

## Γενικά



Ο όρος Σχιζοφρένεια χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά από τον Eugen Bleuler.

Πρόκειται για μια ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από διαταραχές της αντίληψης της πραγματικότητας. Βέβαια έχει αποκλειστεί προηγουμένως οποιαδήποτε οργανική βλάβη του νευρικού συστήματος σε κάθε νέο ασθενή, πλην όμως όλες οι επιστημονικές εργασίες επί του αντικειμένου αφήνουν να εννοηθεί την ύπαρξη μιας λεπτής νευροφυσιολογικής και χημικής δυσλειτουργίας μάλλον άγνωστης μέχρι σήμερα. Μάλιστα με τον όρο σχιζοφρένεια καλύπτεται ένα σύνολο νόσων με διαφορετικούς μηχανισμούς. Για παράδειγμα υφίστανται τέτοιες χρόνιες ψυχώσεις που δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ειδικότερα ούτε ως σχιζοφρένεια αλλά και ούτε ως χρόνια παραληρήματα.

Συνήθως τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν ακουστικές παραισθήσεις, λιγότερο συχνά οπτικές παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, παρανοϊκές ιδέες και αποδιοργανωμένη ομιλία και σκέψη ("φυγή ιδεών"), γεγονός που τους δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στην κοινωνική τους αλληλεπίδραση. Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας συνήθως εμφανίζονται κατά τη νεαρή ηλικία και επηρεάζουν περίπου 0,4%-0,6% του πληθυσμού.<sup>[1]</sup> Ακόμα, τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή εμφανίζουν έντονη εσωστρέφεια και γενική αποδιοργάνωση του Εγώ. Η έναρξη των συμπτωμάτων συμβαίνει συνήθως στη νεαρή ενήλικη ζωή, με επιπολασμό ζωής της τάξης του 0,3-0,7%. Η διάγνωση βασίζεται στην παρατηρούμενη αποκλίνουσα της φυσιολογικά αναμενόμενης συμπεριφορά και τις αναφερθείσες εμπειρίες του ασθενούς

Τα αίτια της σχιζοφρένειας δεν έχουν εντοπιστεί πλήρως, αλλά είναι κυρίως βιολογικής, ψυχολογικής και κοινωνικής φύσεως. Η κυρίως έρευνα που διεξάγεται για την σχιζοφρένεια εστιάζεται κυρίως στους βιολογικούς/γενετικούς παράγοντες που φαίνεται πως παίζουν και τον πιο σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη αυτής της ψυχικής διαταραχής. Η

σχιζοφρένεια σήμερα σε αρκετές περιπτώσεις θεωρείται ελέγξιμη διαταραχή και μέσω της κατάλληλης θεραπείας τα άτομα που πάσχουν έχουν πιθανόν την δυνατότητα να επανενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο.

## Συμπτωματολογία

Υπό την κλασική μορφή της νόσου, όπως οριοθετήθηκε από τις εργασίες του Γάλλου Φ. Σασλέν και του Αυστριακού Ε. Μπλόυλερ, όπου και ομοφωνούν γενικά οι κλινικοί ιατροί, η σχιζοφρένεια δημιουργεί βαθιά μεταμόρφωση και ειδικότερα τη διάλυση της προσωπικότητας όπου και περιλαμβάνει:

1. Ασυμφωνία ιδεών, επιθυμιών, αισθημάτων, λόγου, χειρονομιών και πράξεων με αμφιθυμία (αλληλοσυγκρουόμενα αισθήματα).
2. Απώλεια επαφής, με την πραγματικότητα, αυτοαναδίπλωση σε φανταστικό εσωτερικό κόσμο (αυτισμός), με διαταραχή σχέσεων.
3. Σταθερή εξασθένηση προσαρμοστικότητας και κοινωνικής δραστηριότητας, έλλειψη πρωτοβουλίας, κάθε ενδιαφέροντος και παρόρμησης
4. Παραληρηματικές εκδηλώσεις, άνευ ειρμού, αφηρημένες, ανεξιχνίαστες, συνοδευόμενες συχνά με ψευδαισθήσεις.

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο για Ψυχικές Διαταραχές (DSM-IV-R)] του Αμερικανικού Συνδέσμου Ψυχιάτρων, για να χαρακτηριστεί κάποιος ως πάσχων από σχιζοφρένεια θα πρέπει να παρουσιάζει τουλάχιστον 2 από τα παρακάτω συμπτώματα για χρονικό διάστημα τουλάχιστον ένα μήνα:

- Ψευδαισθήσεις
- Παραισθήσεις
- Αποδιοργανωμένη ομιλία (π.χ. συχνές ασυνάρτητες ή αποδιοργανωμένες προτάσεις)
- Αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά (π.χ. ακινησία, υπερδιέγερση)
- Αρνητικά συμπτώματα (π.χ. έλλειψη συναισθημάτων, αλογία)

Γενικά η σχιζοφρένεια προσβάλλει συνηθέστερα έφηβους και ενήλικους, και των δύο φύλων, και μέχρι 35 ετών. Σε παιδιά θεωρείται πολύ σπάνια ενώ σε άτομα ηλικίας άνω των 40 ετών αποτελεί εξαίρεση.

Στο 40% των ανδρών και στο 23% των γυναικών που διαγιγνώσκονται με σχιζοφρένεια η κατάσταση εκδηλώθηκε πριν από την ηλικία των 19 ετών. Για την ελαχιστοποίηση των αναπτυξιακών διαταραχών που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια, πολύ δουλειά έχει πρόσφατα γίνει για να εντοπιστεί και να αντιμετωπιστεί πρόδρομη (προ-εμφάνιση) φάση της νόσου, η οποία έχει εντοπιστεί μέχρι και 30 μήνες πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων. Εκείνοι που συνεχίζουν να αναπτύσσουν σχιζοφρένεια ενδέχεται να

αντιμετωπίσουν παροδικά ή αυτοπεριοριστικά ψυχωτικά συμπτώματα και μη ειδικά συμπτώματα της κοινωνικής απόσυρσης, ευερεθιστότητα, δυσφορία και αδεξιότητα κατά την πρόδρομη φάση

### **Η ταξινόμηση του Schneider**

Ο ψυχίατρος Kurt Schneider (1887-1967) απαρίθμησε τις μορφές των ψυχωτικών συμπτωμάτων που πίστευε ότι διακρίνουν την σχιζοφρένεια από άλλες ψυχωτικές διαταραχές. Αυτά ονομάζονται πρώτης τάξεως συμπτώματα ή πρώτης τάξεως συμπτώματα του Schneider. Αυτά περιλαμβάνουν παραληρητικές ιδέες να που ελέγχονται από μια εξωτερική δύναμη: την πεποίθηση ότι οι σκέψεις ενσωματώνονται ή αποσύρονται από το συνειδητό μυαλό κάποιου, την πεποίθηση ότι οι σκέψεις κάποιου μεταδίδονται σε άλλους ανθρώπους και παραισθησιογόνες φωνές της ακοής που σχολιάζουν σκέψεις ή ενέργειες κάποιου ή που έχουν μια συνομιλία με άλλες παραισθησιογόνες φωνές. Παρά το γεγονός ότι έχουν συμβάλει σημαντικά στα τρέχοντα διαγνωστικά κριτήρια, η ιδιαιτερότητα των πρώτης τάξεως συμπτωμάτων έχει αμφισβητηθεί. Μια ανασκόπηση των διαγνωστικών μελετών που διεξήχθησαν μεταξύ 1970 και 2005 διαπίστωσε ότι επιτρέπουν ούτε την επιβεβαίωση ούτε την απόρριψη των αιτημάτων του Schneider, και πρότεινε τα πρώτης τάξεως συμπτώματα να ξανά τονιστούν σε μελλοντικές αναθεωρήσεις των διαγνωστικών συστημάτων.

### **Θετικά και αρνητικά συμπτώματα**

Η σχιζοφρένεια συχνά περιγράφεται από την άποψη των θετικών και αρνητικών (ή ελλειμματικών) συμπτωμάτων. Τα θετικά συμπτώματα είναι αυτά που τα περισσότερα άτομα φυσιολογικά δεν αντιμετωπίζουν, αλλά υπάρχουν σε ανθρώπους με σχιζοφρένεια. Μπορούν να περιλαμβάνουν αυταπάτες, αποδιοργανωμένη σκέψη και ομιλία, και απτικές, ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές και γευστικές παραισθήσεις, τυπικά θεωρούνται ως εκδηλώσεις της ψύχωσης. Οι ψευδαισθήσεις είναι επίσης τυπικά συνδεδεμένες με το περιεχόμενο του παραληρητικού θέματος. Τα θετικά συμπτώματα γενικά ανταποκρίνονται καλά στη φαρμακευτική αγωγή. Τα αρνητικά συμπτώματα είναι ελλείμματα των κανονικών συναισθηματικών αντιδράσεων ή άλλων διαδικασιών σκέψης, και ανταποκρίνονται λιγότερο καλά στη φαρμακευτική αγωγή. Αυτά περιλαμβάνουν συνήθως επίπεδο ή αμβλύ συναίσθημα και συγκίνηση, φτώχεια του λόγου (αλογία), αδυναμία να νιώσουν ευχαρίστηση (ανηδονία), έλλειψη της επιθυμίας να δημιουργήσουν σχέσεις (ακοινωνία), και η έλλειψη κινήτρων (avolition). Η έρευνα δείχνει ότι τα αρνητικά συμπτώματα συμβάλλουν περισσότερο στην κακή ποιότητα ζωής, την λειτουργική ανικανότητα, και το βάρος στους άλλους από ότι τα θετικά συμπτώματα. Οι άνθρωποι με εμφανή τα αρνητικά συμπτώματα έχουν συχνά μια ιστορία κακής προσαρμογής πριν από την έναρξη της ασθένειας, και η ανταπόκριση στην φαρμακευτική αγωγή είναι συχνά περιορισμένη.

## Ιστορία

---

Η σχιζοφρένεια ήταν γνωστή στην [αρχαιότητα](#) από τους Έλληνες γιατρούς του [2ου αιώνα](#) (μ.Χ.) και συγκεκριμένα από τον [Αρεταίο τον Καππαδόκη](#) και τον [Σωρανό τον Εφέσιο](#) που πρώτοι την περιέγραψαν. Κατά τους νεότερους χρόνους έφερε το όνομα "[πρωτόγονος άνοια](#)" που της δόθηκε από τον Γάλλο [Ογκυστέν Μορέλ](#) και τον Γερμανό [Έμιλ Κραίπελιν](#), παρότι δεν πρόκειται για [άνοια](#), (υπό την αυστηρή έννοια του όρου), αφού η πρωταρχική διαταραχή της δεν επιφέρει προοδευτική εξασθένηση της [νοημοσύνης](#). Περισσότερο προσομοιάζει με "ψευδοάνοια" που εμφανίζεται σαν [νόσος της προσωπικότητας](#) του ατόμου.

Παθήσεις με χαρακτηριστικά σχιζοφρένειας έχουν σπάνια αναφερθεί πριν από τον 19ο αιώνα, παρά μόνο παράλογες, ακατανόητες και ανεξέλεγκτες συμπεριφορές ασθενών. Η λεπτομερής παρουσίαση μιας περίπτωσης το 1797 σχετικά με τον [James Tilly Matthews](#), καθώς και κείμενα του [Phillipe Pinel](#) που είχαν δημοσιευτεί το 1809, θεωρούνται κυρίως ως οι πρώτες αναφορές της ασθένειας στην ιστορία της ιατρικής και ψυχιατρικής βιβλιογραφίας. Η σχιζοφρένεια αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά ως ξεχωριστό σύνδρομο που εμφανίζεται σε εφήβους και ενήλικους από τον [Bénédict Morel](#) το 1853, και ορίστηκε ως "démence précoce", δηλαδή «πρόωρη άνοια». Ο όρος αυτός χρησιμοποιήθηκε το 1891 από τον [Arnold Pick](#) στα κείμενά του για μια περίπτωση ψυχασθένειας. Το 1893 ο Emil Kraepelin πρότεινε την [ταξινόμηση των διανοητικών διαταραχών](#) με το ένα άκρο να είναι η πρόωρη άνοια(σχιζοφρένεια) και το άλλο άκρο η διαταραχή της διάθεσης(δηλαδή η μανιακή κατάθλιψη που περιλαμβάνει την μονοπολική και την διπολική κατάθλιψη). Ο Kraepelin πίστευε ότι η πρόωρη άνοια(σχιζοφρένεια) ήταν, κατά κύριο λόγο, μια ασθένεια του εγκεφάλου, ξεχωριστή από άλλες μορφές άνοιας, όπως το Alzheimer που εμφανίζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Η λέξη σχιζοφρένεια ετυμολογικά σημαίνει «σχίσσιμο του μυαλού» και προέρχεται από δύο λέξεις με ελληνική ρίζα: η πρώτη είναι η λέξη "σχίζω" (σκίζω) και η δεύτερη είναι η λέξη "φρένα" (μυαλό). Η λέξη επινοήθηκε από τον [Eugen Bleuler](#) το 1908 για να περιγράψει το πώς βασικές νοητικές λειτουργίες όπως η [προσωπικότητα](#), η [σκέψη](#), η [μνήμη](#) και η [αντίληψη](#) χάνουν την μεταξύ τους επικοινωνία. Ο Bleuler περιέγραψε τα 4 κύρια συμπτώματα: διαταραχές ισορροπίας, αυτισμός, διαταραγμένη σκέψη και κυκλοθυμία. Ο Bleuler συνειδητοποίησε ότι η ασθένεια δεν κατατασσόταν στις άνοιες, καθώς μερικοί από τους ασθενείς του βελτιώνονταν αντί να χειροτερεύουν και έτσι αντ' αυτού, πρότεινε τον όρο σχιζοφρένεια. Η θεραπεία εμφανίστηκε στα μέσα της δεκαετίας του '50 με την ανακάλυψη μιας χημικής ένωσης, της [χλωροπρομαζίνης](#).

Στις αρχές του 1970, η επιλογή [διαγνωστικών κριτηρίων](#) για την σχιζοφρένεια αποτέλεσε αντικείμενο πολλών διαφωνιών που τελικά κατέληξαν στην

επιλογή των κριτηρίων που χρησιμοποιούμε σήμερα. Έγινε σαφές μετά από μελέτη των ΗΠΑ και της Μ.Βρετανίας το 1971 ότι η σχιζοφρένεια εντοπίζεται σε πολύ μεγαλύτερη έκταση στην Αμερική απ' ό,τι στην Ευρώπη. Αυτό οφειλόταν εν μέρει στο γεγονός ότι οι ΗΠΑ είχαν πιο χαλαρά κριτήρια, καθώς χρησιμοποιούσαν το [DSM-II](#) εγχειρίδιο, σε αντίθεση με την Ευρώπη που χρησιμοποιούσε το [ICD-9](#) εγχειρίδιο. Η μελέτη του [David Rosenhan](#) το 1972, που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό "Science" με τίτλο «Ύπαρξη λογικής εκεί που κυριαρχεί η παραφροσύνη», κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η διάγνωση της σχιζοφρένειας στις ΗΠΑ ήταν τις περισσότερες φορές υποκειμενική και αναξιόπιστη. Αυτοί ήταν μερικοί από τους λόγους που οδήγησαν στην αναθεώρηση όχι μόνο των διαγνωστικών κριτηρίων της σχιζοφρένειας, αλλά και στην αναθεώρηση ολόκληρου του εγχειριδίου DSM, με αποτέλεσμα την δημοσίευση του νέου εγχειριδίου, του [DSM-III](#) το 1980.

Ο όρος σχιζοφρένεια συνήθως παρεξηγείται, καθώς εννοεί ότι τα άτομα που πάσχουν έχουν μια «διχασμένη προσωπικότητα». Παρόλο που τα άτομα αυτά, πολύ συχνά ακούνε φωνές και μπορεί να τις θεωρούν σαν ξεχωριστές προσωπικότητες, αυτό δεν σημαίνει ότι ο σχιζοφρενής είναι ένα άτομο που αλλάζει προσωπικότητες. Η σύγχυση οφείλεται κατά ένα μεγάλο μέρος στην παρερμηνεία του όρου της σχιζοφρένειας του Bleuler. Η πρώτη γνωστή κατάχρηση του όρου, όπου θεωρούσε τον σχιζοφρενή ως «διχασμένη προσωπικότητα», ήταν σε ένα άρθρο από τον ποιητή [T. S. Eliot](#) το 1933.

## **Κοινωνία και πολιτισμός**

---

Το [κοινωνικό στίγμα](#) θεωρείται το μεγαλύτερο εμπόδιο στην ανάρρωση των ασθενών με σχιζοφρένεια. Σε ένα μεγάλο και αντιπροσωπευτικό δείγμα σε μία μελέτη του 1991, το 12,8% των Αμερικανών πίστευαν πως οι σχιζοφρενείς ήταν «πολύ πιθανό» να κάνουν κάτι βίαιο σε άλλους και το 48,1% ότι ήταν «κάπως πιθανό». Πάνω από το 74% θεωρούσε ότι οι άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια δεν είναι ικανοί να λάβουν αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία τους και το 70,2% τους θεωρούσε ανίκανους και να διαχειριστούν τα οικονομικά τους. Η άποψη ότι τα άτομα με ψύχωση είναι βίαια έχει διπλασιαστεί από το 1950 σύμφωνα με μία μεταανάλυση.

Στις ΗΠΑ το κόστος της σχιζοφρένειας – τα άμεσα έξοδα (εξωτερικά ιατρεία, νοσηλεία, φάρμακα, και η μακροχρόνια περίθαλψη) και μη δαπανών υγειονομικής περίθαλψης (επιβολή του νόμου, μειωμένη παραγωγικότητα στο χώρο εργασίας και η ανεργία)-εκτιμάται σε \$ 62.7 δισεκατομμύρια το 2002.

Το βιβλίο και η ταινία ένας Υπέροχος Άνθρωπος εξιστορεί τη ζωή του [John Forbes Nash](#), ενός μαθηματικού με [βραβείο Nobel](#) ο οποίος είχε διαγνωστεί με σχιζοφρένεια.

## **Αίτια**

---

Ένας συνδυασμός γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων - παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας. Τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας που υφίστανται παροδική ή αυτοπεριοριζόμενη ψύχωση έχουν κατά 20-40% πιθανότητα να διαγιγνώσκονται μία χρόνια αργότερα .

### **Γενετική**

Οι εκτιμήσεις της κληρονομικότητας ποικίλλουν λόγω της δυσκολίας στο διαχωρισμό των επιπτώσεων της γενετικής και του περιβάλλοντος. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος για την ανάπτυξη της σχιζοφρένειας είναι να έχει μια συγγένεια πρώτου βαθμού με τη νόσο (κίνδυνος είναι 6,5%), περισσότερο από το 40% των μονοζυγωτικών διδύμων των ατόμων με σχιζοφρένεια επίσης επηρεάζονται. Είναι πιθανό να εμπλέκονται πολλά γονίδια, καθένα με μικρή επίδραση. Πολλοί πιθανοί υποψήφιοι έχουν προταθεί, συμπεριλαμβανομένων των ειδικών αντιγράφων αριθμού παραλλαγών , NOTCH4 και εστιών πρωτεϊνών ιστονών. Ένας αριθμός ενώσεων σε επίπεδο γονιδιώματος , όπως οι πρωτεΐνες δακτύλων ψευδαργύρου 804A έχουν επίσης συνδεθεί. Φαίνεται να υπάρχει σημαντική επικάλυψη στη γενετική της σχιζοφρένειας και της διπολικής διαταραχής . Υποθέτοντας μια κληρονομική βάση, μια ερώτηση από την εξελικτική ψυχολογία είναι γιατί γονίδια που αυξάνουν την πιθανότητα της ψύχωσης να εξελιχθεί, αν υποθεθεί ότι η κατάσταση θα ήταν δυσπροσαρμοστική από μια εξελικτική σκοπιά. Μια θεωρία εμπλέκει τα γονίδια που εμπλέκονται στην εξέλιξη της γλώσσας και της ανθρώπινης φύσης, αλλά μέχρι τώρα όλες οι θεωρίες έχουν ανασκευαστεί ή παραμένουν ανεπιβεβαίωτες

### **Περιβάλλον**

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη της σχιζοφρένειας περιλαμβάνουν το περιβάλλον διαβίωσης, τη χρήση ναρκωτικών και τους προγεννητικούς παράγοντες άγχους. Το στυλ ανατροφής των παιδιών φαίνεται να μην έχει καμία επίδραση, αν και οι άνθρωποι με υποστηρικτικούς γονείς τα καταφέρνουν καλύτερα από εκείνους με κριτικούς γονείς. Το να ζεις σε αστικό περιβάλλον κατά την παιδική ηλικία ή ως ενήλικας έχει επανειλημμένα βρεθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο σχιζοφρένειας κατά έναν παράγοντα διπλό , ακόμη και αφού ληφθεί υπόψη η χρήση ναρκωτικών, η εθνική ομάδα, και το μέγεθος της κοινωνικής ομάδας. Άλλοι παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο περιλαμβάνουν την κοινωνική απομόνωση και τη μετανάστευση που σχετίζονται με την κοινωνική αντιξοότητα, τις φυλετικές διακρίσεις, τη δυσλειτουργία της οικογένειας, την ανεργία και τις κακές συνθήκες στέγασης. Υπάρχουν στοιχεία ότι οι παιδικές εμπειρίες κακοποίησης ή τραύματα είναι παράγοντες κινδύνου για διάγνωση της σχιζοφρένειας αργότερα στη ζωή τους

## Κατάχρηση Ουσιών

Ένας αριθμός φαρμάκων έχει συνδεθεί με την ανάπτυξη σχιζοφρένειας όπως η [κάνναβη](#), η [κοκαΐνη](#) και οι [αμφεταμίνες](#). Οι μισοί περίπου ασθενείς με σχιζοφρένεια κάνουν υπερβολική χρήση ναρκωτικών ή και αλκοόλ. Η κάνναβη μπορεί να αποτελεί αιτία της ασθένειας, ενώ άλλα ναρκωτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μηχανισμοί αντιμετώπισης της κατάθλιψης, του άγχους, της ανίας, και της μοναξιάς. Η κάνναβη σχετίζεται με δόσοεξαρτώμενη αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης ψυχωτικής διαταραχής. Η συχνή χρήση σχετίζεται με διπλάσιο κίνδυνο ψύχωσης και σχιζοφρένειας, ωστόσο αυτή η αιτία τίθεται υπό αμφισβήτηση. Οι αμφεταμίνες, η κοκαΐνη και σε λιγότερο βαθμό το αλκοόλ μπορούν να οδηγήσουν σε ψύχωση, η οποία παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες με τη σχιζοφρένεια. Παρόλο που δεν είναι αποδεκτό ως αίτιο της σχιζοφρένειας τα άτομα που πάσχουν από αυτή παρατηρείται ότι χρησιμοποιούν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό [νικοτίνη](#) από ότι ο γενικός πληθυσμός.

## Προγεννητικά

Παράγοντες όπως η υποξία και η μόλυνση ή το άγχος και η κακή διατροφή της μητέρας κατά τη διάρκεια ανάπτυξης του εμβρύου αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης σχιζοφρένειας αργότερα στη ζωή. Άνθρωποι που έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια είναι πιθανότερο να έχουν γεννηθεί το χειμώνα ή την άνοιξη εξαιτίας της αυξημένης ιογενούς έκθεσης της μήτρας.

## Μηχανισμοί

---

Έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες για να εξηγηθεί η σχέση μεταξύ της αλλοιωμένης εγκεφαλικής λειτουργίας και σχιζοφρένειας. Μια από τις πιο συνήθεις εξηγήσεις είναι η [υπόθεση της ντοπαμίνης](#), η οποία αποδίδει την ψύχωση στη λανθασμένη ερμηνεία από τον εγκέφαλο των διαλείψεων των [ντοπαμινεργικών νευρώνων](#).

## Ψυχολογικοί

Πολλοί ψυχολογικοί μηχανισμοί εμπλέκονται στην ανάπτυξη και τη συντήρηση της σχιζοφρένειας. Οι γνωστικές προκαταλήψεις προσδιορίστηκαν σε εκείνους που έχουν διαγνωστεί και σε εκείνους που είναι σε κίνδυνο, ειδικότερα όταν βρίσκονται υπό πίεση ή σε καταστάσεις σύγχυσης. Ορισμένα γνωστικά χαρακτηριστικά αντανakλούν γενικές [ψυχομετρικές ελλείψεις](#) όπως η απώλεια μνήμης, ενώ άλλα σχετίζονται με συγκεκριμένα θέματα και εμπειρίες. Παρά την αποδεδειγμένη εμφάνιση του «αμβλέος συναισθήματος», πρόσφατα ευρήματα έδειξαν ότι όσοι έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια ανταποκρίνονται συναισθηματικά ειδικότερα σε αγχώδη ή αρνητικά ερεθίσματα και ότι αυτή η ευαισθησία τους κάνει ευάλωτους στη διαταραχή. Στοιχεία δείχνουν ότι το περιεχόμενο των παραισθήσεων και των ψυχωτικών εμπειριών αντανakλούν τα συναισθηματικά αίτια της διαταραχής και ότι το πώς ένα άτομο ερμηνεύει αυτές τις εμπειρίες μπορεί να επηρεάσει τη συμπτωματολογία.

Οι «συμπεριφορές ασφάλειας» για την αποφυγή φανταστικών απειλών συμβάλλουν στη χρονιότητα των παραισθήσεων. Περισσότερα στοιχεία για το ρόλο των ψυχολογικών μηχανισμών προέρχονται από τις επιδράσεις της ψυχοθεραπείας στα συμπτώματα της σχιζοφρένειας.

## Νευρολογικοί



Η λειτουργική μαγνητική τομογραφία (fMRI), και άλλες τεχνολογίες απεικόνισης του εγκεφάλου, επιτρέπει τη μελέτη των διαφορών στην εγκεφαλική δραστηριότητα σε άτομα που διαγνώστηκαν με σχιζοφρένεια. Η εικόνα δείχνει δύο επίπεδα του εγκεφάλου, με περιοχές που ήταν πιο δραστήριες σε υγιείς ανθρώπους από ό, τι σε ασθενείς με σχιζοφρένεια όπου εμφανίζονται με κόκκινο χρώμα, κατά τη διάρκεια της μαγνητικής μελέτη της μνήμης εργασίας.

Όσοι έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν αλλαγές τόσο στη δομή του εγκεφάλου όσο και στη χημεία. Μελέτες που χρησιμοποιούν νευροψυχολογικές δοκιμασίες και τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου όπως fMRI και PET έδειξαν ότι εμφανίζονται διαφορές κυρίως στο μετωπιαίο λοβό, τον ιππόκαμπο και τον κροταφικό λοβό. Έχει παρατηρηθεί μείωση του όγκου του εγκεφάλου, μικρότερη από αυτή που παρατηρείται στη νόσο του Alzheimer, στο μετωπιαίο φλοιό και τον κροταφικό λοβό. Δεν είναι βέβαιο εάν αυτές οι ογκομετρικές αλλαγές είναι προοδευτικές ή προϋπάρχουν της έναρξης της ασθένειας. Αυτές οι διαφορές συνδέονται με τις ψυχομετρικές ελλείψεις που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια. Επειδή τα νευρικά κυκλώματα μεταβάλλονται έχει προταθεί εναλλακτικά ότι η σχιζοφρένεια θα πρέπει να θεωρηθεί ως μία συλλογή νευροαναπτυξιακών διαταραχών.

Ιδιαίτερη προσοχή έχει δοθεί στη λειτουργία της ντοπαμίνης στη μεσομεταιχμιακή οδό του εγκεφάλου. Αυτό προέκυψε από την τυχαία διαπίστωση ότι η φαινοθειαζίνη, η οποία εμποδίζει τη λειτουργία της ντοπαμίνης, θα μπορούσε να μειώσει τα ψυχωτικά συμπτώματα. Επίσης οι αμφεταμίνες που προκαλούν απελευθέρωση της ντοπαμίνης μπορούν να επιδεινώσουν τα ψυχωτικά συμπτώματα στη σχιζοφρένεια. Η υπόθεση της ντοπαμίνης πρότεινε ότι η υπερβολική δραστηριότητα των D2 υποδοχέων ήταν η αιτία (των θετικών συμπτωμάτων) της σχιζοφρένειας. Παρόλο που για περίπου 20 χρόνια πίστευαν ως κοινό αποτέλεσμα των



αντιψυχωτικών φαρμάκων τον αποκλεισμό των D2 υποδοχέων, δεν υπήρχαν αποδείξεις μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1990 χάρη στις PET και SPET μελέτες απεικόνισης. Η υπόθεση της ντοπαμίνης θεωρείται τώρα πιο απλή, αφενός μεν επειδή τα νεότερα αντιψυχωτικά φάρμακα (άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα) είναι το ίδιο αποτελεσματικά με τα παλιότερα (τυπικά αντιψυχωτικά φάρμακα), αφετέρου δε επηρεάζει τη λειτουργία της σεροτονίνης και μπορεί να περιορίζει ελαφρώς το αποτέλεσμα του μπλοκαρίσματος της ντοπαμίνης. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρατηρείται στο νευροδιαβιβαστή του γλουταμινικού και τη μειωμένη δραστηριότητα των υποδοχέων NMDA γλουταμινικού στη σχιζοφρένεια κυρίως εξαιτίας των μη φυσιολογικών χαμηλών επιπέδων των υποδοχέων γλουταμινικού που βρέθηκαν μεταθανάτια στους εγκεφάλους ατόμων που είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια καθώς και η ανακάλυψη ότι τα φάρμακα που μπλοκάρουν το γλουταμινικό όπως η φαινκυκλιδίνη και η κεταμίνη μπορούν να μιμούνται τα συμπτώματα και τα γνωστικά προβλήματα που σχετίζονται με τη νόσο.

## Διάγνωση

---

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας στηρίζεται σε κριτήρια είτε του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Οργανισμού είτε της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Ασθενειών και Συναφών Προβλημάτων Υγείας του Οργανισμού Παγκόσμιας Υγείας. Τα κριτήρια αυτά χρησιμοποιούν τις εμπειρίες και τις ανωμαλίες στη συμπεριφορά που ακολουθούνται από την κλινική αξιολόγηση ενός ψυχιάτρου. Τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια θα πρέπει να εμφανίζονται συνεχώς στον πληθυσμό και να φτάνουν συγκεκριμένο επίπεδο σοβαρότητας πριν γίνει η διάγνωση. Από το 2009 δεν υπάρχει κάποια αντικειμενική δοκιμασία.

## **Κριτήρια**

Τα ICD-10 κριτήρια χρησιμοποιούνται χαρακτηριστικά στις Ευρωπαϊκές χώρες, ενώ τα κριτήρια DSM-IV-TR χρησιμοποιούνται στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον υπόλοιπο κόσμο και επικρατούν στις ερευνητικές μελέτες. Τα ICD-10 κριτήρια δίνουν περισσότερη έμφαση στα πρώτης-κατηγορίας συμπτώματα Schneiderian. Στην πράξη, τα δύο συστήματα συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό. Σύμφωνα με την αναθεωρημένη τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Διανοητικών Διαταραχών (DSM-IV-TR), για να διαγνωστεί σχιζοφρένεια, τρία διαγνωστικά κριτήρια πρέπει να εντοπιστούν:

1. Χαρακτηριστικά συμπτώματα: δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα, το κάθε ένα παρόν για ένα μεγάλο διάστημα κατά τη διάρκεια ενός μηνός (ή λιγότερο, εάν τα συμπτώματα υποχωρούν με τη θεραπεία).

- Ψευδαισθήσεις
- Παραισθήσεις
- Αποδιοργανωμένη ομιλία, η οποία είναι εκδήλωση τυπικής διαταραχής της σκέψης
- Συνολικά αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (π.χ. απρεπές ντύσιμο, συχνό κλάμα) ή κατατονική συμπεριφορά
- Αρνητικά συμπτώματα: Αμβλύ συναίσθημα (έλλειψη ή μείωση της συναισθηματικής απάντησης), αλογία (έλλειψη ή μείωση της ομιλίας), ή απροθυμία (έλλειψη ή μείωση κινήτρων)

Εάν οι ψευδαισθήσεις θεωρούνται παράξενες ή οι παραισθήσεις αποτελούνται από την ακρόαση φωνής που συμμετέχει σε τρέχοντα σχόλια των ενεργειών του ασθενή ή την ακρόαση δύο ή περισσότερων φωνών που συζητούν μεταξύ τους, αυτό μόνο το σύμπτωμα αρκεί. Το κριτήριο της λεκτικής αποδιοργάνωσης συναντάται μόνο εάν είναι αρκετά ισχυρό ώστε να εξασθενίσει ουσιαστικά την επικοινωνία.

1. Κοινωνική ή επαγγελματική δυσλειτουργία: Μετά από ένα σημαντικό χρονικό διάστημα από την εμφάνιση της διαταραχής, ένας ή περισσότεροι σημαντικοί τομείς όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις ή αυτοφροντίδα, είναι εμφανώς κάτω από το επίπεδο που επιτυγχάνεται πριν από την εμφάνισή της .
2. Σημαντική διάρκεια: Συνεχή σημάδια της διαταραχής εμμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες. Αυτό το εξάμηνο πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον έναν μήνα των συμπτωμάτων (ή λιγότερο, εάν τα συμπτώματα υποχωρούν με τη θεραπεία).

Εάν τα σημάδια της διαταραχής είναι παρόντα για περισσότερο από ένα μήνα αλλά λιγότερο από έξι μήνες, γίνεται η διάγνωση σχιζοφρενούς διαταραχής. Ψυχωτικά συμπτώματα που διαρκούν λιγότερο από ένα μήνα μπορούν να εντοπιστούν ως σύντομη ψυχωτική διαταραχή καθώς και διάφορες καταστάσεις που μπορούν να ταξινομηθούν ως ψυχωτικές διαταραχές που δεν ανήκουν σε ειδική κατηγορία. Η σχιζοφρένεια δεν μπορεί να διαγνωστεί εάν τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης είναι ουσιαστικά παρόντα (αν και σχιζο-επηρεασμένη διαταραχή θα μπορούσε να εντοπιστεί), ή εάν τα συμπτώματα διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής είναι παρόντα εκτός αν οι προεξέχουσες ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις είναι επίσης παρούσες, ή εάν τα συμπτώματα είναι το άμεσο φυσιολογικό αποτέλεσμα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης ή ουσίας, όπως η κατάχρηση ενός φαρμάκου ή θεραπείας.

### **Υποκατηγορίες**

Το DSM-IV-TR περιλαμβάνει πέντε υποκατηγορίες σχιζοφρένειας, αν και οι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη του DSM-5 συστήνουν να αφαιρεθούν από τη νέα ταξινόμηση:

- **Παρανοϊκός τύπος:** Οι ψευδαισθήσεις ή οι ακουστικές παραισθήσεις είναι παρούσες, αλλά η διαταραχή της σκέψης, η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά ή η συναισθηματική εξομάλυνση δεν είναι. Οι ψευδαισθήσεις είναι διωκτικές ή/και πομπώδεις, αλλά εκτός από αυτές, άλλα θέματα όπως η ζηλοτυπία, θρησκευτικότητα ή η σωματοποίηση μπορεί επίσης να είναι παρούσα.
- **Αποδιοργανωμένος τύπος:** Ονομάζεται heberhrenic σχιζοφρένεια στο ICD. Εντοπίζεται διαταραχή της σκέψης και συναισθηματική εξομάλυνση.
- **Κατατονικός τύπος:** Το άτομο μπορεί να είναι σχεδόν ακίνητο ή να χαρακτηρίζεται από ταραγμένες και άσκοπες κινήσεις. Τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν κατατονική κατάπληξη και κηρώδη ευελιξία.
- **Αδιαφοροποίητος τύπος:** Ψυχωτικά συμπτώματα είναι παρόντα αλλά τα κριτήρια για παρανοϊκό, αποδιοργανωμένο, ή κατατονικό τύπο δεν έχουν συναντηθεί.
- **Υπολοιπόμενος τύπος:** Θετικά συμπτώματα σε χαμηλό όμως βαθμό είναι παρόντα.

Το ICD-10 καθορίζει δύο πρόσθετες υποκατηγορίες:

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

### **Διαφορική διάγνωση**

Ψυχωτικά συμπτώματα μπορούν επίσης να είναι παρόντα σε διάφορες άλλες διανοητικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της διπολικής διαταραχής, της μεθοριακής διαταραχής προσωπικότητας, της φαρμακευτικής δηλητηρίασης και της φάρμακο-προκληθείσας ψύχωσης. Ψευδαισθήσεις ("μη-παράξενες") επίσης συναντώνται στην παραληρητική διαταραχή, και κοινωνική απομάκρυνση στην ανχώδη κοινωνική διαταραχή, την αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας και τη σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας. Η σχιζοφρένεια συννοσηρά με την ψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD) αρκετά συχνότερα από ότι θα μπορούσε να εξηγηθεί με καθαρή τύχη, αν και μπορεί να είναι δύσκολο να διακριθούν οι ιδεοληψίες που εμφανίζονται στην OCD από τις ψευδαισθήσεις της σχιζοφρένειας. Μια γενικότερη ιατρική και νευρολογική εξέταση μπορεί να απαιτηθεί για να αποκλειστούν ιατρικές ασθένειες που μπορούν σπάνια να παραγάγουν ψυχωτικά συμπτώματα παρόμοια με αυτά της σχιζοφρένειας, όπως η μεταβολική διαταραχή, η συστημική μόλυνση, η ησύφιλη, η μόλυνση με HIV, η επιληψία, και τα τραύματα του εγκεφάλου. Μπορεί να είναι απαραίτητο να αποκλειστεί ένα παραλήρημα, το οποίο μπορεί να διακριθεί από τις οπτικές παραισθήσεις,

την οξεία εμφάνιση και το κυμαινόμενο επίπεδο συνείδησης, και αποκαλύπτει μια ελλοχεύουσα ιατρική ασθένεια. Γενικά οι έρευνες δεν επαναλαμβάνονται για έλεγχο υποτροπής εκτός αν υπάρχει μια συγκεκριμένη ιατρική ένδειξη ή πιθανά δυσμενή αποτελέσματα από τα [αντιψυχωτικά φάρμακα](#).

### Πρόληψη

Απόδειξη για την αποτελεσματικότητα της πρόωρης παρέμβασης είναι ασαφής. Ενώ υπάρχουν κάποια στοιχεία ότι η πρόωρη παρέμβαση σε άτομα με ψυχωτικό επεισόδιο μπορεί να βελτιώσει τις βραχυπρόθεσμες εκβάσεις, υπάρχει λίγο όφελος από αυτά τα μέτρα μετά από μια πενταετία. Η προσπάθεια αποτροπής της σχιζοφρένειας στην πρόδρομη φάση είναι αβέβαιου οφέλους και από το 2009 δεν συστήνεται. Η πρόληψη είναι δύσκολη δεδομένου ότι δεν υπάρχει κανένας αξιόπιστος δείκτης για την μετέπειτα εξέλιξη της ασθένειας.

### Διαχείριση

Η αρχική θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι τα αντιψυχωτικά φάρμακα, συχνά σε συνδυασμό με ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη. Εισαγωγή σε νοσοκομείο μπορεί να πραγματοποιηθεί σε σοβαρά επεισόδια είτε εθελοντικά είτε (εάν η νομοθεσία πνευματικής υγείας το επιτρέπει) [ακούσια](#). Η μακροπρόθεσμη εισαγωγή σε νοσοκομείο είναι ασυνήθιστη από την έναρξη της [αποϊδρυματοποίησης](#) στη δεκαετία του '50, αν και ακόμα συμβαίνει. Κοινοτικές υπηρεσίες υποστήριξης που συμπεριλαμβάνουν κέντρα υποδοχής, επισκέψεις από τα μέλη μιας [κοινοτικής ομάδας πνευματικής υγείας](#), υποστηριζόμενη απασχόληση και ομάδες στήριξης, είναι συχνές. Κάποια στοιχεία δείχνουν ότι η τακτική άσκηση έχει θετική επίδραση στη σωματική και πνευματική υγεία των σχιζοφρενών.

### **Θεραπεία**



Η ρισπεριδόνη (εμπόριο όνομα Risperdal) είναι ένα κοινό άτυπο αντιψυχωσικό φάρμακο.

Η πρωταρχική θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι τα αντιψυχωτικά φάρμακα, τα οποία μπορούν να μειώσουν τα θετικά συμπτώματα της ψύχωσης σε περίπου 7-14 ημέρες. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα, εντούτοις, αποτυγχάνουν να βελτιώσουν σημαντικά τα αρνητικά συμπτώματα και τη γνωστική δυσλειτουργία.

Η επιλογή του οποιουδήποτε αντιψυχωτικού φαρμάκου είναι βασισμένη στα οφέλη, τους κινδύνους, και τις δαπάνες. Είναι αμφισβητήσιμο αν, ως κατηγορία, τα τυπικά ή άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι καλύτερα. Και τα δύο έχουν τα ίδια ποσοστά υποτροπής συμπτωμάτων, όταν χρησιμοποιούνται τα τυπικά σε μικρές ως μέτριες δόσεις. Υπάρχει καλή απόκριση σε 40-50%, μερική απόκριση σε 30-40%, και αντίσταση στη θεραπεία (αποτυχία των συμπτωμάτων να αποκριθούν ικανοποιητικά, μετά από έξι εβδομάδες, σε δύο από τρία διαφορετικά αντιψυχωτικά φάρμακα) σε 20% των ανθρώπων. Η κλοζαπίνη είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για εκείνους που αποκρίνονται ελάχιστα σε άλλα φάρμακα, αλλά περιλαμβάνει την ενδεχόμενη σοβαρή παρενέργεια της ακοκκιοκυτταραιμίας (μείωση λευκών αιμοσφαιρίων) σε 1-4%. Όσον αφορά τις παρενέργειες των τυπικών αντιψυχωτικών φαρμάκων, συνδέονται με ένα υψηλότερο ποσοστό εξωπυραμιδικών παρενεργειών, ενώ των άτυπων συνδέονται με σημαντική αύξηση του σωματικού βάρους, το διαβήτη και τον κίνδυνο μεταβολικού συνδρόμου. Ενώ τα άτυπα έχουν λιγότερες εξωπυραμιδικές παρενέργειες, αυτές οι διαφορές είναι μέτριες. Μερικά άτυπα φάρμακα, όπως η κουετιαπίνη και η ρισπεριδόνη συνδέονται με υψηλότερο κίνδυνο θανάτου έναντι του άτυπου περφαιναζίνη, ενώ η κλοζαπίνη συνδέεται με το χαμηλότερο κίνδυνο θανάτου. Παραμένει ασαφές εάν τα νεώτερα αντιψυχωτικά φάρμακα μειώνουν τις πιθανότητες ανάπτυξης του κακοήθους συνδρόμου από νευροληπτικά, μια σπάνια αλλά σοβαρή νευρολογική διαταραχή. Για τους ανθρώπους που είναι απρόθυμοι ή ανίκανοι να πάρουν το φάρμακο τακτικά, μακράς διάρκειας δράσης αποθηκευτικά σκευάσματα αντιψυχωτικών φαρμάκων μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να επιτύχουν τον έλεγχο. Όταν χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μπορούν να βελτιώσουν τη μακροχρόνια προσκόλληση στη θεραπεία.

### **Ψυχοκοινωνική Διαχείριση**

Ένας αριθμός ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων μπορεί να είναι χρήσιμος στη θεραπεία της σχιζοφρένειας και συμπεριλαμβάνει: οικογενειακή θεραπεία, θεραπεία που βασίζεται στην κοινοτική υποστήριξη, υποστηριζόμενη απασχόληση, γνωστική αποκατάσταση, δεξιότητες κατάρτισης, γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία (CBT), συμβολικές οικονομικές παρεμβάσεις και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για τη χρήση ουσιών και τη διαχείριση βάρους. Η οικογενειακή θεραπεία ή εκπαίδευση, που εξετάζει ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα ενός ατόμου, μπορεί να μειώσει τις υποτροπές και τις εισαγωγές στο νοσοκομείο. Τα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της CBT είτε στη μείωση των συμπτωμάτων είτε την παρεμπόδιση της υποτροπής

είναι ελάχιστα. Η θεραπεία μέσω της τέχνης ή του δράματος δεν έχουν ακόμα ερευνηθεί.

## Πρόγνωση

---

Η σχιζοφρένεια έχει μεγάλες επιπτώσεις τόσο στον άνθρωπο όσο και στην οικονομία. Οδηγεί σε μείωση του χρόνου ζωής του ανθρώπου κατά 12-15 χρόνια, κυρίως λόγω της συσχέτισης της ασθένειας με την παχυσαρκία, τον στατικό τρόπο ζωής, το κάπνισμα και σε μικρότερο βαθμό, το αυξανόμενο ποσοστό αυτοκτονίας. Η μείωση του χρόνου ζωής ανατράπηκε σε ένα βαθμό μεταξύ της δεκαετίας του '70 και της δεκαετίας του '90 και μεταξύ της δεκαετίας του '90 και της πρώτης δεκαετίας του 21ου αιώνα διατηρήθηκε σταθερή. Αυτό οφείλεται στη δημιουργία συστήματος περίθαλψης που είναι προσβάσιμο σε όλους(Φινλανδία).

Η σχιζοφρένεια είναι μια σημαντική αιτία αναπηρίας, που θεωρείται ως η τρίτη χειρότερη κατάσταση μετά από την τετραπληγία και την άνοια, ενώ βρίσκεται σε υψηλότερη θέση από την παραπληγία και την τύφλωση. Περίπου τα τρία τέταρτα των ανθρώπων με σχιζοφρένεια έχουν ήδη αναπηρία που υποτροπιάζει. Μερικοί απ' αυτούς αναρρώνουν εντελώς και άλλοι καταφέρνουν να γίνουν ενεργά μέλη στην κοινωνία. Οι περισσότεροι άνθρωποι με σχιζοφρένεια ζουν ανεξάρτητα, με μια μικρή βοήθεια από τους κοντινούς τους ανθρώπους. Στους πάσχοντες που βιώνουν ένα πρώτο επεισόδιο ψύχωσης, οι πιθανότητες για μια αισιόδοξη έκβαση της ασθένειας είναι γύρω στο 42%, για μια ενδιάμεση έκβαση στο 35% και για μια δυσάρεστη έκβαση στο 27%. Οι προοπτικές της ασθένειας παρουσιάζονται καλύτερες στις αναπτυσσόμενες χώρες παρά στον αναπτυγμένο κόσμο. Αυτά τα συμπεράσματα, εντούτοις, έχουν αμφισβητηθεί από πολλούς.

Επικρατεί ένα υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονίας σε όσους πάσχουν από σχιζοφρένεια συγκριτικά με τον μέσο όρο. Η διαφορά αυτή είναι γύρω στο 10%, αλλά πιο πρόσφατες μελέτες και στατιστικές εκτιμούν το ποσοστό αυτό γύρω στο 4.9% και πιο συχνά η τάση για αυτοκτονία εμφανίζεται στην περίοδο μετά την έναρξη της ασθένειας ή μετά από την πρώτη εισαγωγή στο νοσοκομείο. Πολλές φορές (20-40%) οι σχιζοφρενείς επιχειρούν να αυτοκτονήσουν και περισσότερες από μία φορές. Υπάρχουν ποικίλοι παράγοντες που ενισχύουν τον κίνδυνο αυτό, όπως η κατάθλιψη, το συχνά υψηλό επίπεδο νοημοσύνης, ακόμη και το φύλο.

Η σχιζοφρένεια και το κάπνισμα έχουν παρουσιάσει ισχυρό συσχετισμό σε αποτελέσματα παγκόσμιων μελετών. Η τάση για το κάπνισμα είναι ιδιαίτερα υψηλή στους σχιζοφρενείς, αφού το 80% με 90% καπνίζουν τακτικά, σε σύγκριση με το 20% του γενικού πληθυσμού. Όσοι καπνίζουν τείνουν να το κάνουν σε υπερβολικό βαθμό και επιπρόσθετα, να καπνίζουν τσιγάρα με υψηλότερη περιεκτικότητα σε νικοτίνη.

Πολλές μελέτες συγκλίνουν στο γεγονός ότι η παρανοϊκή σχιζοφρένεια μπορεί να έχει καλύτερη προοπτική από άλλους τύπους σχιζοφρενειών επειδή χαρακτηρίζεται από την ανεξάρτητη διαβίωση του πάσχοντος και την ασχολία του με κάποιο επάγγελμα.

### Επιδημιολογία

Η σχιζοφρένεια επηρεάζει τις ζωές περίπου του 0.3-0.7% των ανθρώπων, δηλαδή περίπου 24 εκατομμυρίων ανθρώπων παγκοσμίως, στο έτος 2011. Εμφανίζεται κατά 1.4 φορές περισσότερο στους άντρες απ' ότι τις γυναίκες και συνήθως εμφανίζεται νωρίτερα στους πρώτους. Οι ηλικίες στις οποίες κατά μέσο όρο αρχίζει η ασθένεια είναι 20-28 χρονών για τους άντρες και 26-32 χρονών για τις γυναίκες. Η εμφάνιση της ασθένειας στην παιδική ηλικία είναι πολύ σπανιότερη, απ' ότι είναι στους μεσήλικες και στους ηλικιωμένους. Παρόλο που λέγεται ότι η σχιζοφρένεια εμφανίζεται ομοιογενώς σε όλο τον κόσμο, η αλήθεια είναι ότι η εμφάνισή της ποικίλλει από χώρα σε χώρα, αλλά και σε πιο τοπικό επίπεδο, από περιοχή σε περιοχή. Σ' αυτήν οφείλεται το 1% της αναπηρίας παγκοσμίως. Το ποσοστό της εμφάνισης της σχιζοφρένειας ποικίλλει και μπορεί να φτάσει μέχρι και στο τριπλάσιο αν καθοριστεί με διαφορετικά (πιο χαλαρά) κριτήρια.

### Θεραπεία

Η αντιμετώπιση του σχιζοφρενικού ασθενούς μπορεί να περιλαμβάνει νοσηλεία και αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή (ανταγωνιστές των υποδοχέων ντοπαμίνης, με φάρμακα γνωστά ως τυπικά αντιψυχωτικά και ανταγωνιστές σεροτονίνης-ντοπαμίνης, γνωστά ως άτυπα, νεότερα ή δεύτερης γενιάς αντιψυχωτικά) επιπλέον των ψυχοκοινωνικών θεραπειών, όπως συμπεριφορικής, οικογενειακής, ομαδικής, ατομικής και θεραπειών κοινωνικών δεξιοτήτων και αποκατάστασης. Οποιαδήποτε από αυτές τις μορφές θεραπείας μπορεί να παρέχεται ενδονοσοκομειακά ή εξωνοσοκομειακά. Άλλα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι το λίθιο, η προπυραλόλη, οι βενζοδιαζεπίνες, το βαλπροϊκό οξύ και η καρβαμαζεπίνη. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) μπορεί να είναι αποτελεσματική στην οξεία ψύχωση και την κατατονική μορφή.