

# Schizofrenia

---

**Schizofrenia** (din limba greacă: *schizein* = a despica, a scinda, *phren* = minte, suflet) este o **boală mintală** din categoria **psihozelor endogene**. Caracteristică este apariția unor manifestări **psihopatologice** majore, cum sunt **halucinațiile**, **deliruri**, tulburări formale de gândire, tulburări **afective**, tulburări de **comportament**, dezorganizarea **personalității**. Până la data actuală nu au fost puse în evidență cauze corporale decelabile. În sistemele de clasificare modernă se consideră obligatorie pentru **diagnosticul** de mare probabilitate și durata minimă a manifestărilor morbide. Tablourile **clinice** de tip schizofrenic, care nu îndeplinesc și acest criteriu, sunt clasificate - până la proba timpului - drept boli schizofreniforme. Schizofrenia este una din cele mai severe afecțiuni **psihiatrice**, cu repercusiuni grave atât pentru bolnav, cât și pentru aparținători, mai ales că nu se poate prevedea niciodată care va fi evoluția bolii, în ciuda tratamentelor moderne care au modificat radical **prognoza** privind încadrarea socială a bolnavilor.



**Eugen Bleuler** (1857 - 1940), medic psihiatru elvețian, a diferențiat și denumit **schizofrenia** ca boală mintală distinctă.

O descriere a unui comportament de tip schizofren găsim deja în antichitate în scrierile lui **Aretaeus din Cappadocia**. În medicina modernă, diversele manifestări clinice ale acestei **maladii** au fost de mult cunoscute, fiind însă descrise sub diferite denumiri izolate unele de altele (Kahlbaum: *catatonie*; Hecker: *hebefrenie*; Westphal: *paranoie acută*). Este meritul psihiatrului german **Emil Kraepelin** de a fi reunit în **1896 simptomele** caracteristice sub noțiunea de "*Dementia praecox*" ("Demență precoce"), dorind să sublinieze prin aceasta evoluția nefavorabilă a bolii până la modificarea gravă a personalității, deși - în realitate - nu este vorba de o **demență** în sensul strict psihopatologic al cuvântului. **Eugen Bleuler** în **1911** introduce denumirea de *Schizophrenie* ("scindare, disociere a minții"), accentuând prin aceasta caracterul disociativ particular al tulburărilor psihopatologice. **Kurt Schneider** (**1930**) face diferența între simptomele de prim ordin și cele secundare, permițând astfel un diagnostic operațional. Conceptul de schizofrenie în sistemele moderne de clasificare **ICD-10** ("International Classification of Diseases" a **Organizației Mondiale a Sănătății** - WHO) și **DSM-IV** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ediția IV, **1994**), bazate pe conceptele tradiționale,

contribuie la stabilirea unui consens internațional, referindu-se la cele mai moderne rezultate ale cercetărilor și la necesitatea operaționalizării diagnosticului și terapiei.

Frecvența psihozelor schizofrenice este 0,5 - 1 %, cu o rată a incidenței anuale de cca. 0,05 %. Probabilitatea ca o persoană să se îmbolnăvească de schizofrenie în cursul vieții este în medie de cca. 1 %. Mai mult de jumătate din îmbolnăviri se produc între **pubertate** și vârsta de 30 de ani. Sub termenul de schizofrenii tardive se grupează acele cazuri cu un debut după vârsta de 40 de ani.

Schizofrenia nu are o singură cauză, apariția ei se datorează interacțiunii mai multor factori **biologici**, **psihologici** și **culturali** cu o vulnerabilitate **genetică** predispozantă.

- *Factori genetici:* În familiile bolnavilor de schizofrenie există o probabilitate mai mare de îmbolnăvire decât la restul populației. În cazul **gemenilor univitelini**, rata concordanței este de 50 %. Studiile genetice au pus în evidență pe  **cromosomul 22** o **genă** (WKL1), care pare să fie în legătură cu apariția unei schizofrenii catatonice. Predispoziția genetică este interpretată în prezent ca *poligenetică*, în ciuda cercetărilor de **genetică moleculară** nu s-au putut evidenția alte localizări cromosomiale specifice.
- *Factori pre- și perinatali:* O cauză a vulnerabilității ar putea fi reprezentată de o suferință intrauterină a fătului sau a copilului nou născut, care ar provoca o disfuncție minimală a creierului (*Minimal Brain Dysfunction*). Un rol ar putea fi jucat de **infecțiuni virale** ale mamei sau ale nou-născutului, o etiologie virală certă nu a putut fi totuși demonstrată.
- *Factori psiho-sociali:* O serie de condiții psiho-sociale au fost încredințate drept factori declanșatori ai schizofreniei, opiniile sunt însă controversate. Factorii psiho-sociali influențează mai degrabă evoluția bolii și nu apariția ei. În același sens este interpretat rolul conflictelor, al suprasolicitărilor psihice sau al stărilor de tensiune emoțională (*High-expressed-emotions*).

Teoria **psihanalică** presupune că regresivitatea la o treaptă inferioară de dezvoltare ar constitui un mecanism dinamic important în apariția psihozelor schizofrenice. Așa zisă "personalitate premorbidă" (*personalitate schizoidă*) nu pare a fi asociată cu dezvoltarea mai târziu a unei schizofrenii.

*Factori organici neuropatologici și biochimici:* Studii **neuropatologice** și **radiologice** au putut evidenția - cel puțin la o parte din bolnavi - anumite modificări structurale: mărirea **ventricolilor cerebrali**, micșorarea masei creierului, mai ales în regiunile frontale. Studiile cu ajutorul tehnicilor moderne de **medicină nucleară**, SPECT (*Single-Photon-Emission-Computed Tomography*) sau PET (*Positron-Emission-Tomography*), asupra fluxului sangvin cerebral și **metabolismului** creierului au arătat în cazul bolnavilor de schizofrenie o reducere remarcabilă a fluxului sangvin, a utilizării **oxigenului** și a schimburilor metabolice în regiunile frontale (*Hipofrontalitate*). Importante sunt cercetările

biochimice. Astfel, în creierul bolnavilor schizofrenici există o cantitate crescută de **Dopamină** și un număr mai mare de receptori dopaminergici decât la normali. Așa se explică și acțiunea favorabilă a medicamentelor **neuroleptice**, care blochează receptorii dopaminici de tip D2. Și alți **neuromodulatori** din **sistemul nervos central** - **glutamatul** și **serotonina** - ar putea juca un rol în mecanismul de producere al psihozelor schizofrenice.

Psihozele schizofrenice se manifestă cu o **simptomatologie** bogată, variabilă ca frecvență sau ca intensitate la diverși pacienți. În ultimul timp se pune accentul pe deosebirea între simptome pozitive (*plus-simptome*), cum sunt **stările delirante** sau **halucinațiile**, și simptome negative (*minus-simptome*), ca reducerea reacțiilor afective, apatie, asocialitate.

- *Stările delirante* sunt foarte frecvente, nu apar totuși în toate stadiile bolii, au un caracter bizar, de neînțeles, uneori magic sau mistic (idei de persecuție, de gelozie, teama de a fi otrăvit, idei **hipochondrice** etc.).
- *Halucinațiile* (percepții false) sunt mai ales auditive, bolnavii aud voci, dialoguri, primesc ordine imperative. Halucinațiile pot apare și în sfera olfactivă (mirosuri urâte) sau corporală (senzații dureroase sau de modificare a unor organe). Halucinațiile vizuale sunt mult mai rare.
- *Alterări ale personalității*: senzația de influență a personalității sau gândirii prin forțe exterioare (de ex.: prin **hipnoză**, unde radio), depersonalizare, derealizare. Bolnavul trăiește o viață dublă, în lumea reală și în lumea reprezentărilor delirante. Într-o formă extremă, bolnavul se încapsulează în el însuși și trăiește numai într-o lume interioară fără contact cu mediul exterior (**Autism**).
- *Tulburări formale de gândire* sunt caracteristice: argumentația este lipsită de **logică** (*Paralogism*), noțiunile abstracte sunt concretizate (*Concretism*), elemente heterogene se identifică unele cu altele (*Contaminare a ideilor*), se construiește un vocabular propriu din cuvinte create de bolnav (*Neologisme*), gândirea pierde orice legătură, apar confuzii de idei, bolnavul "vorbește alături" sau se blochează complet.
- *Tulburări afective*. Bolnavul pierde contactul emoțional cu alte persoane, devine obtuz, reacțiile afective sunt neadecvate (bolnavul râde la auzirea unei vești triste), uneori se constată o ambivalență afectivă (expresia concomitentă a unor emoții contrare).
- *Tulburări psihomotorii*. Tipică este starea de **catatonie** caracterizată prin negativism, imobilitate corporală, stereotipii gestuale sau verbale, automatisme, mutism. Toate aceste simptome ating un nivel dramatic în starea de **stupor catatonic**, în care bolnavul în stare conștientă este total nemișcat, nu vorbește, **tonusul muscular** este crescut cu o consistență ceroasă (*flexibilitas cerea*), anumite poziții ale corpului induse pasiv sunt păstrate ca atare (*Catalepsie*). Din această stare se poate trece în **raptus catatonic**: bolnavul devine agitat, țipă, își sfâșie îmbrăcămintea, se strâmbă, poate deveni agresiv.
- *Tulburări ale voinței și ale comportamentului social* sunt foarte frecvente dar necaracteristice: lipsă de inițiativă, de interese și de energie (*Abulie*), bolnavul își neglijează îngrijirea corporală, decade din punct de vedere social.

După grupul de simptome și asocierea lor, care apar pe primul plan, se deosebesc mai multe forme clinice:

- *Forma paranoid-halucinatorie*, dominată de stările delirante și de halucinații.
- *Forma catatonică*, care poate culmina cu starea de "*catatonie pernicioasă*": bolnavul imobil dezvoltă febră înaltă cu tulburări vegetative grave, care pot provoca moartea.
- *Forma hebefrenică*. *Pe primul plan sunt tulburările afective și cele de gândire formală.*
- *Forma reziduală* apare în decursul evoluției, uneori sub efectul tratamentului. Caracteristică este modificarea personalității cu reducerea inițiativei, sărăcie afectivă, declin social.

Manifestări obligatorii pentru permiterea diagnosticului de schizofrenie:

- Delir cu caracter bizar
- Halucinații incongruente cu dispoziția afectivă, în special perceperea unui dialog de voci străine
- Gândire confuză
- Simptome catatone
- Sărăcie afectivă, lipsă de inițiativă, declin social
- În răutățirea adaptării în societate
- Manifestare continuă a acestor simptome timp de cel puțin 6 luni
- Excluderea unei cauze organice evidente

Tratamentul multidimensional reunește mijloacele medicamentoase, psiho- și socioterapeutice.

- *Tratamentul medicamentos* reprezintă un mare progres, de la introducerea lui în anii '50 ai secolului trecut (Jean Delay și P. Deniker, 1952). Medicamentele **psihofarmacologice** folosite aparțin clasei de **Neuroleptice**, preparate cu acțiune anti-dopaminergică. Medicamentele se administrează atât în faza acută, cât și sub formă de "depozit" pentru prevenirea recidivelor. Efectele secundare nedorite trebuie cunoscute, pentru a putea fi evitate sau ținute sub control. În ultimii ani au apărut neurolepticele de nouă generație sau neuroleptice "atipice", care au o serie de avantaje (efecte secundare mai reduse, influențează și simptomele negative).
- *Psihoterapia*. În centrul mijloacelor folosite stă terapia suportivă a pacientului, dar și a membrilor de familie, pentru a se putea obține o cooperare necesară în tot decursul tratamentului medicamentos.
- *Socioterapia*: Măsuri la locul de muncă și în familie, terapie ocupațională, măsuri rehabilitative.

Terapia convulsivantă electrică - TCE (Electroșoc: Cerletti și Bini, 1938) sau farmacologică (Șocul cardiazolic: von Meduna, 1934), precum și Coma hipoglicemică cu insulină (Sakel, 1933), introduse empiric pe baza unor ipoteze fiziopatologice uneori fanteziste, dar cu eficacitate certă, au căzut de la introducerea tratamentului neuroleptic în desuetudine. Totuși, în cazul unor stări catatonice grave cu pericol vital (Catatonia pernicioasă), electroșocul reprezintă și în prezent terapia de elecție.

## Bibliografie

- Emil Kraepelin: *Lehrbuch de Psychiatrie*, Leipzig 1896
- Eugen Bleuler: *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, Leipzig 1911
- Kurt Schneider: *Die Schizophrenie*, Leipzig 1930
- Gerd Huber: *Psychiatrie*, Stuttgart 1994
- H.A. Nasrallah (edit.): *Handbook of schizophrenia*, Amsterdam 1991