

Σχιζοφρένεια¹

Ευγενία Γεωργάκα

Η ‘σχιζοφρένεια’ είναι ίσως η πιο πολυσυζητημένη διαγνωστική κατηγορία μεταξύ των λεγόμενων ψυχικών διαταραχών. Ως το σήμα κατατεθέν της ψυχιατρικής διάγνωσης υποστηρίχθηκε σθεναρά από την κλασική ψυχιατρική και αμφισβητήθηκε εξίσου σθεναρά από διάφορες κριτικές προσεγγίσεις. Παρά τις εκτεταμένες έρευνες που έχουν γίνει κατά τον τελευταίο αιώνα και τις έντονες κλινικές και θεωρητικές διαμάχες, η ‘σχιζοφρένεια’ παραμένει μυστήριο και δεν έχει επιτευχθεί συμφωνία αναφορικά με την αιτιολογία, την κλινική εικόνα, την πορεία και την πρόγνωση της.

Ορισμός και χαρακτηριστικά

Με ψυχιατρικούς όρους, η ‘σχιζοφρένεια’ ανήκει στην κατηγορία των διαταραχών που αποκαλούνται ‘ψυχώσεις’, στην οποία ανήκουν επίσης η ‘παραληρητική διαταραχή’ ή ‘παράνοια’, που χαρακτηρίζεται από παράλογες και μη-ρεαλιστικές πεποιθήσεις του ατόμου ότι καταδιώκεται από άλλους, η ‘διπολική διαταραχή’ ή ‘μανιοκαταθλιπτική διαταραχή’, που χαρακτηρίζεται από ακραίες εναλλαγές της διάθεσης, και τέλος σοβαρές καταθλιπτικές καταστάσεις, που συχνά αποκαλούνται ‘ψυχωτική κατάθλιψη’. Θεωρείται ότι τα άτομα με διάγνωση σχιζοφρένειας χαρακτηρίζονται από εκτεταμένη γνωστική, συναισθηματική και συμπεριφορική αποδιοργάνωση και από απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα, τουλάχιστον κατά τις περιόδους κρίσης. Τα κύρια συμπτώματα, σύμφωνα με την ψυχιατρική ταξινόμηση, είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις (το να ακούει κανείς φωνές χωρίς τα άτομα που μιλούν να είναι παρόντα), παραληρητικές ιδέες (παράλογες και μη-ρεαλιστικές πεποιθήσεις) και διαταραχή της σκέψης (αποδιοργανωμένος και ασυνάρτητος λόγος), και τα τρία από τα οποία επονομάζονται ‘θετικά συμπτώματα’. Στα αποκαλούμενα ‘αρνητικά συμπτώματα’, τα οποία χαρακτηρίζονται από απώλεια ή έλλειψη κανονικής λειτουργικότητας, περιλαμβάνονται η ανηδονία (ανικανότητα βίωσης ευχαρίστησης), η αβουλησία (έλλειψη ενέργειας και ενδιαφέροντος για καθημερινές δραστηριότητες), η αλογία (μειωμένη ποσότητα και

1 Το κείμενο αυτό αποτελεί συντομευμένη επεξεργασμένη εκδοχή του λήμματος με τίτλο «Σχιζοφρένεια» στη Διεθνή Εγκυκλοπαίδεια Κριτικής Ψυχολογίας. Η πλήρης παραπομπή είναι Georgaca, E. (2014). Schizophrenia. Entry in the *International Encyclopaedia of Critical Psychology*. Springer.

περιεκτικότητα ομιλίας), η έλλειψη κοινωνικότητας (διαταραχή των κοινωνικών σχέσεων) και το επίπεδο συναίσθημα (μειωμένη συναισθηματική αντίδραση). Υπάρχουν επίσης και τα ‘συμπτώματα αποδιοργάνωσης’, όπως η αποδιοργανωμένη ομιλία και η αλλόκοτη συμπεριφορά, και τέλος άλλα συμπτώματα, όπως κινητικές διαταραχές, που αποκαλούνται ‘κατατονία’, και το ακατάλληλο συναίσθημα.

Περίπου 1% του πληθυσμού λαμβάνει διάγνωση σχιζοφρένειας. Οι εμπειρίες που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια συνήθως ξεκινούν στην αρχή της ενήλικης ζωής. Η πορεία των εμπειριών αυτών διαφέρει από άτομο σε άτομο. Περίπου ένα τρίτο των ατόμων αναρρώνει πλήρως, ένα τρίτο βιώνει αυξανόμενη επιδείνωση και χρονιοποίηση, και ένα τρίτο ζει μια φυσιολογική ζωή με περιόδους κρίσης. Η σχιζοφρένεια θεωρείται μία σοβαρή διαταραχή, και τα άτομα με διάγνωση σχιζοφρένειας τείνουν επίσης να βιώνουν χρόνια αναπηρία, χαμηλή ποιότητα ζωής, ανεργία, στίγμα και μειωμένο προσδόκιμο ζωής. Από πολλές απόψεις, η διαγνωστική κατηγορία της σχιζοφρένειας βρίσκεται πολύ κοντά στην κοινότυπη έννοια της τρέλας, με τους συνειρμούς του παραλογισμού, του απρόβλεπτου, της επικινδυνότητας και του ανίατου που συνδέονται με αυτή την έννοια, και οι άνθρωποι που υπάγονται σ’ αυτή την κατηγορία αντιμετωπίζουν τις συνέπειες.

Ιστορία της ‘σχιζοφρένειας’

Η διαταραχή της ‘σχιζοφρένειας’ περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1898 από το Γερμανό ψυχίατρο Emil Kraepelin, ο οποίος την ονόμασε ‘πρώιμη άνοια’, καθώς θεωρούσε ότι χαρακτηριστικό της στοιχείο είναι η πρώιμη έναρξη και η επιδεινούμενη πορεία. Το 1911 μετονομάστηκε σε ‘σχιζοφρένεια’ από τον Ελβετό ψυχίατρο Eugene Bleuler, ο οποίος υποστήριξε ότι κεντρικό χαρακτηριστικό της ήταν η διχοτόμηση των ψυχικών διεργασιών. Η περιγραφή της ‘σχιζοφρένειας’ δεν έχει αλλάξει πολύ από τότε. Οι πρώτες εκδόσεις του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών, που εκδίδεται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, παρείχαν μία περιγραφική κλινική εικόνα, επηρεασμένη από το ψυχοκοινωνικό μοντέλο κατανόησης των ψυχικών διαταραχών που ήταν κυρίαρχο στο πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα. Αυτή η περιγραφή αντικαταστάθηκε το 1980, από την 3^η έκδοση και μετά, με έναν υποτιθέμενα μη-θεωρητικό κατάλογο συμπτωμάτων και ακριβείς διαγνωστικές οδηγίες, ακολουθώντας τη βιολογική στροφή στην ψυχιατρική κατά το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα, που συνεχίζεται έως σήμερα. Παρόμοια είναι και η πορεία της διαγνωστικής κατηγορίας της

‘σχιζοφρένειας’ στις αλληπάλλληλες εκδόσεις της Διεθνούς Ταξινόμησης των Ασθενειών, που εκδίδεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Η αυξανόμενη αμφισβήτηση της έννοιας της σχιζοφρένειας, προερχόμενη από ποικίλες θεωρητικές προσεγγίσεις, οδήγησε την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία τα τελευταία χρόνια να εγείρει επίσημα το ερώτημα της ‘αποδόμησης της ψύχωσης’, με εκφρασμένο στόχο να αναθεωρηθεί η συγκεκριμένη κατηγορία. Αυτή η διαδικασία συνεχίζεται ως σήμερα, αν και δε φαίνεται πιθανό να πάρει μία ριζοσπαστική χροιά.

Η ταξινόμηση, διάγνωση, αιτιολογία και θεραπεία της σχιζοφρένειας βρίσκονται στο επίκεντρο της ψυχιατρικής έρευνας και κλινικής πρακτικής από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα. Από την αρχή η σχιζοφρένεια θεωρήθηκε μία κληρονομούμενη εγκεφαλική διαταραχή, σε συμφωνία με τον βιολογικό προσανατολισμό της ψυχιατρικής, η οποία προσέβλεπε στην αναγνώρισή της ως ιατρική ειδικότητα. Έντονη ερευνητική προσπάθεια έχει επικεντρωθεί στον εντοπισμό των αιτιών της σχιζοφρένειας στη δομή και λειτουργία του εγκεφάλου και πιο πρόσφατα στον προσδιορισμό των γενετικών της σημείων. Αυτός ο προσανατολισμός αντανακλάται και στις θεραπείες που προσφέρονται σε ανθρώπους που βιώνουν αυτή τη μορφή του ψυχικού πόνου. Οι άνθρωποι με διάγνωση σχιζοφρένειας εγκλείονταν σε άσυλα ως τα μέσα του 20^{ου} αιώνα, και υπόκεινταν σε σωματικές παρεμβάσεις, οι οποίες αρχικά χαιρετίζονταν ως θαυματουργές θεραπείες και στη συνέχεια αναγνωρίζονταν ως στην καλύτερη περίπτωση αμφισβητούμενες και στη χειρότερη καταστροφικές για τα άτομα που υπόκεινταν σε αυτές. Η ανακάλυψη των νευροληπτικών φαρμάκων στη δεκαετία του 1950, τα οποία φαίνονταν αποτελεσματικά στην εξουδετέρωση ή τον έλεγχο των εμπειριών που θεωρούνταν συμπτώματα της σχιζοφρένειας μέσω της παρέμβασής τους στη νευροχημεία του εγκεφάλου, θεωρήθηκε κρίσιμη καμπή στην ιστορία της σχιζοφρένειας. Η ταχύτατη εξάπλωση της χρήσης των νευροληπτικών φαρμάκων συνέπεσε με τη διεργασία της αποιδρυματοποίησης, δηλαδή το κλείσιμο των ασύλων και την ίδρυση κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, και η σχέση ανάμεσα στα δύο είναι αντικείμενο διαμάχης. Σήμερα, η φαρμακοθεραπεία είναι η κύρια και συχνά η μόνη θεραπεία που παρέχεται σε άτομα με διάγνωση σχιζοφρένειας.

Διαμάχες σχετικά με τη ‘σχιζοφρένεια’

Το ιατρικό μοντέλο της σχιζοφρένειας, σύμφωνα με το οποίο **η σχιζοφρένεια είναι σύνδρομο διακριτό από άλλες διαταραχές και από την ψυχική υγεία**, έχει αμφισβητηθεί από πολλές απόψεις. Καταρχάς, η ίδια η έννοια της συννοσηρότητας, της συνύπαρξης δηλαδή περισσότερων

από μίας διαταραχών στο ίδιο άτομο, πιστοποιεί το γεγονός ότι οι άνθρωποι συχνά έχουν εμπειρίες που μπορούν να ταξινομηθούν ως συμπτώματα διαφορετικών διαταραχών. Επίσης η συννοσηρότητα φαίνεται να είναι συχνή τόσο σε ανθρώπους που έχουν διαγνωστεί με ψυχικές διαταραχές όσο και στο γενικό πληθυσμό. Δεύτερον, η υπόθεση ότι η σχιζοφρένεια είναι διακριτή από τις θεωρούμενες φυσιολογικές ψυχικές καταστάσεις έχει απορριφθεί από μελέτες που έχουν καταδείξει την παρουσία στο γενικό πληθυσμό πιο ήπιων μορφών εμπειριών και χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που προσομοιάζουν στη σχιζοφρένεια. Αυτό το εύρημα έχει οδηγήσει στη διατύπωση της γενικά αποδεκτής σήμερα θεωρίας της συνέχειας της ψύχωσης, σύμφωνα με την οποία υπάρχει συνέχεια στο γενικό πληθυσμό ανάμεσα σε ήπια 'σχιζότυπα' χαρακτηριστικά και εμπειρίες και στις καθεαυτό ψυχωτικές εμπειρίες, κάτι που υποδεικνύει ότι οι άνθρωποι περνούν από τη μία κατάσταση στην άλλη ως αποτέλεσμα περιβαλλοντικών συνθηκών και εμπειριών ζωής.

Μία παράλληλη διαμάχη αφορά την **αιτιολογία της σχιζοφρένειας**. Σύμφωνα με την κυρίαρχη ψυχιατρική άποψη, η σχιζοφρένεια είναι μία γενετικά και βιολογικά καθορισμένη πάθηση. Ψυχολογικοί, διαπροσωπικοί και κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν άτομα που είναι επιρρεπή στη σχιζοφρένεια μόνο ως μηχανισμοί πυροδότησης της πάθησης ή ως παράγοντες που επιδρούν στο περιεχόμενο των συμπτωμάτων και την πορεία της διαταραχής. Αυτή η άποψη έχει αμφισβητηθεί από πολυάριθμες επιδημιολογικές μελέτες, που έχουν καταδείξει το ρόλο των περιβαλλοντικών παραγόντων – όπως προγεννητικών και περιγεννητικών τραυματισμών, πρώιμου τραύματος και κακοποίησης, διαμονής σε αστικές περιοχές, μετανάστευσης, μειονοτικής θέσης και δυσμενών ψυχοκοινωνικών συνθηκών – στη συχνότητα, εμφάνιση και πορεία των εμπειριών που σχετίζονται με την κατηγορία της σχιζοφρένειας. Αυτές οι αναμφισβήτητες αποδείξεις σχετικά με το ρόλο περιβαλλοντικών παραγόντων έχουν προκαλέσει μία στροφή προς περισσότερο σύνθετες θεωρίες για την αιτιολογία της σχιζοφρένειας. Σύμφωνα με αυτές, ο συνδυασμός γενετικής προδιάθεσης και πρώιμων εμπειριών τραυματισμού προκαλούν νευροεξελικτικές βλάβες, κυρίως ευαλωτότητα στην απορρύθμιση της ντοπαμίνης. Αυτή η ευαλωτότητα, με τη σειρά της, σε συνθήκες δυσμενών ψυχοκοινωνικών συνθηκών, μπορεί να οδηγήσει σε παράξενες αντιληπτικές εμπειρίες, οι οποίες, εάν ερμηνευτούν από το άτομο με συγκεκριμένους τρόπους, μπορούν να κλιμακωθούν στις εμπειρίες που θεωρούνται συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Σε αυτή την προσέγγιση η σχιζοφρένεια προκαλείται από ένα συνδυασμό γενετικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων, και η απορρύθμιση της

νοτοπαμίνης, που παλαιότερα θεωρούνταν η αιτία της σχιζοφρένειας, δεν αποτελεί παρά έναν κρίκο στην αιτιακή αλυσίδα που οδηγεί στη εκδήλωση της ψύχωσης.

Άλλες προσεγγίσεις έχουν **απορρίψει τελείως τη σχιζοφρένεια**, ως έννοια που περιγράφει και συμβάλει στην κατανόηση και αντιμετώπιση των οδυνηρών ψυχικών εμπειριών. Ιστορικές μελέτες έδειξαν ότι η κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας, όπως περιγράφεται στα πρώτα συστήματα ταξινόμησης, δεν αντιστοιχεί στη σημερινή εικόνα, κάτι που υποδεικνύει ότι πρόκειται για διαφορετικές διαταραχές. Έχει επίσης υποστηριχθεί ότι η αρχική διατύπωση της έννοιας της σχιζοφρένειας δεν ακολούθησε επιστημονικούς κανόνες, δε στηρίχθηκε σε επαρκή στοιχεία και πιθανά βασίστηκε σε διαφορετικούς κλινικούς πληθυσμούς. Η εξέταση της έννοιας της σχιζοφρένειας ως συνδρόμου καταδεικνύει ότι η έννοια δεν πληροί κανένα από τα κριτήρια επάρκειας για ψυχιατρικά σύνδρομα και ότι δεν έχει αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η κατάδειξη ότι η σχιζοφρένεια δεν στέκει ως κλινική κατηγορία ούτε ιστορικά ούτε επιστημονικά εγείρει το ερώτημα πώς και γιατί η έννοια παραμένει ο πυρήνας της ψυχοπαθολογίας. Οι απαντήσεις διάφορων σχολιαστών εμπλέκουν την κοινωνική διαχείριση του ψυχικού πόνου, την επαγγελματική θέση της ψυχιατρικής ως ιατρικής ειδικότητας και τα συμφέροντα της φαρμακευτικής βιομηχανίας.

Η απόρριψη της έννοιας της σχιζοφρένειας έχει οδηγήσει σε μία **εναλλακτική προσέγγιση, βασισμένη στα συμπτώματα**, που εξετάζει συγκεκριμένα φαινόμενα, τα οποία παραδοσιακά θεωρούνται συμπτώματα της σχιζοφρένειας, εντός ενός μοντέλου συνέχειας και χρησιμοποιώντας τη γνώση που έχουμε για τις ‘φυσιολογικές’ ψυχικές λειτουργίες. Κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχει αναπτυχθεί ένα αυξανόμενο ρεύμα κατανόησης της εμπειρίας ακρόασης φωνών και των παραληρητικών ιδεών και ανάπτυξης τρόπων αντιμετώπισης των εμπειριών αυτών που στοχεύουν να βοηθήσουν τους ανθρώπους να τις διαχειριστούν πιο αποτελεσματικά.

Ιστορικά, η πρώτη συστηματική απόρριψη της έννοιας της σχιζοφρένειας ήταν η **αντι-ψυχιατρική** στη δεκαετία του 1970. Η αντι-ψυχιατρική κατήγγειλε το βιολογικό μοντέλο της σχιζοφρένειας και τις πρακτικές που απορρέουν από αυτό, αλλά οι εναλλακτικές που κατέληξε να προτείνει αφορούσαν την ατομική ελευθερία, την προσωπική ανάπτυξη και την πνευματική ολοκλήρωση. Παρότι κρίσιμη για την εποχή της, η αντι-ψυχιατρική δεν είχε μεγάλο αντίκτυπο στη διαχείριση του ψυχικού πόνου και γρήγορα έχασε την απήχυσή της. Η **κριτική ψυχιατρική** είναι ένα σύγχρονο ρεύμα, που κληρονόμησε τη ριζοσπαστική στάση της αντι-ψυχιατρικής, την

οποία συνδύασε με μία κριτική εξέταση της ψυχιατρικής γνώσης και πρακτικής όπως επίσης και των επιπτώσεών τους στους χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η κριτική ψυχιατρική τονίζει τον πολιτικό χαρακτήρα της ψυχιατρικής πρακτικής και, μαζί με την **μετα-ψυχιατρική**, μία άλλη σύγχρονη κριτική προσέγγιση, εστιάζει στο ρόλο που παίζει το περιβάλλον στον ψυχικό πόνο και δίνει προτεραιότητα στην ηθική και σχεσιακή διάσταση της επαγγελματικής γνώσης και πρακτικής. Αυτές οι προσεγγίσεις συμβαδίζουν με το αυξανόμενο **κίνημα των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας**, το οποίο έχει επίσης ασκήσει ριζοσπαστική κριτική στην έννοια της σχιζοφρένειας και τις επαγγελματικές πρακτικές που την υποστηρίζουν. Το κίνημα των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχει επίσης αναπτύξει εναλλακτικούς τρόπους κατανόησης και αντιμετώπισης του ψυχικού πόνου, κυρίως μέσω της αυτενέργειας και της αυτοβοήθειας.

Τρόποι αντιμετώπισης της ‘σχιζοφρένειας’

Σήμερα το ιατρικό μοντέλο της σχιζοφρένειας εξακολουθεί να είναι κυρίαρχο, και συνεπώς η **φαρμακοθεραπεία**, κατά κύριο λόγο με νευροληπτικά φάρμακα, είναι η κύρια, και πολύ συχνά η μόνη, θεραπεία που προσφέρεται σε άτομα με διάγνωση σχιζοφρένειας. Ωστόσο, η κριτική του βιολογικού μοντέλου της σχιζοφρένειας έδωσε το έναυσμα για την εμφάνιση μη-βιολογικών θεραπειών, οι οποίες, αν και ακόμη στο περιθώριο, γνωρίζουν άνθηση τις τελευταίες δεκαετίες.

Κατά το πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα, η μοναδική μη-βιολογική θεραπεία της σχιζοφρένειας ήταν η **ψυχανάλυση**. Ωστόσο, η ψυχαναλυτική θεραπεία δεν ήταν δυνατόν να εφαρμοστεί ευρέως στα άσυλα και περιοριζόταν σε λίγες ιδιωτικές κλινικές. Στο δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα αναπτύχθηκαν διάφορες προσεγγίσεις, κυρίως εξαιτίας της ενασχόλησης του νέου κλάδου της κλινικής ψυχολογίας με τις σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Η εφαρμογή ανθρωπιστικών και υπαρξιστικών ιδεών στην κατανόηση των εμπειριών που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια οδήγησε στη δημιουργία **θεραπευτικών κοινοτήτων** για ανθρώπους σε κρίση. Η διερεύνηση του ρόλου της οικογένειας στην αιτιολογία και την πορεία των εμπειριών που διαγιγνώσκονται ως συμπτώματα της σχιζοφρένειας οδήγησε στην ανάπτυξη της **συστημικής και οικογενειακής θεραπείας** για οικογένειες με ένα μέλος με διάγνωση σχιζοφρένειας. Τέλος, οι **γνωστικές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις** στην κατανόηση και αντιμετώπιση των επώδυνων εμπειριών που τυπικά θεωρούνται συμπτώματα της σχιζοφρένειας αυξάνονται με γρήγορους ρυθμούς. Στις σύγχρονες επίσημες οδηγίες για την αντιμετώπιση των ατόμων με διάγνωση

σχιζοφρένειας η φαρμακευτική αγωγή θεωρείται απαραίτητη, αλλά αναγνωρίζεται η αποτελεσματικότητα των θεραπειών μέσω ομιλίας, και ιδιαίτερα της οικογενειακής θεραπείας και της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας.

Στο πιο ριζοσπαστικό άκρο, υπάρχουν προσεγγίσεις που αποσκοπούν όχι στο να εξουδετερώσουν τα λεγόμενα 'συμπτώματα' αλλά να βοηθήσουν το άτομο να αποδεχθεί, να κατανοήσει και να διαχειριστεί αυτές τις εμπειρίες με τρόπο που να του επιτρέπουν να ζει μια ολοκληρωμένη ζωή, με ή χωρίς τα 'συμπτώματα'. Αυτές οι προσεγγίσεις, οι οποίες ανήκουν στο **κίνημα της ανάρρωσης** και υποστηρίζονται από ριζοσπαστικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας και από οργανώσεις ανθρώπων με ψυχιατρική εμπειρία, χρησιμοποιούν **σπίτια φυγής**, όπου άνθρωποι σε κρίση μπορούν να περάσουν αυτή την εμπειρία με μη-ιατρικό τρόπο, **κοινωνικές και αφηγηματικές παρεμβάσεις και ψυχοθεραπεία, παρεμβάσεις που βασίζονται στην αυτο-βοήθεια** και τέλος, στη Φιλανδία, **οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας** στη βάση μίας συστημικής κατανόησης και διαχείρισης της ψύχωσης.