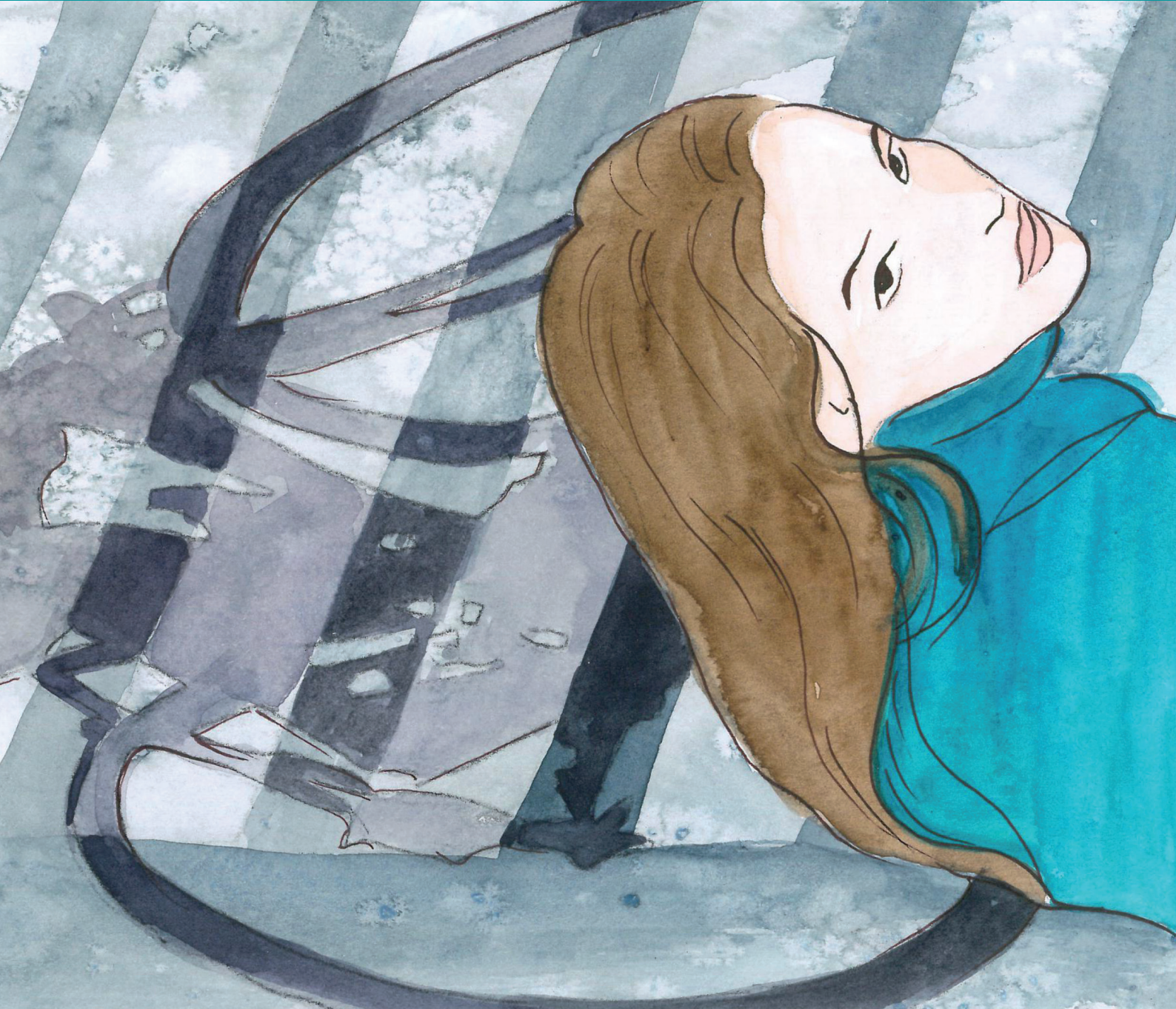


1. Perspective asupra schizofreniei



Ce este schizofrenia?

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

JUDECĂ, PERCEPE ȘI SE COMPORTĂ

Persoanele care suferă de schizofrenie experimentează perturbări în felul în care percep lumea și în modul în care se exprimă. Ele par adesea să fi pierdut contactul cu realitatea, ceea ce poate cauza suferință semnificativă atât pentru ele, cât și pentru membrii familiei și prietenii lor.



Persoanele care trăiesc cu schizofrenie pot avea dificultăți în diferențierea realității de fantezie. Pot avea convingerea că alții le citesc gândurile sau complo-tează în secret împotriva lor. De asemenea, pot auzi, vedea, simți sau atinge lucruri care nu există. Alteori, pot avea dificultăți în a simți, interpreta și exprima emoțiile. Pe măsură ce gândirea lor este afectată, pot întâmpina probleme de concentrare sau de luare a deciziilor. De asemenea, activitățile care altădată le aduceau plăcere nu le mai oferă satisfacție.

Aceste simptome au un impact serios asupra activităților zilnice și a relațiilor lor.

Schizofrenia este mai puțin frecventă în comparație cu alte tulburări mintale, afectând aproximativ

24 DE MILIOANE

de oameni din întreaga lume, adică

0,32%

din populația globală. Schizofrenia apare în proporții similare la toate genurile, rasele, grupurile etnice și categoriile economice.

Când apar simptomele?

Primele simptome ale schizofreniei apar de obicei în perioada adolescenței târzii și până la începutul vârstei de 30 de ani. Atât bărbații, cât și femeile au șanse egale de a dezvolta această tulburare.

În cazul bărbaților, simptomele tind să apară mai devreme, începând din adolescența târzie și până la începutul maturității. Femeile prezintă un risc mai mare de a experimenta simptome în perioada de la sfârșitul vârstei de **20 de ani** până la începutul vârstei de **30 de ani**. De asemenea, această tulburare poate debuta în jurul vârstei de **45-50 de ani**.

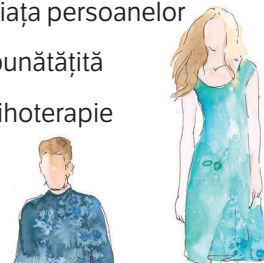
Datorită gamelor largi de manifestări,

SCHIZOFRENIA ESTE UNA DINTRE CELE MAI



COMPLEXE TULBURĂRI MINTALE

Chiar dacă schizofrenia este o tulburare cronică, poate fi tratată cu ajutorul medicației. Pe termen lung, viața persoanelor afectate poate fi îmbunătățită considerabil prin psihoterapie și tratamente psiho-sociale.



Care sunt factorii de risc pentru schizofrenie?

În ultimele decenii, s-au făcut progrese semnificative în înțelegerea schizofreniei. Cu toate acestea,

ORIGINEA EXACTĂ A ACESTEI TULBURĂRI ESTE NECUNOSCUTĂ.

Cercetătorii consideră că schizofrenia ar putea fi cauzată de interacțiunea dintre

FACTORII GENETICI ȘI FACTORII DE MEDIU.

Genele joacă un rol extrem de important în dezvoltarea schizofreniei. Studiile sugerează că pot fi implicate mai multe gene diferite. Cu toate acestea, niciun singur gen nu este responsabil pentru apariția acestei tulburări. Este clar, însă, că genele nu sunt cauza directă a schizofreniei. Mai degrabă, acestea contribuie la vulnerabilitatea individului față de această boală.

Există, de asemenea, dovezi privind predispoziția genetică. Împărtășirea aceluiași gene cu o persoană diagnosticată cu schizofrenie crește probabilitatea



de a dezvolta boala. Dacă acea persoană este o rudă apropiată, riscul devine de **15** ori mai mare. Dar dacă ruda respectivă este un geamăn identic, riscul crește până la aproximativ **50%**.

Factorii de dezvoltare și factorii de mediu includ sărăcia, stresul, virusurile, toxinele, problemele nutriționale din perioada prenatală, precum și complicațiile din timpul sarcinii și nașterii. Locuirea într-o zonă dens populată sau proveniența dintr-un mediu famili-



al marcat de abuz și traumă, un coeficient de inteligență ridicat asociat cu deficite cognitive, precum și experiențele stresante cauzate de bullying pot reprezenta, de asemenea, factori de risc.

Adolescența este considerată un punct de cotitură în dezvoltarea schizofreniei. În această etapă a dezvoltării corpului, creierul trece prin

tr-o serie de schimbări pe măsură ce se maturizează. La o persoană vulnerabilă, aceste schimbări pot declanșa episoade psihotice.



Consumul de droguri este, de asemenea, considerat un factor de risc în dezvoltarea schizofreniei, în special în adolescență. Cannabisul, de exemplu, combinat cu alți factori de risc menționați anterior, pare să fie direct implicat în apariția acestei tulburări.



Cum influențează schizofrenia creierul?

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

Rolul neurotransmițătorilor

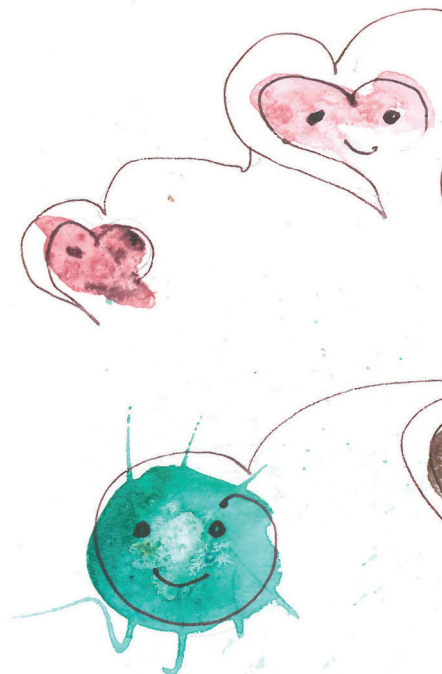
Neurotransmițătorii sunt substanțe chimice care transmit informații între celulele creierului. Un exces sau un deficit al acestor mesageri chimici poate influența modul în care funcționează creierul.

Unul dintre cei mai studiați neurotransmițători în schizofrenie este **DOPAMINA** 🖐️. Numită și „neurotransmițătorul plăcerii”, **DOPAMINA** joacă un rol important în gândire, percepție și motivație. În schizofrenie, un exces de **DOPAMINĂ** în anumite regiuni ale creierului poate duce la apariția halucinațiilor sau a delirurilor. Pe de altă parte, un nivel prea scăzut de

DOPAMINĂ în alte zone ale creierului poate explica lipsa de motivație și energie, caracteristică acestei tulburări.

Alți neurotransmițători, precum GABA 🖐️, glutamatul 🖐️ și serotonina 🖐️ (numită și „hormonul fericii”) pot juca, de asemenea, un rol important.

Aceste modificări pot explica simptome precum deficiențe de memorie, dificultăți în schimbarea activităților sau tendința de a fi distras. De asemenea, pot fi cauza luării unor decizii greșite sau a dificultății de a anticipa consecințele acțiunilor.



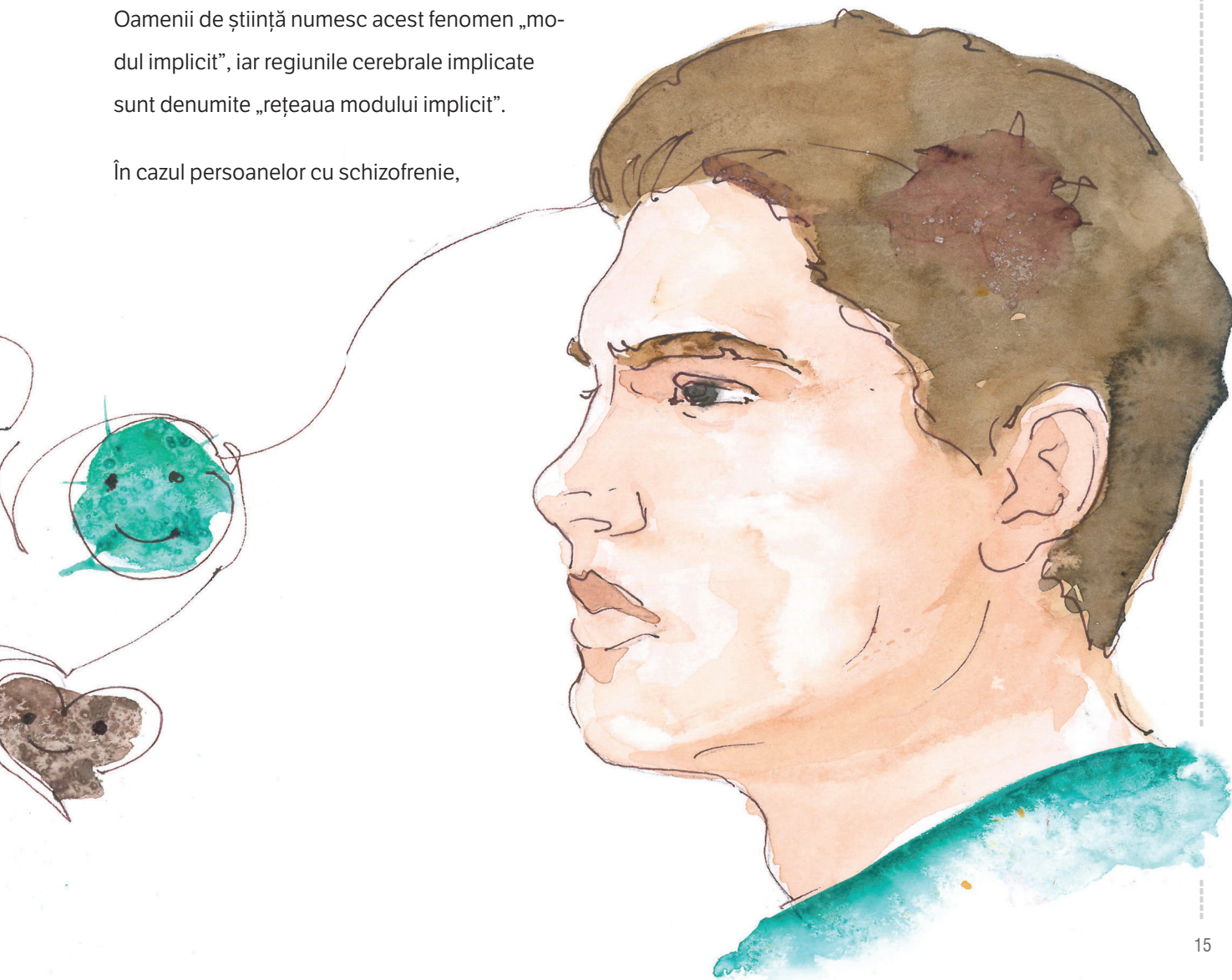
Rețeaua modului implicit

Există anumite zone ale creierului care devin active atunci când lăsăm gândurile să circule liber. Această activitate ne permite să visăm cu ochii deschiși și să procesăm gânduri și amintiri. Oamenii de știință numesc acest fenomen „modul implicit”, iar regiunile cerebrale implicate sunt denumite „rețeaua modului implicit”.

În cazul persoanelor cu schizofrenie,

**ACESTE ZONE SUNT APROAPE
ÎN MOD CONSTANT ÎNTR-O
STARE DE SUPRAACTIVITATE.**

Acest lucru le face dificilă menținerea atenției sau reținerea informațiilor.



Simptome pozitive



Care sunt simptomele schizofreniei?

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

1. Simptome pozitive

Simptomele pozitive (denumite adesea „simptome psihotice”) sunt gânduri și comportamente care nu sunt prezente la persoanele sănătoase. Mai multe simptome pozitive pot apărea simultan. Acestea includ:

- **HALUCINAȚII** perceperea unor sunete, imagini sau senzații care nu sunt reale și nu pot fi percepute de ceilalți. Halucinațiile pot include auzirea unor sunete, muzică, șoapte sau voci, vederea unor obiecte, lumini sau persoane, senzația unor texturi sau obiecte, gustarea sau mirosirea unor lucruri inexistente. Cele mai frecvente halucinații implică auzirea unor voci care comentează, adesea ca un dialog. Aceste voci sunt de obicei critice sau amenințătoare și pot chiar îndemna pacientul să facă lucruri pe care altfel nu le-ar face.

- **DELIR**: convingeri false, inamovibile, care nu sunt împărtășite de alți oameni și pot părea bizare. Persoanele cu schizofrenie cred adesea că sunt persecutate sau spionate. Alteori, pot avea convingerea că ceilalți le citesc gândurile sau că dețin puteri sau abilități speciale. Mai multe tipuri de delir pot apărea simultan.

- **GÂNDIRE ȘI VORBIRE DEZORGANIZATĂ**: manifestată printr-un discurs confuz și dezordonat. Pacienții pot opri brusc propozițiile la jumătate sau pot asocia cuvinte fără o logică clară. De asemenea, pot vorbi despre lucruri irelevante pentru subiectul discutat sau sări brusc de la o idee la alta, ceea ce face ca discursul lor să devină greu de înțeles.

- **COMPORTAMENTE BIZARE** care pot lua diverse forme, de la copilărie exagerată până la agitație neașteptată. Alteori, pacientul poate adopta posturi ciudate, poate avea mișcări exagerate, poate refuza să urmeze instrucțiuni sau, dimpotrivă, poate manifesta o lipsă totală de reacție.

Simptome negative



2. Simptome negative

Simptomele negative includ gânduri și comportamente pe care schizofrenia le diminuează sau le face absente, cum ar fi motivația sau capacitatea de a exprima emoții. Acestea sunt mai dificil de tratat comparativ cu simptomele pozitive.

Simptomele negative includ:

- **REDUCEREA EXPRIMĂRII EMOȚIILOR**

(denumită și „**APECT PLAT**” 🖐️):

afectează vorbirea, expresiile faciale și chiar mișcărilor. Persoana vorbește fără intonație, cu o voce monotonă. Fața nu exprimă emoții, iar contactul vizual este evitat.

- **REDUCEREA CAPACITĂȚII DE A VORBI**

(denumită și „**ALOGIE**”): discursul este redus și sărăcăcios. Răspunsurile pot fi întârziate, formate din fraze scurte sau un singur cuvânt, ceea ce poate da impresia unui vid interior.

- **REDUCEREA CAPACITĂȚII DE A SIMȚI PLĂCERE**

(denumită și „**ANHEDONIE**”):

interes scăzut sau inexistent pentru activități care înainte ofereau bucurie, cum ar fi ascultatul muzicii, grădinaritul sau chiar mâncatul. Sentimentele față de persoanele dragi pot fi, de asemenea, afectate.

- **LIPSA MOTIVAȚIEI**

(denumită și „**AVOLIȚIE**”): o

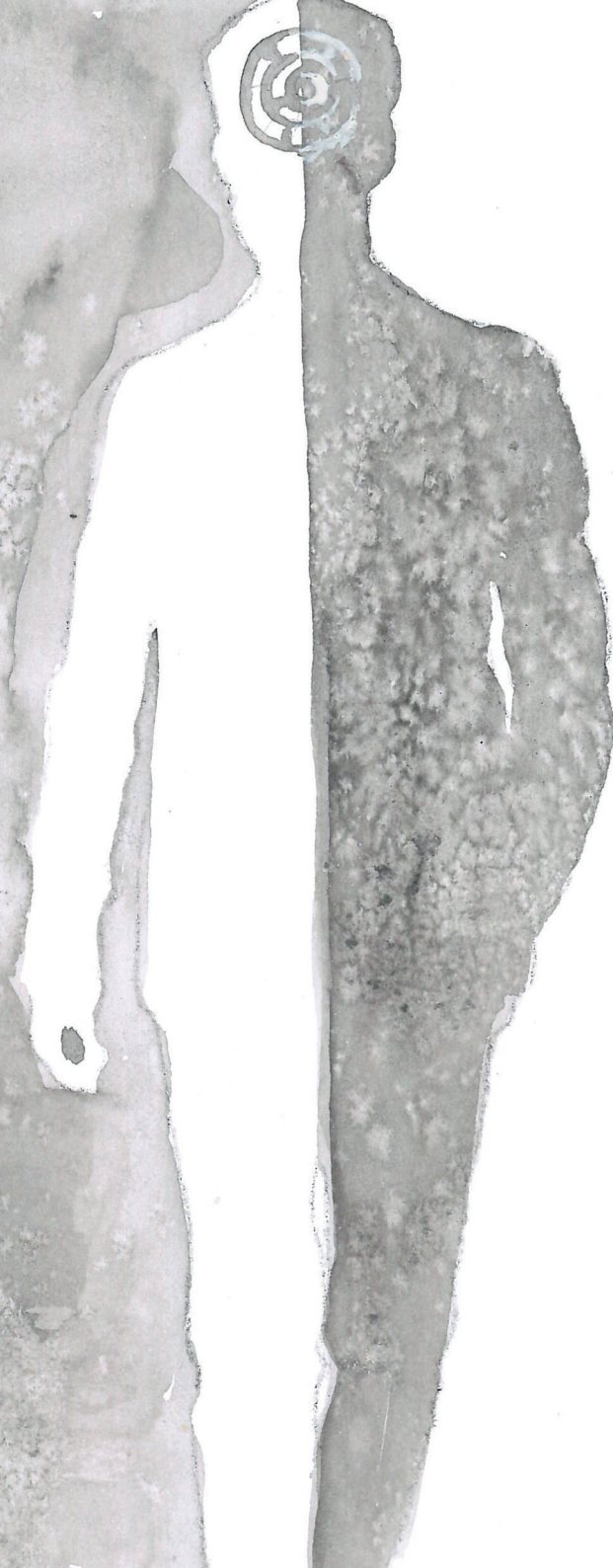
scădere semnificativă a simțului scopului și inițiativei. Se manifestă și prin dificultăți în urmărirea unor planuri. Este important de menționat că aceste manifestări sunt cauzate de boală și nu de lipsa voinței.

- **IZOLARE SOCIALĂ**

(denumită și „**ASOCIALITATE**”):

scăderea interesului pentru formarea de relații apropiate. Aceasta duce la o reducere semnificativă a interacțiunilor sociale.

Simptome cognitive



3. Simptome cognitive

Simptomele cognitive afectează gândirea și starea de spirit, conducând la scăderea performanțelor școlare și profesionale. Aceste simptome apar înaintea simptomelor pozitive și persistă chiar și după diminuarea acestora.

Simptomele cognitive includ probleme legate de

ATENȚIE,
CONCENTRARE și
MEMORIE. Persoanele cu schizofrenie

au dificultăți în învățarea de lucruri noi sau în procesarea informațiilor pentru luarea deciziilor.

De asemenea, pot avea probleme de focalizare și atenție, adesea din cauza halucinațiilor.

Deoarece nu pot răspunde adecvat celorlalți, tind să comunice cât mai puțin posibil.

Simptomele cognitive îngreunează desfășurarea activităților zilnice, fiind astfel unele dintre cele mai debilitante aspecte ale schizofreniei.

De multe ori, persoanele cu schizofrenie nu își dau seama că suferă de această boală. Această lipsă de conștientizare, denumită și „anosognozie”, poate face tratamentul și îngrijirea mult mai dificile.

4. Simptome afective

Pe lângă simptomele menționate anterior, persoanele cu schizofrenie manifestă simptome afective, cum ar fi depresia și anxietatea.

Depresia este prezentă la până la **80%** dintre persoanele cu schizofrenie, având numeroase consecințe negative: crește riscul de recădere, afectează funcționarea socială și diminuează calitatea vieții. Depresia crește, de asemenea, riscul de suicid: aproape două treimi dintre persoanele cu schizofrenie care își iau viața o fac în timpul unui episod depresiv. Aproximativ jumătate dintre persoanele cu schizofrenie au gânduri suicidare și probleme de dispoziție, fie ca simptom al bolii, fie din cauza stresului și dificultăților sociale asociate schizofreniei. În plus, aproximativ **30%** dintre pacienți prezintă simptome obsesiv-compulsive, manifestate prin gânduri recurente, intruzive și nedorite, care cauzează stres semnificativ și depresie.

Schizofrenia se manifestă în trei faze

Evoluția schizofreniei depinde de mai mulți factori: momentul apariției simptomelor, severitatea acestora și durata lor. De obicei, simptomele inițiale apar treptat și devin mai severe și mai evidente în timp.

Persoanele cu schizofrenie pot avea perioade de agravare și perioade de ameliorare a simptomelor. Perioadele de agravare sunt cunoscute sub numele de episoade acute sau recăderi. Prin tratament, majoritatea simptomelor pot scădea în intensitate sau chiar dispărea (în special cele pozitive). Remisiunea se referă la o perioadă în care simptomele sunt absente sau foarte ușoare.

Deși evoluția bolii variază de la o persoană la alta, schizofrenia poate fi împărțită în trei faze distincte:

PRODROMALĂ,
ACTIVĂ și
REZIDUALĂ.

1. Faza prodromală

Termenul „prodromal” înseamnă „înaintea bolii”. În această fază, care poate dura între **2 și 5 ani**, apar modificări care devin vizibile pentru familie și apropiați. Aceste schimbări includ: probleme de memorie și concentrare, comportamente și



idei neobișnuite, comunicare dezorganizată, scăderea interesului pentru activitățile zilnice. La adolescenți, aceste simptome sunt adesea trecute cu vederea, deoarece sunt considerate normale pentru această etapă a vieții. Privind retrospectiv, aceste semne timpurii sunt mai ușor de identificat ca avertismente. Totuși, la momentul apariției lor, ar fi fost extrem de dificil de disting de manifestările obișnuite ale pubertății.

2. Faza activă

Această fază se caracterizează prin apariția simptomelor psihotice, cum ar fi: halucinații, delir, gândire și vorbire dezorganizată, depresie sau afect plat. Prezența acestor simptome este cunoscută sub denumirea de „psihoză”, iar perioada în care acestea se manifestă este numită „episod psihotic”. Simptomele pot apărea gradual sau brusc, iar în cele mai multe cazuri, cauza rămâne necunoscută. Oamenii de știință consideră că



prima apariție a simptomelor psihotice (numită și „prima criză”) poate fi declanșată de stres. În această fază, pacienții și familiile lor solicită de obicei ajutor medical de specialitate.

3. Faza reziduală

Această fază se întinde pe o perioadă de **6–18 luni** luni după faza activă. În acest interval, multe dintre simptomele psihotice se diminuează. Totuși, anumite simptome reziduale pot persista, cum ar fi: halucinațiile, dificultățile de funcționare în viața de zi cu zi. Simptomele pozitive pot fi înlocuite de simptome negative, cum ar fi: lipsa energiei, retragerea din societate. În multe cazuri, pacienții încep să conștientizeze simptomele și să învețe cum să le gestioneze.





Cum evoluează schizofrenia?

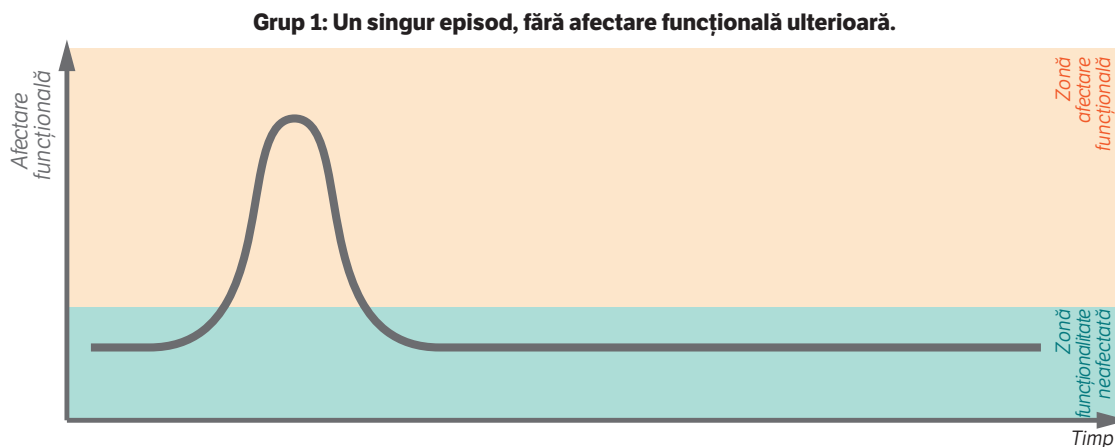
Deși boala afectează fiecare pacient în mod diferit, cercetările din domeniu sugerează că evoluția schizofreniei urmează de obicei unul dintre modelele tipice.

Acestea sunt ilustrate în următoarele patru reprezentări schematice, care descriu posibilele traiectorii ale bolii și impactul acesteia asupra funcționării normale a pacienților.

Așa cum este ilustrat în Figura 1 de mai jos, după un prim episod acut cu simptome psihotice, **22%** dintre persoanele afectate pot experimenta

remisiune, fără recurență sau afectare funcțională în viitor.

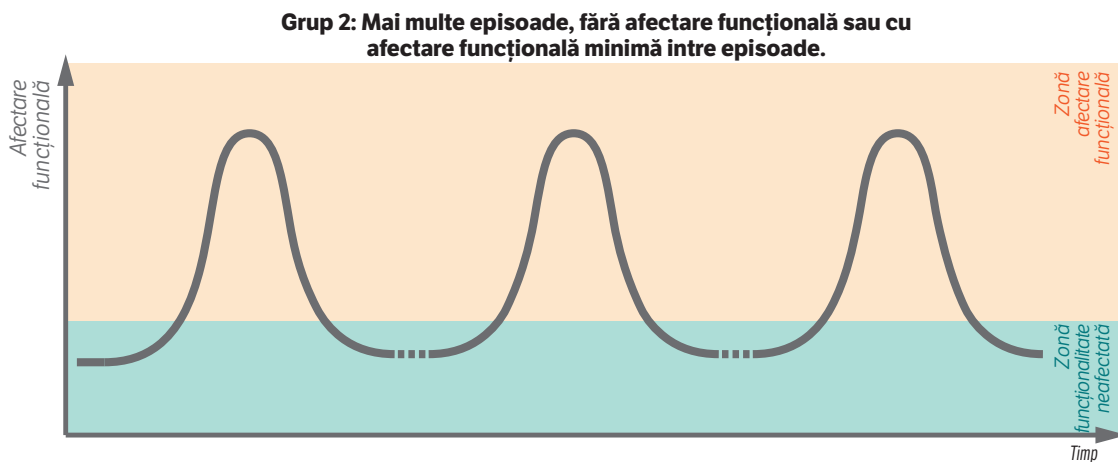
Figura 1.



Cercetările arată că, în **35%** dintre cazuri, boala evoluează într-un mod episodic, cu mai multe episoade psihotice în anii următori, așa cum este ilustrat în Figura 2 de mai jos. Aceste episoade

sunt adesea declanșate de niveluri crescute de stres. În unele cazuri, între episoade are loc o remisiune completă, cu recuperarea funcționalității.

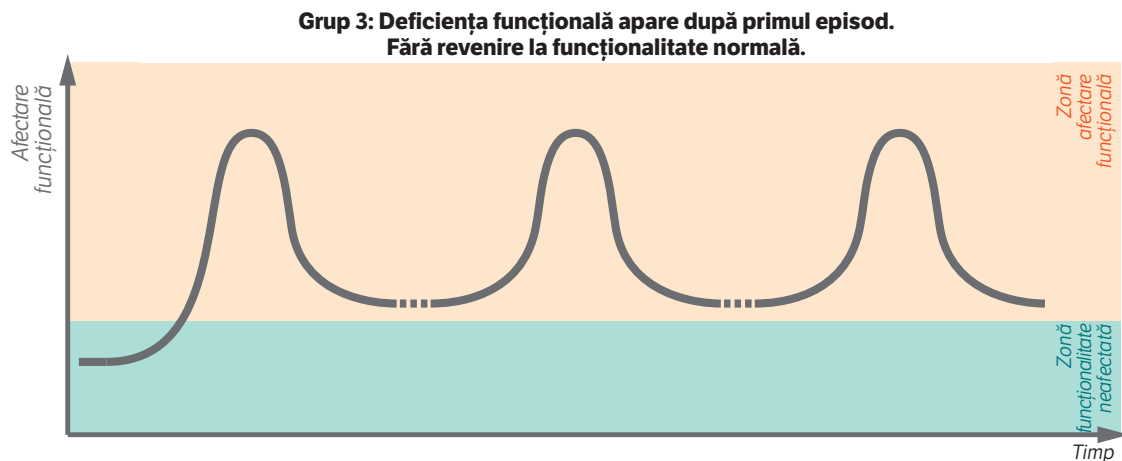
Figura 2.



La aproximativ **8%** dintre cei afectați, există o remisiune parțială, cu simptome diminuate, dar persistente, așa cum arată Figura 3. Acestea pot

include simptome psihotice, simptome negative, tulburări cognitive și pierderea funcționării normale.

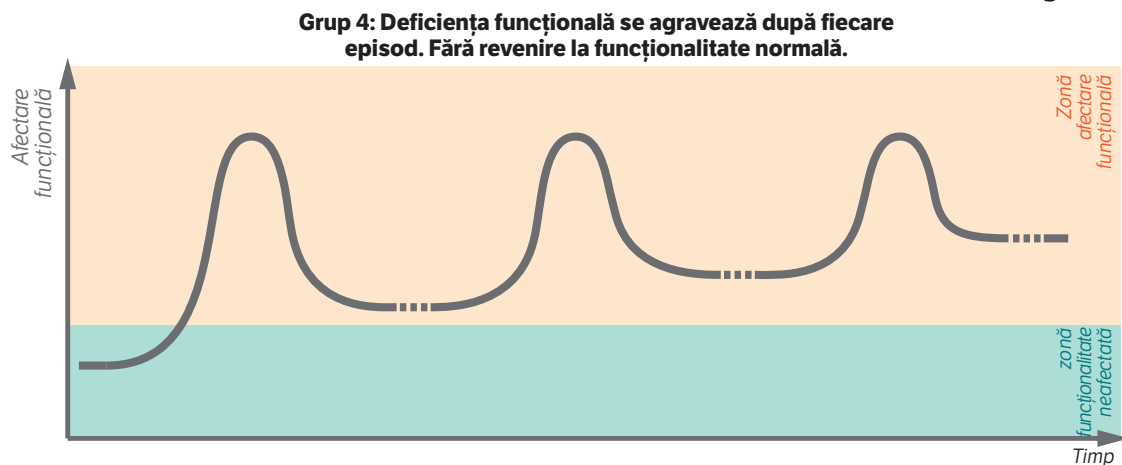
Figura 3.



În aproximativ **35%** dintre cazuri, boala se agravează progresiv, iar 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 intermediul tratamentului, iar persoanele
afectate pot duce o viață bogată și plină de sens.**

**Ca îngrijitor, grija și sprijinul tău sunt
esențiale pentru a-ți ajuta persoana dragă
să trăiască la potențialul său maxim.**

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, Wölwer 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, Kinon 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, Schürhoff 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. Bäuml 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>)