρια για την ένταξη των ασθενών σε διαφορετικές ομάδες αφασίας αλληλοεπικαλύπτονται. Για παράδειγμα, φωνολογικές παραφασίες παρατηρούνται σε διάφορες κατηγορίες και η ανικανότητα στο να βρεθεί η κατάλληλη λέξη (anomia) υπάρχει σε όλες τις κατηγορίες.

Ένας ακόμη λόγος για τον οποίο οι συγκρίσεις μεταξύ διαφόρων ομάδων ασθενών με σχιζοφρένεια και ασθενών με εγκεφαλική βλάβη δεν μπορούν να δώσουν χρήσιμες και έγκυρες πληροφορίες σχετικά με την νευρική βάση των λεκτικών διαταραχών στη σχιζοφρένεια είναι ότι ο εντοπισμός των εγκεφαλικών αλλοιώσεων στους ασθενείς που πάσχουν από αφασία παραμένει αμφιλεγόμενος.

#### *Ασθενείς με προβλήματα στο δεξί ημισφαίριο*

Ο λόγος των σχιζοφρενών ασθενών έχει επίσης παρομοιαστεί με αυτόν που παράγεται από ασθενείς με διαταραχές ανισορροπίας του ημισφαιρίου, ιδιαίτερα εκείνων που εμφανίζουν αλλοιώσεις στο δεξί ημισφαίριο. Όπως συμβαίνει και με τους ασθενείς με σχιζοφρένεια, τους ζητούν να ακολουθήσουν συνδέσμους που είναι άσχετοι με το συνολικό νόημα της συνομιλίας και συνήθως είναι ικανοποιημένοι με μια περιορισμένη και αποσπασματική γνώση, η οποία βασίζεται στην εξατομίκευση καθώς επίσης και σε ακατάλληλους συνδέσμους. Οι ασθενείς του δεξιού ημισφαιρίου έχουν δείξει μια σειρά άλλων ελλειμμάτων συμπεριλαμβανομένων προβλημάτων με τη μη-λεκτική γλώσσα,

ιστορίες, αστεία, και συζητήσεις. Σύμφωνα με τις σημερινές γνώσεις, υπάρχουν μη συστηματικές συγκρίσεις του λόγου ανάμεσα σε ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια και σε ασθενείς δεξιού με προβλήματα στο δεξί ημισφαίριο (Kuperberg & Caplan, 2003).

## **2.6 Νευρικά υποστρώματα γλωσσικής επεξεργασίας, μελέτες δομικής απεικόνισης. Η ηλεκτροφυσιολογία απαντά σε ερεθίσματα.**

Όσον αφορά στη μελέτη ελλειμμάτων των γλωσσικών διαταραχών στη σχιζοφρένεια, έχουν χρησιμοποιηθεί 3 διαφορετικές τεχνικές. Αρχικά, μελέτες δομικής απεικόνισης έχουν αναφέρει ανωμαλίες σε περιοχές που είναι γνωστές για τον σημαντικό τους ρόλο στη γλωσσική λειτουργία. Η δεύτερη τεχνική αφορά μελέτες νευροαπεικόνισης που περιγράφουν ασυνήθιστα μοντέλα δραστηριότητας κατά τη διάρκεια εμφάνισης γλωσσικών ερεθισμάτων (συνήθως σε ένα επίπεδο απλών λέξεων). Τρίτον, οι ηλεκτροφυσιολογικές μελέτες έχουν αναφέρει ανωμαλίες των ERP συστατικών που είναι γνωστά για την ευαισθησία τους στα γλωσσικά επίπεδα επεξεργασίας στην σχιζοφρένεια, χρησιμοποιώντας τόσο μεμονωμένες λέξεις αλλά και παραδείγματα ολόκληρων προτάσεων (Kuperberg & Caplan, 2003).

Μορφομετρικές μελέτες που εξετάζουν τον όγκο της φαιάς ουσίας στη σχιζοφρένεια έχουν παραδοσιακά επικεντρωθεί σε συγκεκριμένες περιοχές ενδιαφέροντος (ROIs) οι οποίες είναι συνήθως επιλεγμένες σύμφωνα με την νευροανατομία του λοβού. Τέτοιες μελέτες έχουν αναφέρει μικρές μειώσεις στον όγκο διαφόρων ROIs, ιδίως στους κροταφικούς και προμετωπιαίους φλοιούς, σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Επιπλέον, έχουν υπάρξει προσπάθειες να αυτοματοποιηθεί η μέτρηση του όγκου της φαιάς ουσίας ή της πυκνότητας σε όλον τον εγκέφαλο. Συνολικά, τέτοιες μελέτες έχουν επιβεβαιώσει ανεπαίσθητες ογκομετρικές μειώσεις σε πολλαπλές ανατομικές περιοχές εντός των προμετωπιαίων και κροταφικών φλοιών. Ενδιαφέρον παρουσιάζει, ότι αρκετές μελέτες προτείνουν ότι τα δομικά ελλείμματα μπορεί να είναι εκτενέστερα στο αριστερό από ότι στο δεξί μέρος. Μία μελέτη έδειξε ότι, εντός μίας ομάδας σχιζοφρενών ασθενών, ο βαθμός ατροφίας τους στον αριστερό κροταφικό φλοιό συνδέεται με τη δριμύτητα των διαταραχών σκέψης. Είναι άρα πιθανό ότι η ανεπαίσθητη ατροφία του προμετωπιαίου και κροταφικού φλοιού μπορεί να συμβάλλει σε ελλείμματα λεκτικής και σημασιολογικής λειτουργίας.

Λειτουργικές μελέτες νευροαπεικόνισης στη σχιζοφρένεια που χρησιμοποίησαν ένα μεγάλο φάσμα διανοητικών παραδειγμάτων, έδειξαν ότι διαταραχές της εγκεφαλικής

δραστηριότητας στην σχιζοφρένεια δεν περιορίζονται σε μία μόνο περιοχή του εγκεφάλου αλλά σε πολλά δίκτυα που αποτελούνται από πολλαπλές περιοχές, συγκεκριμένα περιλαμβάνοντας τους κροταφικούς και μετωπιαίους φλοιούς αλλά και υποφλοιώδεις δομές όπως η παραγκεφαλίδα και ο θάλαμος.

Οι περισσότερες λειτουργικές μελέτες νευροαπεικόνισης στη σχιζοφρένεια που χρησιμοποίησαν γλωσσικά ερεθίσματα ήταν σε επίπεδο μεμονωμένων λέξεων παρά ολόκληρων προτάσεων και διαλόγων. Έρευνες που χρησιμοποίησαν ως μεθόδους τη λεκτική ευφράδεια, τη σημασιολογική κατηγοριοποίηση και την αναγνώριση ήδη γνωστών λέξεων ανέφεραν ελλείμματα στη δραστηριότητα εντός των κροταφικών και μετωπιαίων περιοχών. Μερικές από αυτές τις μελέτες έχουν επίσης καταλήξει στο συμπέρασμα ότι υπήρξε σχετικά αυξημένη δραστηριότητα στις πλευρικές περιοχές. Μία διαφορετική προσέγγιση στην εξερεύνηση τοπικών εγγενών ελλειμμάτων είναι η εξέταση των σχέσεων μεταξύ εγκεφαλικών περιοχών στη σχιζοφρένεια. Η δομική εξίσωση μοντελοποίησης της σημασιολογικής μελέτης επεξεργασίας δείχνει διαφορές μεταξύ ασθενών με σχιζοφρένεια και ομάδων ελέγχου στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ μετωπιαίων περιοχών, μεταξύ μετωπιαίων και κροταφικών περιοχών, και μεταξύ πλευρικών, μετωπιαίων και πρόσθιων φλοιών προσαγωγίου. Μία αποτελεσματική ανάλυση όσον αφορά την συνδεσιμότητα των PET δεδομένων από μία διαβαθμισμένη μελέτη μνήμης πρότεινε ότι η φυσιολογική πρόσθια διαμόρφωση του προσαγωγίου της πρόσθιας-κροταφικής αλληλεπίδρασης διακόπτεται στη σχιζοφρένεια. Σχετικές αυξήσεις παρουσιάστηκαν στην ενεργοποίηση διάφορων περιοχών του ασθενούς, σχετικές με τους ελέγχους που έχουν αναφερθεί κατά τη διάρκεια των λειτουργικών μελετών νευροαπεικόνισης στη σχιζοφρένεια. Για παράδειγμα, μεγαλύτερη δραστηριότητα στον πλευρικό φλοιό στους ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν αναφερθεί κάτι που συνδέεται με την παραγωγή συγκεκριμένης λέξης καθώς επίσης και την εκμάθηση και την ανάκληση λεξικών καταλόγων. Αυξημένη λειτουργία του κατώτερου κροταφικού φλοιού και/ή ατρακτοειδή φλοιού έχει αναφερθεί στους ασθενείς με σχιζοφρένεια που συνδέεται με στελέχη ανάκλησης των σημασιολογικά κωδικοποιημένων λέξεων, την αναγνώριση λέξεων μυθιστορημάτων, την ολοκλήρωση προτάσεων και κατά τη διάρκεια ομιλίας.

## **2.7 Περιγραφή παρακολούθησης των πηγών των ακουστικών λεκτικών ψευδαισθήσεων σε ασθενείς με σχιζοφρένεια**

Οι ακουστικές λεκτικές ψευδαισθήσεις (auditory verbal hallucinations) είναι ένα κοινό και πολύ δυσάρεστο σύμπτωμα που βιώνουν οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Μπορούν να γίνουν αντιληπτές ως προερχόμενες από μία έκπτωση (impairment) της παρακολούθησης της πραγματικότητας (reality monitoring) – της διεργασίας μέσω της οποίας διακρίνονται τα εσωτερικά και εξωτερικά συμβάντα (Ditman & Kuperberg, 2006).

Η έκπτωση αυτή θα μπορούσε να προκύπτει μέσω πρωτοπαθών ανωμαλιών του μηχανισμού παρακολούθησης της πραγματικότητας ή μέσω δευτερογενών μηχανισμών (ανωμαλιών των αντιληπτικών χαρακτηριστικών των εσωτερικά παραγόμενων συμβάντων ή της αντίληψης των εξωτερικά παραγόμενων συμβάντων). Πολλές έρευνες έχουν διεξαχθεί που εξετάζουν στοιχεία υπέρ και κατά της ύπαρξης σχέσης σύνδεσης μεταξύ των ανωμαλιών της παρακολούθησης της πραγματικότητας και των ακουστικών λεκτικών ψευδαισθήσεων στη σχιζοφρένεια. Μία περιεκτική ανασκόπηση της ψυχολογικής βιβλιογραφίας δείχνει ότι υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία υπέρ της σχέσης σύνδεσης μεταξύ των ακουστικών λεκτικών ψευδαισθήσεων και των δευτερευόντων μηχανισμών που οδηγούν σε ανωμαλίες της παρακολούθησης της πραγματικότητας.

Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι τα άτομα που έχουν ψευδαισθήσεις εμφανίζουν μία πρωτοπαθή ανωμαλία της παρακολούθησης της πραγματικότητας που είναι εμφανέστερη όταν οι ασθενείς πρέπει να διακρίνουν τον εαυτό τους από κάποιον άλλο σε πραγματικό χρόνο. Για να εξαχθούν πιο ακλόνητα συμπεράσματα, ωστόσο, είναι επιβεβλημένο μελλοντικές μελέτες να επιλέγουν με ακρίβεια τους πληθυσμούς των ασθενών, να ταιριάζουν τις ομάδες ελέγχου και να χρησιμοποιούν σταθερά κριτήρια για τον καθορισμό ατόμων που έχουν ψευδαισθήσεις.

Παρότι υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ακουστικές και λεκτικές ψευδαισθήσεις χαρακτηρίζονται από λεπτομερείς αντιληπτικές, σημασιολογικές και συναισθηματικές πληροφορίες, υπάρχουν ελάχιστες ενδείξεις ότι τα άτομα με ψευδαισθήσεις είναι πιθανότερο να παράγουν συμβάντα με ζωνρές λεπτομέρειες από ό,τι τα άτομα χωρίς ψευδαισθήσεις, ή είναι λιγότερο πιθανό τα άτομα χωρίς ψευδαισθήσεις να αντιλαμβάνονται εξωτερικά παραγόμενα συμβάντα με μειωμένες λεπτομέρειες. Αυτό αφήνει ανοικτή την πιθανότητα οι



ασθενείς με ψευδαισθήσεις να έχουν μια πιο θεμελιώδη ανωμαλία στην ικανότητά τους να διακρίνουν το εξωτερικό και το εσωτερικό παραγόμενο υλικό σε μία διεργασία παρακολούθησης πηγών.

Επίσης όσον αφορά ευρήματα των ελλειμμάτων της παρακολούθησης των πηγών σε μελέτες που χρησιμοποιούν επιβραδυνόμενες εργασίες δεν έχουν καταφέρει να αποφέρουν οριστικά ευρήματα. Τα αποτελέσματα από μελέτες άμεσης παρακολούθησης των πηγών (ζητείται από τους συμμετέχοντες να εκτιμήσουν τα συναισθήματά τους ελέγχου παραγωγής μιας λέξης αμέσως μετά την παραγωγή της λέξης αυτής) δείχνουν ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια με ακουστικές και λεκτικές ψευδαισθήσεις νιώθουν λιγότερο ότι έχουν τον έλεγχο της παραγωγής λέξεων και τα αποτελέσματα από εργασίες παρακολούθησης λέξεων και πηγών σε πραγματικό χρόνο αποκαλύπτουν ένα συγκεκριμένο έλλειμμα στην παρακολούθηση των εσωτερικά παραγόμενων πληροφοριών, με αποτέλεσμα εσφαλμένες αποδόσεις σε εξωτερικές πηγές. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι αυτό το συστηματικό σφάλμα εσφαλμένης απόδοσης σε εξωτερικές πηγές και εργασίες τόσο άμεσες όσο και πραγματικού χρόνου, είναι μέχρι σήμερα το προφανέστερο όσον αφορά τα ελλείμματα συναισθηματικού περιεχομένου, γεγονός που υποστηρίζει μια εξήγηση των ακουστικών ψευδαισθήσεων κατά την οποία οι σκέψεις που δεν συμφωνούν με τις μεταγνωσιακές (metacognitive) πεποιθήσεις του ασθενούς, δηλαδή οι δυσάρεστες σκέψεις, αποδίδονται εσφαλμένα σε κάποια εξωτερική πηγή.

Οι Ditman & Kuperberg (2006), συμπέραναν πως κάποια στοιχεία δείχνουν ότι οι ακουστικές και λεκτικές ψευδαισθήσεις στη σχιζοφρένεια είναι δυνατό να αντικατοπτρίζουν εσφαλμένη απόδοση της εσωτερικής ομιλίας σε εξωτερική πηγή. Υπάρχουν ελάχιστες ενδείξεις ότι οι εσφαλμένες αυτές αποδόσεις προκύπτουν από ανωμαλίες στην ποιότητα εσωτερικά παραγόμενων συμβάντων ή από ανωμαλίες στην αντίληψη των εξωτερικών συμβάντων. Αντίθετα τα άτομα με ψευδαισθήσεις φαίνεται ότι εμφανίζουν ένα πρωτοπαθές έλλειμμα στην παρακολούθηση των πηγών που είναι εμφανέστερο στην απόδοση ερεθισμάτων συναισθηματικού σθένους σε εσφαλμένες πηγές και παρατηρείται σταθερότερα όταν χρησιμοποιούνται εργασίες άμεσης και πραγματικού χρόνου μάλλον παρά επιβραδυμένης παρακολούθησης των πηγών. Παρόλα αυτά για να μπορέσουν να βγουν ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με το αν οι ακουστικές και λεκτικές ψευδαισθήσεις που βιώνουν οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια μπορούν να εξηγηθούν από μια έκπτωση της παρακολούθησης των πηγών, πρέπει να διεξαχθούν περισσότερες έρευνες που θα

χρησιμοποιήσουν μεγαλύτερα δείγματα μελετών αποκλειστικά ασθενών με σχιζοφρένεια και όχι μικτών πληθυσμών, σταθερότερα κριτήρια για τη διάκριση των ατόμων με ψευδαισθήσεις από τα άτομα χωρίς ψευδαισθήσεις και γενικότερα καλύτερα συνδεδεμένες ομάδες όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως.

Η διεθνής βιβλιογραφία για τις υποφωνητικές εκφράσεις δείχνει ότι ένας τρόπος μετριασμού της υποκειμενικής εμπειρίας των ψευδαισθήσεων θα μπορούσε να είναι η χρησιμοποίηση τεχνικών που μπλοκάρουν την υποφωνητική έκφραση, όπως η μεγαλόφωνη ανάγνωση ή το σιγανό μουρμούρισμα (για παράδειγμα όπως στη μελέτη των Margo et al., (1981)). Επίσης ο Morrison (1998), υποστήριξε ότι οι γνωσιακές-συμπεριφορικές θεραπείες δεν πρέπει μόνο να εστιάζουν στη μείωση των ψευδαισθήσεων, αλλά και να προσπαθούν να ανακουφίσουν από συναισθήματα ψυχικής δυσφορίας (distress) που συνδέονται με ψευδαισθήσεις. Ακόμα και αν οι ανωμαλίες στα εσωτερικά παραγόμενα συμβάντα και οι ανωμαλίες στην αντίληψη των εξωτερικών συμβάντων δεν οδηγούν από μόνες τους σε μη φυσιολογική παρακολούθηση των πηγών, η εκμάθηση της καλύτερης αναγνώρισης και χρησιμοποίησης νύξεων/παραγόντων υπόμνησης για τη διαφοροποίηση μεταξύ τους (για παράδειγμα χρησιμοποιώντας νοητικές λειτουργίες ή αισθητηριακές πληροφορίες) μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να αναγνωρίζουν καλύτερα τα χαρακτηριστικά της εσωτερικής έναντι της εξωτερικής ομιλίας. Η αναγνώριση αυτή μπορεί, με τη σειρά της, να ανακουφίσει από τις ψευδαισθήσεις και την ψυχική δυσφορία που τις συνοδεύει.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διεθνών μελετών, έχουν ξεκινήσει γνωσιακές-συμπεριφορικές μελέτες που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα των προσεγγίσεων αυτών. Για παράδειγμα, ο Slade και οι συνεργάτες του (1994), έχουν αναπτύξει ένα γνωσιακό, συμπεριφορικό πρόγραμμα που απαιτεί από τους ασθενείς με ακουστικές και λεκτικές ψευδαισθήσεις να εστιάζονται στις φωνές τους. Ειδικότερα, οι ασθενείς ενθαρρύνονται να εστιάζουν στα φυσικά χαρακτηριστικά των φωνών και στο περιεχόμενο των φωνών τους. Επιπλέον, οι ασθενείς διδάσκονται να εξετάζουν τη σχέση των φωνών τους με τις σκέψεις και τις πεποιθήσεις τους για τις φωνές τους. Αυτή η τεχνική εστίασης συγκρίθηκε με μια τεχνική που ενθάρρυνε την απόσπαση της προσοχής (distraction) από τις ψευδαισθήσεις (για παράδειγμα χρησιμοποιώντας ένα στερεοφωνικό κάθε φορά που σημειώνονταν φωνές). Παρότι οι δύο αυτές θεραπείες δεν φάνηκαν να διαφέρουν στην αποτελεσματικότητα μετά από 18-20 εβδομαδιαίες συνεδρίες θεραπείας, στην παρακολούθηση αποθεραπείας των 2 ετών, οι ασθενείς της ομάδας εστίασης δεν είχαν μεγαλύτερη πεποίθηση, σε σύγκριση με την

ομάδα απόσπασης προσοχής, ότι οι φωνές ήταν δικές τους. Η μελέτη αυτή παρέχει ένα υποσχόμενο πρώτο βήμα στη χρησιμοποίηση των γνωσιακών μοντέλων των ακουστικών και λεκτικών διαταραχών στη σχιζοφρένεια και στην ανάπτυξη και αξιολόγηση των γνωσιακών συμπεριφορικών θεραπειών για το μετριασμό τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

### 3.1 Ιστορική αναδρομή

Η προσπάθεια για εύρεση θεραπευτικών μεθόδων για την ασθένεια της σχιζοφρένειας έχει τις ρίζες της στα μακρύ παρελθόν. Πολλές και διάφορες φύσης μέθοδοι έχουν πραγματοποιηθεί ενώ κάποιες από αυτές χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερη σκληρότητα (Barlow & Durand, 2001).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί κατά τον μεσαίωνα αλλά και παλαιότερα η σχιζοφρένεια είχε δαιμονοποιηθεί με τα άτομα που νοσούν να υποβάλλονται σε απάνθρωπες χειρουργικές επεμβάσεις. Ενέργειες όπως η προμετωπιαία λοβοτομή, αν και αναποτελεσματικές πραγματοποιούνταν μέχρι και τα μέσα της δεκαετίας του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Ο λόγος που η αμφιλεγόμενη αυτή τεχνική εφαρμόζονταν τόσα πολλά χρόνια ήταν η προσωρινή ηρεμία που παρουσίαζαν οι ασθενείς μετά την επέμβαση, κάτι που έκανε τις συναισθηματικές και συναισθηματικές διαταραχές που προκαλούνταν να περνούν απαρατήρητες.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '30, η χορήγηση ινσουλίνης αποτέλεσε μία θεραπευτική προσέγγιση, με σκοπό την πρόκληση κόμματος στους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Κυριαρχούσε η άποψη ότι κάτι τέτοιο βοηθούσε τους ασθενείς, ενώ στην πραγματικότητα κινδύνευαν ακόμα και από θάνατο. Λίγα χρόνια μετά μεγάλη ανάπτυξη γνώρισε η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT), που όμως ήταν αμφιλεγόμενη μέθοδος και σχετικά γρήγορα διαπιστώθηκε πως δεν ήταν αποτελεσματική στη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Η μέθοδος αυτή όμως ενδείκνυται σε περιπτώσεις ανθρώπων που έχουν κατάθλιψη.

Στη δεκαετία του '50 η θεραπεία της σχιζοφρένειας σημείωσε μεγάλη πρόοδο λόγω της δημιουργίας νευροληπτικών φαρμάκων. Τα φάρμακα αυτά βοηθούν τους ασθενείς στο να αντιμετωπίσουν συμπτώματα όπως οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις (θετικά συμπτώματα) ενώ δεν είναι το ίδιο αποτελεσματικά όσον αφορά στα αρνητικά συμπτώματα.

Οι διαφορετικές τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν κατά την πάροδο των χρόνων συνδέονταν τόσο με την επιστημονική γνώση που ήταν τότε διαδεδομένη αλλά και με τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά των κοινωνιών. «Για παράδειγμα, ο Mustafa ανέφερε πως οι γιατροί της φυλής Kisii στην Κένυα, ακούνε τους ασθενείς για να εντοπίσουν τη θέση των ψευδαισθήσεων στο κεφάλι τους, κατόπιν τους ναρκώνουν και αφαιρώντας ένα κομμάτι του κρανίου γδέρνουν το συγκεκριμένο σημείο».

Σήμερα, ύστερα από εμπειριστατωμένες επιστημονικές έρευνες έχει διαπιστωθεί πως η πλέον αποτελεσματική θεραπευτική μέθοδος αφορά στη λήψη νευροληπτικών φαρμάκων, σε συνδυασμό με διάφορες ψυχοκοινωνικές θεραπείες που αποσκοπούν στη μείωση των ποσοστών υποτροπής, την καλύτερη λειτουργικότητα του ασθενούς και τη συνεργασία στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής.

## **3.2 Θεραπευτικές μέθοδοι**

### **3.2.1 Είδη θεραπείας**

Σύμφωνα με πολλές επιστημονικές έρευνες ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας είναι ο συνδυασμός ενός καλού και υγιούς οικογενειακού περιβάλλοντος με την κατάλληλη φαρμακοθεραπεία. Όμως το πρόβλημα πολλές φορές είναι πιο σύνθετο, και η πλήρη ίαση δεν επιτυγχάνεται εφαρμόζοντας μόνο τα παραπάνω. Το πόσο αποτελεσματική θεωρείται η θεραπεία σχετίζεται με την μείωση συμπτωμάτων όπως είναι οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες και η αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς. Ένα επιπλέον ζήτημα για τον κλινικό είναι η πιθανή υποτροπή του ασθενή, ακόμα και αν βρίσκεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας του (Getzfeld, 2009).

Πριν μερικές δεκαετίες, η γνώση όσον αφορά στην πορεία των ασθενών με σχιζοφρένεια ήταν πολύ φτωχή. Εκτός από τους οικονομικά ευκατάστατους με δυνατότητα νοσηλείας σε κάποια ιδιωτική κλινική, οι υπόλοιποι συνήθως μεταφέρονταν σε άσυλα για ψυχικά ασθενείς. Εκεί η θεραπεία ήταν ουσιαστικά ανύπαρκτη καθώς δεν ήταν λίγες φορές που οι κλινικοί κατέφευγαν σε απάνθρωπες και αναποτελεσματικές μεθόδους. Για παράδειγμα, πραγματοποιούσαν ηλεκτροσπασμοθεραπεία, η οποία λογίζεται ως η πλέον αναποτελεσματική μέθοδος, και φυσικά αδυνατεί να γιατρέψει τις ψευδαισθήσεις και το παραλήρημα. Συχνά δένονταν και οδηγούνταν στην απομόνωση. Κάποιοι μάλιστα υφίσταντο προμετωπιαίες λοβοτομές. Το προσωπικό των ασύλων ήταν ανεκπαιδευτο, δούλευε πολλές

ώρες και δεν είχε τη διάθεση να ασχοληθεί με τους ψυχικά ασθενείς, όπως και κανείς άλλος στην κοινωνία. Έτσι, τα άσυλα λειτουργούσαν σαν φυλακές, όπου χρησίμευαν στην απομάκρυνση από την κοινωνία επικίνδυνων και παρείσακτων ατόμων. Πολλοί από τους ασθενείς αυτούς δεν είχαν την επιθυμητή εξέλιξη και δεν βελτιωνόταν η κατάστασή τους.

Εξαιτίας της πολυετούς νοσηλείας οι ασθενείς αυτοί έχαναν την ικανότητα τους να επιβιώνουν στην καθημερινότητα εκτός ασύλου. Έτσι, τα άτομα αυτά χειροτέρευαν σε τέτοιο βαθμό που δεν μπορούσαν να επιβιώσουν μόνοι τους στον κόσμο έξω από το νοσοκομείο και χωρίς τη βοήθεια της οικογένειάς τους ή των συνανθρώπων τους. Λόγω της αδράνειας τους δεν εξασκούσαν βασικές καθημερινές δεξιότητες με αποτέλεσμα να περιθωριοποιούνται κοινωνικά.

### **3.2.2 Φαρμακοθεραπευτικές μέθοδοι**

#### *Αντιψυχωσικά φάρμακα*

Μια από τις μεγαλύτερες εξελίξεις στην ψυχολογία και την ψυχιατρική έχουν συμβεί στα μέσα της δεκαετίας του 1950 όταν ανακαλύφθηκε η πρώτη κατηγορία αντιψυχωσικών φαρμάκων, οι φαινοθειαζίνες. Γνωστά τότε ως μείζονα ηρεμιστικά τα φάρμακα αυτά ηρεμούσαν τους επιθετικούς ασθενείς αλλά ήταν αποτελεσματικά και στα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, ειδικά στις ψευδαισθήσεις και το παραλήρημα. Η χλωροπρομαζίνη ανακαλύφθηκε τυχαία από τον Γάλλο γιατρό Henri Laborit (1914-1955) το 1952 όπου το χρησιμοποίησε συμπληρωματικά σαν αναισθητικό. Το 1953 χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά στη σχιζοφρένεια. Η χλωροπρομαζίνη ξεπέρασε τη χρήση της ως κατασταλτικό και οι ασθενείς παρουσίασαν βελτιώσεις τόσο στη σκέψη όσο και στο συναίσθημα.

Παλιότερα τα αντιψυχωσικά χωριζόταν σε τυπικά και άτυπα (Bezchlibnyk-Butler & Jeffries, 2005). Τα τυπικά όπως η χλωροπρομαζίνη είναι ανταγωνιστές ντοπαμίνης. Τα άτυπα όπως η κλοζαπίνη είναι νεότερη κατηγορία που είναι πιο αποτελεσματικά στα θετικά συμπτώματα και δρουν και στα επίπεδα σεροτονίνης. Αυτός ο διαχωρισμός ανάμεσα σε τυπικά και άτυπα μερικές φορές δεν είναι σαφής. Ορισμένοι συγγραφείς σήμερα χρησιμοποιούν τους όρους κλασσικά και δευτέρης γενιάς αντιψυχωσικά αντίστοιχα (Bezchlibnyk-Butler & Jeffries, 2005).

Οι αλλαγές που έφεραν οι ανακαλύψεις αυτές ήταν εκπληκτικές. Πολλοί χρόνια ασθενείς που δεν είχαν ελπίδα ανάρρωσης βγήκαν από τα άσυλα και συνέχισαν τη θεραπεία

τους στην κοινότητα. Η επιτυχής εφαρμογή των φαρμάκων αυτών άλλαξε ολόκληρο τον τομέα της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής, αφού ο κόσμος συνειδητοποίησε πως ασθενείς με ψυχική νόσο μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά και δικαιούνται σωστή θεραπεία.

Ο τομέας των αντιψυχωσικών φαρμάκων αλλάζει συνεχώς γιατί συνεχώς ανακαλύπτονται νέα και καλύτερα φάρμακα, με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και πιο αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου. Οι στατιστικές δείχνουν πως ένας ασθενής με σχιζοφρένεια έχει πιθανότητα να πάρει εξιτήριο από το νοσοκομείο μετά από λίγες εβδομάδες ή μήνες ενώ η ισόβια διαμονή είναι πλέον αδιανόητη. Ένα μικρό ποσοστό των ασθενών επιτυγχάνουν πλήρη ίαση χωρίς υπολειμματική νόσο και χωρίς υποτροπές. Οι περισσότεροι όμως υποτροπιάζουν και χρειάζεται να νοσηλευτούν ξανά και ο κύκλος αυτός μπορεί να συνεχίζεται για χρόνια.

#### *Τυπικά Αντιψυχωσικά*

Περιλαμβάνουν φάρμακα όπως η χλωροπρομαζίνη, η θειοριδαζίνη και η τριφλουροπεραζίνη. Τα φάρμακα αυτά είναι ανταγωνιστές ντοπαμίνης και δρουν καλύτερα στα θετικά παρά στα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Έχουν βραχύ χρόνο ημιζωής που σημαίνει ότι πρέπει να λαμβάνονται καθημερινά και πολλές φορές την ημέρα. Τα πρώτα αποτελέσματα φαίνονται μέσα σε μία περίπου εβδομάδα αλλά αισθητή βελτίωση περιμένει κανείς μετά από αρκετές εβδομάδες. Κανένα από τα τυπικά αντιψυχωσικά δεν υπερέχει σε σχέση με τα άλλα.

Η επιλογή βασίζεται στο χρόνο ημιζωής και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου. Βασικό πλεονέκτημα είναι ότι τα φάρμακα αυτά δεν προκαλούν σχεδόν ποτέ σωματική εξάρτηση, μπορεί όμως να προκαλέσουν ψυχική εξάρτηση, όπως εξάλλου μπορεί να συμβεί με οποιαδήποτε ουσία. Τα φάρμακα που έχουν το χαμηλότερο κίνδυνο πρόκλησης σωματικής εξάρτησης, έχουν συνήθως και τις σημαντικότερες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Τα τυπικά αντιψυχωσικά προκαλούν σοβαρότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Από τις πιο συχνές είναι υπνηλία, ζάλη, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα και κατακράτηση ούρων. Αυτές είναι γνωστές ως αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες και είναι παρόμοιες με τα συμπτώματα που προκαλούνται από τα αντισταμινικά, που περιλαμβάνονται σε σκευάσματα για το κρυολόγημα και την αλλεργία όπως τα Benadryl, Chlortrimetron και Contac. Οι

ενέργειες αυτές, αν μη τι άλλο, είναι πολύ ενοχλητικές και δυσάρεστες, αν και αρκετοί τις θεωρούν περισσότερο σαν ενόχληση παρά σαν κίνδυνο.

Οι εξωπυραμидικές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν τον Παρκινσονισμό με τρόπο, δυσκαμψία και σιελόρροια. Αυτές είναι πιο συχνές στους ηλικιωμένους ασθενείς και αντιμετωπίζονται με προσαρμογή της δόσης του αντιψυχωσικού ή με φάρμακα όπως το Symmetrel (αμανταδίνη). Άλλες παρενέργειες είναι η ακαθισία και οι ασυνήθιστες και ακούσιες στάσεις σώματος. Οι εξωπυραμидικές ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να μειωθούν μετά από 3-4 μήνες χρήσης των αντιψυχωσικών. Μπορεί όμως να χρησιμοποιηθούν αρχικά φάρμακα όπως η βενζοτροπίνη (Cogentin), η διφενυλιδραμίνη (Benadryl) και η τριεξιφενιδύλη (Artane) για τις παρενέργειες αυτές, ενώ για την ακαθισία μπορεί να χρησιμοποιηθούν β-αναστολείς (φάρμακα που μειώνουν την καρδιακή συχνότητα και την αρτηριακή πίεση) ή ακόμη και βενζοδιαζεπίνες. Το Cogentin χρησιμοποιείται συχνότερα και πρόκειται για ένα αντιχολινεργικό φάρμακο που βελτιώνει την δυσκαμψία, την ανησυχία και τη δυσκινησία και είναι χρήσιμο και στην Όψιμη Δυσκινησία που είναι άλλη μία συχνή παρενέργεια της μακροχρόνιας χρήσης αντιψυχωσικών, όπως η χλωροπρομαζίνη. Το Cogentin χρησιμοποιείται επίσης και στη νόσο Parkinson (Bezchlibnyk-Butler & Jeffries, 2005). Τα φάρμακα αυτά έχουν βέβαια τις δικές τους ανεπιθύμητες ενέργειες όπως ξηροστομία, κατακράτηση ούρων, ναυτία και αϋπνία.

Τι συμβαίνει όταν ένας άρρωστος παρουσιάζει Όψιμη Δυσκινησία; Ο ασθενής παρουσιάζει ακούσιες κινήσεις προσώπου, κορμού και άκρων όπως προβολή της γλώσσας, κινήσεις μάσησης και πλατάγιασμα των χειλιών. Έχουν επίσης σπαστικές κινήσεις κορμού και άκρων. Άτομα με Όψιμη Δυσκινησία μπορεί επίσης να πάσχουν και από επιληπτικές κρίσεις. Όπως καταλαβαίνετε πρόκειται για πολύ ενοχλητικά συμπτώματα τόσο για τον ασθενή όσο και για την οικογένεια του. Επίσης ορισμένες φορές η κατάσταση αυτή δεν είναι αναστρέψιμη. Γνωρίζουμε πως η Όψιμη Δυσκινησία προκαλείται από τα αντιψυχωσικά φάρμακα αλλά όταν τα συμπτώματα εμφανιστούν σε ορισμένους ασθενείς ακόμη και η διακοπή των αντιψυχωσικών δεν βελτιώνει την κατάσταση. Μάλιστα μετά τη διακοπή ίσως και να επιδεινωθεί.

Τα βραδείας αποδέσμευσης αντιψυχωσικά (depot) είναι φάρμακα με μεγάλο χρόνο ημιζωής που κυμαίνεται από 2-4 εβδομάδες. Χορηγούνται ενδομυκικά και είναι ιδανικά για ασθενείς με κακή ή άτακτη συμμόρφωση στην αγωγή. Φάρμακα αυτής της κατηγορίας



περιλαμβάνουν την φλουφенаζίνη (Prolixin) και την αλοπεριδόλη (Haldol). Τα φάρμακα αυτά έχουν χαμηλότερο κίνδυνο υποτροπής αφού ο ασθενής δεν χρειάζεται να θυμάται να πάρει το φάρμακό του κάθε μέρα και έτσι αυξάνεται η συμμόρφωση. Το βασικό μειονέκτημα είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες. Εάν ο ασθενής εμφανίσει ανεπιθύμητες ενέργειες τότε πρέπει να τις ανεχτεί μέχρι να αδρανοποιηθεί το φάρμακο.

#### *Άτυπα Αντιψυχωσικά*

Τα άτυπα αντιψυχωσικά ανακαλύφθηκαν τη δεκαετία του 1990 και αποτέλεσαν ακόμη μία επανάσταση στο χώρο. Τα φάρμακα αυτά είναι εξίσου αποτελεσματικά με τα τυπικά αντιψυχωσικά στα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και πιο αποτελεσματικά στα αρνητικά. Γενικά έχουν και λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από τα τυπικά (Bezchlibnyk-Butler & Feffries, 2005).

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν φάρμακα όπως η κλοζαπίνη (Clozaril) και η ρισπεριδόνη (Risperdal). Για παράδειγμα η κλοζαπίνη δεν προκαλεί όψιμη δυσκινησία ή άλλα μυϊκά προβλήματα ενώ η ρισπεριδόνη προκαλεί εξωπυραμιδικές παρενέργειες και έχει πολύ μικρότερο κίνδυνο πρόκλησης όψιμης δυσκινησίας.

Όμως η κλοζαπίνη μπορεί να προκαλέσει ακοκκιοκυτταραιμία σε ένα ποσοστό 1%. Η ακοκκιοκυτταραιμία είναι μία δραστική μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων με αποτέλεσμα μεγάλη ευπάθεια σε λοιμώξεις, δυνητικά θανατηφόρες. Για το λόγο αυτό ο FDA ενέκρινε τη χρήση της κλοζαπίνης το 1990 με τον όρο ότι θα γίνεται εβδομαδιαία μέτρηση των λευκών αιμοσφαιρίων. Εάν παρουσιάσει ο ασθενής την ανεπιθύμητη αυτή ενέργεια τότε η κλοζαπίνη διακόπτεται. Άλλα άτυπα αντιψυχωσικά είναι η ολανζαπίνη (Zyprexa) και η κουεταΐπίνη (Seroquel).

Η συμμόρφωση είναι καλύτερη με τα άτυπα αντιψυχωσικά γιατί έχουν λιγότερες εξωπυραμιδικές και άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες. Αυτό δε σημαίνει πως δεν έχουν και αυτά τα φάρμακα παρενέργειες. Μία από αυτές είναι και η αύξηση βάρους που οδηγεί σε παχυσαρκία, υπέρταση, στεφανιαία νόσο και σακχαρώδη διαβήτη τύπου II. Η έρευνα δείχνει πως 30% των ασθενών δεν ανταποκρίθηκαν καλά στα άτυπα. Η αντίσταση ορίζεται ως μη ανταπόκριση μετά από 6 εβδομάδες θεραπείας, σε δόσεις από μέτριες έως υψηλές. Υπόψιν πως οι περισσότερες μελέτες έγιναν με την κλοζαπίνη, αφού είναι το μακροβιότερο φάρμακο στην αγορά (Bezchlibnyk-Butler & Jeffries, 2005).

### Τρίτης Γενιάς Αντιψυχωσικά

Τέτοιο είναι η αριπιπραζόλη (Abilify) που χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά το 2002 και θεωρείται άτυπο αντιψυχωσικό. Ανήκει σε μία νέα κατηγορία αντιψυχωσικών, τα τρίτης γενιάς αντιψυχωσικά. Το φάρμακο αυτό έχει την ιδιαιτερότητα να μην προκαλεί εξωπυραμιδικά, όψιμη δυσκινησία, ακοκκιοκυτταραιμία, αύξηση βάρους ή διαβήτη. Επιπλέον, η συχνότητα διακοπής της θεραπείας με αριπιπραζόλη είναι 9% σημαντικά χαμηλότερη σε σχέση με τα υπόλοιπα αντιψυχωσικά. Αυτό μερικώς οφείλεται στην απουσία σοβάρων παρενεργειών.

Η αριπιπραζόλη δρα σταθεροποιώντας τους υποδοχείς ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Με άλλα λόγια, δρα σαν αγωνιστής ντοπαμίνης όταν τα επίπεδα ντοπαμίνης είναι χαμηλά και σαν ανταγωνιστής όταν είναι υψηλά. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα υπόλοιπα τυπικά και άτυπα αντιψυχωσικά που δρουν ως ανταγωνιστές ντοπαμίνης. Επίσης, όπως και ορισμένα από τα άτυπα σαν την ρισπεριδόνη, η αριπιπραζόλη μπλοκάρει και τους υποδοχείς σεροτονίνης.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, όλα τα αντιψυχωσικά μπλοκάρουν τους υποδοχείς ντοπαμίνης στις φλοιϊκές και μεταχιακές περιοχές του εγκεφάλου ενώ τα άτυπα μπλοκάρουν και τους υποδοχείς σεροτονίνης. Γενικά, τα τυπικά αντιψυχωσικά είναι καλύτεροι ανταγωνιστές ντοπαμίνης ενώ τα άτυπα είναι καλύτεροι ανταγωνιστές σεροτονίνης.

### 3.2.3 Ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις εστιάζουν κυρίως στις μακροπρόθεσμες αλλαγές στην ζωή του ψυχικά ασθενούς. Το εκπεφρασμένο συναίσθημα, το οποίο είναι απαραίτητο όπως έχει αναφερθεί για την εκδήλωση κάποιου ψυχωσικού επεισοδίου, αποτελεί παράγοντα υψίστης σημασίας. Έτσι λοιπόν η οικογενειακή θεραπεία αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα καθώς ο ρόλος της είναι καθοριστικός ιδιαίτερα σε καταστάσεις και περιόδους υποτροπών του ασθενούς. Ιδιαίτερα σημαντική είναι και η σωστή εκπαίδευση. Τα μέλη της οικογένειας οφείλουν να εκπαιδευτούν με τη βοήθεια εξειδικευμένων κλινικών, και να προετοιμαστούν ψυχολογικά έτσι ώστε να αποδεχτούν τη φύση της διαταραχής και να αντιληφθούν ότι δεν υπάρχει πλήρης ίαση παρά μόνο ύφεση των συμπτωμάτων. Η οικογένεια εκπαιδεύεται μαθαίνοντας τεχνικές γύρω από το πώς πρέπει να συμπεριφέρονται τα μέλη της, στον ασθενή

αλλά πώς να επικοινωνούν μεταξύ τους με απώτερο σκοπό την ομαλή συμβίωσή τους (Getzfeld, 2009).

Σε πολλές περιπτώσεις ο ασθενής μπορεί να υποτροπιάσει, χωρίς κάτι τέτοιο να συνεπάγεται πως η μέθοδος είναι αναποτελεσματική καθώς πολλές φορές σκοπός είναι η καθυστέρηση και όχι η αποτροπή της υποτροπής.

Μια ευρέως χρησιμοποιούμενη τεχνική είναι και η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες. Πολλές φορές λόγω εκτεταμένης νοσηλείας ή αντικοινωνικής συμπεριφοράς οι ασθενείς εμφανίζουν υπολειμματικά συμπτώματα που χρήσουν αντιμετώπισης. Τέτοιου είδους ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες παραμένουν και δεν υποχωρούν σε όλη τη πορεία της ασθένειας. «Τα ελλείμματα αυτά περιλαμβάνουν έλλειψη διεκδικητικότητας, διάθεση για συμβιβασμό, επίδειξη κοινωνικά αποδεκτής συμπεριφοράς, ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος και αναγνώριση ορίων (π.χ. κατανόηση ότι ο αυνανισμός σε δημόσιο χώρο δεν είναι αποδεκτός ή ότι εάν κάποιος έλκεται σεξουαλικά από έναν άγνωστο δεν μπορεί να τρέξει και να τον αγκαλιάσει)». Κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης ο ασθενής οφείλει να συνεχίζει την λήψη των κατάλληλων φαρμάκων που του έχουν συνταγογραφηθεί. Επίσης ο ασθενής εκπαιδεύεται ώστε να διεκπεραιώνει βασικές δεξιότητες καθώς και τεχνικές επίλυσης βασικών κοινωνικών προβλημάτων. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού χρησιμοποιείται ένα πρότυπο, όπου συμπεριλαμβάνει παιχνίδια ρόλων και τεχνικής λεκτικής και κοινωνικής ενδυνάμωσης. Επίσης ο ασθενής μαθαίνει να λαμβάνει τα φάρμακά του μόνος του, αλλά και γενικότερα πώς να φροντίζει τον εαυτό του σε θέματα προσωπικής υγιεινής. Ο συνδυασμός όλων των παραπάνω συνήθως καταλήγει σε βελτίωση των συμπτωμάτων (Bustillo, Lauriella, Horan & Keith, 2001).

Μία άλλη μέθοδος αφορά στην κοινότητα και ονομάζεται Ομάδα Επείγουσας Παρέμβασης στην Κοινότητα. Πρόκειται για μία ομάδα επαγγελματιών που αποτελείται από ποικίλες ειδικότητες και στοχεύει στην εκπαίδευση, αποκατάσταση, εκμάθηση δεξιοτήτων και γενικότερη υποστήριξη σε συνδυασμό πάντα με τη σωστή λήψη φαρμάκων. Η ομάδα αυτή είναι διαθέσιμη ανά πάσα στιγμή για να προσφέρει βοήθεια σε οποιαδήποτε κρίσιμη κατάσταση. Σκοπός είναι η παραμονή του ασθενούς στην κοινότητα και η αποτροπή νοσηλείας που συχνά περιθωριοποιεί τον ασθενή. Η διαφορά στη λειτουργία της δομής αυτής είναι ότι η ομάδα επισκέπτεται τον ασθενή και όχι το αντίστροφο. Η δομή αυτή είναι πολύ

αποτελεσματική αλλά δαπανηρή καθώς απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό και τις κατάλληλες υποδομές.

Άλλες θεραπευτικές μέθοδοι εφαρμόζουν γνωσιακές συμπεριφορικές τεχνικές για να βοηθήσουν τον ασθενή να ανταπεξέλθει στο άγχος που του προκαλούν συμπτώματα όπως οι παραληρητικές ιδέες. Ο ασθενής πρέπει να αντιληφθεί πως οι ψευδαισθήσεις αποδίδονται λανθασμένα σε εξωτερικά αίτια. Εάν το άτομο που νοσεί υιοθετήσει την ιδέα πως οφείλονται σε εσωτερικά αίτια ίσως καταφέρει να τις αποδεχτεί και να συνειδητοποιήσει πως η σκέψη τους και όχι οι φωνές αυτές καθαυτές είναι η αιτία του προβλήματος. Επίσης η εκπαίδευση πρέπει να εστιάζει στην αναγνώριση στοιχείων και καταστάσεων του περιβάλλοντος που επιδεινώνουν τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας.

Οι ασθενείς εκπαιδεύονται στο να αναγνωρίζουν και να δέχονται σωματικά, συναισθηματικά και γνωσιακά σημάδια άγχους και τρόπους διαχείρισης αυτών χρησιμοποιώντας τεχνικές μυϊκής χαλάρωσης και γνωσιακής αναδόμησης (Hogarty, et al., 1997). Ο Hogarty υπέδειξε πως η ελάττωση του στρες μείωνε το ρυθμό υποτροπών αλλά μόνο σε όσους ασθενείς ζούσαν με τις οικογένειες τους. Όσοι ζούσαν χωρίς τις οικογένειές τους, είχαν μεγαλύτερα ποσοστά υποτροπών και αυτό αποδόθηκε στο μεγαλύτερο άγχος που βιώνουν οι ασθενείς που ζουν απομονωμένοι. Δημιουργείται όμως το ερώτημα για τον τρόπο που οι ασθενείς οι οποίοι χρειάζονται μακροχρόνια νοσηλεία πρέπει να αντιμετωπιστούν.

Η μακροχρόνια νοσηλεία έχει αποδειχθεί ότι βοήθησε νοσηλευόμενους ασθενείς στο να μειώσουν τις ανεπιθύμητες συμπεριφορές και να ενισχύσουν τις επιθυμητές συμπεριφορές. Δημιουργείται μία λίστα επιθυμητών συμπεριφορών για κάθε ασθενή, όπως το πρωινό και το μπάνιο αλλά και η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες. «Κάθε φορά που ο ασθενής επιδεικνύει την επιθυμητή συμπεριφορά επιβραβεύεται και ανταμείβεται με μία μάρκα. Στο τέλος μίας καθορισμένης περιόδου (ημέρας ή εβδομάδας) ανταλλάσσει τις μάρκες που έχει συγκεντρώσει με φαγητό ή με κάποια άλλη παροχή, όπως για παράδειγμα με το να δει τηλεόραση. Οι ανεπιθύμητες συμπεριφορές αγνοούνται με το σκεπτικό ότι στο τέλος θα εξασθενίσουν και θα εξαφανιστούν. Κάποιες φορές υπάρχει και τιμωρία, όπως για παράδειγμα στέρηση κάποιων προνομίων, αν και συνήθως αυτό αποφεύγεται. Η έρευνα έχει δείξει πως οι τεχνικές αυτές είναι αποτελεσματικές και σε βάθος χρόνου 11% των ασθενών που ελάμβαναν αυτή τη θεραπεία βγήκαν στην κοινότητα χωρίς να χρειαστούν

επανεισαγωγή. Κανείς από τους ασθενείς στην ομάδα ελέγχου δεν πήρε εξιτήριο». (Paul & Lentz, 1977)

Συμπερασματικά μπορεί να ειπωθεί πως για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας είναι απαραίτητος ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και καλού οικογενειακού υποστηρικτικού περιβάλλοντος ως τα βασικά συστατικά μιας επιτυχούς θεραπείας. Τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς και ελάττωσης του άγχους έχει αποδειχθεί ότι αποφέρει καρπούς. Ιδιαίτερη βαρύτητα πέφτει βέβαια στην εκπαίδευση. Αν και η εκπαίδευση μπορεί να μην προλαμβάνει τη νόσο, βοηθά τα μέλη της οικογένειας να δράσουν πιο γρήγορα εάν αναγνωρίσουν πρόδρομα συμπτώματα της νόσου. Η πρόωμη διάγνωση είναι υψίστης σημασίας.

### **3.2.4 Λογοθεραπευτικές μέθοδοι**

Αν και η διάγνωση της σχιζοφρένειας, όπως και κάθε ψυχικής νόσου, γίνεται από τον ψυχίατρο και μόνο από αυτόν, η αξιολόγηση της νόσου όπως και η θεραπεία αυτής περιλαμβάνουν και άλλους ειδικούς. Ένα παράδειγμα αποτελούν οι λογοθεραπευτές που ενώ παραδοσιακά δεν προσφέρουν υπηρεσίες σε άτομα με ψυχική νόσο, καθώς δεν εμφανίζεται κάποια δράση τους στη διεθνή βιβλιογραφία, ωστόσο θα μπορούσαν να προσφέρουν πολυτιμη βοήθεια, καθώς γλωσσικές δυσκολίες έχουν εντοπιστεί σε πολλά άτομα με ψυχική ασθένεια (Novak & Karolnek, 2001).

Τα άτομα που νοσούν από κάποια ψυχική ασθένεια παρουσιάζουν επικοινωνιακές δυσκολίες (Moller, 1996). Πιο συγκεκριμένα, στην περίπτωση της σχιζοφρένειας, οι ασθενείς περιγράφονται με χαρακτηριστικά που περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων αδυναμία στην επεξεργασία των πληροφοριών, συνειρμηκές δυσκολίες σκέψης (εκτροχιασμοί, εφαπτόμενος λόγος), αλογία και λακωνικότητα, αδυναμία συγκέντρωσης, νεολογισμούς, ελλειματική συντακτική δομή, καθώς επίσης και ελλείμματα στην εξωλεκτική επικοινωνία (εκφράσεις προσώπου, χειρονομίες), αντικοινωνικότητα, δυσκολία στη λήψη αποφάσεων και στην επίλυση προβλημάτων. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά επιδεινώνονται με τις επιπτώσεις της νόσου στο γνωστικό επίπεδο (Rhiannon, Cahill, & Christopher, 1997).

«Σε μια μελέτη περίπτωσης, για παράδειγμα, μια γυναίκα 62 ετών με χρόνια σχιζοφρένεια, βρογχίτιδα και υπέρταση, ζούσε σε ένα κέντρο φροντίδας. Λάμβανε αγωγή με ψυχότροπα φάρμακα, καθώς και αγωγή για την υπέρταση και το άσθμα. Το προσωπικό ανέφερε ότι πολλές φορές τους ήταν αδύνατον να καταλάβουν τον ασθενή γιατί αρνιόταν να

φορέσει το στοματικό της βοήθημα και είχε πρησμένη γλώσσα λόγω των φαρμάκων. Ταυτόχρονα, είχε αποσυρθεί κοινωνικά και δεν επιθυμούσε να συμμετέχει σε καμία δραστηριότητα του κέντρου. Παραπέμφθηκε για λογοθεραπευτική αξιολόγηση και σύμφωνα με το Pragmatic Protocol and Social Rating Scale, η γυναίκα αυτή ένιωθε μοναξιά και δυσκολευόταν να μιλήσει σε κάποιον για τα συναισθήματά της. Επίσης, έδινε πολύ μικρού μήκους απαντήσεις, πολλές φορές ανολοκλήρωτες, καθώς επίσης είχε και αδυναμία διατήρησης του θέματος. Δήλωσε, ακόμη ότι αντιμετώπιζε προβλήματα με την υγεία της, το κάπνισμα, τη διαχείριση των χρημάτων, την άσκηση, την οργάνωση και πως δεν έχει την ενέργεια να ασχοληθεί με πολλά πράγματα. Ο λογοθεραπευτής σε συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό, οργάνωσε προσωπικές και ομαδικές συνεδρίες οι οποίες επικεντρώνονταν στην βελτίωση του λόγου και στα θέματα υγείας της, με σταδιακή γενίκευση των κεκτημένων ικανοτήτων στην καθημερινή της ζωή στο κέντρο. Έπειτα από 1 χρόνο και συνδυαστικά με την ψυχοθεραπεία, η γυναίκα αυτή ανέπτυξε την κοινωνικότητα της, συμμετείχε στις δραστηριότητες του κέντρου, μπορούσε να εκφράζει καλύτερα τα συναισθήματά της και ο λόγος της είχε αποκτήσει μεγαλύτερη συνοχή και ευχέρεια, μπορούσε ακόμη να κάνει και χιούμορ κατά περίπτωση». (Ζιάκη, 2015).

Παραδείγματα όπως αυτά φανερώνουν ότι οι ασθενείς όχι μόνο με σχιζοφρένεια αλλά με ψυχική νόσο εν γένει, μπορούν να βελτιωθούν σε πολλά επίπεδα από τις υπηρεσίες ενός κλινικού όπως ο λογοθεραπευτής όταν αυτές γίνονται τακτικά, οργανωμένα και σε συνεργασία με τις άλλες ειδικότητες που εμπλέκονται στη θεραπευτική διαχείριση των ασθενών όπως οι ψυχίατροι, οι ψυχολόγοι, οι ψυχοθεραπευτές και οι εργοθεραπευτές.

Δυστυχώς όμως, ακόμα και εν έτη 2017 υπάρχουν πολύ λίγα εκπαιδευτικά προγράμματα που προσφέρουν τέτοιου είδους εξειδικευμένη γνώση, κι ακόμη λιγότερα αξιολογητικά και παρεμβατικά εργαλεία, ώστε να στηρίζουν και να βοηθήσουν τον λογοθεραπευτή, κάτι όμως που αναμένεται να αλλάξει μελλοντικά.

### **3.2.5 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)**

Η αμφιλεγόμενη και βάνουσή μέθοδος της ηλεκτροσπασμοθεραπείας εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1938 από τους Cerletti και Bini (Μάνος Ν., 1997).

Η μέθοδος αυτή επιλέγονταν σε περιπτώσεις που τα συμπτώματα του ασθενούς ήταν οξεία, ενώ το ίδιο αναφέρεται και από Barlow & Durand (2001) κατά τους οποίους η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) έχει επιθυμητά αποτελέσματα στις οξείες ψυχώσεις αλλά και

στον κατατονικό τύπο σχιζοφρένειας. Παρόλα αυτά, επισημαίνεται πως η παραπάνω μέθοδος πρέπει να συνοδεύεται από τη λήψη αντιψυχωσικών φαρμάκων έτσι ώστε να μειωθούν αποτελεσματικότερα τα θετικά συμπτώματα της νόσου ενώ απευθύνεται σε ασθενείς που έχουν αναπτύξει σχιζοφρένεια σε διάστημα μικρότερο του ενός έτους (Barlow & Durand, 2001).

Οι ενδείξεις που οδηγούν στη εφαρμογή ηλεκτροσπασμοθεραπείας ως θεραπευτικής μεθόδου για τις ψυχικές ασθένειες είναι τα μεγάλα βαθμού καταθλιπτικά επεισόδια, η οξεία μανία και η σχιζοφρένεια. Σε ανθρώπους που έχουν σχιζοφρένεια, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν οι άλλες θεραπείες δεν είναι αποτελεσματικές καθώς και σε έντονα σχιζοφρενικά επεισόδια με κατατονικά ή συναισθηματικά συμπτώματα.

Η αποτελεσματικότητα της επίπονης αυτής μεθόδου και το πώς επιδρά θεραπευτικά στον οργανισμό δεν είναι γνωστός. Επιστημονικές μελέτες όμως αποδεικνύουν πως επιδρά δραστικά σε μεγάλο αριθμό νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο, όπως του GABA, της σεροτονίνης, της νορεπινεφρίνης και της ντοπαμίνης, καθώς και των ενδογενών οπιοειδών.

Στην αρχή, εφαρμοζόταν χωρίς να έχει προηγηθεί νάρκωση ή κάποια φαρμακευτική κάλυψη, γεγονός που προκαλούσε μεγάλο φόβο στους ασθενείς και αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων και εξαρθρώσεων λόγω των σπασμών. Στη σημερινή εποχή όμως, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία λαμβάνει χώρα ύστερα από τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για την μείωση των εκκρίσεων, γενικής αναισθησίας για τη μείωση του άγχους και της δυσανεξίας του ασθενούς καθώς και ενός μυοχαλαρωτικού για την αποτροπή επιπλοκών των σπασμών.

Η προετοιμασία του ασθενούς για ηλεκτροσπασμοθεραπεία απαιτεί:

- Την εξασφάλιση της συγκατάθεσής του, αφού πρώτα ενημερωθεί για το λόγο που επιλέχθηκε η συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδος, τα οφέλη της και οι πιθανοί κίνδυνοι από αυτήν.
- Τη λήψη ιατρικού ιστορικού και την σωματική εξέταση για να διαπιστωθεί αν υπάρχει καρδιαγγειακή νόσος, μυοσκελετικά τραύματα, νεόπλασμα του ΚΝΣ (αποτελεί την απόλυτη αντένδειξη) και ιστορικό πρόσφατης θεραπείας με φάρμακα που ελαττώνουν τις κατεχολαμίνες.
- Εργαστηριακό έλεγχο.

- Διακοπή ή ελαχιστοποίηση (αν δεν είναι εφικτή η διακοπή) της φαρμακευτικής αγωγής που χορηγούνταν στον ασθενή λίγο πριν και κατά τη διάρκεια της ηλεκτροσπασμοθεραπείας.
- Τέλος, ο ασθενής δε θα πρέπει να πάρει τίποτα από το στόμα για 8 ώρες πριν τη θεραπεία για να μειωθεί ο κίνδυνος εμέτου και εισρόφησης.

Οι παρενέργειες της ηλεκτροσπασμοθεραπείας περιλαμβάνουν απώλεια μνήμης, πονοκεφάλους, αύξηση σωματικού βάρους, αμηνόρροια ή άλλες διαταραχές της εμμηνορρυσίας, παροδική αύξηση της διαπερατότητας του αιματολογικού φραγμού, σημαντική (αλλά παροδική) συστηματική υπέρταση, άπνοια και καρδιακές αρρυθμίες.

### **3.2.6 Θεραπεία περιβάλλοντος**

Η θεραπεία περιβάλλοντος συνδυάζει φαρμακευτική αγωγή, νοσηλεία του ασθενούς σε ψυχιατρικό ίδρυμα, ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία και εργοθεραπεία.

Η παραπάνω θεραπεία εφαρμόζεται σε περιπτώσεις όπου η ο ασθενής βρίσκεται σε έντονη διέγερση, καθώς και όταν το άτομο εμφανίζει αδυναμία αυτοσυντήρησης και δεν υπάρχει το κατάλληλο περιβάλλον για να το προστατέψει. Συνεπώς σε τέτοιες περιπτώσεις ο ασθενής μεταφέρεται στην κλινική ώστε να δεχθεί άμεση βοήθεια.

Το περιβάλλον της κλινικής που νοσηλεύεται ο ασθενής πρέπει να πληροί συγκεκριμένες προδιαγραφές έτσι ώστε να καλύπτει τις ανάγκες του ατόμου αλλά και να το βοηθήσει να αναπτύξει βασικές κοινωνικές δεξιότητες που θα το προετοιμάσουν για την καθημερινότητά τους έξω από το νοσοκομείο.

Αυτό τελεσφορείται σε περιπτώσεις που οι σχέσεις όλων των ατόμων που αποτελούν το θεραπευτικό πλαίσιο στο οποίο αναρρώνει ο ασθενής, είναι ισορροπημένες ώστε το άτομο να μην αναστατώνεται και να μπορέσει να εγκληματιστεί και να ενταχθεί ομαλά στο κοινωνικό του περιβάλλον (Μάνος, 1988).

### **3.2.7 Οικογενειακή θεραπεία**

Μια από τις πλέον αποτελεσματικές θεραπευτικές μεθόδους αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας είναι η οικογενειακή θεραπεία, η οποία θεωρείται ταυτόχρονα πολύ παλιά και πολύ καινούρια. Πολύ παλιά με την έννοια του έντονου ενδιαφέροντος των ψυχοδυναμικών θεραπειών για την σχέση των ατόμων μέσα στην οικογένεια. Πολύ καινούρια από την



πλευρά της άμεσης ταυτόχρονης θεραπείας ολόκληρης της οικογένειας στον ίδιο χώρο, που ουσιαστικά συνιστά το πλαίσιο της οικογενειακής θεραπείας και που είναι σχετικά πρόσφατη εξέλιξη.

Η θεραπεία αυτή στοχεύει στην βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας και του ασθενούς, της μείωσης των εντάσεων, και της επικοδομητικής και ουσιαστικής ενημέρωσης των συγγενών του ασθενούς. Πολλές είναι οι περιπτώσεις που τα μέλη της οικογένειας εκφράζουν έντονα τη δυσαρέσκειά τους για τις συμπεριφορές του ασθενούς και γίνονται επικριτικοί προκαλώντας έστω και ακούσια την υποτροπή του. Συνεπώς με αυτή τη θεραπεία, καταβάλλεται προσπάθεια για ελαχιστοποίηση τέτοιων αντιδράσεων και βελτίωση του της επικοινωνίας προς όφελος του ανθρώπου που πάσχει.

Ένας ακόμη στόχος της θεραπείας είναι η ενημέρωση των μελών της οικογένειας όσον αφορά στη φύση και τις συνέπειες της ψυχική διαταραχής έτσι ώστε να προετοιμαστούν έχοντας πλέον την κατάλληλη εκπαίδευση για την αντιμετώπιση προβλημάτων που ίσως προκύψουν.

Τέλος, μέσω της οικογενειακής θεραπείας γίνεται προσπάθεια να συνειδητοποιήσει η οικογένεια, τον ζωτικής σημασίας ρόλο που παίζει η δική του συνεργασία στην περίθαλψη του ασθενούς. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο τα μέλη της οικογένειας να συμμετέχουν ενεργά σε ψυχοθεραπευτικές συναντήσεις μαζί με τον ασθενή και τον γιατρό του, καθώς αυτό αποτελεί καλό παράγοντα για την έκβαση της διαταραχής (Χαρτοκόλλης, 1991).

### **3.2.8 Ψυχοκοινωνικές θεραπείες**

Ο βασικός στόχος των ψυχοκοινωνικών θεραπειών είναι η κοινωνική ένταξη των ανθρώπων με σχιζοφρένεια. Δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στην καλύτερη δυνατή λειτουργικότητα του ασθενούς με απώτερο σκοπό την καλύτερη μορφή αποκατάστασης. Με αυτόν τον τρόπο ο άνθρωπος που αντιμετωπίζει το πρόβλημα θα μπορεί να ζει φυσιολογικά, να εργάζεται, να συμβιώνει, και να έχει μια καθημερινότητα όσο όπως όλοι τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας.

Η λογική της θεραπείας αυτής είναι να παραμείνει ο ασθενής ενεργό και δραστήριο μέλος μέσα στην κοινότητα. Στις ειδικές καταστάσεις που κρίνεται αναγκαία η νοσηλεία λόγω κάποιας υποτροπής ή ψυχωτικής κρίσης, πραγματοποιείται μόνο κάτω από κάποιες

προϋποθέσεις, για αρκετά σύντομο χρονικό διάστημα και κυρίως σε κλινικές δημόσιων νοσοκομείων.

Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες ερείδονται κατά κύριο λόγο στην αποϊδρυματοποίηση. Σταδιακά η άποψη των νοσηλίων μεγάλης χρονικής διάρκειας και – ιδρυματοποίησης – ασθενών έχει αρχίσει βαθμιαία να φθίνει και πραγματοποιούνται προσπάθειες μέσα από κάποια προγράμματα επανένταξης να επιτευχθεί συμμετοχή και αποδοχή αυτών των ανθρώπων στην κοινότητα. Η θεραπεία αυτή εστιάζεται σε κέντρα ψυχικής υγείας, ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα, συνεργατικές θεραπευτικές μονάδες, ακόμα και σε σπίτια για να πετύχει την αποδοχή των ατόμων αυτών στην κοινότητα, κάνοντας αρκετές φορές παρεμβάσεις ακόμα και σε αυτή.

Οι παραπάνω προτάσεις θα ήταν ένα ουτοπικό όνειρο αν είχαν ολοκληρωτική εφαρμογή. Δυστυχώς υπάρχουν μεγάλες χρηματοδοτικές ελλείψεις σε συνδυασμό με κακό προγραμματισμό και αδυναμία κάποιων ασθενών να αποκατασταθούν πλήρως, με αποτέλεσμα να λειτουργούν ακόμα ψυχιατρικά νοσοκομεία και ο ρόλος τους σαν χώροι περίθαλψης να θεωρείται αναγκαίος.

Τέλος οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες διακρίνονται σε ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές. Και στις δυο όμως ο στόχος είναι κοινός και εστιάζει στην ελάχιστη δυνατή νοσοκομειακή περίθαλψη και στην αποφυγή της επανάληψης της νοσηλείας, οδηγώντας όλες οι παρεμβάσεις σε βήματα ένταξης στην κοινότητα.

«Οι κυριότερες ενδονοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η θεραπεία περιβάλλοντος, η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, οι δημιουργικές θεραπείες, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων ή γενικότερη θεραπεία συμπεριφοράς, η εργοθεραπεία και άλλες. Οι σημαντικότερες εξωνοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η οικογενειακή θεραπεία (σε κάποιες περιπτώσεις αρχίζει ενδονοσοκομειακά) και η συνέχιση βγαίνοντας από το νοσοκομείο των παραπάνω ενδονοσοκομειακών θεραπειών (Μάνος Ν., 1988)».

### **3.2.9 Δημιουργικές θεραπείες και εργοθεραπεία**

Στις ψυχοκοινωνικές θεραπείες ανήκουν και οι δημιουργικές, οι οποίες λέγονται αλλιώς θεραπείες τέχνης και είναι βασισμένες στην μουσική, τον χορό, το θέατρο – δράμα και άλλα. Αυτές είναι γνωστές και σαν μουσικοθεραπεία και ψυχόδραμα. Μέσω αυτών ο ασθενής μπορεί να εκφράσει ελεύθερα τους συνειρμούς του, τα συναισθήματα του καθώς και

να βιώσει έντονες ψυχολογικές καταστάσεις που θα τον οδηγήσουν στην συνέχεια στην ηρεμία και την εκτόνωση.

Κάτι αντίστοιχο με τα παραπάνω, συμβαίνει και μέσα από την εργοθεραπεία - απασχολησιοθεραπεία όπου μέσα από την ζωγραφική και άλλες τέτοιου είδους καλλιτεχνικές δραστηριότητες ο ασθενής εκφράζεται αυθόρμητα και σταδιακά αποφορτίζεται βιώνοντας έντονα συναισθήματα (Ρουγγέρη, 2009).

### **3.2.10 Εναλλακτικές μορφές θεραπείας**

Πέρα από τις κλασικές μορφές θεραπείας που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, υπάρχουν κι άλλες πιο εναλλακτικές. Τέτοιες είναι οι ομάδες αυτοβοήθειας.

Οι ομάδες αυτές αποσκοπούν στο να μάθουν τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο να αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα της διαταραχής τους μόνα τους και να καταφέρουν να συμβιώσουν με αυτά, χωρίς να στηρίζουν τη θεραπεία τους μόνο στην φαρμακευτική αγωγή και να εναποθέτουν τις ελπίδες τους στα χέρια των ψυχιάτρων. Σκοπός δηλαδή είναι να κατανοήσουν τη φύση της διαφορετικότητάς τους, να την αποδεχτούν και να ζήσουν αρμονικά με αυτήν.

Για το σκοπό αυτό έχουν δημιουργηθεί δίκτυα, όπως αυτό του Hearing Voices (HV) και του Paranoia Network. Τα δίκτυα αυτά δρουν σε παγκόσμιο επίπεδο και μέσω των ομάδων αυτοβοήθειας προσφέρουν στήριξη σε άτομα με ψυχικές διαταραχές και αντιμετωπίζουν με σεβασμό και κατανόηση τις φωνές και το παραλήρημα θεωρώντας ότι δεν είναι απλά συμπτώματα μιας διαταραχής που θεραπεύονται με ψυχολογικές παρεμβάσεις αλλά τα εκλαμβάνουν ως ένα τμήμα της ανθρώπινης εμπειρίας.

Το δίκτυο Hearing Voices (HV) ξεκίνησε το 1988 στην Ολλανδία όταν ο ψυχίατρος Romme ουσιαστικά αποδέχτηκε τις απόψεις μιας γυναίκας ασθενούς που υποστήριζε πως άκουγε φωνές και αμφισβητούσε τον παραδοσιακό τρόπο αντιμετώπισης που κυριαρχούσε. Σε αντίθεση με την προσέγγιση τέτοιων και ανάλογων εμπειριών ως «κούφια» συμπτώματα που τεκμηριώνουν ένα ψυχιατρικό σύνδρομο (π.χ. σχιζοφρένεια), το κίνημα Hearing Voices προτείνει σεβασμό για το νόημα κάθε προσωπικού βιώματος, με μια ολιστική προσέγγιση και αποδοχή. Στην Αγγλία εν έτη 2017 υπάρχουν περισσότερες από 195 ομάδες αυτοβοήθειας HV. Παρόμοιες ομάδες έχουν δημιουργηθεί και σε πολλές χώρες της Ευρώπης, στην Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία, στην Ιαπωνία, στην Παλαιστίνη, στις ΗΠΑ και γίνεται

προσπάθεια τα δύο τελευταία χρόνια και στην Ελλάδα για την δημιουργία αντίστοιχου δικτύου.

Επίσης το δίκτυο αυτό σε πολλές χώρες, εμπλέκεται στην εκπαίδευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας, σχετικά με εναλλακτικούς τρόπους κατανόησης των φωνών, υποστήριξης ατόμων που τις ακούνε και στην ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης αυτών των φωνών.

Λίγα χρόνια αργότερα, στην Μεγάλη Βρετανία και συγκεκριμένα στην Αγγλία, αντλώντας έμπνευση από τις βασικές αρχές του Hearing Voices, ξεκινά το Paranoia Network και εστιάζεται στις «ασυνήθιστες» πεποιθήσεις οι οποίες συνήθως ταξινομούνται ως «παραληρηματικές ιδέες». Αντιτιθέμενες στην παθολογικοποίηση κάθε ανθρώπινης εμπειρίας, οι ομάδες αυτές θέτουν ως προτεραιότητα τη δημιουργικότητα και την δραστηριοποίηση όσων θέλουν να μιλήσουν ανοιχτά για ό,τι τους ταλαιπωρεί, ή να καταθέσουν την εμπειρία τους σχετικά με τους τρόπους που οι ίδιοι βρήκαν για να ανταπεξέλθουν σε δύσκολες στιγμές.

#### *Φάσεις φωνών – Μετατροπή αρνητικών σε θετικές*

Σε πρακτικό επίπεδο, το δίκτυο HV διακρίνει τρεις φάσεις των φωνών. Αναφέρεται ότι τα στάδια αυτά θα μπορούσε να τα βιώσει ο καθένας όταν έρχεται αντιμέτωπος με κάποια καινούρια – διαφορετική εμπειρία, που του προκαλεί φόβο επειδή του είναι ξένη, ανεξάρτητα αν έχει να κάνει με ψυχωτικό σύμπτωμα ή όχι. Αρχικά εμφανίζεται η φάση που σε φοβίζει. Στην φάση αυτή το άτομο νιώθει φόβο και τρομάζει μπροστά στο άκουσμα των φωνών, αφού είναι μια εμπειρία πρωτόγνωρη γι' αυτό. Οι φωνές μπορούν να προκαλέσουν τόσο πολύ χάος που εμποδίζουν το άτομο στην καθημερινότητά του. Ο φόβος και το άγχος χειροτερεύουν τις φωνές. Σε αυτή την φάση απαιτείται από τον θεραπευτή καθησυχασμός προς το άτομο και αυτό γίνεται με τεχνικές όπως αναπνοές, διαλογισμό και φάρμακα. Τα φάρμακα ωστόσο είναι αποτελεσματικά μόνο σε ένα ποσοστό 30% των ληπτών. Σημαντική είναι εδώ και η ενημέρωση της οικογένειας.

Στην συνέχεια είναι η οργανωτική φάση. Εδώ το κύριο χαρακτηριστικό είναι ότι το άτομο με την βοήθεια του θεραπευτή, βάζει σε τάξη τις φωνές που ακούει και δημιουργεί μια σχέση μαζί τους. Επίσης διερευνάται ο συσχετισμός των φωνών με τις εμπειρίες που έχει βιώσει καθώς και το πώς αυτές επηρεάζονται από τη στάση της οικογένειας. Ο θεραπευτής

στο στάδιο αυτό καλείται να ανακαλύψει ποιο είναι το γεγονός εκείνο που πυροδοτεί τις φωνές. Ακόμα, βοηθητικό είναι το άτομο να κρατάει ημερολόγιο και τέλος αποδεικνύεται αρκετά σημαντικός και ο ρόλος των ομάδων στο στάδιο αυτό.

Η τρίτη και τελευταία φάση των φωνών, είναι αυτή της σταθεροποίησης. Στο στάδιο αυτό τα άτομα έχουν μάθει να ζουν αρμονικά με τις φωνές τους καθώς δεν υπάρχει θεραπεία. Η σχέση με τις φωνές γίνεται πιο λογική και το άτομο είναι σε θέση να επιλέξει αν θα υπακούσει σε αυτές ή όχι. Επιτυχία σημειώνεται όταν υπάρξει διαφορά στην ζωή του ατόμου και νιώσει κοινωνικά αποδεκτό.

Μετά την σταθεροποίηση των παράξενων φωνών, η θεραπευτική ομάδα του HV έχει σαν στόχο την τροποποίηση των «φωνών» από αρνητικές σε θετικές, το οποίο επιτυγχάνει με συγκεκριμένο τρόπο.

Αρχικά δεν δίνεται σημασία στις φωνές (με εξαίρεση αν αποτελούν κίνδυνο για το άτομο ή τους γύρω του) , αλλά παρουσιάζεται ενδιαφέρον για την ζωή του ατόμου με σκοπό να εδραιωθεί μια θεραπευτική σχέση εμπιστοσύνης. Σταδιακά το άτομο παροτρύνεται να μιλήσει για τις φωνές που ακούει, ωστόσο το ενδιαφέρον είναι και πάλι στραμμένο σε περιστατικά της ζωής του.

Στην συνέχεια γίνεται διερεύνηση των φωνών ξανά και αυτή την φορά εστιάζουν στα αρνητικά σχόλια των φωνών πχ. «πρέπει να μην φας, θα πεθάνεις». Έπειτα ο θεραπευτής ζητάει από το άτομο να δώσει στην φωνή μια ταυτότητα ενός ατόμου που συμπαθεί και εμπιστεύεται. Όταν η φωνή αντιστοιχηθεί με την ταυτότητα του ατόμου εμπιστοσύνης που έχει προσδιορίσει ο θεραπευόμενος, τότε παύει να είναι αρνητική η φωνή.

Αυτό συμβαίνει γιατί το άτομο εμπιστοσύνης δεν μπορεί να θέλει το κακό του θεραπευόμενου. Επιπρόσθετα, σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να υποδειχθεί στο άτομο από τον θεραπευτή ότι η φωνή τον προειδοποιεί να αλλάξει μια κατάσταση. Για παράδειγμα η παραπάνω φωνή τον προειδοποιεί ότι αν δεν φάει , τότε θα πεθάνει.

Άλλος τρόπος για να μετατραπούν οι φωνές από αρνητικές σε θετικές είναι ο εξευμενισμός τους. Αφού έχει κερδηθεί η εμπιστοσύνη του ατόμου και με την βοήθεια του θεραπευτή, έχουν αναλυθεί σε βάθος οι φωνές, το άτομο ενθαρρύνεται να μιλήσει στην φωνή χρησιμοποιώντας το όνομα του θεραπευτή. Δηλαδή «ο Θ. μου είπε να σου πω ότι δεν σε φοβάμαι ή δεν έχεις δίκιο».

Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η φωνή να αντικρούεται από τον θεραπευτή και άρα να μην προκαλεί κακό στον ασθενή. Σταδιακά το άτομο παύει να χρησιμοποιεί το όνομα του θεραπευτή και απευθύνεται κατευθείαν στην φωνή. Τέλος όταν πια οι φωνές έχουν μετατραπεί από αρνητικές σε θετικές και είναι καλοπροαίρετες, μπορούν να προσφέρουν καθοδήγηση και να λειτουργούν σαν «φύλακες άγγελοι» για το άτομο (Bullimore, Dillon, Langshaw, & Whiting, 2010).

### **3.3 Μέθοδοι αντιμετώπισης για την υποστήριξη ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια**

#### **3.3.1 Κατευθυντήριες γραμμές**

Όταν διαγνωσθεί η σχιζοφρένεια σε κάποιο άτομο, πιθανόν θα θεωρηθεί απαραίτητη η εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο για θεραπεία όπως έχει ήδη αναφερθεί. Κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο, οι συγγενείς μπορεί να παίξουν σημαντικό ρόλο γιατί με την αγάπη τους, τη φροντίδα και τις τακτικές επισκέψεις, μπορούν να πείσουν τον ασθενή ότι δεν θα πάψει ποτέ να είναι αγαπητό και άξιο μέλος της οικογένειας (Bertolote, 1980).

Η σχιζοφρένεια είναι μια ασθένεια που επιθέτει τα συμπτώματά της πάνω στην ήδη υπάρχουσα προσωπικότητα: η εξέλιξη της νόσου εξαρτάται, σε μεγάλο βαθμό, από την κατάσταση στην οποία ήταν το άτομο πριν αρρωστήσει. Η ηλικία εκδήλωσης της ασθένειας είναι ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει την πρόγνωση. Τα άτομα που έχουν εργαστεί και έχουν αναπτύξει κοινωνικές δεξιότητες λειτουργούν καλύτερα από αυτά που δεν είχαν ανάλογες εμπειρίες πριν από την εκδήλωση της νόσου.

Μετά το νοσοκομείο, ο ασθενής επιστρέφει συνήθως στην οικογενειακή εστία. Πρέπει να γίνουν πολλές επίπονες προσπάθειες για να υποστηριχθεί και να βοηθηθεί το άτομο κατά την περίοδο της ανάρρωσης. Οι προσπάθειες αυτές πρέπει να στοχεύουν στην αντιμετώπιση και τελικά, στο ξεπέρασμα των δυσκολιών που συναντά ο ασθενής ως αποτέλεσμα των συμπτωμάτων του. Οπότε τα μέλη της οικογένειας ενός πάσχοντα πρέπει:

- Να αποδεχτούν ότι κάθε μακρόχρονη ασθένεια απαιτεί μια περίοδο προσαρμογής.
- Να μιλάνε αργά, ήρεμα και καθαρά, όταν δίνουν οδηγίες ή κάνουν ερωτήσεις στον ασθενή. Μια ανυπόμονη ή επιθετική συμπεριφορά μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση.
- Να μην αγνοούν τον ασθενή ακόμα και όταν δείχνει να μην προσέχει τι συμβαίνει.

- Να εκφράζουν με ήρεμο και καθησυχαστικό τρόπο τα αισθήματά τους προς αυτόν.
- Να μην προσπαθούν να διορθώνουν εσφαλμένες πεποιθήσεις του ασθενούς, αφού δεν έχει νόημα και τις περισσότερες φορές προκαλεί μεγαλύτερη αγωνία και αναστάτωση.
- Με ήρεμο και πειστικό τρόπο να προσπαθούν να ενθαρρύνουν τον ασθενή στη διατήρηση της προσωπικής υγιεινής.
- Να προσπαθούν να ενισχύουν τον αυτοσεβασμό του ασθενούς ενθαρρύνοντάς τον στα επιτεύγματά του όσο ασήμαντα και αν είναι αυτά.
- Να εξασφαλίζουν τη δυνατότητα για κοινωνικές συναναστροφές, καθώς και τη δυνατότητα ηρεμίας όταν αυτή είναι απαραίτητη.
- Να είναι υπεύθυνοι για τη σωστή και έγκαιρη χορήγηση των φαρμάκων του ασθενούς.
- Να μην είναι επικριτικοί.
- Να συζητάνε για παιδικές αναμνήσεις και στιγμές πριν την εκδήλωση της ασθένειας με ευχάριστο τρόπο.

### 3.3.2 Αντιμετώπιση της κρίσης

Οι κρίσεις εκδηλώνονται συνήθως με την επανεμφάνιση των οξέων συμπτωμάτων της ασθένειας. Εκδηλώνονται κυρίως όταν το άτομο δεν παίρνει τα φάρμακά του. Έτσι, ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει έντονες ψευδαισθήσεις, παραληρηματικές ιδέες, νοητική σύγχυση και διαταραχές στη συμπεριφορά και στο συναίσθημα όπως έχει προαναφερθεί. Μπορεί να δείχνει τρομοκρατημένος με αυτήν την κατάσταση, ή μπορεί να δείχνει ότι σκέπτεται και προβληματίζεται με ό,τι συμβαίνει. Οι «φωνές» μπορεί να στέλνουν απειλητικά μηνύματα για τη ζωή του, που είναι απόλυτα πραγματικά για τον ασθενή, ή μπορεί να αισθάνεται ότι κάτι απειλητικό υπάρχει στο περιβάλλον γύρω του (Bertolote, 1980).

Ενδεχομένως ο ασθενής να χρειαστεί νοσηλεία σε νοσοκομείο και θεραπεία. Για να το αποδεχθεί αυτό ο ασθενής πρέπει να τηρηθούν οι ακόλουθοι κανόνες από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας:

- Να θυμούνται ότι δεν μπορεί να υπάρχει λογική εξήγηση στην οξεία ψύχωση.

- Να μην εκδηλώνουν εκνευρισμό ή θυμό, και να ελέγχουν τα συναισθήματά τους.
- Να περιορίζουν αμέσως ό,τι διασπά την προσοχή (για παράδειγμα να κλείνουν την τηλεόραση ή το ραδιόφωνο).
- Να ζητούν ήρεμα από τους παρόντες (επισκέπτες ή φίλους) να φύγουν.
- Να μιλούν ήπια, σταθερά και απλά.
- Να εκφράζουν την κατανόησή τους για ότι συμβαίνει στον ασθενή.

Αν το επεισόδιο περιλαμβάνει βία, δεν υπάρχει ενδεχομένως, χρόνος για να ακολουθηθούν οι παραπάνω κανόνες. Σε αυτή την περίπτωση πρέπει να ζητηθεί η βοήθεια της αστυνομίας. Κάποιος από την οικογένεια πρέπει να εξηγήσει τι συνέβη ώστε να εξασφαλιστεί ιατρική παρέμβαση και να ελεγχθεί η βίαιη συμπεριφορά. Αφού γίνει κλήση στην αστυνομία, το επόμενο βήμα είναι να ενημερωθεί ο ψυχίατρος που παρακολουθεί τον ασθενή. Καθώς είναι σπάνιο να προβλεφθεί η επερχόμενη κρίση, πρέπει να υπάρχει ένα σχέδιο δράσης πριν εμφανιστούν εκ νέου τα οξέα συμπτώματα. Όλα τα ονόματα και οι αριθμοί των τηλεφώνων όσων μπορούν να βοηθήσουν με οποιοδήποτε τρόπο πρέπει να βρίσκονται συγκεντρωμένα σε ένα σημείο με εύκολη πρόσβαση.

### **3.3.3 Άρνηση λήψης φαρμάκων**

Σχεδόν όλοι όσοι έχουν εμπειρία της σχιζοφρένειας γνωρίζουν ότι μια από τις πιο ενοχλητικές εκδηλώσεις της νόσου είναι το κοινό στοιχείο ότι οι ασθενείς συχνά αρνούνται να πάρουν τα φάρμακά τους. Υπάρχουν αρκετοί λόγοι για αυτό. Μπορεί να μην παραδέχονται ότι είναι άρρωστοι, ή να ισχυρίζονται ότι είναι πλέον καλά. Τα φάρμακα δημιουργούν συχνά δυσάρεστες παρενέργειες. Οι συνηθέστερες από αυτές είναι ο τρόμος στα χέρια, η ξηροστομία και η θολή όραση. Ορισμένοι θεωρούν ότι η συνεχής λήψη φαρμάκων για μεγάλα χρονικά διαστήματα με δυσκολία γίνεται αποδεκτή από τους ασθενείς. Το πρόβλημα αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί ευκολότερα αν η σχιζοφρένεια συγκριθεί με άλλες ασθένειες που απαιτούν καθημερινή λήψη φαρμάκων, όπως για παράδειγμα ο διαβήτης (Ζαπουνίδης, 1997).

Η άρνηση λήψης φαρμάκων μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την επανεμφάνιση των «θετικών» συμπτωμάτων (ψευδαισθήσεων κ.λπ.), καθώς και ένα νέο οξύ επεισόδιο. Δεν είναι εύκολο να πεισθεί ο ασθενής να πάρει τα φάρμακά του. Η συνειδητοποίηση του γεγονότος



ότι τα φάρμακα μπορεί να προλάβουν την οποιαδήποτε μελλοντική υποτροπή συμβαίνει μόνο όταν το άτομο υποφέρει για μεγάλο διάστημα από σχιζοφρένεια και έχει επίγνωση της ασθένειας. Οι απαντήσεις δεν είναι εύκολες, η οικογένεια πρέπει να επιδείξει υπομονή και ηρεμία στις προσπάθειές της να πείσει τον ασθενή.

### **3.3.4 Οικογένειες και ειδικοί – η άποψη της άλλης πλευράς**

Δεδομένου ότι η σχιζοφρένεια είναι ασθένεια με πολλά ανεπιβεβαίωτα αίτια, αφορισμοί του τύπου ότι η οικογένεια ή το άτομο φταίει δεν βοηθούν ιδιαίτερα. Θα ήταν μεγάλη ανακούφιση για όλους τους ενεχόμενους, ασθενείς, συγγενείς, και ειδικούς αν υπήρχε δυνατότητα να αποδώσουν κάπου την ασθένεια. Μερικοί ασθενείς κατακρίνουν τον εαυτό τους ισχυριζόμενοι ότι είναι αδύναμοι, δεν πηγαίνουν στην εκκλησία ή δεν ακούνε την μητέρα τους (Bertolote, 1980).

Οι οικογένειες αυτό-ενοχοποιούνται ως «κακοί γονείς», ή «όχι αρκετά στοργικοί». Οι ειδικοί επίσης κατακρίνουν τον εαυτό τους. Αισθάνονται ενοχές γιατί άργησαν να κάνουν διάγνωση, γιατί η θεραπεία αποδεικνύεται ανεπαρκής και οι ίδιοι ανίκανοι να θέσουν υπό έλεγχο την ασθένεια. Φυσικά, οι ενοχές και η αυτοκριτική δεν διαρκούν πολύ. Συχνά και σχεδόν αναπόφευκτα μεταλλάσσονται σε οργή. Ο ασθενής εξοργίζεται με τους ψυχιάτρους που δίνουν χάπια. Οι οικογένειες χάνουν την υπομονή τους με τους γιους, τις κόρες ή τους συγγενείς που τεμπελιάζουν και δεν κάνουν τίποτα. Οι ειδικοί επινοούν θεωρίες σχετικά με το ρόλο της οικογένειας που ενοχλούν εξαιρετικά τον ασθενή ή την οικογένειά του. Οι ενοχοποιήσεις φαίνεται ότι είναι απαραίτητες και ο κοινός εχθρός, συχνά, φέρνει τους ανθρώπους πιο κοντά. Έτσι οι ασθενείς συμμαχούν με τους συγγενείς ενάντια στους γιατρούς. Άλλοτε παρουσιάζεται το φαινόμενο οι γιατροί και οι συγγενείς να κατακρίνουν τον ασθενή ή άλλοτε ο ασθενής και ο θεραπευτής να κατακρίνουν την οικογένεια.

Οι εναλλασσόμενες αυτές συμμαχίες συμβαίνουν σχεδόν πάντοτε, μολονότι δεν θα έπρεπε να παρεμβαίνουν αδικαιολόγητα και, ενδεχομένως, να επηρεάζουν τη θεραπεία, όταν αυτή γίνεται σωστά. Η τάση για απόδοση ευθυνών πρέπει να αντιμετωπίζεται και να ξεπερνιέται. Η σχιζοφρένεια είναι προτιμότερο να θεωρηθεί ως πρόκληση και ως μια ασθένεια με πολλές όψεις που μπορεί να βελτιωθεί. Έτσι οι γιατροί έχουν τη δυνατότητα να επιφέρουν βελτίωση, σε ορισμένα συμπτώματα με τα φάρμακα. Οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να συμβουλευσουν τους συγγενείς πώς να αντιμετωπίσουν καλύτερα την «διαίτερη» συμπεριφορά του αρρώστου. Οι ψυχολόγοι μπορούν να διδάξουν στις

οικογένειες τρόπους και μεθόδους για να βελτιώσουν τη προσωπική τους ζωή. Οι νοσοκόμοι μπορούν να συμβουλευθούν τις οικογένειες σχετικά με τα φάρμακα. Οι εργοθεραπευτές μπορούν να καταστρώσουν προγράμματα απασχόλησης και αποκατάστασης. Πολλοί ειδικοί κατορθώνουν και να ξεπερνούν τις επαγγελματικές οριοθετήσεις και γίνονται «ειδικοί για τη σχιζοφρένεια», γνώστες της αρρώστιας και συμβάλλουν έτσι σημαντικά στην πολύπλευρη αντιμετώπισή της.

Οι οικογένειες πρέπει να καταλάβουν ότι και άλλοι ειδικοί, όχι μόνο οι ψυχίατροι, μπορούν να παρέχουν καθοδήγηση και συμβουλές. Ο ψυχίατρος μπορεί, αν και όχι πάντα, να είναι το άτομο που θα κληθεί σε μια επείγουσα περίπτωση. Συνήθως, όμως οι αποφάσεις για τους ασθενείς λαμβάνονται από μια πολυκλαδική ομάδα που αποτελείται από επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων. Συστάσεις και συμβουλές παρέχονται στη οικογένεια μόνο μετά τη συνάντηση αυτής της ομάδας.

Αν ο συγγενής που πάσχει από σχιζοφρένεια παρακολουθεί κάποιο πρόγραμμα (για παράδειγμα εξωτερικό πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας), μπορεί κάποιο μέλος της οικογένειας να πληροφορηθεί τότε συνεδριάζει η ομάδα και να ρωτήσει αν υπάρχουν αλλαγές στον προγραμματισμό της θεραπείας. Αν δεν υπάρχει απόλυτη ικανοποίηση από την κατεύθυνση ή την έκταση της θεραπευτικής αλλαγής, ίσως πρέπει να ζητηθεί μία δεύτερη γνώμη. Φυσικά, οι ειδικοί πρέπει να ξέρουν ότι υπάρχει εμπιστοσύνη όσον αφορά τη σχέση που έχει αναπτύξει με τον ασθενή και ότι η καλή υγεία του δεύτερου είναι υψίστης σημασίας για την υπόλοιπη οικογένεια. Πρέπει επίσης να ξέρουν ότι υπάρχει ενδιαφέρον αλλά και κατανόηση ακόμα και όταν οι καταστάσεις είναι δύσκολες στο χειρισμό. Τέλος πρέπει να ξέρουν ποια ακριβώς είναι η συμπεριφορά του ασθενούς στο σπίτι, πώς κοιμάται, πότε ξυπνάει, τι μπορεί να κάνει για τη φροντίδα του ίδιου του εαυτού, ποια είναι τα ενδιαφέροντά του, ποιοι είναι οι φίλοι του ή τι φιλοδοξίες έχει.

Έχει παρατηρηθεί ότι όσο περισσότερο οι ειδικοί γνωρίζουν τον ασθενή ως άνθρωπο, και όχι μόνο ως ασθενή, τόσο αποτελεσματικότερη είναι η θεραπεία. Αυτό, επίσης, λειτουργεί και αντίστροφα. Ο ειδικός είναι και αυτός άνθρωπος με δεξιότητες αλλά και περιορισμούς, με γνώσεις αλλά και με ελλείψεις, με ατελή κρίση αλλά με γενικά καλές προθέσεις, με τις συνήθειες ιδιορρυθμίες και αδυναμίες της ανθρώπινης φύσης. Η κατανόηση των παραπάνω στοιχείων είναι βασικά για την σωστή επικοινωνία μεταξύ της οικογένειας του ασθενούς και του ειδικού και βοηθάει στην αποδοτικότερη θεραπεία του παθόντα. Οι γιατροί,

όπως όλοι, κουράζονται, θυμώνουν, εξουθενώνονται, ή αδημονούν. Ενδέχεται να απαντήσουν άσχημα όταν δέχονται επίθεση, όταν αισθάνονται ότι υπονομεύονται ή ότι αμφισβητούνται. Πολλές φορές, ο ειδικός στον οποίο εμπιστεύτηκε κάποιος τον συγγενή του δεν είναι «τέλειος». Είναι προτιμότερο με ρεαλιστικό τρόπο να γίνει αντιληπτό ότι ο επιστήμονας έχει ορισμένες πραγματικές γνώσεις να μεταδώσει αλλά πρέπει να του γίνουν και ερωτήσεις. Δεν μπορεί να γνωρίζει διαισθητικά τι συμβαίνει. Γίνεται λοιπόν κατανοητό ότι οι πολλαπλές οπτικές είναι οπωσδήποτε θετικές για τη συνεργασία ειδικού-οικογένειας και παίζουν ρόλο στη βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς.

### **3.3.5 Η αγωνία των γονέων για τη φροντίδα των παιδιών τους μετά το θάνατό τους**

Πρωταρχικής σημασίας έγνοια στον κατάλογο των προβληματισμών των γονέων και συγγενών είναι το πώς θα εξασφαλίσουν τον ασθενή μετά το θάνατό τους. Αυτό είναι ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα για όσους έχουν συγγενή με χρόνια νόσο. Σε αυτές τις περιπτώσεις προτιμότερο είναι η εξασφάλιση συνήθως για τον ασθενή με το άνοιγμα ενός τραπεζικού λογαριασμού στο όνομά του. Σε πολλές χώρες, τα άτομα με σχιζοφρένεια λαμβάνουν επίδομα αναπηρίας από το κράτος. Μια από τις έννοιες των γονέων και των συγγενών είναι ότι το επίδομα αυτό είναι δυνατόν να διακοπεί εφόσον ο ασθενής λάβει κάποιο κληροδότημα. Είναι πιθανόν ότι το κληροδότημα θα εξανεμιστεί σύντομα εφόσον δεν θα υπάρχει διαχειριστής των χρημάτων. Συνήθως είναι χρήσιμη μια συμπληρωματική διαχειριστική επιτροπή. Ο ασθενής λαμβάνει χρήματα κατά την κρίση διαχειριστών, για συμπληρωματικές ανάγκες (για παράδειγμα πανωφόρι το χειμώνα, είδη για την προσωπική του άνεση). Καλό είναι κάποιος από τους διαχειριστές να είναι συγγενής (ίσως αδερφός) ώστε να μπορεί να παίρνει πρακτικές αποφάσεις για λογαριασμό του ασθενούς, αντιμετωπίζοντας παράλληλα τα αναδυόμενα προβλήματα με αυξημένη ευαισθησία (Ζαπουνίδης, 1997).

Σε μερικές χώρες, η κυβέρνηση θεωρεί το υπό διαχείριση κληροδότημα ως συμπληρωματικό έσοδο και εξακολουθεί να καταβάλλει στον ασθενή επίδομα αναπηρίας. Ένας δικηγόρος αρμόδιος για θέματα κληροδοτημάτων μπορεί να βοηθήσει στην εξασφάλιση ενός πρακτικού μέλλοντος για τον ασθενή.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σχιζοφρένεια απασχολεί την ανθρωπότητα από τα αρχαία ουσιαστικά χρόνια. Στοχευμένες έρευνες και μελέτες που πραγματοποιήθηκαν οδήγησαν στην σταδιακή αποβολή του δεισιδαιμονικού της χαρακτήρα και όλων των υπόλοιπων λανθασμένων αντιλήψεων που την συνόδευαν, όπως η θεώρησή της ως πρόωμη άνοια ή η αντίληψη περί διχασμού της προσωπικότητας. Σήμερα, αντιμετωπίζεται ως μια ψυχική νόσος που εκτείνεται σε πολλούς τομείς και συνεχίζει να αφήνει πολλά ερωτήματα που χρήζουν μελέτης.

Ακόμη και αν η αιτιολογία της σχιζοφρένειας δεν είναι πάντοτε σαφής, σύμφωνα με τα σημερινά ευρήματα, η απάντηση δεν είναι μοναδική, αφού διάφοροι παράγοντες μπορούν να ασκήσουν σημαντική επιρροή, τόσο βιολογικοί όσο και περιβαλλοντικοί, με κοινό σημείο επαφής την γενετική προδιάθεση και το τραυματικό γεγονός που θα οδηγήσει στο πρώτο επεισόδιο. Η σχιζοφρένεια δεν κάνει κοινωνικές ή φυλετικές διακρίσεις και πλήττει πολύ μεγάλο αριθμό ατόμων στον κόσμο προκαλώντας εμμονές, ψευδαισθήσεις, ασυνάρτητες ιδέες, λεκτικές διαταραχές, μη φυσιολογικές συμπεριφορές. Οι παθόντες χάνουν τον εαυτό τους ανήμποροι να ξεχωρίσουν το πραγματικό από το φανταστικό, δεν ελέγχουν τις σκέψεις τους καθιστώντας τη καθημερινότητά τους δύσκολη σε όλες τις εκφάνσεις της.

Η πρόγνωση δεν είναι πάντα καλή και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, κυρίως από την συμμόρφωση του ασθενούς με τη θεραπεία και ακόμη περισσότερο την υποστήριξη του από το οικογενειακό περιβάλλον.

Η θεραπευτική της αντιμετώπιση βασίζεται στην χρόνια διαχείριση και μέχρι στιγμής η καλύτερη προσέγγιση της προϋποθέτει την συνεργασία ειδικοτήτων της ιατρικής, της ψυχιατρικής, της ψυχολογίας, της εργοθεραπείας και πρόσφατα της λογοθεραπείας.

Όσον αφορά στις διαταραχές του λόγου στη σχιζοφρένεια, όπως και των ψυχικών νόσων εν γένει, είναι ένα καινούργιο σχετικά πεδίο μελέτης για τη διεπιστημονική κοινότητα που χρειάζεται αναμφισβήτητα περαιτέρω έρευνα και μελέτη. Με τα δεδομένα που έχουν συγκεντρωθεί μέχρι σήμερα, φαίνεται πως ο λόγος των ατόμων με σχιζοφρένεια επηρεάζεται και αντανακλά σε μεγάλο βαθμό τις διαταραχές της σκέψης με κύριο χαρακτηριστικό την

έλλειψη οργάνωσης, ενώ οι τομείς που φαίνονται να πλήττονται σε πιο μεγάλο βαθμό είναι η πραγματολογία, η σημασιολογία και λιγότερο η σύνταξη ειδικά όταν εμπλέκεται γνωστικά απαιτητικότερη δοκιμασία.

Τέλος η αξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε και παρουσιάζεται στο Παράρτημα Α, αφενός επιβεβαιώνει τα προαναφερθέντα βιβλιογραφικά ευρήματα, αφετέρου γεννά νέα ερωτήματα όσον αφορά στις διαταραχές της επικοινωνίας στους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχε για παράδειγμα η δημιουργία ενός εργαλείου αξιολόγησης του λόγου της ψυχικής νόσου που τη χρήση του θα αναλάβει εξειδικευμένος κλινικός και θα περιλαμβάνει όλους τους τομείς εξέτασης της γλώσσας, η αντίστοιχη σύνθεση ενός οδηγού λογοθεραπευτικής παρέμβασης για τις ψυχικές νόσους, καθώς επίσης διερεύνηση θεμάτων όπως ο λόγος στη σχιζοφρένεια για δίγλωσσους ασθενείς ή σε συνδυασμό με άλλες διαταραχές (π.χ. νοητική υστέρηση, επιληψία, αγχώδεις διαταραχές) και στην παιδική ηλικία.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Avila, M. T., McMahon, R. P., Elliot, A. R., & Thaker, G. K. (2002). Neurophysiological markers of vulnerability to Schizophrenia: Sensitivity and specificity of specific quantitative eye movement measures. *Journal of Abnormal Psychology*(111), σσ. 259-267.
- Barlow, D. H., & Durand, M. V. (2001). *Abnormal Psychology: An integrative approach*. Petersburg: Cengage Advantage Books.
- Basset, A. S., Chow, E. W., Waterworth, D. M., & Brzustowicz, L. (2001). Genetic insights into Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*(46), σσ. 131-137.
- Bearden, C., Rosso, I., Hollister, J., Sanchez, L., Hadley, T., & Cannon, T. (2002). A prospective cohort study of childhood behavioral deviance and language abnormalities as predictors of adult schizophrenia. *Schizophr Bull*, II(6), σσ. 395-410.
- Bennet, P. (2010). *Κλινική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Πεδίο.
- Bertolote, J. M. (1980). *Πρωτοβουλία για την υποστήριξη ατόμων που πάσχουν από ψυχική νόσο*. Γενεύη: World Health Organization.
- Bezchlibnyk-Butler, K. Z., & Feffries, J. J. (2005). *Clinical handbook of psychotropic drugs*. Ashland: Hogrefe & Huber.
- Brown, A., Bresnahan, M., & Susser, E. (2005). *Environmentan Epidemiology and Schizophrenia*. Philadelphia: Wilkins.
- Buka, S., Goldstein, J., Seidman, L., & Tsuang, M. (2001). Maternal Recall of Pregnancy History: Accuracy and Bias in Schizophrenia Research. *Schizophrenia Bulletin*, σσ. 335-346.
- Bullimore, P., Dillon, J., Langshaw, B., & Whiting, L. (2010). Διαχείριση και στάδια φωνών - Μετατροπή αρνητικών σε θετικές φωνές - Ακούγοντας φωνές και ζώντας μέσα από αυτές: Εξερευνώντας το νόημα των φωνών - Από το σύμπτωμα στην εμπειρία.

- Διάσκεψη του Ψυχιατρικού Τμήματος του Νοσοκομείου Αττικής* (σσ. 22-27). Αθήνα: Ψυχιατρικό Τμήμα ΚΨΥ Αγίων Αναργύρων.
- Burrows, G., Norman, T., & Rubinstein, G. (1986). *Η δομή, οργάνωση και χρήση της γλώσσας στους σχιζοφρενείς* (Τόμ. Ι). Amsterdam: Handbook of studies on schizophrenia.
- Cannon, M. (2002). Evidence for early-childhood pan-development impairment specific schizophreniform disorder: results from a longitudinal birth cohort. *Arch Gen Psych*(59), σσ. 449-456.
- Cohen, D. (1997). A critique of the use of neuroleptic drugs in psychiatry. In S. Fisher & R.O, Greenberg(54), σσ. 700-705.
- Cooper, D. (1967). *Ψυχιατρική και αντι-ψυχιατρική*. Αθήνα: Ράππα.
- Dalman, C., Thomas, H., David, A., Gentz, J., Lewis, G., & Allebeck, P. (2001). Signs of asphyxia at birth and risk of schizophrenia. Population-based case-control study. *The British Journal of Psychiatry*(179), σσ. 403-408.
- David, H., Ansseau, M., & Abirini, J. (2004). Dopamine-Glutamate reciprocal modulation of release and motor responses in the rat caudate-putamen and nucleus accumbens of intact animals. *Brain Res Rev*, II(50), σσ. 336-360.
- Ditman, T., & Kuperberg, R. G. (2006). Περιγραφή παρακολούθησης των πηγών των ακουστικών λεκτικών ψευδαισθήσεων σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. *Harvard Review of Psychiatry*, σσ. 44-64.
- Eaton, W., & Chen, C. (2010, September 19). *Epidemiology: Textbook of Schizophrenia*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Ekblad, M., Gessler, M., Lehtonen, L., & Korkeila, J. (2010). Prenatal smoking exposure and the risk of psychiatric morbidity into young adulthood. *Arch. Gen. Psychiatry*, σσ. 841-849.
- Fatemi, S., Earle, J., & Kanodia, R. (2003). Prenatal viral infection leads to pyramidal cell atrophy and macrocephaly in adulthood: implications for the genesis of autism and schizophrenia. *Cell Mol Neurobio*(22), σσ. 25-33.
- Getzfeld, A. R. (2009). *Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας*. Αθήνα: Gotsis.

- Gukhool, D. (1985). *Psychiatric Nursing for General Nurses*. London: Springer Publishing Company.
- Hogarty, G. E., Grennwald, D., Ulrich, R. F., Kornblith, S. J., DiBarry, A. L., & Cooley, S. (1997). Three year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. *American Journal of Psychiatry*(154), σσ. 1504-1512.
- Holzman, S. D. (2000). Eye movements and the search for the essence of Schizophrenia. *Brain Research Reviews*(31), σσ. 350-356.
- Iacono, W. G., & Clementz, B. A. (1993). A strategy for elucidating genetic influences on complex psychopathological syndromes: Progress in experimental personality and psychopathology research. *New York Springer*, σσ. 11-65.
- Jones, P., Pantakalio, P., Hartikainen, A., Isohanni, M., & Sipila, P. (1998). Schizophrenia as a long term outcome of pregnancy, delivery, and perinatal complications: a 28-year follow-up of 1966 North Finland General Population Birth Cohort. *American Journal of Psychiatry*, σσ. 355-364.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (2000). *Ψυχιατρική* (Τόμ. II). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Lewis, G., Jeffreys, C. C., & Anthony, D. (1990). Are British psychiatrists racist? *Journal of Psychiatry*(157), σσ. 410-415.
- McGrath, J., & Clair, D. (2011). Prevention and Schizophrenia. *The role of Dietary Factors*, 2(37), σσ. 272-283.
- Miklowitz, D. J. (1995). The evolution of family-based psychopathology. *American Psychological Association*, σσ. 183-197.
- Paul, G. I., & Lentz, R. J. (1977). *Psychosocial treatment of chronic mental patients: Milieu versus social-learning programs*. Cambridge: Harvard University Press.
- Reichenberg, A. (2010). The assessment of neuropsychological functioning in schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*(12), σσ. 382-392.
- Rhiannon, C., Cahill, C., & Christopher, F. D. (1997). The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia: a study of mentalizing ability. *Schizophr Res*, σσ. 319-327.



- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2004). *Kaplan & Sadock's: Psychiatry*. Αθήνα: Εκδόσεις Παριανού.
- Sartorius, N., Jablensky, A., & Korten, A. (1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychol Med*, σσ. 909-928.
- Schwartzkopf, S., Nasrallah, H., & Olson, S. (1989). Prenatal complications and genetic loading in schizophrenia: preliminary findings. *Psychiatry Res.*, σσ. 233-239.
- Shea, A., & Steiner, M. (2008). Cigarette smoking during pregnancy. *Nicotine Tob. Res*, *II*(10), σσ. 267-278.
- Susser, E., & Lin, S. (1992). Schizophrenia after prenatal exposure to the Dutch hunger winder of 1944-1945. *Arch. Gen. Psychiatry*, *XII*(49), σσ. 983-988.
- Γρίβας, Κ. (1985). *Ψυχιατρικό ολοκληρωτισμός - Ιστορική και κοινωνική θεώρηση της ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: Ιανός.
- Ζαπουνίδης, Δ. (1997). *Ζώντας με τη σχιζοφρένεια στο σπίτι και στη δουλειά*. Κατερίνη: Ιθάκη.
- Ζερβής, Χ. (2001). *Ψυχοπαθολογία του ενήλικα*. Αθήνα: Ηλεκτρονικές Τέχνες.
- Καγγελάρης, Φ. (1998). *Η διαδικασία της αποπροσωποποίησης στη σχιζοφρένεια - Το βλέμμα και το είναι στην ψύχωση*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Μάνος, Ν. (1988). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκης: Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Ουλής, Π. (2010). *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχοπαθολογίας*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Παρασκευόπουλος, Ι. Π. (1988). *Κλινική ψυχολογία - Διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών*. Αθήνα: Ιδιωτική έκδοση.
- Ρουγγέρι, Κ. (2009). *Παιδικό παραμύθι και θέατρο, τρόπος έκφρασης για το ανάπηρο παιδί*. Πάτρα: Πολυδύναμο Κέντρο Πολιτών με Αναπηρία Δήμου Πατρέων και Ε.Σ.Α.μεΑ.
- Τσαλικογλου, Φ. (1987). *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Τσαλικογλου-Κωστοπούλου, Φ (1984). *Σχιζοφρένεια και φόνος*. Αθήνα :Παπαζήση .

Χαρτοκόλλης, Π. (1991). *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*. Αθήνα: Θεμέλιο.

## ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Kountouris, D. (2017). *Neuro-Talks*. Ανάκτηση από Neurotalks Website:

[http://neurotalk.blogspot.gr/2009/07/blog-post\\_21.html](http://neurotalk.blogspot.gr/2009/07/blog-post_21.html)

Kuperberg, G. R. (2011). Language in schizophrenia Part 2: What can psycholinguistics bring to the study of schizophrenia...and vice versa? *National Library of Medicine*, σσ. 590-604. Ανάκτηση από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2932455/>

Kuperberg, G. R., & Caplan, D. (2003). Language dysfunction in schizophrenia. *Schiffer*, σσ. 444-466. Ανάκτηση από [http://www.nmr.mgh.harvard.edu/kuperberglab/publications/papers/Kuperberg%26Caplan\\_chpt\\_L%26SCZ.pdf](http://www.nmr.mgh.harvard.edu/kuperberglab/publications/papers/Kuperberg%26Caplan_chpt_L%26SCZ.pdf)

Novak, J. M., & Kapolnek, K. M. (2001). Speech-Language Pathologists Serving Clients With Mental Illness: A Collaborative Treatment Approach. *CICSD*(28), σσ. 111-122. Ανάκτηση από <http://www.asha.org/uploadedFiles/asha/publications/cicsd/2001FSLPsServingClientswithMentalIllness.pdf>

Saks, E. (2012). *TED*. Ανάκτηση από TED Website:

[https://www.ted.com/talks/elyn\\_saks\\_seeing\\_mental\\_illness/transcript?language=en](https://www.ted.com/talks/elyn_saks_seeing_mental_illness/transcript?language=en)

Βικιπαιδεία. (2016). *Βικιπαιδεία*. Ανάκτηση από Ιστοσελίδα της Ελεύθερης Εγκυκλοπαίδειας: <https://el.wikipedia.org/wiki/Σχιζοφρένεια>

Ζιάκη, Δ. (2015). *Διαταραχές Λόγου στη Σχιζοφρένεια - Μελέτες Περιστατικών*. Ιωάννινα: ΑΝΩΤΕΡΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ - Τμήμα Λογοθεραπείας. Ανάκτηση από [http://apothetirio.teiep.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/4760/lgt\\_7.pdf?sequence=4](http://apothetirio.teiep.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/4760/lgt_7.pdf?sequence=4)

Κακουλίδη, Χ. (2017). *psychiatrosonline*. Ανάκτηση από Ιστοσελίδα του psychiatrosonline: <http://www.psychiatrosonline.gr/magazine/241-psychikes-diataraxes>

Κάνδιας, Μ., & Γιακουμάκη, Σ. Γ. (2011). *Η επίδραση των νευροψυχολογικών ελλειμμάτων στη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής ασθενών με σχιζοφρένεια και διπολική*

διαταραχή. Ρέθυμνο: Πανεπιστήμιο Κρήτης. Ανάκτηση από  
<http://www.pseve.org/journal/UPLOAD/Kandias9a.pdf>

Μαλανδρή, Μ. Χ. (2014). *Σχιζοφρένεια και Μητρότητα*. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο  
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Ανάκτηση από  
<http://ikee.lib.auth.gr/record/134928/files/GRI-2014-12931.pdf>

Πολυμεροπούλου, Β. (2013). *Δογκ*. Ανάκτηση από Doyk Website:  
[http://www.doyk.gr/vivliothiki/pdf/ygeia/psihiki\\_ygeia/diataraxes\\_anaptixis/noitiki\\_sterisi\\_ergotherapia.pdf](http://www.doyk.gr/vivliothiki/pdf/ygeia/psihiki_ygeia/diataraxes_anaptixis/noitiki_sterisi_ergotherapia.pdf)

Ρόικου, Κ., Πήτα, Ρ., Κιοσεόγλου, Γ., Γιούλης, Π., Μποζίκας, Β., & Καραβάτος, Α. (2006).  
Αντίληψη της αμφισημίας των λέξεων σε ομάδα σχιζοφρενών. *Encephalos Journal*,  
σσ. 11-12. Ανάκτηση από <http://www.encephalos.gr/full/40-3-01g.htm>

Σταθοπούλου, Α. (2014). *Ενδομήτρια Έκθεση στον Καπνό του τσιγάρου, Κίνδυνος εκδήλωσης  
σχιζοφρένειας και βαρύτητα αρνητικών/θετικών συμπτωμάτων*. Πάτρα: Πανεπιστήμιο  
Πατρών. Ανάκτηση από  
<http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/37464#page/1/mode/2up>

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Στο Παράρτημα Α παρατίθεται ένα αναλυτικό τεστ που αξιολογεί τις διαταραχές λεκτικής επικοινωνίας ενός ασθενούς με σχιζοφρένεια (Ζιάκη, 2015).

*Τεστ Αξιολόγησης*

Όνομα:

Ημερομηνία Γέννησης:

1. Α) Τι μέρα είναι σήμερα και τι μήνας;  
B) Αναφέρετε όσο πιο λεπτομερώς μπορείτε τι κάνατε την προηγούμενη ημέρα;  
(Αφηγηματικός λόγος)
2. Ορισμός λέξεων (Σημασιολογία και αφηγηματικός λόγος)

«Θα σου πω μια λέξη και θα σου δώσω έναν ορισμό για να στην περιγράψω. Για παράδειγμα το πορτοκάλι είναι ένα φρούτο με στρόγγυλο σχήμα, πορτοκαλί χρώμα, πρέπει να το ξεφλουδίσουμε για να το φάμε .Με τον ίδιο τρόπο που έκανα εγώ , θέλω κι εσύ να κάνεις το ίδιο για άλλες λέξεις που θα σου πω.»

- Μπαλόκι
- Πατίνι
- Ποδήλατο
- Θάλασσα
- Ουρανός
- Σκύλος
- Γάτα
- Φωτογραφική μηχανή
- Χαρά
- Λύπη
- Πόλεμος

### 3. Ανάκληση και κατονομασία σε σχέση με τη χρήση αντικειμένων

<b>Τι κάνουμε με;</b>	<b>Απάντηση</b>	<b>Με τι;</b>	<b>Απάντηση</b>
Το πιρούνι		Τρώμε	
Το μαχαίρι		Μαγειρεύουμε	
Το ποδήλατο		Κόβουμε	
Το μαρκαδόρο		Ζωγραφίζουμε	
Το ψαλίδι		Σκεπαζόμαστε	
Το ποτήρι		Μιλάμε	
Την κουβέρτα		Γράφουμε	
Το χαρτομάντηλο		Καρφώνουμε	
Το τηλέφωνο		Χτενίζόμαστε	
Το φακό		Βλέπουμε	
Την οδοντόβουρτσα		Ακούμε	
Τα μάτια		Μασάμε	
Την κατσαρόλα		Πιάνουμε	
Το ποτιστήρι		Πλενόμαστε	

4. Θα σου δείξω τέσσερα ζεύγη από εικόνες και θέλω να μου πεις τι βλέπεις ότι συμβαίνει; (Αίτιο-Αποτέλεσμα)





5. Α) Τι σημαίνουν οι φράσεις (Σημασιολογία-Πραγματολογία)

- Τρέχει το δάκρυ κορόμηλο.
- Κάνω την πάπια.
- Τρέμω σαν το ψάρι.
- Βράζει το αίμα μου.
- Μου κόπηκε η ανάσα.
- Έχασε τα αυγά και τα καλάθια.
- Πεινάω σαν λύκος.
- Μου πήρε τον αέρα.
- Καρφί δεν μου καίγεται.
- Μυρίζω τα νύχια μου.
- Πλήρωσα τα μαλλιά της κεφαλής μου.

Β) Συμπληρώστε τις παροιμίες και αναφέρετε τι σημαίνουν (Σημασιολογία-Πραγματολογία)

- Νηστικό ... δεν χορεύει.
- Άνθρωπος αγράμματος ... απελέκητο.
- Άνοιξε ... και τον κατάπιε.
- Βουνό ... δεν σμίγει.
- Όταν λείπει ... χορεύουν τα ποντίκια.
- Κάλιο πέντε ... παρά δέκα και καρτέρι.
- Πίσω έχει ... την ουρά.
- Χαζό παιδί ... γεμάτο.
- Ο καλός ο μύλος ... τα αλέθει.
- Το πάθημα του ... μάθημα



6. Α) Αναφέρετε τις ημέρες της εβδομάδας (αυτόματος λόγος) κι ύστερα ανά μία πίσω (μνήμη εργασίας).
- Β) Αναφέρετε τους μήνες του έτους (αυτόματος λόγος) κι ύστερα ανά δύο πίσω (μνήμη εργασίας).
- Γ) Αναφέρετε με τη σειρά τα χρώματα του ουράνιου τόξου (αυτόματος λόγος) κι ύστερα ανάποδα (μνήμη εργασίας).
- Δ) Αναφέρετε τους δέκα πρώτους αριθμούς (αυτόματος λόγος) κι ύστερα ανά ένα πίσω (μνήμη εργασίας).

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν διαφορετικά βιώματα όσον αφορά τα συμπτώματα της ασθένειας και πιο συγκεκριμένα οι παραληρητικές ιδέες και οι ακουστικές ψευδαισθήσεις ,ποικίλλουν από άτομο σε άτομο ως προς την ένταση αλλά και ως προς το βαθμό που επηρεάζουν τη ζωή του. Στη συνέχεια παρατίθενται κάποια παραδείγματα προσωπικών εμπειριών όπως καταγράφηκαν από ασθενείς με σχιζοφρένεια (Ζιάκη, 2015).

- 1) Ο Μ. έχει την παραληρητική πεποίθηση ότι δέχεται επίθεση από άγνωστη και μάλλον εξωγήινη πηγή (Bennet, 2010):

*«Τα λείζερ μου επιτίθενται. Στοχεύουν το κεφάλι μου. Ξέρω πότε πυροβολούν γιατί πονάω όταν με χτυπούν. Δεν με πυροβολούν όλη την ώρα. Έρχονται και φεύγουν. Δεν ξέρω τι έχω κάνει και μου επιτίθενται. Αλλά αυτό συμβαίνει εδώ και χρόνια. Συνήθως με χτυπούν στο κεφάλι, γι' αυτό προστατεύομαι όταν πυροβολούν. Τυλίγω το κεφάλι μου με αλουμινόχαρτο που αντανακλά το λείζερ...με αυτό τον τρόπο δεν μπορούν να με πειράξουν... Νομίζω ότι είναι εξωγήινοι αυτοί που το κάνουν...Η τελευταία φορά που με χτύπησαν ήταν την Κυριακή το πρωί. Με ζύπνησαν – τα λείζερ – και το κεφάλι μου πονούσε πολύ. Εξαιτίας του πόνου δεν μπορούσα να σηκωθώ από το κρεβάτι. Έπρεπε να φορέσω την προστασία μου και χρειάστηκα χρόνο μέχρι και ετοιμαστώ και να σηκωθώ λόγω του πόνου...Πέρασα πολύ δύσκολα. Συνήθως μπορώ να σταματήσω τα λείζερ με αλουμινόχαρτο, αλλά κάποιες φορές το διαπερνούν» [Σημειώνεται ότι το προηγούμενο βράδυ, ο άνδρας αυτός το είχε περάσει πίνοντας].*

- 2) Ο Δ. εθεάθη να τρέχει γυμνός στη μέση του δρόμου, φωνάζοντας πως είναι ο Υιός του Θεού και ήρθε να σώσει τον κόσμο από τις αμαρτίες του. Οδηγήθηκε στο νοσοκομείο λέγοντας (Bennet, 2010):

*«Είμαι ο Μεσσίας! Είμαι ο Δαβίδ, Δαβίδ ο σωτήρας...Θα σας σώσω από τα αμαρτήματα που έχετε διαπράξει, που σας καταδικάζουν να βρεθείτε στο πυρ το εξώτερον αντί για τον παράδεισο Κυρίου του θεού μου. Δεν μπορείτε να με κρατήσετε εδώ...ο θεός είναι θυμωμένος μαζί σας, ο κόσμος, ολόκληρος ο κόσμος... ο Διάβολος θα σας πάρει για την αμαρτία που κάνετε να με κρατάτε...το εννιά που ακολουθεί θα σας σκοτώσει επειδή κρατάτε τον Υιό του θεού σε αυτόν τον χώρο...Έχω έρθει εδώ σύμφωνα με τις γραφές του Μαθουσαλά και τις προφητείες του θεού και του Ιησού. Ο*

*θεός μιλάει σ'εμένα! Όχι σε εσάς! Και είναι θυμωμένος με την κακία του κόσμου και τα έργα και τις πράξεις των ανθρώπων...τις αμαρτίες..οι φτερούγες των αγγέλων θα έρθουν για μένα, για να με πάρουν από αυτό το δωμάτιο.»*

- 3) Κ, 63 ετών με Σχιζοφρένεια Αποδιοργανωμένου Τύπου (κατά το τότε DSMIV), μπαινόβγαине για 35 χρόνια στο νοσοκομείο. Εξαφανισμένος για 4 μέρες, αναζητούμενος από την κόρη του, στεκόταν στο δρόμο ή ακουμπούσε στους τοίχους των σπιτιών και χτυπούσε αυτούς και τον δρόμο με δύο μεγάλες σκούπες, ενώ φώναζε στους περαστικούς. Η αστυνομία τον βρήκε ξαπλωμένο στο πεζοδρόμιο με κατεβασμένο το παντελόνι του φορώντας σαν καπέλο μια σακούλα σκουπιδιών, και όταν ρωτήθηκε από την ομάδα αξιολόγησης γιατί πίστευε πως τον έφεραν σε αυτούς απάντησε (Bennet, 2010):

*«Νομίζω ότι έχω διάρροια ζανά, σαν τον Δρ. Μιχάλη εκεί. Τελικά ο Γιώργος είχε δίκιο από την αρχή...Έχουν ανθίσει πολλά λουλούδια σήμερα (μεγάλη σιωπή)...όχι, όχι, όχι σε αυτό. Πιο πολύ από αυτό, μου αρέσει η πίτσα.»*

Κατά τη συνέντευξη δεν διατηρούσε καθόλου βλεμματική επαφή, κοιτούσε επανειλημμένα το ρολόι του που είχε σταματήσει και καθάριζε γυαλιά του ενώ έδειχνε να έχει παραμελήσει την προσωπική του υγιεινή, γελούσε πότε πότε ανάρμοστα κι ήταν παράξενα ντυμένος. Όταν ρωτήθηκε πώς αισθάνεται σήμερα είπε:

*«Λοιπόν, σήμερα... σήμερα, σήμερα, σήμερα...δεν ξέρω...να φουσήζω, πώς είμαι; Πώς είστε κύριε Chips; Καλά είμαι, κάνει κρύο...(μεγάλη παύση)...ναι, σκάσε, σκύλα.»*

Όπως φάνηκε, ο Κ. είχε ακουστικές ψευδαισθήσεις, άκουγε φωνές που συνομιλούσαν μεταξύ τους γι'αυτόν και άλλα θέματα:

*«Τους ακούω να μιλάνε όλη μέρα, δε σταματάνε ποτέ. Το ξέρω ότι με μισούν, είμαι πολύ καλός και σέξι για αυτούς...κι εσύ το ίδιο...πώς μυρίζει;»*

- 4) *Μονόλογος του σχιζοφρενή G.M. (Καγγελάρης, 1998):*

*«Θυμάμαι ότι οι Κυριακές ήταν πάντα νεκρές. Περιφερόμουν μέσα στο σπίτι, απ'το ένα δωμάτιο στο άλλο. Είχα την εντύπωση πως έψαχνα τον G...(το όνομα του). Πότε πότε έβαζα ένα κοκκινάδι στα χείλη μου, κοιταζόμουνα στο μεγάλο καθρέφτη στην κρεβατοκάμαρα της μητέρας. Νόμιζα πως έβλεπα το πρόσωπό μου να εξατιμίζεται, και το μόνο που απέμενε ήταν το κόκκινο των χειλιών και το μαύρο των ματιών μου. Ήθελα*

να προχωρήσω μέσα από αυτά τα χρώματα και να βγω από την άλλη μεριά του καθρέφτη, έστω κι αν χρειαζόταν ν'αφήσω το καπέλο μου στην κάμαρα. Ένα καπέλο ολομόναχο μπροστά στον καθρέφτη, τι θλιβερό που είναι! Πλησίαζα την εικόνα μου και φιλούσα τα χείλη μου. Δεν μπορούσα να φωνάζω. Γονάτιζα και αυνανιζόμουνα βλέποντας με στον καθρέφτη.»

- 5) Μια 29χρονη στενοδακτυλογράφος, που πίστευε ότι μια εξωτερική δύναμη ελέγχει τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά της, περιέγραψε τις [απλούστερες] πράξεις της ως εξής (Καγγελάρης, 1998):

«Όταν απλώνω το χέρι μου να φτάσω τη χτένα, η κίνηση γίνεται μόνον από το χέρι και το μπράτσο μου, και τα δάχτυλα μου σηκώνουν το στυλό, αλλά δεν τα ελέγχω. Κάθομαι, βλέποντας τα να κινούνται, και είναι αρκετά ανεξάρτητα. Αυτά που κάνουν δεν έχουν καμία σχέση μ' εμένα. Εγώ είμαι απλώς μια μαριονέτα που τη χειρίζονται κοσμικά σχοινιά. Όταν τα σχοινιά τραβιούνται, το σώμα μου κινείται και δεν μπορώ να το εμποδίσω.»

- 6) Ένας 24χρονος ασθενής ισχυριζόταν ότι άκουγε φωνές που διαφωνούσαν μεταξύ τους: Ανέφερε ότι άκουγε φωνές που έρχονταν από το γραφείο της νοσοκόμας. Μια βαθιά και άξεστη φωνή έλεγε διαρκώς:

«Ο G.T. είναι πολύ μυστήριος», ενώ μια άλλη φωνή σε πιο υψηλό τόνο έλεγε: «Όντως είναι, θα έπρεπε να είναι κλεισμένος μέσα». Πότε πότε μία γυναικεία φωνή διέκοπτε τις δύο αυτές φωνές λέγοντας: «Δεν είναι έτσι. Είναι ένας αξιαγάπητος άνδρας.»

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

Στο εν λόγω Παράρτημα Γ παρουσιάζονται στοιχεία σχετικά με την εκατοστιαία αναλογία ασθενών με αρνητικά και θετικά συμπτώματα (επί 111 συνεχών εισαγωγών σχιζοφρενών ασθενών).

Συμπτώματα	Ήπια ή μέτρια	Βαριά ή βαρύτατα
<b>Αρνητικά συμπτώματα</b>		
Συναισθηματική επιπέδωση		
Ανέκφραστο πρόσωπο	54	33
Μειωμένες αυθόρμητες κινήσεις	37	14
Σπάνιες εκφραστικές χειρονομίες	34	24
Φτωχή βλεμματική επαφή	39	16
Συναισθηματική μη απαντητικότητα	18	18
Απρόσφορο συναίσθημα	29	22
Έλλειψη συναισθηματικής χροιάς της φωνής	40	9
Αλογία		
Φτωχός λόγος	20	20
Φτωχό περιεχόμενο του λόγου	33	6
Διακοπές	12	3
Αυξημένος λανθάνων χρόνος απαντήσεων	17	6
Αβουλησία-απάθεια		
Καθαριότητα και υγιεινή	33	41
Χωρίς διάρκεια απασχόληση ή σχολική παρακολούθηση	13	74
Σωματική ενεργεία	36	31
Ανηδονία-ακοινωνικότητα		
Ενδιαφέρον για αναψυχή, δραστηριότητες	38	41

Ενδιαφέρον για σεξ, δραστηριότητα	11	23
Συμπτώματα	Ήπια ή μέτρια	Βαριά ή βαρύτατα
Ανηδονία-ακοινωνικότητα		
Ενδιαφέρον για κοντινές σχέσεις	24	35
Σχέσεις με φίλους και συνομιλήκους	25	63
Προσοχή		
Κοινωνική απροσεξία	25	32
Απροσεξία κατά την εξέταση	33	19
<b>Θετικά συμπτώματα</b>		
Ψευδαισθήσεις		
Ακουστικές	19	51
Φωνές που σχολιάζουν	22	12
Φωνές που συνδιαλέγονται	27	12
Σωματικές-απτικές	10	6
Οσφρητικές	5	1
Οπτικές	16	15
Παραληρητικές ιδέες		
Διωκτικές	19	47
Ζηλοτυπίας	2	1
Ενοχικές	16	2
Μεγαλομανιακές	15	15
Θρησκευτικές	12	11
Σωματικές	11	11
Ιδέες αναφοράς	13	21
Ιδέες ελέγχου	25	12
Ιδέες διαβάσματος του μυαλού	19	14

Εκπομπής της σκέψης	11	
Συμπτώματα	Ήπια ή μέτρια	Βαριά ή βαρύτατα
Παραληρητικές ιδέες		
Παρεμβολής στη σκέψη	15	4
Απόσυρσης στη σκέψη	11	6
Εξωπραγματική συμπεριφορά		
Ένδυση, εμφάνιση	8	4
Κοινωνική, σεξουαλική συμπεριφορά	17	7
Επιθετική συμπεριφορά-ψυχοκινητική ανησυχία	14	6
Επαναληπτική-στερεότυπη συμπεριφορά	7	4
Θετικές δομικές διαταραχές της σκέψης		
Εκτροχιασμός	30	4
Κατ'εφαπτομένη σκέψη	28	4
Ασυναρτησία	9	1
Παραλογία	10	1
Περιφερικότητα	14	0
Πίεση ομιλίας	14	0
Απρόσεκτη ομιλία	12	1
Εκρηκτική ομιλία	1	0

Πηγή: (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000)

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

Στο συγκεκριμένο Παράρτημα Δ ακολουθεί μία ιστορία ψυχικής ασθένειας της Έλιν Σακς (Ζιάκη, 2015).

“Λοιπόν, είμαι μια γυναίκα με χρόνια σχιζοφρένεια. Έχω περάσει εκατοντάδες μέρες σε ψυχιατρεία. Μπορεί να κατέληγα να περάσω το μεγαλύτερο μέρος της ζωής μου στην πίσω πτέρυγα ενός νοσοκομείου, αλλά η ζωή μου δεν κατέληξε έτσι. Στην πραγματικότητα, κατάφερα να μείνω μακριά από νοσοκομεία για σχεδόν τρεις δεκαετίες, ίσως το μεγαλύτερο επίτευγμά μου. Αυτό δεν σημαίνει ότι κρατήθηκα μακριά απ' όλους τους ψυχιατρικούς αγώνες. Όταν αποφοίτησα από τη Νομική Σχολή του Γιέιλ και βρήκα την πρώτη μου δουλειά ως νομικός, ο ψυχαναλυτής μου στο Νιού Χέιβεν, ο Δρ Γουάιτ, μου ανακοίνωσε ότι θα έκλεινε το ιατρείο του σε τρεις μήνες, αρκετά χρόνια νωρίτερα απ' όσο υπολόγιζα να εγκαταλείψω το Νιού Χέιβεν. Ο Γουάιτ με είχε βοηθήσει πάρα πολύ, και η σκέψη της αναχώρησής του με συνέτριψε (Saks, 2012).

Ο καλύτερός μου φίλος, ο Στηβ, αντιλαμβανόμενος ότι κάτι δεν πήγαινε καθόλου καλά, ήρθε αεροπορικώς στο Νιού Χέιβεν για να είναι μαζί μου. Τώρα θα σας διαβάσω μερικά από τα γραπτά μου: «Άνοιξα την πόρτα του μικρού διαμερίσματός μου. Αργότερα ο Στηβ θα μου έλεγε ότι, απ' όλες τις φορές που με είχε δει ψυχωτική, τίποτα δεν θα μπορούσε να τον προετοιμάσει γι' αυτό που είδε εκείνη την ημέρα. Για μια εβδομάδα, ίσως και περισσότερο, σχεδόν δεν είχα φάει. Ήμουν κάτισχηνη. Περπατούσα λες και είχα ξύλινα πόδια. Το πρόσωπό μου έδειχνε και το ένιωθα σαν μάσκα. Είχα κλείσει όλες τις κουρτίνες του διαμερίσματος, έτσι στο καταμεσήμερο το διαμέρισμα ήταν σχεδόν ολοσκότεινο. Ο αέρας ήταν δύσσομος, το δωμάτιο ένα χάος. Ο Στηβ, δικηγόρος και ψυχολόγος, έχει κουράρει πολλούς ασθενείς με σοβαρές ψυχικές παθήσεις, και μέχρι σήμερα λέει ότι ήμουν η χειρότερη περίπτωση που είχε δει. “Γεια” είπα και επέστρεψα στον καναπέ, όπου κάθισα σιωπηρή για αρκετές στιγμές. “Ευχαριστώ που ήρθες, Στηβ. Λέξη, φωνή, κόσμος που καταρρέει. Πες στα ρολόγια να σταματήσουν. Είναι η ώρα. Έχει έρθει η ώρα.” “Φεύγει ο Γουάιτ” είπε ο Στηβ σκυθρωπά. “Νιώθω να με σπρώχνουν στον τάφο. Η κατάσταση είναι πολύ σοβαρή” βόγκηξα. “Η βαρύτητα με τραβάει προς τα κάτω. Φοβάμαι. Πες τους να φύγουν.”»

Ως νεαρή γυναίκα, βρέθηκα σε ψυχιατρείο σε τρεις διαφορετικές περιπτώσεις για μεγάλο διάστημα. Οι γιατροί μου διέγνωσαν χρόνια σχιζοφρένεια, και έκαναν πρόγνωση



«πολύ σοβαρή». Δηλαδή, στην καλύτερη το αναμενόμενο ήταν να ζήσω σε κέντρο περίθαλψης και να εργαστώ σε ασήμαντες δουλειές. Ευτυχώς, στην πραγματικότητα δεν επιβεβαίωσα εκείνη την σοβαρή πρόγνωση. Αντιθέτως, έχω έδρα Καθηγήτριας Νομικής, Ψυχολογίας και Ψυχιατρικής στη Νομική Σχολή Γκουλντ του USC, έχω πολλούς στενούς φίλους έχω κι έναν πολυαγαπημένο σύζυγο, τον Γουίλ, που είναι μαζί μας σήμερα. (...)

Θα ήθελα να μοιραστώ μαζί σας πώς συνέβη αυτό, και επίσης να περιγράψω την εμπειρία μου ως ψυχωτική. Βιάζομαι να προσθέσω ότι είναι η δική μου εμπειρία, επειδή καθένας γίνεται ψυχωτικός με τον τρόπο του.

Ας αρχίσουμε με τον ορισμό της σχιζοφρένειας. Η σχιζοφρένεια είναι μια πάθηση του εγκεφάλου. Το καθοριστικό στοιχείο της είναι η ψύχωση, ή αλλιώς το να χάνεις την επαφή με την πραγματικότητα. Αυταπάτες και παραισθήσεις είναι χαρακτηριστικά γνωρίσματα της πάθησης. Οι αυταπάτες είναι πάγιες εσφαλμένες πεποιθήσεις που δεν ανταποκρίνονται σε αποδείξεις, και οι παραισθήσεις είναι εσφαλμένες αισθητηριακές εμπειρίες. Για παράδειγμα, όταν είμαι ψυχωτική συχνά έχω την αυταπάτη ότι έχω σκοτώσει εκατοντάδες χιλιάδες ανθρώπους με τις σκέψεις μου. Μερικές φορές έχω την εντύπωση ότι όπου να 'ναι θα γίνουν πυρηνικές εκρήξεις στο μυαλό μου. Περιστασιακά, έχω παραισθήσεις, όπως εκείνη τη φορά που γύρισα και είδα έναν άνδρα μ' ένα υψωμένο μαχαίρι. Φανταστείτε να έχετε εφιάλτη ενώ είσαστε ξύπνιοι.

Συχνά, η ομιλία και η σκέψη αποδιοργανώνονται σε σημείο ασάφειας. Χαλαροί συνειρμοί είναι η ένωση λέξεων που μπορεί να ακούγονται αρκετά όμοιες αλλά δεν βγάζουν νόημα, και αν μπερδευτούν πολύ οι λέξεις, αυτό ονομάζεται «λεκτική σαλάτα». Αντίθετα με την κοινή αντίληψη, η σχιζοφρένεια δεν είναι το ίδιο με τη διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας ή τη διχασμένη προσωπικότητα. Το μυαλό του ασθενή με σχιζοφρένεια δεν είναι χωρισμένο, είναι διαλυμένο.

Όλοι έχουν δει έναν άνθρωπο στο δρόμο απεριποίητο, πιθανώς υποσιτισμένο, να στέκεται έξω από ένα κτίριο μουρμουρίζοντας ή φωνάζοντας. Αυτό το άτομο πιθανώς έχει κάποια μορφή σχιζοφρένειας. Αλλά η σχιζοφρένεια παρουσιάζεται σε ένα μεγάλο εύρος κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και υπάρχουν άνθρωποι με την ασθένεια που εργάζονται κανονικά με μεγάλες ευθύνες. Πριν πολλά χρόνια, αποφάσισα να καταγράψω τις εμπειρίες μου και το προσωπικό μου ταξίδι, και θέλω να μοιραστώ λίγη ακόμα από την ιστορία μου μαζί σας σήμερα για να σας μεταδώσω την εικόνα από μέσα.

Λοιπόν το επόμενο επεισόδιο συνέβη την έβδομη εβδομάδα του πρώτου εξαμήνου, του πρώτου έτους στη Νομική στο Γιέλ. Παραθέτω από το γραπτό μου: «Οι δύο συμμαθήτριές μου, Ρέμπελ και Βαλ, κι εγώ είχαμε κανονίσει να συναντηθούμε στην βιβλιοθήκη της Νομικής την Παρασκευή το βράδυ για να δουλέψουμε μαζί πάνω στην εργασία μας για το υπόμνημα. Αλλά δεν είχαμε προχωρήσει πολύ όταν άρχισα να μιλάω ακαταλαβίστικα.

“Τα υπομνήματα είναι επισκέψεις” τις πληροφόρησα. “Κάνουν συγκεκριμένες παρατηρήσεις. Η παρατήρηση είναι στο κεφάλι σας. Η Πατ το έλεγε αυτό. Έχεις σκοτώσει κανέναν;” Η Ρέμπελ και η Βαλ με κοίταξαν λες και εκείνες ή εμένα μας είχε καταβρέξει κάποιος με κρύο νερό. “Για τι πράγμα μιλάς, Έλιν;” “Ξέρεις, τα συνηθισμένα. Ποιος είναι τι, ποιός είναι ποιός, περί ανέμων και υδάτων. Ας βγούμε στην ταράτσα. Είναι επίπεδη. Είναι ασφαλής.” Η Ρέμπελ και η Βαλ ακολούθησαν και ρωτούσαν τι με είχε πιάσει. “Αυτός είναι ο πραγματικός μου εαυτός” ανακοίνωσα, κουνώντας τα χέρια πάνω από το κεφάλι μου. Έπειτα, αργά μια Παρασκευή βράδυ, στη στέγη της Νομικής Σχολής του Γιέλ, άρχισα να τραγουδάω, μάλλον δυνατά. “Έλα στην ηλιόλουστη Φλόριντα. Θέλεις να χορέψεις;” “Έχεις πάρει ναρκωτικά;” Ρώτησε κάποιος. “Είσαι φτιαγμένη;” “Φτιαγμένη; Εγώ; Με τίποτα, όχι ναρκωτικά. Έλα στην ηλιόλουστη Φλόριντα, όπου υπάρχουν λεμόνια, όπου φτιάχνουν δαίμονες.” “Με τρομάζεις” είπε η μια, και η Ρέμπελ και η Βαλ γύρισαν πίσω στην βιβλιοθήκη. Σήκωσα τους ώμους αδιάφορα και τις ακολούθησα.

Όταν ήμουν πάλι μέσα, ρώτησα τις συμφοιτήτριές μου αν είχαν την ίδια εμπειρία να πηδούν οι λέξεις γύρω από τις υποθέσεις μας, όπως συνέβη σε εμένα. “Νομίζω ότι κάποιος έχει διεισδύσει στα αντίγραφα των υποθέσεών μου” είπα. “Πρέπει να βάλουμε σε θήκη το σύνδεσμο. Δεν πιστεύω στους συνδέσμους, αλλά πραγματικά κρατούν το σώμα ενωμένο.” -- Είναι ένα παράδειγμα χαλαρών συνειρμών. -- «Τελικά κατευθύνθηκα πίσω στο δωμάτιό μου, και από τη στιγμή που βρέθηκα εκεί, δεν μπορούσα να ησυχάσω. Το κεφάλι μου ήταν τόσο γεμάτο με θορύβους, γεμάτο πορτοκαλιές και νομικά υπομνήματα που δεν μπορούσα να γράψω και μαζικές δολοφονίες για τις οποίες γνώριζα ότι θα ήμουν υπεύθυνη. Καθισμένη στο κρεβάτι μου, κουνιόμουν μπρος-πίσω, βογκώντας φοβισμένη και απομονωμένη.» Αυτό το επεισόδιο οδήγησε στην πρώτη εισαγωγή μου σε νοσοκομείο στην Αμερική. Είχε συμβεί δυο φορές παλαιότερα στην Αγγλία. (...)

Τα πάντα γύρω απ' αυτή την αρρώστια λένε ότι δεν θα έπρεπε να βρίσκομαι εδώ, αλλά να 'μαι. Και είμαι, σκέφτομαι, για τρεις λόγους: Πρώτον, είχα άριστη θεραπεία. Τέσσερις με πέντε μέρες την εβδομάδα ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία για δεκαετίες, και διαρκή και εξαιρετική ψυχοφαρμακολογία. Δεύτερον, έχω πολλούς στενούς συγγενείς και φίλους που με ξέρουν και ξέρουν την αρρώστια μου. Αυτές οι σχέσεις έχουν δώσει νόημα στη ζωή μου και βάθος, και με βοήθησαν να κατευθύνω τη ζωή μου όταν εμφανίζονταν τα συμπτώματα. Τρίτον, δουλεύω σ' ένα τρομερά υποστηρικτικό περιβάλλον στη Νομική του USC. Αυτό το μέρος όχι μόνο καλύπτει τις ανάγκες μου αλλά ουσιαστικά τις αγκαλιάζει. Επίσης είναι ένα μέρος που κεντρίζει το πνεύμα, και η απασχόληση του μυαλού μου με περίπλοκα προβλήματα είναι η καλύτερη, ισχυρότερη και πιο αξιόπιστη άμυνα απέναντι στην ψυχασθένειά μου.

Ακόμα και με όλα αυτά --εξαιρετική θεραπεία, υπέροχη οικογένεια και φίλους, υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον-- δεν δημοσιοποίησα την ασθένειά μου παρά μόνο σχετικά πρόσφατα, και αυτό επειδή το στίγμα απέναντι στην ψυχασθένεια είναι τόσο ισχυρό που δεν ένιωθα ασφαλής να ξέρει ο κόσμος. Αν δεν ακούσατε τίποτε άλλο σήμερα, παρακαλώ ακούστε αυτό: Δεν υπάρχουν «σχιζοφρενείς». Υπάρχουν άνθρωποι με σχιζοφρένεια, και αυτοί οι άνθρωποι μπορεί να είναι ο σύζυγος, μπορεί να είναι το παιδί σας, μπορεί να είναι ένας γείτονας, μπορεί να είναι ένας φίλος, μπορεί να είναι ένας συνάδελφος.

Αφήστε με, λοιπόν, να μοιραστώ μαζί σας μερικές τελευταίες σκέψεις. Είναι απαραίτητο να επενδύσουμε περισσότερα κεφάλαια στην έρευνα και θεραπεία της ψυχασθένειας. Όσο καλύτερα καταλάβουμε αυτές τις ασθένειες, τόσο καλύτερες θεραπείες μπορούμε να παρέχουμε, και όσο καλύτερες θεραπείες παρέχουμε, τόσο περισσότερη φροντίδα μπορούμε να προσφέρουμε, και να μην χρειάζεται να χρησιμοποιούμε βία. Επίσης, πρέπει να σταματήσουμε να ενοχοποιούμε τις ψυχασθένειες. Είναι εθνική τραγωδία και σκάνδαλο το ότι η φυλακή του Λος Άντζελες είναι η μεγαλύτερη ψυχιατρική εγκατάσταση στις ΗΠΑ. Οι αμερικανικές φυλακές είναι γεμάτες από ανθρώπους που υποφέρουν από σοβαρότατες ψυχασθένειες και πολλοί απ' αυτούς βρίσκονται εκεί επειδή ποτέ δεν έλαβαν επαρκή θεραπεία. Θα μπορούσα εύκολα να έχω καταλήξει εκεί ή στους δρόμους. Ένα μήνυμα για την βιομηχανία ψυχαγωγίας και τον τύπο: Γενικά, έχετε κάνει υπέροχη δουλειά πολεμώντας το στίγμα και την προκατάληψη σε πολλά πράγματα. Παρακαλώ, συνεχίστε να μας δείχνετε χαρακτήρες στις ταινίες σας, τα θεατρικά σας, τις στήλες σας, χαρακτήρες που

υποφέρουν από σοβαρές ψυχασθένειες. Παρουσιάστε τους συμπονετικά, παρουσιάστε τους με όλο τον πλούτο και το βάθος της εμπειρίας τους σαν ανθρώπους και όχι σαν διαγνώσεις.

Πρόσφατα, ένας φίλος έκανε μια ερώτηση: Αν υπήρχε ένα χάπι που θα μπορούσα να πάρω και να θεραπευτώ, θα το έπαιρνα; Στον ποιητή Ράινερ Μαρία Ρίλκε προσέφεραν ψυχανάλυση. Την απέρριψε λέγοντας, «Μην μου παίρνετε τους δαίμονές μου, γιατί μπορεί να φύγουν και οι άγγελοί μου». Από την άλλη, η ψύχωσή μου, είναι ένας ζωντανός εφιάλτης όπου οι δαίμονές μου είναι τόσο τρομακτικοί που όλοι οι άγγελοί μου έχουν τραπεί σε φυγή. Οπότε, θα το έπαιρνα το χάπι; Αμέσως. Λέγοντας αυτό, δεν θέλω να θεωρήσετε ότι μετανιώνω για τη ζωή που θα μπορούσα να έχω αν δεν ήμουν ψυχασθενής, ούτε και επιζητώ τον οίκτο. Αυτό που θέλω να πω είναι ότι η ανθρωπιά που έχουμε όλοι μας είναι πιο σημαντική από την ψυχασθένεια που ίσως να μην έχουμε. Αυτό που θέλουν όσοι από εμάς υποφέρουν από ψυχασθένειες είναι αυτό που όλοι θέλουν: όπως είπε ο Σίγκμουντ Φρόυντ, «δουλειά και αγάπη».