

# Schizofrenia

## *Definiție:*

Clinic, schizofrenia este o psihoză cronică, caracterizată printr-un cumul de simptome : intelectuale — stare delirant-halucinatoare nesistemată cu tendință de organizare autistă-, afective și comportamentale, înăuntrul cărora se regăsesc elemente ale unei tulburări fundamentale, disociația intrapsihică sau discordanța : ambivalență, bizarerie, impenetrabilitate, detașare, cu transformare globală a personalității și tendință de evoluție spre un deficit demential în unele cazuri, urmare a unei dismetabolii de neuromediatori.

## *Istoric*

Descrisă î.e.n. în cărți de înțelepciune indiană, în cărțile medicale hipocratice, unde era nediferențiată de manie și de melancolie, revine secolului al XIX-lea și începutului celui de-al XX-lea descrierea fenomenologică și autonomizarea nosologică. Morel (1860) utilizează termenii demență precoce în descrierea unui caz de demență la un tânăr, Kahlbaum (1863) și elevul său, Hecker (1871), pe acela de hebefrenie și catatonie (1874), desemnând o demență particulară puberală, însoțită de tulburări de motricitate. Kraepelin (1896) descrie cazuri similare sub denumirea de demenția praecox, pe care E. Bleuler (1911) o denumește schizofrenie, pentru a-i indica principala caracteristică : disocierea diverselor funcții psihice. Această grupă de bolnavi a fost etichetată, după aceea, ca discordanță psihică de Chaslin sau ataxie intrapsihică de Stransky. Interpreți ai psihanalizei consideră schizofrenia drept o nevroză narcisiacă, un refuz al realității, o retragere autistică incomunicabilă.

## ***Epidemiologie***

Schizofrenia este o boală a vârstei tinere(15-30 ani) interesând deopotrivă ambele sexe. Debutul este mai precoce la bărbați decât la femei. La bărbați s-a constatat prezența formelor mai grave de schizofrenie.

Factorii de risc pentru schizofrenie sunt considerați a fi următorii:

- încărcătura genetică;
- personalitatea schizoidă sau schizotipală;
- absența familiei;
- statutul socio-economic scăzut;
  - data nașterii (numeroase studii privind datele de naștere ale schizofrenilor au demonstrat că aceștia se nasc mai frecvent iarna și primavara; explicațiile posibile ale acestui fenomen au fost creșterea frecvenței infecțiilor virale, dieta saracă în proteine, complicațiile la naștere);
  - evenimente psihotraumatizante.

## ***Aspecte etiologice***

Teoriile moderne subliniază vulnerabilitatea individului pentru schizofrenie, sub două aspecte:

- vulnerabilitatea genetică;
- vulnerabilitatea dobândită.

Vulnerabilitatea genetică este susținută de studiile pe gemeni și studiile de adopțiune care au demonstrat:

- concordanța mare la gemenii monoziгоți (50%) față de dizigoți (14%);
- concordanța mai mare pentru simptomele negative decât pentru cele pozitive.

Studiile de adopțiune realizate pe copiii proveniți din mame schizofrenice, adoptați imediat după naștere, au arătat o incidență mai mare a schizofreniei în acest grup decât în grupul celor proveniți din mame normale.

Farmer a demonstrat interacțiunea dintre vulnerabilitatea genetică și cea de mediu, în sensul în care adopții cu risc genetic crescut (mame schizofrene) sunt protejați în raport cu apariția bolii atunci când sunt crescuți într-un mediu familial echilibrat și prezintă tulburări psihice mai frecvente când sunt crescuți în familii disfuncționale. Cu alte cuvinte, schizofrenia apare dacă asupra unei persoane vulnerabile genetic pentru schizofrenie acționează factori de mediu defavorizanți, care pot fi reprezentați atât de stresuri interne (diverse afecțiuni somatice), cât și de stresuri externe (diverse psihotraume).

Tulburările de atenție, cum sunt incapacitatea de a activa și focaliza atenția și incapacitatea de a diferenția esențialul de neesențial, care sunt fundamentale pentru gândirea logică, precum și incapacitatea de procesare a informației și deteriorarea organizării perceptuale a informației vizuale care pot fi evidențiate înainte de debutul bolii, sunt considerate markeri pentru vulnerabilitatea genetică dar și expresia directă a bolii.

Atât Kraepelin, cât și Bleuler au considerat schizofrenia ca fiind boală organică cerebrală, dar nu au putut aduce dovezi în acest sens. Din acest motiv, mult timp schizofrenia a fost considerată o psihoză funcțională. După descoperirea neurolepticelor în anii '50, s-au dezvoltat ipoteze privind originea monoaminică (dopaminergică) a schizofreniei. Dezvoltarea tehnicilor de imagistică cerebrală și apariția antipsihoticelor atipice au adus noi dovezi privind originea biologică a schizofreniei, îndreptând cercetările către anumite disfuncții neuroanatomice și neurobiochimice, dar dificultatea investigării funcțiilor cerebrale, chiar în condițiile tehnicii moderne (imagistica cerebrală, genetica moleculară, neurofiziologie), este responsabilă de lipsa unui răspuns cert la întrebările privind etiologia schizofreniei.

### ***CLINICA SCHIZOFRENIEI***

Debutul este polimorf și nespecific cu simptomatologie discordantă foarte discretă. Oricum, debutul este important din punct de vedere terapeutic, tratamentul precoce și susținut fiind eficace și de bun augur din punct de vedere pronostic.

Debutul insidios și progresiv se întâlnește în 1/3 din cazuri și îmbracă forma clinică a diferitelor simptome clinice nespecifice caracteriale și nevrotice. Scăderea progresivă a activității intelectuale se manifestă prin stări de oboseală, sărăcire a ideii și încetinire a activității intelectuale, ce poate ajunge la imposibilitatea de a efectua un efort susținut. Spre exemplu, un elev sau un student acuză oboseală după un examen sau refuză să se mai prezenteze la un alt examen. Bizareria intelectuală se caracterizează printr-un interes particular pentru o problemă filosofică fără legătură cu practica. Se adaugă un mutism relativ și un comportament de izolare, indiferență afectivă, bizarerii comportamentale, ambivalență față de mediul familial, perplexitate, apatie, neglijență corporală, vestimentară și verbală. Tulburările de afectivitate și de caracter sunt exprimate printr-un dezinteres și o indiferență față de mediu, inversiune afectivă, cu manifestări paradoxale, sentimente inadaptate, pasiune pentru persoane sau obiecte ce nu prezintă nici un interes, fanatism, capriciozități pasagere, lipsa de respect a conveniențelor sociale, comportament sexual nedisimulat, Manifestările nevrotice pot fi de coloratură isterică, obsesivă, fobică și ipohondriacă, Preocupările obsesive constau, în idei prevalente, convingeri bizare și imperative ce se impun spiritului și corpului, de natură sexuală, însoțite de ritualuri obsesive complicate și se conduite exprimate ca o detașare, printr-un zâmbet discordant. Fobiile au un caracter particular, fiind vorba de dismorfii, interesând propriul corp, creând o stare de anxietate majoră (nasul este deformat dinții, bărbia sunt modificate, părul este implantat ciudat etc). Manifestările ipohondriace dau senzație de dominare și de straniu corporal, iluzii de posedare demonică,

Debutul brutal prin episoade acute se poate instala prin bufee delirant-halucinatoare acute, prin stări melancolice sau maniacele atipice, confuzii mintale, impulsii ale adolescenților.

Bufeele delirant-halucinatoare constituie experiența primară a schizofreniei și poate fi starea premorbidă de debut a acesteia.

Stările melancolice sau maniacele atipice pot constitui debutul unei schizofrenii.

Simptomatologia melancolică este atipică și suspectă de schizofrenie debutantă în absența unei etiologii care să susțină melancolia și prin unele simptome cu tablou clinic variat, stări de impulsivitate și mânie, ca apărare contra, anxietății, sentimente de depersonalizare, stereotipii, halucinații, idei de persecuție, tentative de automutilare,

suicid. Evoluția este hotărâtoare. Simptomatologia maniacală este atipică și suspectă de o schizofrenie debutantă atunci când agitația este însoțită de catatonie (mutism, impulsivitate, stereotipii) când nu există antecedente personale sau familiale de psihoză periodică, când domină incoerența de idei, negativismul și agresivitatea, iar starea timică variază repede de la euforie la depresie, așa-zisele stări mixte.

Confuzia mentală din melancoliile și maniile atipice este rară în bufeele delirante ale schizofreniei.

Crizele adolescenților: comportamente aberante (crize de plîns și rîs, excentricități vestimentare, sexuale, claustratie) sau impulsivități sub formă de fugi (bruste, repetate), pe o perioadă îndelungată și automutilări.

În toate aceste forme de debut, diagnosticul de schizofrenie nu va fi pus înainte de examinări la 15—30—60 zile. Se va lua în seamă absența contactului cu subiectul în timpul discuției, ca și când cineva vorbește fără a fi auzit, sau se produce o ruptură a ritmului comunicării, expresie a discordanței sub formă de baraj (faza se oprește la jumătatea ei) sau sub formă de fading, discordanță mimică (manierism, zîmbet inadaptat, rîs paradoxal), automatism mintal și tulburări ale conduitei. Așadar, diagnosticul de schizofrenie în faza de debut se bazează pe discuția psihiatrică, ce evidențiază sindromul de disociație, rezultat al ambivalenței, al detașării de real, al ermetismului și al bizareriei în domeniul intelectual, afectiv și comportamental (catatonie) și relevă ideile paranoide (influență, straniu, depersonalizare) și organizare pe un mod autist: delir abstract și simbolic, formă a gândirii magice; pe studiul anamnestice privind datele etiopatogenice și pe examenul psihologic: teste de performanță ce oferă date orientative (ex.: la testul Wechsler-Bellvue apar rezultate ridicate la probele verbale față de cele de performanță, la testele de personalitate, ca de ex. la MMPI, se evidențiază o scară schizofrenică, din seria psihotică și paranoică, ca și la testele proiective, ca de ex. la Rorschach, ce are o valoare orientativă prin denumirea culorilor, răspunsuri simbolice cu conținut abstract, banalități formulate original și raționalism morbid.

Diagnosticul diferențial se face la debut, cu: accesul maniacal, cu accesul melancolic, cu bufeul delirant și cu stările nevrotice.

Simptomatologia în perioada de stare. Simptomatologia fundamentală este dezagregarea sau lipsa de coeziune a vieții psihice. Analiza structurală arată tulburări

negative ,acea de structurare a conștiinței și persoanei (numită și discordanță, sindrom de disociație, ataxie intrapsihică )și trăsături pozitive, acea producție delirantă ce umple vidul creat, delir autistic sau autism. Elementele comune ale celor două tendințe divergente ale vieții psihice a schizofrenului sunt : ambivalența, bizareria, impenetrabilitatea și detașarea. Aceste elemente ale disociației intrapsihice și trăsăturile lor caracteristice se află la nivelul diferitelor sectoare ale vieții psihice : intelectual, afectiv și comportamental.

Ambivalența constă în existența simultană sau succesivă la un individ a două atitudini sau a două sentimente contradictorii : dorință și teamă, dragoste și ură, afirmație și negație. Cei doi termeni sunt trăiți separat, juxtapoși sau într-un amestec indisolubil, realizând o atitudine sincretică.

Bizareria dă o notă enigmatică schizofrenului, prin impresia de straniu, realizată de distorsiunea vieții psihice, ducând la atitudini ciudate, fantastice, baroce, ilogice, paradoxale.

Impenetrabilitatea constă în imposibilitatea de a descifra relația dintre schizofren și altcineva, realizând o atmosferă enigmatică, ermetică în vorbire și în comportament.

Detașarea exprimă pierderea contactului vital cu realitatea, retragerea bolnavului din lume și retractarea în sine însuși, o introversiune, o invadare a subiectului și o abandonare a lumii imaginare.

Disociația sau discordanța intrapsihică la nivel intelectual se caracterizează printr-o dezordine a fenomenelor psihice, manifestată prin tulburări ale asociației de idei, care se fac întâmplător, prin asonanțe, prin fuzionare, fără sens, absurd, cu inovații neobișnuite, ceea ce duce la incoerență ideativă, la absența unui sens logic.

Tulburările cursului gândirii au la bază tulburări ale atenției și ale memoriei și se manifestă prin încetinire și prin perseverare, gândire haotică, precipitată, discontinuă, cu pierderea coeziunii, a armoniei și a eficienței, realizând o adevărată ataxie intrapsihică. Frecvent, se întâlnește barajul, debitul oprindu-se brusc fără ca bolnavul să pară a sesiza. După această eclipsă a gândirii, conversația este reluată pe aceeași temă sau pe alta. Gândirea este ștearsă, cețoasă, neconturată, risipindu-se înainte de a se finaliza, (fading mental).

Tulburările logicii sunt evidente în gândirea și în vorbirea schizofrenicului, ne aflăm în fața unei gândiri prelogice, magice, dorința dirijând totul, cu abstracțiuni adesea incompreensibile. Gândirea schizofrenicului este regresivă, fiind dominată de exigențele afective, prin nevoia de a modifica realitatea, fiind în afara legilor obiective ale logicii. Este o gândire arhaică, adică magică, dominată de animismul primitivului, fiind impermeabilă la experiențe, aderând la valori metaforice, la arhetipuri simbolice. Este o gândire derealizată, paralogică, simbolică și sincretică. Poate folosi un aparat științific sau filosofic fals spre a construi o teză absurdă sau un proiect fără însemnătate.

Tulburările limbajului care sunt expresia gândirii destrămate a schizofrenicului, oferă posibilitatea de a sesiza procedeele discordanței. Conversația poate apare imposibilă, ca în mutism, semimutism, mutism întrerupt de impulsuri verbale injurioase și obscene, de răspunsuri alături, absurde sau poate apare ca un monolog bizar plin de distractibilități, inadecvat la situație, fie rapid, fie lent, cu conținut abstract. Fonetica este tulburată (apar modificări de intonație, de ritm și de articulare), poate fi dezintegrată ca și structura cuvintelor (substituirii, inversiuni, dublări, mutilări ale cuvintelor). Semantica este alterată : creează metafore, neologisme, schimbă sensul cuvintelor, utilizează cuvinte uzuale în alt sens, ceea ce duce la schimbări ale funcției limbajului, la salată de cuvinte, la incoerență sintactică, la un limbaj ermetic, propriu, la schizofazie ce este o dezagregare a limbajului, un galimatias.

Limbajul scris, desenul, produsele grafice ale schizofrenicului merg pe aceeași direcție cu limbajul vorbit. Scrisul este ornamental, bizar, cu imagini simbolice, abstracte, limbajul fiind un simbol personal, o plonjare a schizofrenicului în subiectivismul total.

Discordanța în domeniul afectiv. Kraepelin a numit tulburările afectivității schizofrenicului, demență afectivă. Schizofrenicul elimină afectivitatea din viața sa, trăind o reală discordanță afectivă sub formă de răceală, indiferență, insensibilitate, alături de discordanța intelectuală.