



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Δρ. Μαίρη Ζ. Νταφούλη

Adjunct Lecturer NKUA

Clinical Psychologist

CBT Therapist/Supervisor (EABCT)

MSc, PhD Uni of Athens/Uni of Bern

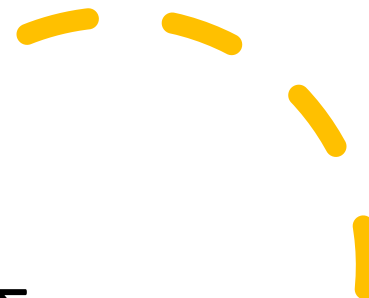
Clinical Fellow at Sleep Research Unit at Eginition Hospital/Henry Dunant Hospital Center

Διαταραχές της διάθεσης





ΑΣΚΗΣΕΙΣ



Μελέτη περίπτωσης 1

Η Μαρία, 32 ετών, προσέρχεται σε ψυχίατρο αναφέροντας:

- Περίοδο 6 εβδομάδων με **εμφανή καταβολή**, χαμηλή ενέργεια και **απώλεια ενδιαφέροντος** για δραστηριότητες που παλαιότερα της άρεσαν.
- **Διαταραχές ύπνου** (αφύπνιση νωρίς το πρωί), μειωμένη όρεξη και απώλεια 5 κιλών.
- **Αυξημένο άγχος**, αίσθημα «ανημποριάς» και ενοχής.
- Δυσκολία στη συγκέντρωση στη δουλειά.
- Δεν υπάρχουν ψυχωτικά συμπτώματα.

Ιστορικό:

- Δεν αναφέρει προηγούμενα επεισόδια μανίας ή υπομανίας.
- Πριν από 8 μήνες είχε μια περίοδο αυξημένης ενέργειας και κοινωνικότητας για περίπου 3 ημέρες, χωρίς λειτουργική έκπτωση.
- Δεν κάνει χρήση ουσιών.
- Δεν υπάρχει σοβαρό ιατρικό ιστορικό.
- Οικογενειακό ιστορικό: μητέρα με **διπολική διαταραχή τύπου II**.

ΕΡΩΤΗΣΗ

-Ποια είναι η διάγνωση;



Μελέτη περίπτωσης 2



Ο κ. Δημήτρης, 45 ετών, παντρεμένος, εργάζεται ως μηχανικός. Προσέρχεται με τα εξής συμπτώματα:

Κύρια συμπτώματα τελευταίων 4 μηνών

- Έντονη **κόπωση**, **ανηδονία**, αίσθηση «σαν να έχει χάσει το νόημα».
- **Αϋπνία** με συχνές αφυπνίσεις και πρωινή δυσκολία.
- Έντονη **ευερεθιστότητα** και νευρικότητα.
- **Αδυναμία συγκέντρωσης** στη δουλειά, λάθη, μειωμένη παραγωγικότητα.
- Αίσθημα **ενοχής** και αυτοαμφισβήτησης.
- Μειωμένη όρεξη και απώλεια 6 κιλών.
- **Επεισόδιο πριν από 9 μήνες (περίεργη συμπεριφορά)**

Μελέτη περίπτωσης 2



Για 3 εβδομάδες:

- Μειωμένες ανάγκες ύπνου (3–4 ώρες) χωρίς κόπωση.
- Έντονη **αυτοπεποίθηση** και αίσθηση «μπορώ να κάνω οτιδήποτε».
- Υπερβολική **ομιλητικότητα** και διάσπαση προσοχής.
- Ξαφνική εμπλοκή σε επιχειρηματικά σχέδια με οικονομικούς κινδύνους.
- Αυξημένη **σεξουαλική διάθεση** με επικίνδυνη συμπεριφορά (εξωσυζυγικές επαφές).
- Πολλές αγορές μέσω διαδικτύου (μεγάλα έξοδα).
- Η σύζυγος αναφέρει ότι «ήταν άλλος άνθρωπος».
- Ο Δημήτρης θεωρούσε τότε ότι «ήταν η πιο δημιουργική περίοδος της ζωής του» και δε ζήτησε βοήθεια.

Σημερινή λειτουργικότητα

- Δεν μπορεί να εργαστεί αποδοτικά.
- Σκέψεις ότι «ίσως η οικογένειά μου θα ήταν καλύτερα χωρίς εμένα», χωρίς σαφές σχέδιο.

Ιστορικό

- Δεν υπάρχει παρατεταμένη χρήση ουσιών (σποραδική χρήση αλκοόλ).
- Δεν υπάρχει σοβαρή σωματική νόσος.
- Πατέρας με **αλκοολισμό** και πιθανό ιστορικό διπολικής διαταραχής.

Μελέτη περίπτωσης 2



Διπολική Διαταραχή τύπου Ι

- Η περιγραφή του επεισοδίου πριν 9 μήνες **ταιριάζει ξεκάθαρα σε μανιακό επεισόδιο**, και τα τωρινά συμπτώματα **ταιριάζουν σε καταθλιπτική φάση**.

Μελέτη περίπτωσης

2. Πώς θα χτίζατε την θεραπευτική συμμαχία;



Μελέτη περίπτωσης



2. Πώς θα χτίζατε την αρχική θεραπευτική συμμαχία;

- Παροχή ασφαλούς, μη επικριτικού κλίματος.
- Αναγνώριση της δυσκολίας που βιώνει («φαίνεται πολύ κουρασμένος»).
- Διερεύνηση χωρίς κριτική των μανιακών συμπεριφορών.
- Ενίσχυση της ελπίδας και αποφυγή στιγματισμού.
- Εκπαίδευση για τη φύση των διαταραχών διάθεσης.
- Συμπερίληψη της συζύγου στη θεραπευτική διαδικασία με τη σύμφωνη γνώμη του.

Μελέτη περίπτωσης



3. Καθορίστε 3 βραχυπρόθεσμους και 3 μακροπρόθεσμους θεραπευτικούς στόχους.

Μελέτη περίπτωσης



3. Καθορίστε 3 βραχυπρόθεσμους και 3 μακροπρόθεσμους θεραπευτικούς στόχους.

- **Βραχυπρόθεσμοι στόχοι (4–6 εβδομάδες)**

1. Σταθεροποίηση διάθεσης και μείωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων.
2. Αποκατάσταση ύπνου και βασικής λειτουργικότητας.
3. Εφαρμογή σχεδίου ασφαλείας και μείωση αυτοκτονικών σκέψεων.

- **Μακροπρόθεσμοι στόχοι (3–12 μήνες)**

1. Πρόληψη νέων μανιακών/καταθλιπτικών επεισοδίων.
2. Βελτίωση οικογενειακών σχέσεων και επαναφορά επαγγελματικής λειτουργικότητας.
3. Ανάπτυξη δεξιοτήτων ρύθμισης συναισθήματος και έγκαιρης αναγνώρισης σημείων υποτροπής.

Φάσμα Σχιζοφρένειας και Άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές



Εισαγωγή

- Στο DSM-5 το κεφάλαιο που ονομάζεται «Φάσμα Σχιζοφρένειας και άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές» περιλαμβάνει την σχιζοφρένεια, άλλες ψυχωτικές διαταραχές καθώς και την Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας.
- Οι διαταραχές αυτές χαρακτηρίζονται από διαταραχές της σκέψης, της ομιλίας, της διάθεσης και της συμπεριφοράς με συμπτώματά όπως παραληρήματα, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένη σκέψη (λόγο), πολύ αποδιοργανωμένη ή ανώμαλή κινητική συμπεριφορά (περιλαμβανόμενη και η κατατονία) καθώς και αρνητικά συμπτώματα

Εισαγωγή

- ✓ Σχιζοφρένεια
- ✓ Παραληρητική Διαταραχή
- ✓ Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή
- ✓ Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή
- ✓ Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή
- ✓ Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας
- ✓ Ψυχωτική Διαταραχή οφειλόμενη σε άλλη σωματική κατάσταση
- ✓ Προκαλούμενη από ουσίες/ φάρμακα ψυχωτική διαταραχή
- ✓ Άλλο προσδιοριζόμενο φάσμα σχιζοφρένειας και άλλη ψυχωτική διαταραχή
- ✓ Απροσδιόριστο φάσμα σχιζοφρένειας και άλλη ψυχωτική διαταραχή

Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-5 για την Σχιζοφρένεια

- Α. Δύο (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα είναι παρόντα τον περισσότερο καιρό επί τουλάχιστον ένα μήνα (ή λιγότερο αν έχουν αντιμετωπισθεί εγκαίρως θεραπευτικά με επιτυχία), ένα από αυτά πρέπει να είναι κάποιο από τα (1), (2), ή (3):
 1. Παραληρητικές ιδέες
 2. Ψευδαισθήσεις
 3. Αποδιοργανωμένη ομιλία (π.χ. συχνός εκτροχιασμός ή ασυναρτησία)
 4. Βαριά αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
 5. Αρνητικά συμπτώματα (συναισθηματική επιπέδωση ή αβουλησία)

Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-5 για την Σχιζοφρένεια

- Β. Κατά τη διάρκεια σημαντικού μέρους της περιόδου από την έναρξη της διαταραχής, το επίπεδο λειτουργικότητας σε μία ή περισσότερες μείζονες περιοχές της λειτουργικότητας, όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις ή η αυτοφροντίδα είναι εμφανώς κατώτερο από αυτό που είχε επιτευχθεί προ της έναρξης (ή όταν η έναρξη είναι στην παιδική ηλικία ή την εφηβεία, παρατηρείται αποτυχία να επιτευχθεί το αναμενόμενο επίπεδο διαπροσωπικής, ακαδημαϊκής ή εργασιακής λειτουργικότητας).
- Γ. Συνεχή σημεία της διαταραχής επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες. Η περίοδος 6 μηνών πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον 1 μήνα (ή λιγότερο σε επιτυχή θεραπεία) με συμπτώματα που πληρούν το Κριτήριο Α (π.χ., ενεργός φάση συμπτωμάτων) και μπορεί να περιλαμβάνει περιόδους με πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα. Κατά τη διάρκεια των πρόδρομων ή υπολειμματικών αυτών περιόδων, τα σημεία της διαταραχής μπορεί να συνίστανται σε παρουσία μόνο αρνητικών συμπτωμάτων ή τουλάχιστον δύο από τα συμπτώματα του Κριτηρίου Α σε ηπιότερο βαθμό βαρύτητας (π.χ. αλλόκοτες πεποιθήσεις, ασυνήθη αντιληπτικά βιώματα).

Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-5 για την Σχιζοφρένεια

- Δ. Η Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η Καταθλιπτική ή Διπολική διαταραχή με ψυχωτικά στοιχεία έχουν αποκλειστεί διότι είτε (1) δεν υπήρχε κανένα μείζον καταθλιπτικό ή μανιακό επεισόδιο ταυτόχρονα με την ενεργό φάση των συμπτωμάτων ή (2) εάν τα επεισόδια της διάθεσης που εμφανίστηκαν κατά την ενεργό φάση των συμπτωμάτων ήταν παρόντα για μικρό χρονικό διάστημα της συνολικής διάρκειας της ενεργού και της υπολειμματικής περιόδου της νόσου.
- Ε. Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις κάποιας ουσίας (κατάχρηση ουσίας ή φαρμακευτική αγωγή) ή σε άλλη σωματική κατάσταση. ΣΤ. Εάν υπάρχει ιστορικό διαταραχής αυτιστικού φάσματος ή διαταραχής επικοινωνίας με έναρξη στην παιδική ηλικία, η πρόσθετη διάγνωση της σχιζοφρένειας μπορεί να τεθεί μόνο εφόσον παρατηρούνται προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις μαζί με τα άλλα συμπτώματα που απαιτούνται για τη διάγνωση σχιζοφρένειας, για 1 τουλάχιστον μήνα (ή λιγότερο σε επιτυχή θεραπεία).

Διαγνωστικά Κριτήρια για την Σχιζοφρένεια

- Η διάγνωση της σχιζοφρένειας ισχύει όταν τα συμπτώματα έχουν συνολική διάρκεια άνω των 6 μηνών.
- Σε αυτή την περίοδο ο πάσχων πρέπει να πληροί για τουλάχιστον ένα μήνα (ή λιγότερο αν αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς) τα χαρακτηριστικά συμπτώματα.
- Ακόμη, η φάση αυτή μπορεί να περιλαμβάνει περιόδους ή συμπτωμάτων όπου εμφανίζονται μόνο αρνητικά συμπτώματα ή δύο ή περισσότερα συμπτώματα πιο ήπιας μορφής, για παράδειγμα περίεργες πεποιθήσεις, ασυνήθιστες αντιλήψεις.
- ΔΔ: σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, διαταραχή της διάθεση, επίδραση κάποιας ουσίας ή ιατρικής νόσου.

Θετικά-Αρνητικά Συμπτώματα στη Σχιζοφρένεια

Θετικά Συμπτώματα

- Οι ψευδαισθήσεις, τα παραληρήματα, η περίεργη ή αποδιοργανωμένη συμπεριφορά αποτελούν τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας.
- Ορισμένες διαταραχές της σκέψης επίσης θεωρούνται θετικά συμπτώματα, όπως για παράδειγμα οι νεολογισμοί.
- Πάσχοντες με περισσότερα θετικά συμπτώματα τείνουν να έχουν χειρότερη έκβαση σε δοκιμασίες (τεστ) που περιλαμβάνουν επεξεργασία ακουστικών ερεθισμάτων, ειδικά λεκτικές δοκιμασίες.

Θετικά-Αρνητικά Συμπτώματα στη Σχιζοφρένεια

Αρνητικά Συμπτώματα

- Αφορούν στην απουσία κάποιου φαινομένου, πού κάτω από φυσιολογικές συνθήκες θα ήταν παρόν.
- Η φτώχεια λόγου, το επίπεδο συναίσθημα, η απόσυρση, η απάθεια, και η βλάβη επιλεκτικής προσοχής θεωρούνται αρνητικά συμπτώματα.
- Τα αρνητικά συμπτώματα είναι πιο επίμονα κι δύσκολα να αντιμετωπιστούν θεραπευτικά.
- Άτομα με περισσότερα αρνητικά συμπτώματα έχουν χειρότερη έκβαση σε δοκιμασίες που περιλαμβάνουν οπτικά ερεθίσματα.
- Επίσης, τείνουν να έχουν λιγότερο καλή προνοσηρή προσαρμογή, μακροχρόνιες νοσηλείες και σημαντική γνωστική δυσλειτουργία.
- Έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, χειρότερη επαγγελματική πορεία, και χειρότερη συνολική πρόγνωση απ' ότι έχουν άτομο με πολλά θετικά συμπτώματα

Διαταραχές σκέψης και γλώσσας

- Οι διαταραχές της γλώσσας, όπως για παράδειγμα παράξενοι συνειρμοί ή ραγδαίες αλλαγές θεματολογίας που συχνά χαρακτηρίζουν την ομιλία των σχιζοφρενών, είναι ενδείξεις διαταραγμένης σκέψης. Ενώ έχουν υπάρξει προσπάθειες να διαχωριστούν σε διαταραχές την γλώσσας και της σκέψης, αυτή η διαφοροποίηση παραμένει θεωρητική, δεδομένου του ότι η γλώσσα είναι η έκφραση της σκέψης.
- Βασική διαταραχή της σκέψης είναι το παραλήρημα, έντονη πεποίθηση του ατόμου χωρίς καμία βάση στην πραγματικότητα. Αυτές οι λανθασμένες ιδέες, στις οποίες το άτομο εμμένει παρά τα ισχυρά στοιχεία εναντίον της ορθότητας τους, μπορεί να εμφανιστούν σε διάφορες διαταραχές όπως στην μανία, στην κατάθλιψη, σε οργανικά σύνδρομα και σε περίπτωση τοξίκωσης.
- Είναι όμως πιο συνηθισμένες στην σχιζοφρένεια, όπου εμφανίζονται με μεγάλη συχνότητα- περίπου $\frac{3}{4}$ των νοσηλευόμενων ασθενών με σχιζοφρένεια εκδηλώνουν παραληρήματα. Οι περισσότεροι σχιζοφρενείς δεν συνειδητοποιούν ότι οι άλλοι βρίσκουν τις πεποιθήσεις τους απίθανες, ούτε εγκαταλείπουν τις πεποιθήσεις αυτές εάν έρθουν αντιμέτωποι με ενδείξεις την πραγματικότητας.
- Το κλινικό παράδειγμα που αναφέρει ο Rokeach (1964) στο βιβλίο του The Three Christs of Ypsilanti αφορά στην περιγραφή τριών ατόμων που ήταν στον ίδιο ψυχιατρικό θάλαμο για δύο χρόνια, ενώ ο καθένας πίστευε ότι ήταν ο Ιησούς Χριστός. Μολονότι είχαν καθημερινή επαφή, ο καθένας συνέχιζε να ισχυρίζεται ότι ήταν ο πραγματικός Ιησούς, και ότι οι άλλοι ήταν ψεύτες

Σχιζοφρένεια

- Η σχιζοφρένεια είναι από τις πιο σοβαρές ψυχικές διαταραχές και πολλοί πάσχοντες υποφέρουν από συμπτώματα για πολλά χρόνια ακόμα και με παρεμβάσεις.
- Η κοινωνική ή/και επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου πλήττεται σημαντικά για μεγάλο χρονικό διάστημα από την έναρξη της διαταραχής.
- Ένας ή περισσότεροι τομείς, όπως για παράδειγμα ο επαγγελματικός, ο διαπροσωπικός, η αυτοφροντίδα, είναι σε φανερά χαμηλότερο επίπεδο από ότι ήταν πριν την έναρξη των συμπτωμάτων.
- Σε νεότερους πάσχοντες η σχολική εξέλιξη διακόπτεται και ο πάσχων αδυνατεί να τελειώσει το σχολείο. Ακόμη, πολλοί αδυνατούν να διατηρήσουν μια θέση εργασίας για επαρκές χρονικό διάστημα και εργάζονται σε θέσεις χαμηλότερου επιπέδου όσον αφορά στο αντικείμενο της εργασίας, καθώς και τις κοινωνικο-οικονομικές προεκτάσεις.
- Άτομα με σχιζοφρένεια διαφέρουν σε σημαντικό βαθμό μεταξύ τους, επειδή η διαταραχή είναι ένα ετερογενές κλινικό σύνδρομο (APA 2013).

Τύποι Παραληρήματος

- Παραληρήματα δίωξης

Λανθασμένες ιδέες ότι το άτομο είναι αντικείμενο παρενόχλησης, δίωξης και συνωμοσίας από ανθρώπους που το εχθρεύονται.

Είναι από τα πιο συνηθισμένα παραληρήματα που εμφανίζονται στην σχιζοφρένια.

- Παραληρήματα ελέγχου (επίδρασης)

Λανθασμένες πεποιθήσεις ότι τα συναισθήματα, οι σκέψεις, η βούληση ή οι πράξεις του ατόμου ελέγχονται από κάποια εξωτερική δύναμη.

Π.χ., πλάσματα από άλλο πλανήτη που στέλνουν σήματα μέσω ηλεκτρικών συσκευών στον εγκέφαλο του πάσχοντα, για να ελέγχουν την σκέψη, τα συναισθήματα ή την συμπεριφορά του. Μπορεί επίσης να πάρει τη μορφή ότι ο ίδιος ο πάσχων μπορεί να ελέγχει τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τη βούληση ή τις πράξεις των άλλων.

Τύποι Παραληρήματος

Παραληρήματα αναφοράς (συσχέτισης)

- Λανθασμένες ιδέες ότι άσχετα γεγονότα και ερεθίσματα αναφέρονται συγκεκριμένα στον ασθενή, για παράδειγμα το άτομο πιστεύει ότι οι άλλοι τον κοιτούν παράξενα στο λεωφορείο, ότι η ζωή του παρουσιάζεται σε σήριαλ ή στις ειδήσεις της τηλεόρασης. Ακόμη, υπάρχει η εσφαλμένη πεποίθηση ότι τα γεγονότα, τα αντικείμενα ή η παρουσία άλλων ανθρώπων έχουν μια ασυνήθιστη και ιδιαίτερη σημασία για τον ίδιο, συνήθως αρνητική.

Τύποι Παραληρήματος

Παραληρήματα αμαρτίας και ενοχής

Λανθασμένες πεποιθήσεις ότι το άτομο έχει διαπράξει «το ασυγχώρητο αμάρτημα», ότι είναι υπεύθυνο για μεγάλες καταστροφές, για παράδειγμα πόλεμο, σεισμό ή ότι έχει κάνει κάποιο μεγάλο κακό σε άλλον, παραδείγματος χάριν το άτομο πιστεύει ότι έχει σκοτώσει τα παιδιά του ή τους συνεργάτες στην δουλειά. Συνοδεύεται από έντονο φόβο τιμωρίας.

Τύποι Παραληρήματος

Παραληρήματα υποχονδρίασης

Λανθασμένες ιδέες ότι το άτομο υποφέρει από κάποια σοβαρή ασθένεια. Διαφέρει από την υποχονδρίαση όπου οι ανησυχίες του πάσχοντα αφορούν σε πιθανές αρρώστιες, ενώ στη περίπτωση του παραληρήματος, πρόκειται για απίθανες παθήσεις, για παράδειγμα ότι μούχλα έχει καταλάβει τον εγκέφαλο του ή ότι ποντίκια τρώνε το συκώτι του κομμάτι- κομμάτι.

Τύποι Παραληρήματος

Παραληρήματα μηδενιστικού τύπου

Λανθασμένες πεποιθήσεις ότι ο κόσμος ή το άτομο έχει πάψει να υπάρχει, για παράδειγμα το άτομο πιστεύει ότι ο ίδιος είναι ένα φάντασμα ή ένα πνεύμα από τον άλλο κόσμο που έχει επιστρέψει στη γη.

Τύποι Παραληρήματος

Παραληρήματα μεγαλείου

Λανθασμένες ιδέες ότι το άτομο είναι ένα σπουδαίο και με μεγάλη επιρροή πρόσωπο. Το παραλήρημα μπορεί να διαμορφωθεί σε μια σταθερή παραληρητική ταυτότητα, όπου το άτομο πιστεύει ότι είναι κάποιο γνωστό ιστορικό πρόσωπο, για παράδειγμα ο Μεσσίας ή Μαρία η Μαγδαληνή

Σχιζοφρένεια

Πολλοί σχιζοφρενείς παραπονιούνται ότι οι σκέψεις τους επηρεάζονται από άλλους, διαμαρτυρία που σχετίζεται με παραληρήματα ελέγχου και περιλαμβάνουν:

- Μετάδοση/ανακοίνωση/εκπομπή σκέψεων: παραληρητική ιδέα ότι οι σκέψεις του ατόμου μεταδίδονται στον εξωτερικό κόσμο, έτσι ώστε όλοι να μπορούν να τις ακούσουν.
- Εισαγωγή/τοποθέτηση/παρεμβολή σκέψεων: παραληρητική ιδέα ότι οι άλλοι «παρεμβαίνουν» με σκέψεις, ή «βάζουν» κυριολεκτικά σκέψεις (προπαντός ανήθικες) στο μυαλό του ατόμου.
- Απόσυρση/υποκλοπή/αφαίρεση/υφαρπαγή σκέψεων: παραληρητική ιδέα ότι άλλοι άνθρωποι ή κάποια εξωτερική δύναμη «αφαιρούν» ή «κλέβουν» σκέψεις από το άτομο.

Διαταραχές του ειρμού (πορεία) της σκέψης

- Ανακοπή της σκέψης όπου, ενώ έχουν αρχίσει να μιλάνε για κάποιο θέμα, η σκέψη τους σταματάει και δεν έχουν καμία ανάμνηση για το τι έλεγαν.
- Ένας τρόπος που μπορούν να εξηγήσουν αυτό το βίωμα είναι ως αφαίρεση ή κλοπή των σκέψεων τους.
- Χάλαση των συνειρμών, δηλαδή η μετακίνηση της σκέψης από ένα θέμα σε ένα άλλο, με πλάγιο ή μη σχετιζόμενο τρόπο, με αποτέλεσμα να απομακρύνεται ο ομιλών όλο και περισσότερο από το αρχικό θέμα ομιλίας.
- Μεγάλου βαθμού χάλαση των συνειρμών οδηγεί σε ασυναρτησία και στη συνέχεια η ομιλία είναι εντελώς ακατανόητη φαινόμενο που ονομάζεται γλωσσική σαλάτα.
- Η τάση αυτή χειροτερεύει όταν ο πάσχων μιλάει για θέματα που είναι αρνητικά για τον ίδιο
- Σχετίζεται με προβλήματα της προσοχής και της βραχυπρόθεσμης μνήμης και να αφορά στην δυσκολία του νου να κατανοήσει το σύνολο του πλαισίου της έννοιας και να ξεχωρίζει τους σχετικούς συνειρμούς από τους άσχετους

Διαταραχές του ειρμού (πορεία) της σκέψης

- Νεολογισμοί: αφορούν σε λέξεις που δεν υπάρχουν, δηλαδή ουσιαστικά είναι εφεύρεση του πάσχοντα
- Ορισμένες φορές αποτελούν συμπυκνώσεις λέξεων, όπως για παράδειγμα «κοτοφόρεμα» από τις λέξεις «κότα» και «φόρεμα».
- Ορισμένες φορές είναι εντελώς ακατανόητες, ενώ άλλες είναι πολύ περιγραφικές, παραδείγματος χάριν «θλιμμάνθρωπος» από το «θλιμμένος» και «άνθρωπος» (Tolle & Windgassen, 2005). Οι νεολογισμοί μπορεί επίσης να αποτελούνται από την χρήση μίας κοινής λέξης με έναν εντελώς καινούργιο, μη συνηθισμένο τρόπο, για παράδειγμα «θα αλεξίπτωτο στο σινεμά».
- Μια θεωρία σχετικά με την αιτιολογία των νεολογισμών είναι ότι ο σχιζοφρενής μπορεί να έχει λογική σκέψη αλλά να αδυνατεί να βρει τις σωστές λέξεις για να εκφράσει τις ιδέες του, δηλαδή να ανασύρει κοινώς αποδεκτά λεκτικά σύμβολα.
- Φτώχεια του περιεχομένου (αλογία): ο λόγος του είναι σύντομος, λακωνικός και μεταφέρει λίγες πληροφορίες, ιδέες, και έννοιες. Μπορεί ο πάσχων να χρησιμοποιεί πολλές λέξεις, και σωστή σύνταξη και γραμματική, αλλά παρόλα αυτά η επικοινωνία να είναι πολύ περιορισμένη
- Αλαλία: η πιο ακραία περίπτωση στην οποία ο πάσχων μπορεί να μην μιλάει καθόλου

Ψευδαισθήσεις

- Ορισμένοι ασθενείς συνειδητοποιούν ότι οι ψευδαισθήσεις τους δεν είναι πραγματικές, ενώ άλλοι, πιο διαταραγμένοι, δεν είναι σίγουροι, και στις πιο σοβαρές μορφές της διαταραχής ο πάσχων πιστεύει ότι οι ψευδαισθήσεις είναι αληθινές.
- Μια θεωρία που έχει προταθεί σχετικά με τις ακουστικές ψευδαισθήσεις αφορά στη δυσκολία του πάσχοντα να εστιάσει την προσοχή του επιλεκτικά και να ξεχωρίσει ήχους που προέρχονται από τον ίδιο από ήχους που προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον.
- Έρευνες με τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET Scan) έχουν δείξει ότι η δραστηριότητα του εγκεφάλου των σχιζοφρενών όταν έχουν ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι σαν την δραστηριότητα των φυσιολογικών ανθρώπων όταν μιλάνε και ακούνε την δικιά τους τη φωνή (Woodruff, Wright, Bullmore et.al., 1997).

Συναίσθημα

- Αμβλύ συναίσθημα: πολύ περιορισμένη συναισθηματική έκφραση ή αντίδραση του ατόμου.
- Επίπεδο συναίσθημα: πλήρης έλλειψη του συναισθήματος, όπου ο ασθενής φτάνει μέχρι και στην απάθεια.
- Ανηδονία: σημαντικά μειωμένη ικανότητα του ατόμου να αντλήσει ευχαρίστηση που χαρακτηρίζει την σχιζοφρένεια.
- Απρόσφορο ή ακατάλληλο συναίσθημα: συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου που είναι εντελώς άσχετες ή ακατάλληλες σε σχέση με το ερέθισμα ή το πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται.
- Για παράδειγμα το άτομο γελάει όταν περιγράφει μια επώδυνη ή τραυματική εμπειρία, κλαίει όταν περιγράφει κάτι ευχάριστο ή θυμώνει όταν του δίνεται κάποιο δώρο.

Ψυχοκινητικές διαταραχές

- Κινητικές στερεοτυπίες: άσκοπες, επαναλαμβανόμενες κινήσεις όπως τριβή των χεριών, πλατάγιασμα των χειλιών, μορφασμούς, κούνημα των ποδιών πάνω κάτω και παράξενους μανιερισμούς.
- Κατατονική διέγερση: συνεχή άσκοπη κίνηση, για παράδειγμα ο πάσχων περπατάει ή τρέχει εδώ και εκεί, κάνει κάμψεις των γονάτων, τρίβει τα χέρια του.
- Μπορεί οι πάσχοντες να γίνουν επιθετικοί προς τους άλλους, προς το περιβάλλον ή και τον ίδιο τους τον εαυτό.
- Επίσης, ορισμένοι φτάνουν σε φρενήρη επίπεδα κινητικότητας -πριν την εποχή των ψυχοτρόπων ουσιών, οι ασθενείς μπορούσαν να εξαντληθούν ή και να πεθάνουν, ενώ η μόνη θεραπευτική αντιμετώπιση ήταν μπάνιο σε πάγο.

Κλινική πορεία

Πρόδρομη φάση

- Συνήθως διαρκεί μεταξύ 1-2 χρονιά χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση «περίεργης» συμπεριφοράς, έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου, όπως και από κοινωνική απόσυρση.
- Μέχρι και 85% των ατόμων που αργότερα εκδηλώνουν σχιζοφρένια περνούν από αυτή την φάση.
- Μπορεί να εξελιχθεί σταδιακά με αργό ρυθμό, όπου η λειτουργικότητα του πάσχοντα χειροτερεύει κατά την διάρκεια των χρόνων πριν εμφανιστούν τα πρώτα οξέα συμπτώματα, μπορεί όμως να είναι και ραγδαία, όπου ένας «φυσιολογικός» άνθρωπος, εντός ημερών εκδηλώνει έντονα συμπτώματα.

Κλινική πορεία

Ενεργή/Οξεία φάση

- Κατεξοχήν συμπτώματα της σχιζοφρένειας, όπως ψευδαισθήσεις, παραληρήματα, αποδιοργανωμένη ομιλία, σοβαρή απόσυρση.
- Συχνά παρατηρείται μια απότομη πτώση της γνωστικής λειτουργίας, η οποία σταθεροποιείται μετά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο.

Υπολειμματική φάση

- Ίδια χαρακτηριστικά που έχει και η πρόδρομη.
- Σε αυτή τη φάση ο πάσχων συχνά δυσκολεύεται να ανταποκριθεί σε απαιτήσεις του εργασιακού περιβάλλοντος.
- Ορισμένες φορές μπορεί να «αναρρώσει» ξαφνικά, αλλά συνήθως η πορεία της ανάρρωσης είναι σταδιακή και έχει διαφορετική έκβαση ανάλογα με το άτομο.
- Περίπου 50% των πασχόντων βρίσκονται μεταξύ της υπολειμματικής φάσης και επανάληψης της ενεργού φάσης.

Κλινική πορεία/Πρόγνωση

- Ανάμεσα σε οξεία επεισόδια, πολλοί πάσχοντες έχουν και σημαντικά ελλείμματα στη γνωστική και συναισθηματική τους λειτουργία.
- Συχνά παρατηρείται μια απότομη πτώση της γνωστικής λειτουργίας, η οποία σταθεροποιείται μετά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο.
- Μια δεύτερη πτώση συχνά διαφαίνεται στα 65 (Harvey, 2014).
- Δυσκολεύονται να σκεφτούν με σαφήνεια, ομιλούν με έναν επίπεδο συναισθηματικό τόνο, έχουν δυσκολίες να κατανοούν συναισθηματικές εκφράσεις προσώπων των άλλων, εκδηλώνουν λίγο ή καθόλου συναίσθημα στο πρόσωπό τους

Κλινική πορεία/Πρόγνωση

- Δυσκολεύονται να καταλάβουν όταν κάποιος έχει κάνει μια κοινωνική απρέπεια.
- Αυτές τα ελλείματα δημιουργούν σημαντικές δυσκολίες για τους ασθενείς σχετικά με την ικανότητά τους να ανταποκριθούν στις ευθύνες της καθημερινής ζωής τους, και συνολικά στην επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα τους
- Εντούτοις περίπου 40% των πασχόντων έχουν περιόδους ύφεσης χωρίς συμπτώματα και με την ικανότητα να εργαστούν που διαρκούν για ένα χρόνο ή περισσότερο (Jobe & Harrow, 2010). Η πλήρης ύφεση, χωρίς άλλα επεισόδια, και με την ικανοποιητική λειτουργικότητα στην καθημερινή ζωή εμφανίζεται σε περίπου 20% των πασχόντων
- Η πλειοψηφία των πασχόντων έχουν χρόνια προβλήματα είτε με εξάρσεις και υφέσεις των συμπτωμάτων είτε με χρόνια φθίνουσα πορεία, και έχουν ανάγκη την καθημερινή επίβλεψη και στήριξη άλλων.

Επιδημιολογία

- Εμφανίζεται σε 20 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως, δηλαδή σε από .3%- .7% ΠΟΥ (APA, 2013. GDB 2017).
- Εμφανίζεται σε όλους τους πολιτισμούς και σε όλα τα κοινωνικο-οικονομικά επίπεδα (Kwok, 2014).
- Έρευνες αποδεικνύουν ότι υπάρχουν νευρο-ανατομικές ομοιότητες σε πάσχοντες από διάφορους πολιτισμούς
- Τα συμπτώματα διαφέρουν ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο
- Η πρόγνωση των πασχόντων είναι καλύτερη σε λιγότερο βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες, όπως για παράδειγμα Ινδία, που χαρακτηρίζονται από συλλογικές κοινωνικές αρχές, σε αντίθεση με πιο αναπτυγμένες χώρες που δίνουν έμφαση στην αυτονομία και στον ανταγωνισμό
- Ακόμη, στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με σημαντικά πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα σε πολλά σημεία της Αφρικής, Λατινικής Αμερικής και της Ασίας μπορεί να συμβάλουν στην χειρότερη έκβαση των πασχόντων σε αυτά τα μέρη).
- Προσπάθειες να αυξηθούν οι δυνατότητες φροντίδας για τους σχιζοφρενείς έχουν δείξει κάποια επιτυχία σε χώρες μεσαίου οικονομικού επιπέδου όπως Κίνα και Βραζιλία

Διαφυλικές διαφορές

Εμφάνιση νόσου

- Στους άντρες εμφανίζεται πιο νωρίς, και η επικρατούσα τιμή της ηλικίας έναρξης στους άνδρες είναι μεταξύ 18 και 25 ετών.
- Στις γυναίκες εκδηλώνεται αργότερα, δηλαδή μεταξύ 25 και 35 και υπάρχουν και δυο άλλες κορυφώσεις συχνότητας αργότερα στη ζωή τους, στα 40 και μετά τα 60 χρόνια
- Μετά από τα 35 χρόνια, το ποσοστό ανδρών με την διαταραχή μειώνεται, ενώ στις γυναίκες δεν μειώνεται
- Περίπου 3-10% των γυναικών έχουν ηλικία έναρξης μετά τα 40, φαινόμενο που σπανίζει στους άνδρες • Πορεία νόσου
- Οι άντρες έχουν χειρότερη ανταπόκριση στην φαρμακευτική αγωγή και γενικά χειρότερη πρόγνωση (APA, 2013. Seeman, 2008).
- Σε 20 χρονή μελέτη , 61% των γυναικών είχαν περιόδους ύφεσης σε σύγκριση με 41% των αντρών (Grossman, Harrow, Rosen, Faull, Strauss, 2008).
- Οι γυναίκες νοσηλεύονται λιγότερο συχνά και για μικρότερα διαστήματα και έχουν καλύτερη κοινωνική προσαρμογή, όταν δεν είναι σε οξεία ψυχωτική φάση.
- Οι άντρες πιο συχνά έχουν αρνητικά συμπτώματα, ενώ οι γυναίκες έχουν συναισθηματικά και θετικά συμπτώματα. Ακόμη οι γυναίκες έχουν λιγότερα γνωσιακά ελλείμματα.
- Οι γυναίκες έχουν καλύτερη προνοσηρή προσαρμογή. Είναι πιο πιθανό να έχουν τελειώσει το λύκειο ή ακόμα και τριτοβάθμια εκπαίδευση, να έχουν παντρευτεί, να έχουν αποκτήσει παιδιά καθώς και καλές κοινωνικές δεξιότητες (Seeman, 2008)

Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-5 για τη Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή

Α. Παρουσία δύο (ή περισσότερων) από τα παρακάτω συμπτώματα, το κάθε ένα για σημαντικό χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 1 μηνός (ή λιγότερο εάν αντιμετωπιστεί επιτυχώς). Τουλάχιστον ένα από αυτά πρέπει να είναι το (1), (2) ή (3): 1. Παραληρητικές ιδέες 2. Ψευδαισθήσεις 3. Αποδιοργανωμένη ομιλία (π.χ. συχνός εκτροχιασμός ή ασυναρτησία) 4. Έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά. 5. Αρνητικά συμπτώματα (π.χ., συναισθηματική επιπέδωση ή αβουλησία)

Β. Η διάρκεια ενός επεισοδίου της διαταραχής είναι τουλάχιστον 1 μήνας, αλλά μικρότερη από 6 μήνες. Όταν θα πρέπει να τεθεί η διάγνωση χωρίς να περιμένει κανείς την ανάνηψη, θα πρέπει να χαρακτηριστεί ως «προσωρινή».

Γ. Η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και η Καταθλιπτική ή Διπολική Διαταραχή με Ψυχωτικά Στοιχεία έχουν αποκλειστεί διότι είτε (1) κανένα μείζον καταθλιπτικό ή μανιακό επεισόδιο δεν παρουσιάστηκε ταυτόχρονα με την ενεργό φάση των συμπτωμάτων, ή (2) εάν τα επεισόδια της διάθεσης εμφανίστηκαν κατά την ενεργό φάση των συμπτωμάτων, ήταν παρόντα για μικρό χρονικό διάστημα της συνολικής ενεργού και υπολειμματικής περιόδου της νόσου.

Δ. Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις κάποιας ουσίας (κατάχρηση ουσίας ή φαρμακευτική αγωγή) ή σε άλλη σωματική κατάσταση

Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-5 για τη Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή

- Α. Μια αδιάκοπη περίοδος νόσου στη διάρκεια της οποίας υπάρχει μείζον επεισόδιο της διάθεσης (μείζον καταθλιπτικό ή μανιακό) ταυτόχρονα με το κριτήριο Α της σχιζοφρένειας.
- Β. Παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για 2 τουλάχιστον εβδομάδες απουσία μείζονος επεισοδίου της διάθεσης κατά τη διάρκεια της νόσου.
- Γ. Τα συμπτώματα που πληρούν τα κριτήρια για μείζον επεισόδιο της διάθεσης είναι παρόντα για το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα της συνολικής ενεργού και υπολειμματικής περιόδου της νόσου.
- Δ. Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ., ουσία κατάχρησης, φάρμακα) ή άλλη σωματική κατάσταση.

Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή

- Η διαταραχή είναι 1/3 πιο σπάνια από την σχιζοφρένεια με 3%. (APA 2013).
- Όσον αφορά την σοβαρότητά της διαταραχής θεωρείται ότι κυμαίνεται αναμεσά τις διαταραχές της διάθεσης από την μια πλευρά και την σχιζοφρένεια από την άλλη (Rink et al., 2016).
- Η πορεία της διαταραχής μπορεί να πάρει διάφορες μορφές.
- Μια χαρακτηριστική πορεία είναι η εξής: ο πάσχων εμφανίζει ακουστικές ψευδαισθήσεις και παραληρήματα καταδίωξης για δύο μήνες πριν την έναρξη μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Τα ψυχωτικά συμπτώματα και το καταθλιπτικό επεισόδιο συνεχίζονται για τρεις μήνες. Το άτομο επανέρχεται εντελώς από το καταθλιπτικό επεισόδιο, αλλά τα ψυχωτικά συμπτώματα παραμένουν για άλλο ένα μήνα πριν υποχωρήσουν (APA, 2013).
- Σημειώνονται δύο υποκατηγορίες βάσει της διάθεσης που εμφανίζεται: η διπολικού τύπου υποκατηγορία, αφορά στην εμφάνιση μανιακού ή μεικτού επεισοδίου, ενώ μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί ακόμη να είναι μέρος της κλινικής εικόνας. Η καταθλιπτικού τύπου υποκατηγορία ορίζεται όταν εμφανίζονται μόνο μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια.

Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-5 για την Παραληρητική Διαταραχή

Α. Εμφάνιση μίας (ή περισσότερων) παραληρητικής(-ών) ιδέας(-ών) με διάρκεια 1 μήνα ή περισσότερο.

Β. Ποτέ δεν πληρούνταν το Κριτήριο Α της σχιζοφρένειας.

Γ. Πέρα από τον αντίκτυπο της (των) παραληρητικής(-ών) ιδέας(-ών) και τις συνέπειές της (τους), η λειτουργικότητα δεν είναι έντονα διαταραγμένη και η συμπεριφορά δεν είναι εμφανώς παράδοξη ή αλλόκοτη.

Δ. Εάν εμφανίστηκαν μανιακά ή μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, αυτά είχαν βραχεία διάρκεια σε σχέση με τη διάρκεια των παραληρητικών περιόδων.

Ε. Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας ή άλλης σωματικής κατάστασης και δεν εξηγείται καλύτερα από μία άλλη ψυχική διαταραχή, όπως για παράδειγμα η Σωματοδυσμορφική Διαταραχή ή η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή.

Παραληρητική Διαταραχή

Ερωτομανιακός τύπος:

Αυτός ο υπότυπος ισχύει όταν το κεντρικό θέμα των παραληρητικών ιδεών είναι πως ένα άλλο άτομο είναι ερωτευμένο μαζί του.

Μεγαλειώδης τύπος:

Αυτός ο υπότυπος ισχύει όταν το κεντρικό θέμα των παραληρητικών ιδεών είναι η πεποίθηση ότι το ίδιο το άτομο έχει κάποιο μεγάλο (αλλά μη αναγνωρισμένο) ταλέντο ή διορατικότητα ή έχει προβεί σε μία σημαντική ανακάλυψη (Knowles et al, 2011)

Παραληρητική Διαταραχή

Ζηλοτυπικός τύπος: Αυτός ο υπότυπος ισχύει όταν το κεντρικό θέμα των παραληρητικών ιδεών του ατόμου είναι ότι απατάται από τον (την) ερωτικό(-ή) του σύντροφο.

Διωκτικός τύπος:

Αυτός ο υπότυπος ισχύει όταν το κεντρικό θέμα των παραληρητικών ιδεών περιλαμβάνει την πεποίθηση του ατόμου ότι αυτός ή αυτή εξαπατήθηκε, τον κατασκόπευσαν, τον παρακολούθησαν, συνωμότησαν εναντίον του, δηλητηριάστηκε ή ναρκώθηκε, διασύρθηκε κακόβουλα, παρενοχλήθηκε σεξουαλικά ή παρεμποδίστηκε στην επιδίωξη μακροπρόθεσμων στόχων.

Παραληρητική Διαταραχή

- Η διαταραχή είναι σχετικά σπάνια, και εμφανίζεται σε .2% (επιπολασμός ζωής) ή σε 20-60 άτομα σε 100,000 στο γενικό πληθυσμό (APA, 2013)
- Ο διωκτικός τύπος εμφανίζεται πιο συχνά, και ο ζηλοτυπικός τύπος εμφανίζεται πιο συχνά σε άνδρες, αλλά γενικά δεν υπάρχουν διαφυλικές διαφορές όσον αφορά την συχνότητα της διαταραχής. (APA, 2013)
- Μεταξύ 2%-8% των ατόμων με ψύχωση έχουν παραληρητική διαταραχή (Vahia & Cohen, 2009; Blaney, 2015).
- Η λειτουργικότητα του ατόμου είναι γενικά καλύτερη από ό, τι είναι στην περίπτωση της σχιζοφρένειας. Ενώ η διαταραχή τείνει να είναι σταθερή μέσα στο χρόνο, ένα ποσοστό των πασχόντων στην συνέχεια εκδηλώνει σχιζοφρένεια (APA 2013).
- Δεδομένου ότι ορισμένοι πολιτισμοί έχουν πεποιθήσεις που θεωρούνται παραληρητικές σε άλλους, όπως το κακό μάτι, το πολιτισμικό και θρησκευτικό πλαίσιο του πάσχοντα πρέπει να συνυπολογιστεί στην αξιολόγηση της διαταραχής (APA, 2013).

Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-5 για τη Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή

- Α. Παρουσία ενός (ή περισσότερων) από τα παρακάτω συμπτώματα. Τουλάχιστον ένα από αυτά πρέπει να είναι το (1), (2) ή (3):
 1. Παραληρητικές ιδέες
 2. Ψευδαισθήσεις
 3. Αποδιοργανωμένη ομιλία (π.χ. συχνός εκτροχιασμός ή ασυναρτησία)
 4. Βαριά αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά. Σημείωση: Να μην συμπεριληφθεί ένα σύμπτωμα αν συνιστά πολιτισμικά αποδεκτή αντίδραση.
- Β. Η διάρκεια ενός επεισοδίου της διαταραχής είναι τουλάχιστον 1 ημέρα αλλά λιγότερη από 1 μήνα, με πλήρη επάνοδο στο προνοσηρό επίπεδο λειτουργικότητας.
- Γ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα από τις διαγνώσεις: μείζονα καταθλιπτική ή διπολική διαταραχή με ψυχωτικά γνωρίσματα ή άλλη ψυχωτική διαταραχή, όπως η σχιζοφρένεια ή η κατατονία, και δεν μπορεί να αποδοθεί σε παθοφυσιολογικές επιδράσεις κάποιας ουσίας (κατάχρηση ουσίας ή φαρμακευτική αγωγή) ή σε άλλη ιατρική κατάσταση.

Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-5 για τη Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή

- Οι πάσχοντες χαρακτηριστικά βιώνουν έντονη σύγχυση και αναστάτωση με σύντομες εναλλαγές από ένα έντονο συναίσθημα σε ένα άλλο.
- Το επίπεδο της έκπτωσης μπορεί να είναι αρκετά σοβαρό και να απαιτείται εποπτεία προκειμένου ο πάσχων να έχει επαρκή σωματική φροντίδα και να προστατευτεί από τις συνέπειες της φτώχης του κρίσης, της γνωσιακής δυσλειτουργίας, και του κινδύνου να δράσει βάσει των παραληρημάτων του (APA 2013).
- Η διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί στην εφηβεία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής με μέσο όρο έναρξης την ηλικίας 35.
- Είναι 2 φορές πιο συχνή σε γυναίκες από ό, τι είναι σε άνδρες. Σε ορισμένες περιπτώσεις η διάρκεια είναι περιορισμένη. Διαρκεί δηλαδή για λίγες μέρες μόνο.
- Η διάγνωση ισχύει μόνο εάν ο πάσχων επανέλθει πλήρως μέσα σε 1 μήνα, μη επιστρέφοντας στο προ-νοσηρό επίπεδο λειτουργικότητας.
- Ενώ η διαταραχή χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά υποτροπής για τους περισσότερους πάσχοντες η έκβαση όσον αφορά τα συμπτώματα καθώς και την κοινωνική λειτουργικότητα τους είναι εξαιρετική (APA 2013).

Προγεννητικοί και Περιγεννητικοί Παράγοντες

- Η ηλικία του πατέρα άνω των 50 σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης σχιζοφρένειας του παιδιού στην ενήλικη ζωή (Miller et al, 2011).
- Αιματολογική ασυμβατότητα Rh μεταξύ μητέρας και βρέφους αυξάνουν τις πιθανότητες εγκεφαλικών ανωμαλιών που σχετίζονται με την σχιζοφρένεια (Freedman et al, 2100).
- Μητρικές λοιμώξεις όπως ερυθρά, τοξόπλασμα κατά την διάρκεια της κύησης επίσης αποτελούν παράγοντες επικινδυνότητας (Brown, 2011; Khandaker et al., 2013).
- Υψηλό ποσοστό επιπλοκών κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού χαρακτηρίζουν τα ιστορικά σχιζοφρενών (Jones & Cannon, 1998·Murray, castle, 2012. Schneider & Deldin, 2001).
- Αυτές οι επιπλοκές μπορεί να παρεμποδίσουν την κυκλοφορία και να μειώσουν την διαθεσιμότητα του οξυγόνου στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο του εμβρύου.

Προγεννητικοί και Περιγεννητικοί Παράγοντες

- Επίσης, σοβαροί στρεσογόνοι περιβαλλοντικοί παράγοντες για τη μητέρα κατά την διάρκεια του πρώτου τρίμηνου ή κατά την αρχή του δεύτερου τρίμηνου της κύησης αυξάνουν την πιθανότητά της εκδήλωσης σχιζοφρένειας του παιδιού στην ενήλικη ζωή (King et al, 2010).
- Παραδείγματος χάριν ο πόλεμος ή οι φυσικές καταστροφές κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής ζωής του ατόμου αυξάνουν τις πιθανότητες της εκδήλωσης της σχιζοφρένειας στην ενήλικη ζωή (Kinney 2001).
- Η απώλεια κοντινού συγγενικού προσώπου της μητέρας κατά την διάρκεια του πρώτου τρίμηνου φάνηκε ιδιαίτερα σημαντικό σε μια μελέτη στην Δανία (Kashan et al, 2008).
- Ενδεχομένως, η αύξηση ορμονών που εκκρίνονται στο σώμα της μητέρας ως αντίδραση στο στρες και μεταφέρονται μέσω του πλακούντα στο έμβρυο μπορεί να έχουν δυσμενή επιρροή στο αναπτυσσόμενο εγκέφαλο του εμβρύου.

Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά στην παιδική ηλικία-προάγγελοι της σχιζοφρένειας

- Τραυματικές εμπειρίες κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας: σωματική ή/και σεξουαλική κακοποίηση, θυματοποίηση λόγω bullying τριπλασιάζουν τον κίνδυνο της μεταγενέστερης εκδήλωσης της σχιζοφρένειας (Varese et al, 2012).
- Σημαντικός θεωρείται ο χαμηλότερος δείκτης νοημοσύνης από την αρχή της παιδικής ηλικίας. Μελέτες υποδεικνύουν ότι ο χαμηλότερος δείκτης είναι ανεξάρτητος παράγοντας ευαλωτότητας ενώ ο υψηλότερος δείκτης αποτελεί προστατευτικό παράγοντά (Kendler et al, 2015).
- Νευρο-γνωσιακά ελλείματα, γλωσσικές αλλοιώσεις, ήπιες σωματικές ανωμαλίες, ήπιες κινητικές καθυστερήσεις, προβλήματα κινητικού συντονισμού και κοινωνικές δυσκολίες, σχετίζονται με την διαταραχή (Corigliana et al, 2014)
- Ψυχοπαθολογικές διαταραχές, αδιαφοροποίητες συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία θεωρούνται προάγγελοι (APA 2013)
- Η χρήση της κάνναβης νωρίς στη ζωή σε παιδιά και εφήβους με αυτά τα προβλήματα, αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας ειδικά για άτομα με συγκριμένα γεννητικά χαρακτηριστικά (Harley et al, 2010. Winkler Kuepper, 2014).
- Η χρήση αυξάνει την πιθανότητα της εκδήλωσης της σχιζοφρένειας, ενδεχομένως επειδή ένα από τα συστατικά της κάνναβης (THC) αυξάνει την ντοπαμίνη σε πολλές εγκεφαλικές εστίες
- Εν τούτοις, αυτά τα προβλήματα δεν αφορούν τη σχιζοφρένια μόνο, δηλαδή μπορεί να αποτελούν ενδείξεις άλλων μελλοντικών διαταραχών (Nevid et al, 201). • Ειδικές παραλλαγές του COMT γονιδίου (Caspi et al., 2005) και το γονίδιο AKT1(van Winkel & Kuepper, 2014)

Γενετικοί παράγοντες

- Γενετικοί προάγοντες έχουν σημαντικό ρόλο σχετικά με την σχιζοφρένεια

- Οικογενειακές μελέτες

- Ενώ το ποσοστό σχιζοφρένειας στο γενικό πληθυσμό είναι 1% - 2%, για το παιδί με ένα σχιζοφρενή γονιό είναι 13.8% και με δύο γονείς 36.6%.
- Οι συγγενείς πρώτου βαθμού είναι 10% πιο πιθανό να εμφανίσουν σχιζοφρένεια από ό, τι είναι στο φυσιολογικό πληθυσμό.

-Μελέτες διδύμων

- Έρευνες από τη δεκαετία του 1960 έδειξαν ότι μονοζυγωτικά δίδυμα έχουν 46% πιθανότητες να εκδηλώσουν και τα δύο σχιζοφρένεια εάν έχει το ένα, ενώ το ποσοστό στα διζυγωτικά δίδυμα (που έχουν 50% τα ίδια γονίδια) είναι 14%
- Η βελτίωση των ερευνητικών μεθόδων έχει δείξει ότι τα ποσοστά και για τις δύο ομάδες είναι χαμηλότερα: δηλαδή 3 προς 1 στα μονοζυγωτικά, σε αντίθεση με 5 προς 1 στα διζυγωτικά δίδυμα
- Παιδιά διζυγωτικού διδύμου με σχιζοφρένεια έχουν 17,4% πιθανότητα να εκδηλώσουν τη νόσο και παιδιά διζυγωτικού διδύμου χωρίς σχιζοφρένεια έχουν μόνο 2,1% πιθανότητα να εκδηλώσουν τη νόσο.

Βιοχημικές Έρευνες – Υπόθεση της Ντοπαμίνης

- Μια από τις πιο σημαντικές αλλά αμφιλεγόμενες θεωρίες για την αίτια της σχιζοφρένειας αφορά τον νευροδιαβιβαστή της ντοπαμίνης (Harrison, 2012).
- Σύμφωνα με την αρχική υπόθεση της ντοπαμίνης, τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας μπορεί να προκαλούνται από αύξηση της ντοπαμινεργικής δραστηριότητας στο μεταιχμιακό σύστημα (θετικά συμπτώματα) και μείωση της ντοπαμινεργικής δραστηριότητας στους μετωπιαίους λοβούς (αρνητικά συμπτώματα).
- Οι διαταραχές της ντοπαμινεργικής νευροδιαβίβασης μπορεί να οφείλονται είτε σε ανεπαρκή ή υπέρμετρη έκλυση ντοπαμίνης είτε σε μεταβολή της ευαισθησίας ή του αριθμού των υποδοχέων.
- Το κυριότερο γεγονός που υποστήριζε αυτή τη θεωρία ήταν η αποτελεσματικότητα των αντιψυχωτικών φαρμάκων που είναι ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης, τα οποία δρουν αποτελεσματικά σε ορισμένα σχιζοφρενικά συμπτώματα (όπως διαταραχή σκέψης και απόσυρση), μερικώς στις ψευδαισθήσεις, ενώ δεν έχουν καμία επιρροή σε πιο ήπια συμπτώματα (για παράδειγμα των αγχωδών διαταραχών) (Tamminga, 1997).
- Οι αντιψυχωτικές ουσίες δρουν βιοχημικά, εμποδίζοντας την επανα-πρόσληψη της ντοπαμίνης, μειώνοντας έτσι τα επίπεδά της

Φαρμακευτική παρέμβαση

- Η πρώτη κατηγορία, οι ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης, τα «τυπικά» αντιψυχωτικά, αποτελούν την πρώτη γενιά αντιψυχωτικών και περιλαμβάνουν τις φαινοθειαζίνες χλωροπρομαζίνη (Largactil), θειοριδαζίνη (Melleril), στελαζίνη (Stelazine), τις βουτυροφαινόνες, όπως η αλοπεριδόλη (Aloperidin), και άλλα.
- Η εφεύρεση αυτών των φαρμάκων στη δεκαετία του 1950 είχε τεράστια επίπτωση στη ζωή των ασθενών επιτρέποντας την απελευθέρωση τους από τους ζουρλομανδύες και τα ψυχιατρεία.
- Τα φάρμακα αυτά είναι αποτελεσματικά για 60%-70% των πασχόντων
- Σήμερα οι ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης αποτελούν θεραπεία δεύτερης εκλογής για τη σχιζοφρένεια, εκτός από την αντιμετώπιση οξέων ψυχωτικών επεισοδίων.
- Συχνά χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία πολύ διεγερτικών και βίαιων ασθενών.
- Τα φάρμακα αυτά είναι αποτελεσματικά περισσότερο για τα θετικά συμπτώματα παρά τα αρνητικά συμπτώματα)

Φαρμακευτική παρέμβαση

- Η δεύτερης γενιάς αντιψυχωτικά, ή «άτυπα» αντιψυχωτικά, οι ανταγωνιστές σεροτονίνης-ντοπαμίνης (SDAs), όπως για παράδειγμα η κλοζαπίνη (Leronex) και η ρισπεριδόνη (Risperdal), αρχικά θεωρούνταν πιο αποτελεσματικά από τα αντιψυχωτικά πρώτης γενιάς, ειδικά για τα αρνητικά συμπτώματα.
- Εν καιρώ όμως διαφάνηκε ότι δεν υπάρχει διαφορά όσον αφορά την αποτελεσματικότητά τους (Lieberman & Stroup, 2011; Tandon et al., 2010).
- Τα φάρμακα αυτά ενέχουν λιγότερο κίνδυνο παρενεργειών και προκαλούν σχετικά σπάνια εξωπυραμδικές εκδηλώσεις (Newcome, Haupt, Fucetola et al, 2002).
- Η κλοζαπίνη είναι το πρώτο άτυπο αντιψυχωτικό φάρμακο που ανακαλύφθηκε και παραμένει ένα από τα πιο αποτελεσματικά.
- Αποτελεί «θεραπευτικό καταφύγιο» για τους ασθενείς με βαριά όψιμη δυσκινησία και με ανθεκτικά εξωπυραμδικά συμπτώματα.
- Εντούτοις, επειδή μπορεί να προκαλέσει δυνητικά απειλητικές για τη ζωή ανεπιθύμητες παρενέργειες, όπως η ακοκκιοκυτταραιμία, μια εν δυνάμει θανατηφόρα αιματολογική νόσο, σήμερα θεωρείται κατάλληλο φάρμακο μόνο για ασθενείς με ανθεκτική σχιζοφρένεια σε όλα τα άλλα φάρμακα

Φαρμακευτική παρέμβαση

- Όλα τα αντιψυχωτικά φάρμακα (τυπικά και άτυπα) έχουν διάφορες παρενέργειες (που ονομάζονται εξωπυραμιδικά συμπτώματα) όπως για παράδειγμα την όψιμη δυσκινησία, μια όψιμη ανεπιθύμητη παρενέργεια που εμφανίζεται σε 20-30% των ασθενών.
- Η πάθηση αυτή περιλαμβάνει ανώμαλες, ακούσιες και ακανόνιστες κινήσεις των μυών της κεφαλής, του κορμού και των άκρων.
- Πιο συνηθισμένες είναι οι περιστοματικές κινήσεις που περιλαμβάνουν κινήσεις τινάγματος, συστροφής και πρότασης της γλώσσας, μασητικές κινήσεις, πλάγιες κινήσεις της γνάθου, μορφασμούς και σούφρωμα των χειλιών.
- Επίσης, συχνές είναι οι κινήσεις των δακτύλων και η σύσφιξη του χεριού σε γροθιά. Η βαρύτητα κυμαίνεται από ήπια έως πολύ μεγάλη.
- Σε βαριές περιπτώσεις εμφανίζεται ραιβόκρανο, στροφές του κορμού και κινήσεις της λεκάνης. Η δυσκινησία επιδεινώνεται με το στρες και εξαφανίζεται κατά τη διάρκεια του ύπνου. • Οι ήπιες μορφές υποχωρούν στο 50-90% των περιπτώσεων, σε ηλικιωμένους ασθενείς όμως είναι δύσκολο να υποχωρήσει.

Φαρμακευτική παρέμβαση

- Το μεγαλύτερο πρόβλημα ωστόσο με την φαρμακολογική αγωγή είναι η έλλειψη συμμετοχής και η διακοπή της αγωγής (Lieberman & Stroup, 2011).
- Οι ασθενείς, ειδικά όταν βγαίνουν από το νοσοκομείο, δεν συνεχίζουν την φαρμακευτική τους αγωγή με αποτέλεσμα να υποτροπιάσουν και να νοσηλευτούν εκ νέου, κύκλος που συχνά επαναλαμβάνεται πολλές φορές (Frances Docherty & Hahn, 1996).
- Σημαντικό ποσοστό πασχόντων που θα μπορούσε να επωφεληθεί από αντιψυχωτική αγωγή τα θεωρεί ακατάλληλα, γεγονός που εξηγεί το υψηλό ποσοστό άρνησης και έλλειψη συμμόρφωσης (Sendt, Tracy, & Bhattacharyya, 2015)
- Διάφοροι παράγοντες συνεισφέρουν σε αυτή την στάση συμπεριλαμβανομένης της αρνητικής σχέσης πάσχονταγιατρού, των αρνητικών παρενεργειών των φαρμάκων, του οικονομικού κόστους της αγωγής το στίγμα και της έλλειψης κοινωνικής στήριξης του πάσχον (Haddad, Brain, & Scott, 2014).
- Για αυτούς τους λόγους, μεγάλη έμφαση δίνεται τελευταία στο εξωτερικό σε προγράμματα πρόληψης, που με την πρώιμη χρήση φαρμακευτικής αγωγής στοχεύουν στην πρόληψη της υποτροπής, ακόμα και στην πρόληψη του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου.

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση

- Το ψυχαναλυτικό έργο χαρακτηρίζεται από πλούσια παράδοση όσον αφορά στη διερεύνηση της αιτιολογίας και παρέμβασης στις ψυχώσεις από την εποχή του Freud και έπειτα.
- Οι διάφορες ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις από την εποχή του Freud και μετά, ενώ διαφέρουν σε πολλά σημεία, συγκλίνουν όσον αφορά στην έμφαση που δίνουν στην αποτυχία της πρώιμης ψυχολογικής ανάπτυξης με αφετηρία την σχέση μητέρας-βρέφους, ως βασική αιτιολογία σχετικά με την προδιάθεση προς την εκδήλωση σχιζοφρένειας αργότερα (Jackson, 2001).
- Η Melanie Klein (1946) υποστηρίζει ότι η καθήλωση οφείλεται στην αποτυχία του βρέφους να ξεπεράσει επαρκώς το στάδιο της παρανοειδούς-σχιζοειδούς θέσης στους πρώτους μήνες ζωής.
- Εάν, λόγω ιδιοσυγκρασίας ή υπερβολικών ματαιώσεων, το παιδί διακρίνεται από υπερβολικά έντονες επιθετικές ενορμήσεις, αυτή η υπέρμετρη επιθετικότητα οδηγεί στη διατήρηση καταδιωκτικών αγχών και πρωτόγονων μηχανισμών άμυνας.
- Η επιθετικότητα απειλεί όλα τα καλά αντικείμενα, ενώ το βρέφος αδυνατεί να βρει υποκατάστατο αντικείμενο των προβολών του.
- Το Εγώ αποσύρει την επιθετικότητα του από τα αντικείμενα του εξωτερικού κόσμου και την κατευθύνει εναντίον του εαυτού του..

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση

- Η εξέλιξη του ψυχαναλυτικού έργου έχει εστιάσει σε ορισμένες διαστάσεις των ψυχώσεων (Kuchenhoff, 2018).
- Ο Kernberg (2018), αναφερόμενος στην ψυχωτική δομή προσωπικότητάς απαρτιώνει σύγχρονά νευρο-επιστημονικά ευρήματα με κλασσικές ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις στην ψύχωση.
- Περιγράφει την κλινική του συνεργασία με ψυχωτικούς ασθενείς σε διάφορες μορφές περιλαμβανόμενοι την υποστηρικτική ψυχαναλυτική θεραπεία, την θεραπεία βασιζόμενη στην προσέγγιση του Searles, καθώς και συνεργασία που οδηγεί στην έναρξη μιας ψυχανάλυσης καθαυτής.
- Ο Kernberg εξηγεί ότι τα ψυχωτικά συμπτώματα αποτελούν άμυνα ενάντιων του άγχους και του κατακερματισμού.

Η οικογενειακή προσέγγιση

- Βασική αρχή της οικογενειακής προσέγγισης αφορά στην σημαντική συμβολή της οικογένειας, τόσο στη δημιουργία όσο και την διατήρηση της σχιζοφρένειας σε κάποιο μέλος της.
- Ο Bateson (1956) ανέπτυξε τη θεωρία της διπλής δέσμευσης (double bind theory), κατά την οποία ο γονιός, συνήθως η μητέρα, δίνει ασύμβατα και ασυνεπή μηνύματα στο παιδί, ενώ ταυτόχρονα του απαγορεύει να επισημάνει αυτή την αντίφαση.
- Συνήθως τα μηνύματα προσκαλούν το παιδί να έρθει πιο κοντά συναισθηματικά στο γονιό και ταυτόχρονα το απορρίπτουν.

Η οικογενειακή προσέγγιση

- Ενώ αυτές οι οικογενειακές θεωρίες ήταν δύσκολο να ερευνηθούν εμπειρικά, οδήγησαν σε σειρά μελετών σχετικά με τα δυναμικά και την επικοινωνία σε οικογένειες σχιζοφρενών.
- Αυτές οι μελέτες υποδεικνύουν αύξηση της ψυχωτικής σκέψης του ασθενούς σε οικογενειακές ανταλλαγές που περιλαμβάνουν πολλή κριτική προς αυτόν (Rosenfarb, Nuechterlein, & Goldstein, 2000).
- Επίσης, η έννοια του «εκφρασμένου συναισθήματος» (expressed emotion) έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης.
- Η έννοια αυτή αφορά στον βαθμό της κριτικής και στο επίπεδο της συναισθηματικής υπερ-εμπλοκής που χαρακτηρίζει την επικοινωνία των μελών της οικογένειας.
- Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι οι οικογένειες των σχιζοφρενών χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό εκφρασμένου συναισθήματος, ενώ άλλες δεν έχουν επιβεβαιώσει αυτό το εύρημα (Parker, Johnston & Hayword, 1988· Wuerker, Haas, & Bellack, 2001).

Η οικογενειακή προσέγγιση

- Ωστόσο, όλες οι μελέτες επιβεβαιώνουν τη συσχέτιση του επιπέδου του εκφρασμένου συναισθήματος με την υποτροπή του ασθενή.
- Πιο συγκεκριμένα ασθενείς που επιστρέφουν κατόπιν νοσηλείας σε οικογένειες που χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό εκφρασμένου συναισθήματος είναι τρεις με τέσσερις φορές πιο πιθανό να νοσηλευτούν εκ νέου σε σύγκριση με ασθενείς που επιστρέφουν σε οικογένειες που χαρακτηρίζονται από χαμηλό βαθμό εκφρασμένου συναισθήματος.
- Πρόσφατες έρευνες αποδεικνύουν ότι έκθεση σε εκφάνσεις του εκφρασμένου συναισθήματος οδηγεί σε διαφορετική εγκεφαλική δραστηριότητα σε άτομα σε υψηλό κίνδυνο για την διαταραχή σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό

Η οικογενειακή προσέγγιση

- Πιο πρόσφατα, η οικογενειακή θεραπεία στοχεύει στην υποστήριξη της οικογένειας η οποία με τη σειρά της υποφέρει, λόγω της διαταραχής του πάσχοντος μέλους.
- Ακόμη, οι οικογένειες μπορεί να επωφεληθούν από ομάδες οικογενειακής υποστήριξης και ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα για παροχή βοήθειας, ενθάρρυνσης ή συμβουλών.
- Τα προγράμματα αυτά αποτελούνται από πολλαπλές οικογένειες που μοιράζονται εμπειρίες, σκέψεις και συναισθήματα, προσφέρουν αμοιβαία στήριξη και μαθαίνουν μαζί για το σύνδρομο της σχιζοφρένειας (Browne et al, 2020. Herz et al., 2000· Zang, 2001).

Η οικογενειακή προσέγγιση

- Οι παρεμβάσεις στις οικογένειες των σχιζοφρενών έχουν εφαρμοστεί με θετικά αποτελέσματα.
- Μια πρόσφατη ανασκόπηση 18 μελετών έχει δείξει ότι η εφαρμογή της οικογενειακής θεραπείας σε σύγκριση με την συνηθισμένη ψυχιατρική αντιμετώπιση, οδήγησε σε σημαντική μείωση των συμπτωμάτων και της υποτροπής, καθώς και βελτίωση στην κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα (Bird et al, 2010. Huxley, Rendall, & Sederer, 2000).
- Η οικογενειακή θεραπεία φαίνεται να είναι ακόμη πιο αποτελεσματική σε μη ανεπτυγμένες χώρες από ότι είναι στις ανεπτυγμένες χώρες της Δύσης (Lauriello, Bustillo, & Keith, 1999).
- Η εντατική οικογενειακή θεραπεία που στοχεύει στην λύση προβλημάτων και εφαρμόζεται σε ομάδες οικογενειών, παρά σε συγκεκριμένες οικογένειες, φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική (McFarlane, Lukens, Link, et al., 1995).

Η συμπεριφορική προσέγγιση

- Η επικρατούσα συμπεριφοριστική άποψη σήμερα είναι ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε βιολογικές αιτίες, αλλά ότι η αποκλίνουσα συμπεριφορά που εκδηλώνεται αρχικά ενισχύεται από το περιβάλλον.
- Η παρέμβαση στοχεύει στην εκ νέου μάθηση της «φυσιολογικής συμπεριφοράς».
- Χρήση της άμεσης ενίσχυσης που βασίζεται στις αρχές της συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης
- Παραδείγματος χάριν, η εκδήλωση επιθετικής ή απρόσφορης συμπεριφοράς (δημόσια ούρηση, αφόδευση) αντιμετωπίζεται με την ελάχιστη προσοχή (αρνητική ενίσχυση) και με την αφαίρεση δικαιωμάτων όπως να πάει περίπατο (τιμωρία).
- Η μέθοδος αυτή έχει φανεί αποτελεσματική σχετικά με τους στόχους της, τουλάχιστον όσο ο ασθενής συμμετέχει στο πρόγραμμα παρέμβασης, αλλά έχουν εκφραστεί σοβαροί δεοντολογικοί και νομικοί ενδοιασμοί.
- Η μέθοδος συμβολικής αμοιβής (token economy) αποτελεί μια προέκταση αυτής της μεθόδου.
- Χρησιμοποιείται σε πολλά ιδρύματα, όπου οι ασθενείς παίρνουν κάποια συμβολική αμοιβή όταν κάνουν διάφορα συγκεκριμένα πράγματα, που θεωρούνται θετικά, για παράδειγμα καθαρίζουν το δωμάτιό τους, είναι οι ίδιοι καθαροί, συμμετέχουν σε επαγγελματικές δραστηριότητες.

Η γνωσιακή προσέγγιση

- Η γνωσιακή προσέγγιση ισχυρίζεται ότι βιολογικά αίτια δημιουργούν ένα βασικό ψυχολογικό πρόβλημα, το έλλειμμα της προσοχής.
- Το σύστημα επεξεργασίας των πληροφοριών κατακλύζεται από ερεθίσματα και το νευρικό σύστημα είναι σε υπερδιέγερση με αποτέλεσμα τη σύγχυση και αποδιοργάνωση που χαρακτηρίζει τους σχιζοφρενείς.
- Οι σχιζοφρενείς που έχουν προεξάρχοντα αρνητικά συμπτώματα δεν εκδηλώνουν μια φυσιολογική ανταπόκριση προσανατολισμού, δηλαδή σωματικές αλλαγές που σχετίζονται με αυξημένη προσοχή σε καινούργια ερεθίσματα.
- Η γνωσιακή παρέμβαση επικεντρώνεται στην διαδικασία και στο περιεχόμενο της σκέψης.
- Παρεμβάσεις που εστιάζουν στη διαδικασία, περιλαμβάνουν την γνωσιακή αποκατάσταση (cognitive remediation) χρησιμοποιώντας τεχνικές που εφαρμόζονται στη μνήμη, την προσοχή, καθώς και τις εκτελεστικές λειτουργίες με στόχο την βελτίωση της γνωσιακής λειτουργίας.
- Ο πάσχων μαθαίνει αντισταθμιστικές στρατηγικές συμμετέχει σε ασκήσεις, καθώς και σε ομαδικές συζητήσεις.
- Οι μέθοδοι αυτοί έχουν θετικά αποτελέσματα σχετικά με την γνωσιακή και κοινωνική λειτουργία του πάσχον όπως για παράδειγμα με την επαγγελματική δραστηριότητα και την ικανότητα για επίλυση διαπροσωπικών προβλημάτων.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

