

1. Despre schizofrenie



Ce este schizofrenia?

Schizofrenia este o tulburare mintală cronică care afectează modul în care o persoană

JUDECĂ, PERCEPE ȘI SE COMPORTĂ.

Persoanele cu schizofrenie se confruntă cu perturbări în modul în care percep lumea și în care se exprimă. Multe dintre ele par a fi pierdut contactul cu realitatea, iar acest lucru se pare că le provoacă distress considerabil lor, precum și membrilor familiei și prietenilor lor.

Persoanele care trăiesc cu schizofrenie pot avea dificultăți în a discerne realitatea de fantezie. Ele pot crede că cei din jur le citesc gândurile, planificând în secret să le facă rău. De asemenea, pot să audă, să vadă, să atingă sau să simtă lucruri care nu există. Alteori, pot avea dificultăți în a simți, a citi și a-și exprima emoțiile. Deoarece procesul lor de gândire este afectat, ele pot avea dificultăți de concentrare sau în luarea deciziilor. De asemenea, activitățile de care se bucurau înainte s-ar putea să nu le mai aducă plăcere.

Aceste simptome au un impact grav asupra activităților de zi cu zi și relațiilor lor.

Schizofrenia este mai puțin frecventă decât alte tulburări mintale și afectează un număr aproximativ de

24 MILIOANE

de persoane la nivel mondial sau

0,32%

din populația lumii. Schizofrenia apare în rate similare printre toate genurile, rasele, grupurile etnice și mediile economice.



Când apar simptomele?

Primele simptome ale schizofreniei apar de obicei la sfârșitul adolescenței pacientului și pe la vârsta de treizeci de ani. Bărbații și femeile au șanse egale de a dezvolta această tulburare.

La bărbați, simptomele tind să apară mai devreme, de la sfârșitul adolescenței la începutul vârstei adulte. Femeile au un risc mai mare de a prezenta simptome când sunt sub sau puțin peste **30** de ani. Această tulburare poate, de asemenea, apare la vârsta de **45-50** de ani.

Datorită spectrului larg de manifestări,

SCHIZOFRENIA ESTE UNA DINTRE CELE MAI COMPLEXE

TULBURĂRI MINTALE

Deși schizofrenia este o tulburare cronică, ea poate fi tratată cu medicamente.

Pe termen lung, viața persoanelor cu această afecțiune poate fi îmbunătățită substanțial prin psihoterapie și tratamente psihosociale.



Care sunt factorii de risc pentru schizofrenie?

Am aflat multe despre schizofrenie în ultimele decenii. Cu toate acestea, **ORIGINEA EXACTĂ A ACESTEI TULBURĂRI ESTE NECUNOSCUȚĂ.**

Cercetătorii cred că ar putea fi cauzată de o interacțiune între

GENE ȘI FACTORII DE MEDIU.

Genele joacă un rol foarte important în schizofrenie. Studiile sugerează că pot fi implicate multe gene diferite. Totodată, tulburarea nu este cauzată de o singură genă.

De asemenea, este clar că genele nu sunt cauza directă a schizofreniei. Mai degrabă, ele fac ca persoanele să fie vulnerabile la dezvoltarea acestei boli.

Există, de asemenea, dovezi privind predispoziția genetică. Faptul de a avea același ADN ca cineva cu schizofrenie crește probabilitatea de a o dezvolta. Dacă ruda respectivă este una apropiată, atunci riscul devine de **15** ori mai mare. Dacă acea rudă este un gemene identic, riscul crește cu în jur de **50%**.



Factorii de dezvoltare și de mediu includ sărăcia, stresul, virușii, toxinele, problemele nutriționale înainte de naștere, precum și complicațiile legate de sarcină și naștere. Faptul de a trăi într-o zonă cu o populație densă sau într-un context familial marcat de abuz și traumă, deficitul înalt de inteligență și confruntarea dureroasă cu hărțuirea pot reprezenta, de asemenea, factori de risc.



Adolescența este considerată un punct de cotitură în dezvoltarea schizofreniei. În această perioadă de dezvoltare a corpului, creierul trece printr-o serie de schimbări pe măsură ce se maturizează. În cazul unei persoane vulnerabile, aceste modificări pot declanșa episoade psihotice.



Abuzul de droguri este, de asemenea, considerat ca un agent de risc de dezvoltare a schizofreniei, în special în adolescență. Cannabisul, de exemplu, combinat cu alți factori de risc menționați mai sus, pare să fie direct implicat în dezvoltarea tulburării.



Cum influențează schizofrenia asupra creierului?

Schizofrenia are o gamă largă de simptome. Pentru a înțelege aceste simptome, trebuie mai întâi să vedem ce se întâmplă în creierul unei persoane cu această tulburare. Cercetările au arătat că celulele creierului persoanelor cu schizofrenie funcționează și comunică între ele în mod diferit.

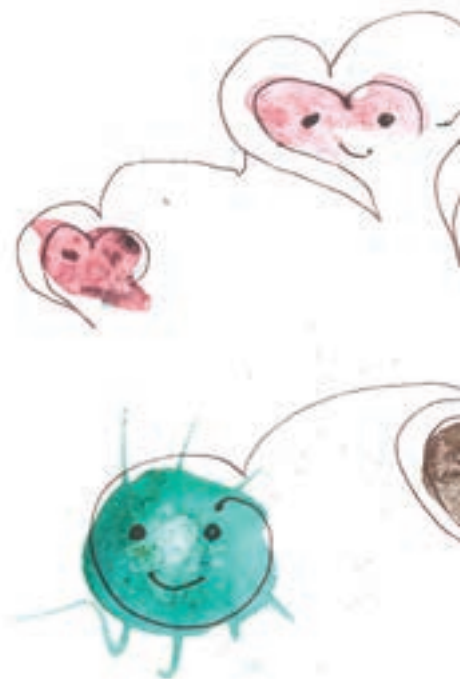
Rolul neurotransmițătorilor

Neurotransmițătorii sunt mesageri chimici care transportă informații între celulele creierului. Faptul de a avea prea mulți sau prea puțini mesageri de acest fel are un impact asupra modului în care funcționează creierul.

Unul dintre cei mai studiați neurotransmițători în schizofrenie este **DOPAMINA** 🖐️. Numit și neurotransmițătorul „care te face să te simți bine”, **DOPAMINA** joacă un rol important în gândire, percepție și motivație. În schizofrenie, prea multă **DOPAMINĂ** în unele părți ale creierului poate duce la halucinații sau delir. Pe de altă parte, prea puțină dopamină în alte părți ale creierului poate explica lipsa motivației și a energiei, care este tipică în schizofrenie.

Alți neurotransmițători, cum ar fi GABA, glutamatul și serotonina (numită și „substanța fericirii”) pot juca, de asemenea, un rol important.

Aceste modificări pot explica simptome precum tulburări de memorie, dificultate de a trece de la o sarcină la alta sau sentiment de distragere. Ele pot fi, de asemenea, cauza unor raționamente proaste sau a incapacității de a prevedea consecințele.



Rețeaua modului implicit

Unele zone din creierul nostru devin active atunci când lăsăm gândurile să curgă libere. Acest lucru ne permite să visăm cu ochii deschiși și să procesăm gândurile și amintirile. Oamenii de știință numesc acest lucru „modul implicit”, iar zonele implicate ale creierului - „rețeaua modului implicit”.

La persoanele cu schizofrenie aceste zone sunt aproape continuu într-o stare de suprasolicitare. Acest lucru face să le fie dificil să fie atente sau să-și amintească informații.



Simptomele pozitive



Care sunt simptomele schizofreniei?

Există mai multe categorii principale de simptome: pozitive, negative, cognitive și afective.

1. Simptomele pozitive

Simptomele pozitive (numite adesea „simptome psihotice”) sunt gânduri și comportamente care nu sunt prezente la oamenii sănătoși. Mai multe simptome pozitive pot fi prezente simultan. Acestea includ:

- **HALUCINAȚII:** a auzi, a vedea sau a simți lucruri care nu sunt de fapt reale și nu pot fi percepute de alții. Aceasta include a auzi sunete, muzică, șuierături sau voci, a vedea obiecte, flash-uri sau persoane, a simți texturi sau obiecte, gusturi sau mirosuri. Cele mai frecvente halucinații implică a auzi voci care comentează, de obicei sub formă de dialog, și care sunt de obicei critice sau amenințătoare. Aceste voci îi pot spune pacientului să facă anumite lucruri pe care nu le-ar face în alte situații.
- **DELIRURI:** convingeri false necorectabile care nu sunt împărtășite de alții și pot părea stranii. Persoanele cu schizofrenie cred adesea că sunt persecutate sau spionate.

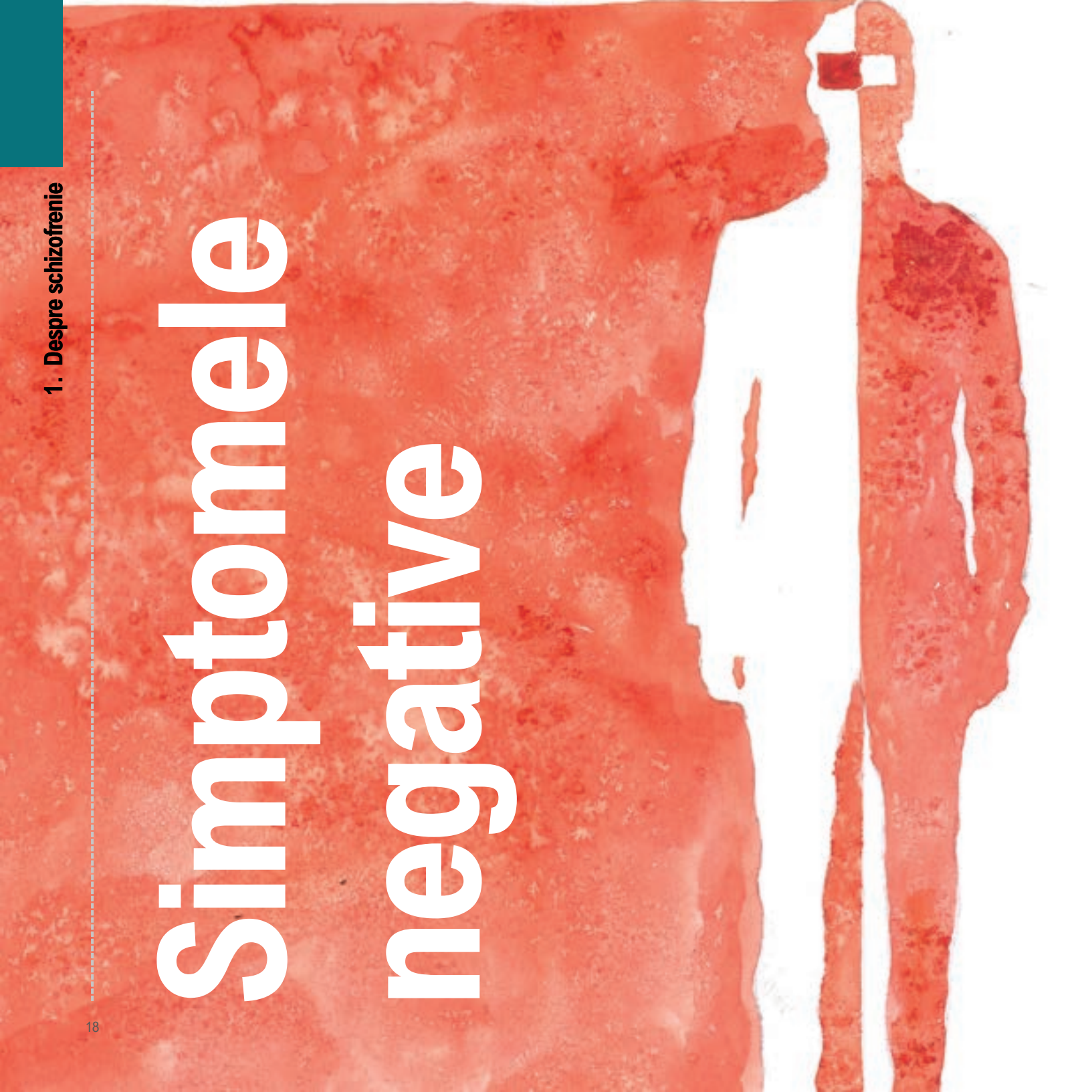
Alteori, cred că cei din jur le pot citi gândurile sau că au puteri sau abilități deosebite. Mai multe tipuri de deliruri se pot manifesta simultan.

- **GÂNDIRE ȘI VORBIRE DEZORGANIZATĂ:**

implică vorbire și gândire confuză și dezordonată. Pacienții se opresc adesea la mijlocul unei propoziții. De asemenea, pot combina cuvinte fără vreun sens logic, pot vorbi despre lucruri care nu sunt relevante pentru subiect sau sări de la o idee la alta. Astfel, vorbirea lor poate deveni greu de înțeles.

- **COMPORTAMENTE STRANII:** care se pot manifesta sub mai multe forme, de la stupidități copilărești până la agitație neașteptată. Alteori, pacientul poate lua o postură stranie sau poate face mișcare excesivă. De asemenea, poate manifesta rezistență la instrucțiuni sau o lipsă totală de reacție.

Simptomele negative



2. Simptomele negative

Simptomele negative cuprind gânduri și comportamente pe care schizofrenia le reduce sau le face să lipsească, cum ar fi motivația sau capacitatea de a exprima emoțiile. Acestea par să fie mai dificil de tratat în comparație cu cele pozitive.

Simptomele negative includ:

- **EXPRIMAREA REDUSĂ A EMOȚIILOR**

(numită și **"ȚOCIREA AFECTULUI"** sau **"APLATIZAREA AFECTIVĂ"** 🖐️): acest lucru afectează vorbirea, expresiile faciale și chiar mișcarea. Vorbirea persoanei devine aplatizată, cu o voce plictisitoare, monotonă. Fața sa nu manifestă nici o emoție și chiar poate evita contactul vizual.

- **ABILITATE REDUSĂ DE A VORBI**

(numită și **"alogie"**): vorbirea este redusă și devine foarte slabă. Răspunsurile pot fi întârziate, folosind propoziții scurte sau un singur cuvânt. Acest lucru creează impresia unei goliciuni interioare.

- **CAPACITATE REDUSĂ DE A SIMȚI PLĂCERE**

(numită și **"anhedonie"**): interes redus sau lipsa interesului pentru activități care înainte aduceau plăcere. Aceste activități includ ascultarea muzicii, grădinaritul sau chiar mâncatul. Sentimentele față de cei dragi pot fi și ele afectate.

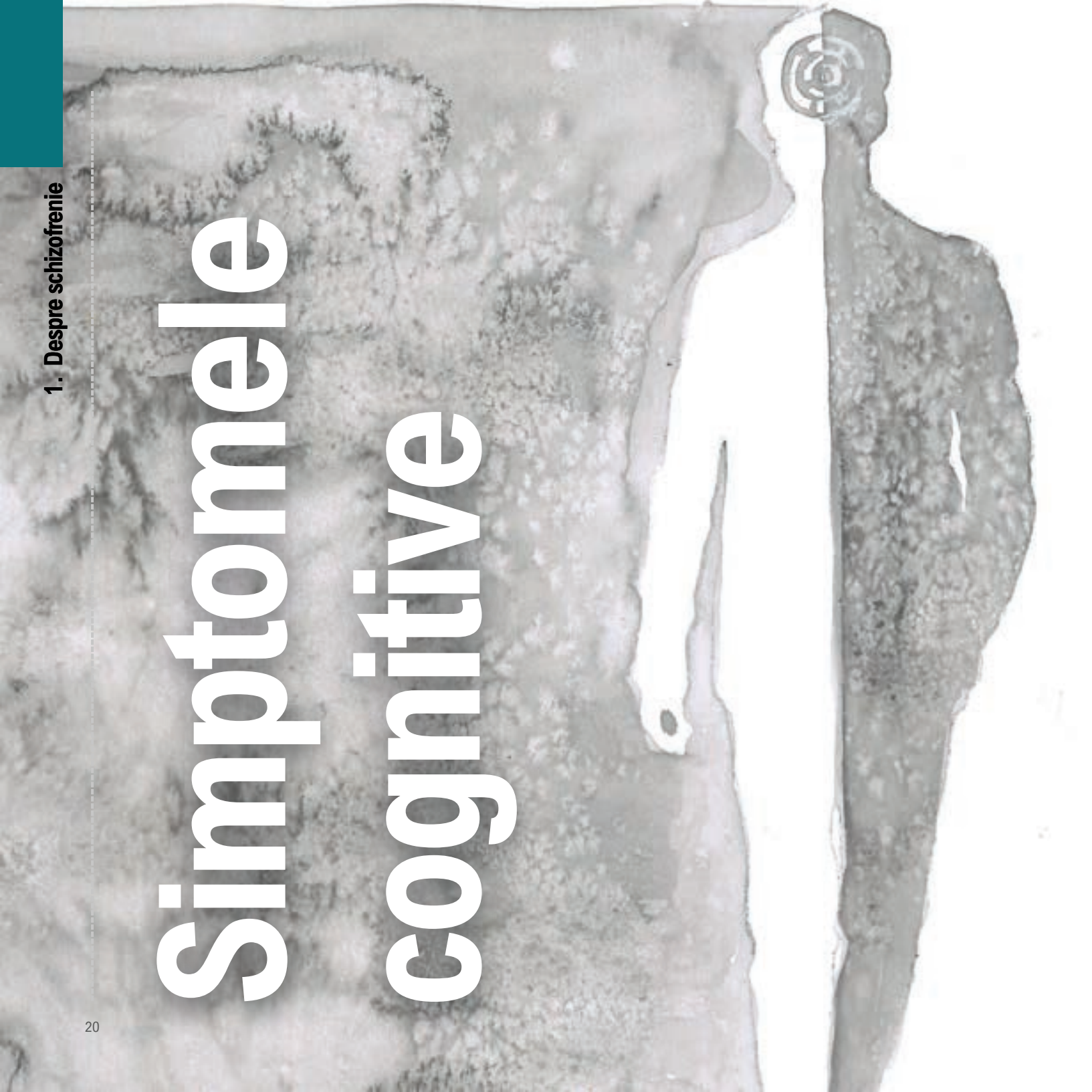
- **LIPSA MOTIVAȚIEI**

(numită și **"AVOLIȚIE"**): reducerea considerabilă a sentimentului de motivare și scop. De asemenea, se manifestă ca lipsa capacității de a îndeplini planurile. Este important de reținut că aceste manifestări sunt cauzate de boală și nu de lipsa voinței.

- **RETRAGEREA SOCIALĂ**

(sau **"ASOCIALITATEA"**) un interes scăzut pentru stabilirea relațiilor apropiate cu alte persoane. Acest lucru duce la o reducere semnificativă a interacțiunilor sociale.

Simptomele cognitive



3. Simptomele cognitive

Simptomele cognitive afectează gândirea și dispoziția și duc la înrăutățirea rezultatelor la școală și la locul de muncă. Ele apar de obicei înaintea simptomelor pozitive și sunt de multe ori prezente chiar și după ce s-au diminuat cele pozitive.

Simptomele cognitive includ probleme de

ATENȚIE, CONCENTRARE ȘI MEMORIE.

Persoanele cu schizofrenie au dificultăți în a învăța lucruri noi sau în procesarea informațiilor pentru a lua decizii. De asemenea, pot avea probleme de concentrare și de atenție, deseori din cauza halucinațiilor. Pentru că nu pot reacționa corect în raport cu alte persoane, ele adesea comunică cât mai puțin posibil.

Simptomele cognitive fac mai dificilă efectuarea activităților de zi cu zi. În consecință, acesta poate fi unul dintre cele mai demoralizante aspecte ale schizofreniei.

În multe cazuri, persoanele cu schizofrenie nu sunt conștiente că suferă de această tulburare. Această lipsă de conștientizare, numită și „anosognozie”, poate face ca tratamentul și îngrijirea lor să fie mult mai dificile.

4. Simptomele afective

Pe lângă tipurile de simptome menționate mai sus, persoanele cu schizofrenie prezintă frecvent simptome afective, precum depresia și anxietatea. Depresia poate fi prezentă la până la **80%** din persoanele cu schizofrenie și poate avea o gamă largă de consecințe negative: sporește riscul de recidivă și duce la o funcționare socială mai proastă, precum și la o calitate mai slabă a vieții. Depresia crește, de asemenea, riscul de suicid: aproape două treimi dintre persoanele cu schizofrenie care își iau viața fac acest lucru în perioada când au simptome depresive. Aproximativ jumătate dintre persoanele cu schizofrenie au gânduri suicidare și probleme de dispoziție, fie ca simptom al bolii, fie din cauza stresului și a problemelor sociale cauzate de schizofrenie. Mai mult ca atât, în jur de **30%** au simptome obsesiv-compulsive, manifestate ca gânduri recurente, intruzive și nedorite care provoacă stres considerabil și depresie.

Schizofrenia se manifestă în trei faze

Evoluția schizofreniei depinde de mai mulți factori: când încep simptomele, cât de severe sunt și cât durează. Simptomele precoc apar adesea progresiv și devin mai severe și mai evidente în timp.

Persoanele pot trece prin perioade de agravare a simptomelor și de îmbunătățire a simptomelor. Perioadele de agravare a simptomelor sunt cunoscute sub denumirea de recădere sau recidivă. Prin utilizarea tratamentului, majoritatea acestor simptome pot scădea sau dispărea (în special cele pozitive). Remisiunea este o perioadă fără simptome sau doar cu simptome ușoare.

Deși cursul bolii variază de la o persoană la alta, poate fi împărțit în trei faze distincte:

PRODROMALĂ,
ACTIVĂ și
REZIDUALĂ.

1. Faza prodromală

Prodromal înseamnă "înainte de boală". În această fază, care poate dura **2-5 ani**, persoanele trec prin schimbări care devin vizibile pentru familie și prietenii apropiați.



Aceste schimbări includ probleme de memorie și concentrare sau comportament și idei neobișnuite. De asemenea, pot prezenta o comunicare dezorganizată și un interes redus pentru activitățile zilnice. La adolescenți, aceste schimbări sunt adesea trecute cu vederea, deoarece sunt considerate ca fiind normale pentru această perioadă. Privind în urmă, aceste simptome sunt mai ușor de interpretat ca semne de avertizare. Cu toate acestea, la momentul respectiv, ar fi fost extrem de greu să le distingi de semnele obișnuite ale pubertății.

2. Faza activă

Această fază se caracterizează prin apariția simptomelor psihotice, precum halucinațiile, delirul și/sau gândirea și vorbirea dezorganizată, dar și depresia sau afectul aplatizat. Prezența acestor simptome se numește „psihoză”, iar perioada de manifestare se numește „episod psihotic”.



Simptomele pot apărea treptat sau brusc. În cele mai multe cazuri, cauza rămâne necunoscută. Oamenii de știință cred că prima apariție a simptomelor psihotice (numite și „primul episod psihotic”) poate fi cauzată de stres. Pacienții și membrii familiei lor de obicei solicită ajutor profesional la această fază.

3. Faza reziduală

Aceasta reprezintă perioada de **6-18 luni** care urmează după faza activă. În această fază, multe dintre simptomele psihotice caracteristice se diminuează. Totodată, pot rămâne unele simptome reziduale, cum ar fi halucinațiile sau deficiențele funcționale. Simptomele pozitive pot fi, de asemenea, înlocuite cu simptome negative, de exemplu, lipsa de energie și retragerea din societate. În multe cazuri, pacienții încep să-și recunoască simptomele în această perioadă și încep să învețe cum să le gestioneze.



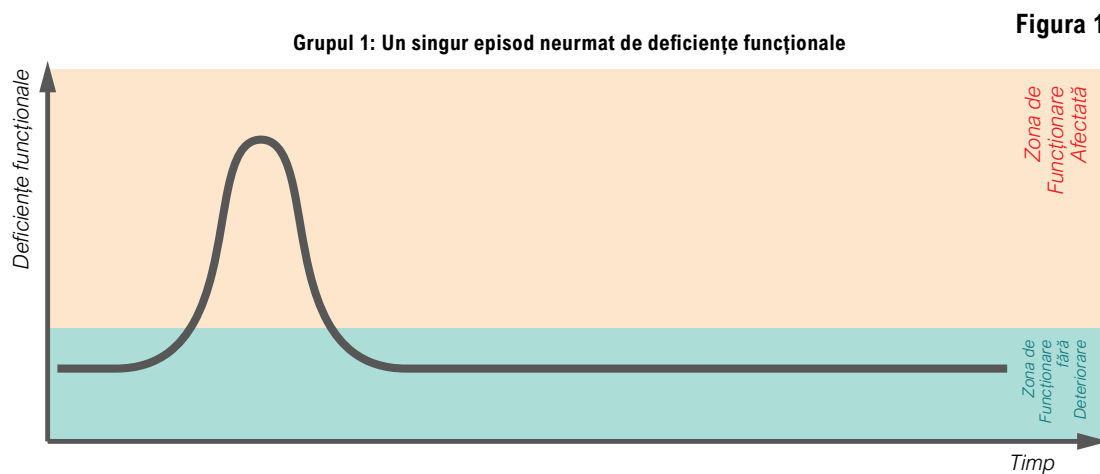


Cum progresează schizofrenia?

Deși boala afectează fiecare pacient în mod diferit, conform cercetărilor în acest domeniu, cursul bolii de obicei urmează una dintre formele tipice ilustrate în următoarele patru reprezentări schematice ale cursului posibil al schizofreniei și al impactului acesteia asupra funcționării normale a pacienților.

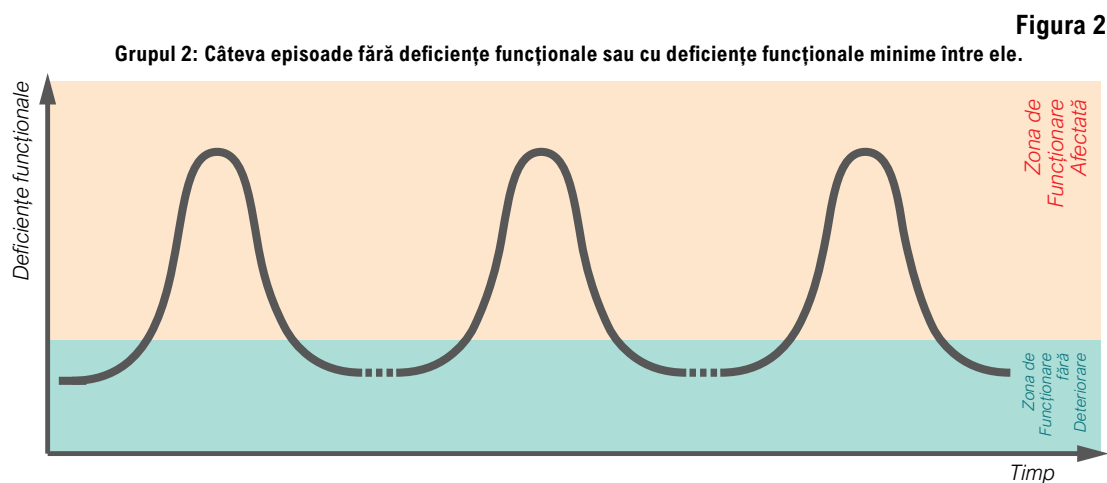
După cum arată Figura 1 de mai jos, după un prim episod acut cu simptome psihotice, **22%** din cei afectați pot ajunge la remisiune, fără recidivă sau

deteriorare funcțională în viitor.



Cercetările arată că în 35% din cazuri boala progresează într-un mod episodic, cu câteva episoade psihotice în anii următori, după cum se arată în Figura 2 de mai jos.

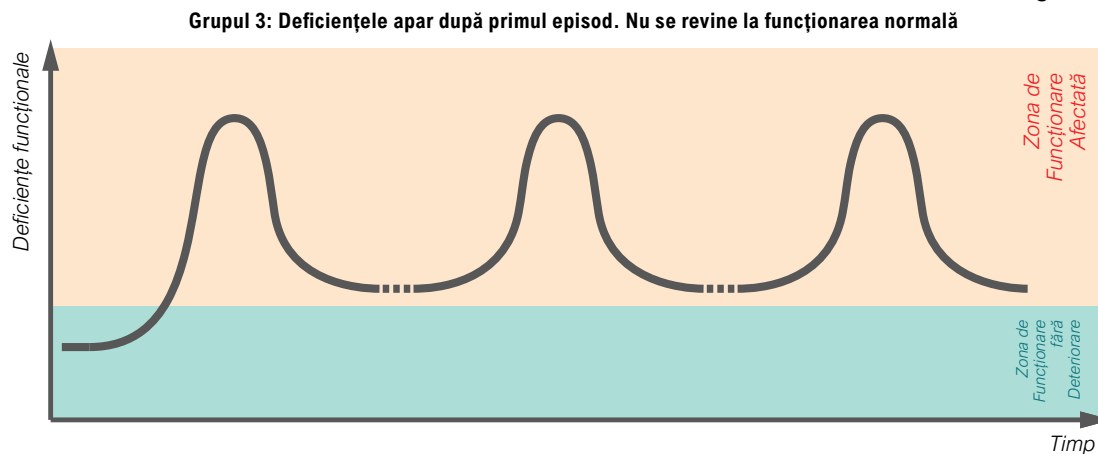
Aceste episoade sunt adesea declanșate de nivelul ridicat de stres. În unele cazuri, are loc o remisiune completă între episoade, cu redobândirea funcționalității.



La aproape **8%** dintre cei afectați are loc remisiunea parțială, cu simptome diminuate, dar persistente, după cum arată Figura 3.

Acestea pot include simptome psihotice, simptome negative, dereglări cognitive și pierderea funcționării normale.

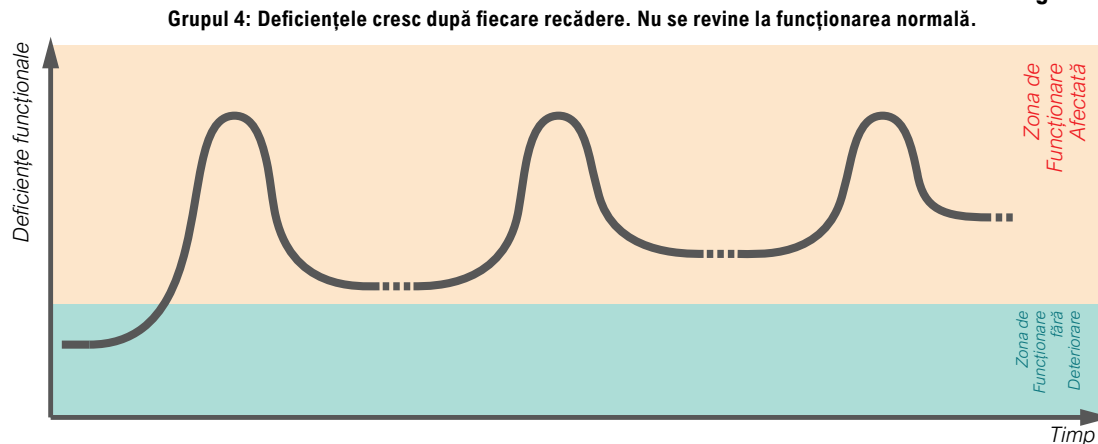
Figura 3



În alte aproximativ **35%** de cazuri, boala se agravează progresiv și episoadele nu pot fi identificate separat.

Pentru o reprezentare vizuală, consultați Figura 4 de mai jos.

Figura 4



Notă importantă!

SIMPTOMELE SCHIZOFRENIEI POT FI BINE CONTROLATE

**prin tratament, iar cei afectați pot duce o viață împlinită
și plină de sens.**

**În calitate de îngrijitor, grija și suportul pe care-l oferiți
pot fi esențiale pentru a ajuta persoana dragă
să-și trăiască viața din plin.**

Referințe

1. World Health Organization. (www.who.int) Webpage: Schizophrenia. 2022.
2. Lewis SW, Buchanan RW. Fast Facts: Schizophrenia, Fourth Edition. Health Press; 2015.
3. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018 Nov 10; 392 (10159):1789-858.
4. Gaebel W, Wblwer W. Themenheft 50 "Schizophrenie." Robert Koch-Institut; 2010.
5. Lindamer LA, Lohr JB, Harris MJ, McAdams LA, Jeste DV. Gender-related clinical differences in older patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 1999 Jan; 60 (1):61-7; quiz 68-9.
6. Roberts LW, Hales RE, Yudofsky SC. The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychiatry. Seventh Edition. American Psychiatric Association Publishing; 2019.
7. National Institute of Mental Health. Schizophrenia [Internet]. [cited 2020 Oct 4]. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml#part_145430
8. Gaebel W, Hasan A, Falkai P. S3-Leitlinie Schizophrenie. Berlin: Springer-Verlag; 2019.
9. Cunningham T, Hoy K, Shannon C. Does childhood bullying lead to the development of psychotic symptoms? A meta-analysis and review of prospective studies. *Psychosis*. 2016 Jan 2;8 (1):48-59
10. Schizophrenia - Mental Health Disorders [Internet]. Merck Manuals Consumer Version. [cited 2020 Oct 4]. Available from: <https://www.merckmanuals.com/home/mental-health-disorders/schizophrenia-and-related-disorders/schizophrenia>
11. Ernest, D., Vuksic, O, Smith-Shepard, A., Webb, E. Schizophrenia. An information guide. Canada. Library and Archives Canada Cataloguing in Publication; 2017.
12. Conley RR, Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries D, Kinan BJ. The Burden of Depressive Symptoms in the Long-Term Treatment of Patients With Schizophrenia. *Schizophr Res*. 2007 February; 90(1-3): 186-197
13. Harkavy-Friedman J. Risk Factors for Suicide in Patients With Schizophrenia [Internet]. *Psychiatric Times*. [cited 2021 Jun 16]. Available from: <https://www.psychiatrictimes.com/view/risk-factors-suicide-patients-schizophrenia>
14. Tezenas du Montcel C, Pelissolo A, Schurhoff F, Pignon B. Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia: an Up-To-Date Review of Literature. *Curr Psychiatry Rep*. 2019 Jul 1;21 (8):64.
15. Corcoran C, Walker E, Huot R, Mittal V, Tessner K, Kestler L, et al. The stress cascade and schizophrenia: etiology and onset. *Schizophr Bull*. 2003;29 (4):671-92.

16. American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Third Edition. American Psychiatric Association Publishing; 2020.
17. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. Aust N Z J Psychiatry. 2003 Oct;37 (5):586-94.
18. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. Am J Psychiatry. 2005 Mar; 162(3):441-9.
19. Bauml J. Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis: Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2013.
20. Schizophrenia.com. Schizophrenia Facts and Statistics. (<http://schizophrenia.com/szfacts.htm>)

