



SCHIZOFRENIA

Schizofrenia - afecțiune psihiatrică majoră, din registrul psihozelor endogene, ce afectează întreaga personalitate, caracterizându-se prin distorsiuni fundamentale și specifice ale gândirii, percepției și ale afectelor, manifestându-se prin dereglări de comportament și disfuncționalitate socială.

Codul bolii (CIM-10): F20 – F29

Informații utile

- Aproximativ 1 % din populația generală dezvoltă maladia pe parcursul vieții.
- Bărbații și femeile prezintă un risc egal de dezvoltare a schizofreniei, cu toate că bărbații tind să dezvolte schizofrenia cu 3-4 ani mai devreme decât femeile.
- Când ambii părinți suferă de schizofrenie, riscul ca descendenții să o moștenească crește la 34-44%.
- Vârsta critică de debut a schizofreniei pentru bărbați - 15-25 de ani și 25-30 pentru femei, debutul anterior adolescenței fiind rar (s-au înregistrat cazuri cu debut la vârsta de 5-6 ani).
- Unele dintre formele acestei maladii decurg agresiv, condiționând instalarea defectului psihic specific.

Clasificarea

- Schizofrenia paranoidă (F 20.0)
- Schizofrenia hebefrenă (F 20.1)
- Schizofrenia catatonă (F 20.2)
- Schizofrenia nediferențiată (F 20.3)
- Depresia postschizofrenă (F 20.4)
- Schizofrenia reziduală (F 20.5)
- Schizofrenia simplă (F 20.6)
- Altă schizofrenie (F 20.8)
- Schizofrenia nespecificată (F 20.9)

Profilaxia

Profilaxie primară nu există, deoarece nu sunt cunoscute și dovedite perfect cauzele bolii.

- Depistarea precoce a maladiei.
- Supravegherea tratamentului inițiat în staționar/ambulator, care previne progresia, agravarea și apariția recidivelor.
- Susținerea nivelului funcțional optim la pacienți, cu ajutorul dozei minime eficiente în prevenția recidivei.

Notă: Realizarea unei profilaxii eficiente la nivel comunitar prevede încadrarea pacientului într-un regim de lucru și de odihnă rațional, restabilirea relațiilor sociale, a cunoștințelor și a abilităților profesionale.

Factorii de risc

Factorii predispozanți

- Factorul eredo-colateral - prezența tulburărilor psihotice sau a schizofreniei la rudele de gradul I.
- Consumul de substanțe psihodisleptice, anemia severă, discrazia sanguină în timpul sarcinii.
- Traumatismele obstetricale cu asfixie prelungită la naștere și episoade convulsive febrile.
- Intoxicațiile de diferită genă pe parcursul primului an de viață.

Factorii precipitanți

- Psihostresul social.
- Incapacitatea de comunicare emoțională în familie – mama schizofrenigenă (hiperprotectoare).
- Expresivitatea emoțională foarte ridicată în familie.
- Consumul de substanțe psihodisleptice.

Factorii socio-demografici

- Mediul social defavorabil.
- Handicapul social și discriminarea socială.
- Nivelul socio-cultural redus.
- Statutul marital (frecvență > de 4 ori la persoanele necăsătorite).

Screeningul

Evaluarea persoanelor din grupul de risc în vederea identificării comportamentului caracteristic în Schizofrenie - **izolare socială, agitație/inhibiție psihomotorie, eschivare de la conversație, scădere a interesului pentru activitățile obișnuite, lentoare a gândirii, neglijență, comportament neadecvat.**

Manifestările clinice

Schimbările premorbide caracteriologice

- Aplatizare afectivă
- Implicare afectivă scăzută
- Scădere a raporturilor interpersonale
- Retragere socială
- Conținut al gândirii neobișnuit
- Diminuare a atenției
- Afectare a judecării/capacităților de înțelegere
- Perturbare a voinței (hipo- și abulia)
- Preocupare de retrăirile sale lăuntrice
- Evitare socială activă

Tabloul clinic manifest

- Halucinații auditive
- Suspiciune
- Diminuare a afectivității
- Idei delirante de persecuție
- Idei delirante de influență
- Izolare socială
- Inhibiție psihomotorie
- Eschivare de la conversație
- Scădere a interesului pentru distracții
- Lentoare/agitație psihomotorie
- Neglijență
- Mișcări neobișnuite

A. Simptomele caracteristice

Suspecție la schizofrenie - două sau mai multe dintre următoarele simptome persistente pe parcursul unei luni de zile:

- ideeție delirantă;
- halucinații;
- discurs dezorganizat (de exemplu: deraiere sau incoerență);
- comportament catatonă sau major dezorganizat;
- simptome negative (aplatizare afectivă, alogie sau avoliție).

Notă: Prezența a doar unui simptom „A” este suficientă pentru a suspecta schizofrenia dacă delirul este bizar sau halucinațiile sunt sub forma vocilor comentative sau care discută între ele.

B. Disfuncția socială/ocupațională

- Afectare marcată de la debutul afecțiunii, pentru o perioadă semnificativă de timp, a capacității de muncă, relațiilor interpersonale.
- Lipsă a grijii față de propria persoană.

Notă: Dacă maladia a debutat în copilărie sau adolescență, referința se face la incapacitatea atingerii unui nivel social, educațional/ocupațional corespunzător expectațiilor.

Comorbiditățile și complicațiile

Psihiatrice

- Depresia, abuzul și adicția de substanțe psihoactive (droguri), deteriorarea cognitivă importantă, comportamentul autolitic și suicidul.

Non-psihiatrice (ca consecințe ale terapiei cu preparate antipsihotice)

- Sindromul neuroleptic malign: temperatură și tensiune arterială oscilante, semne extrapiramidale – rigiditate musculară, contractură a unor grupuri de mușchi – faciali, oculari, protruzia limbii.
- Diskinezia tardivă, fenomenele extrapiramidale, crizele convulsive.
- Maladiile cardiovasculare (miocardiopatia, miocardita, aritmiile, schimbările tensiunii arteriale, hipertensiunea arterială, tromboembolismul, infarctele).
- Sindromul dismetabolic, dislipdemiile, diabetul zaharat tip 2, scăderea toleranței la glucoză, disfuncțiile sexuale.
- Agranulocitoza, hipokaliemia, hipomagneziemia, hipocalcemia, hiperprolactinemia.

Tratamentul

PRINCIPII

- Monitorizarea respectării indicațiilor de bază în aplicarea terapiei antipsihotice profilactice.
- Monitorizarea dinamicii procesului terapeutic conform planului individual de reabilitare, stabilit de medicul specialist.
- Monitorizarea terapiei cu neuroleptice, cu ajutorul cărora s-a atins jugularea accesului.
- Monitorizarea stării somatice și managementul comorbidităților.
- Colaborarea și conlucrarea cu APL și lucrătorul social în vederea organizării măsurilor în cadrul procesului de resocializare-reabilitare.

REABILITAREA SOCIO-PROFESIONALĂ

- Consilierea bolnavilor și apropiaților acestora referitor la managementul maladiei, inclusiv măsurile de reabilitare socio-profesională.
- Colaborarea și conlucrarea cu APL și lucrătorul social în vederea recomandării/organizării măsurilor de incluziune a pacientului în comunitate:
 - ✓ acțiuni psihosociale însoțite de stimulare a activității sociale a bolnavilor și implicare a pacienților în activități de grup (susținere emoțională, grupuri de susținere, grupuri de autoajutor, cluburi sociale, ergoterapie, etc.);
 - ✓ acțiuni psihosociale ce vizează lucrul cu mediul social apropiat, inclusiv familia;
 - ✓ instruire profesională, reprofilare a bolnavilor, angajare a lor în câmpul de muncă;
 - ✓ activare a rețelei naturale de susținere socială prin crearea mediului socioterapeutic artificial – cămine pentru persoanele singurate, social vulnerabile.

⚠ Notă: La bolnavii cu schizofrenie reabilitarea socioprofesională se va efectua în paralel cu terapia biologică începând cu etapele precoce și va continua pe parcursul evoluției maladiei.

Referirea la specialist/CCMS (după caz)

- Confirmarea diagnosticului.
- Necesitatea inițierii/ajustării tratamentului.
- Monitorizarea dinamicii procesului terapeutic (conform planului individual de reabilitare).
- Elaborarea planurilor individuale de tratament și reabilitare - resocializare a pacientului.

Criteriile de spitalizare

Stările ce necesită intervenție de urgență AMU/AMS

- Episodul psihotic acut, tratamentul cazurilor complicate.
- Agitația psihomotorie (cu exitație, hetero- și autoagresiune, comportament neadecvat).
- Inhibiția psihomotorie (stare de stupeoare).
- Formele hipertoxice (febră de natură non-infecțioasă, rigiditate musculară, dereglări de conștiință).
- Sindromul neuroleptic malign.

Supravegherea

- Supravegherea pacienților se va efectua în comun cu psihiatrul/centrul comunitar de sănătate mentală (după caz).
- Prevede monitorizarea stării somatice a pacientului care se află în tratament de susținere, pentru evitarea efectelor adverse ale preparatelor neurotrope.
- Se va efectua conform planului individual de reabilitare.
- Se va asigura confidențialitatea și protecția datelor cu caracter personal.

Volumul cercetărilor

- Microradiografia cutiei toracice, anual.
- Reacția de microprecipitare la sifilis (MRS), anual.

La necesitate

- Analiza generală a sîngelui.
- Analiza generală a urinei.
- Analiza biochimică a sîngelui.
- Electrocardiografia.

Evoluția

Factorii cu influență pozitivă asupra prognosticului bolii

- Debutul acut, la o vîrstă cît mai înaintată.
- Factorii declanșatori evidenți.
- Istoricul favorabil premorbid în plan social, sexual și profesional.
- Prezența simptomelor de tulburare afectivă (în special cea depresivă).
- Starea civilă – căsătorit.
- Istoricul familial cu antecedente de tulburări afective.
- Eficiența sistemelor de suport.

Factorii cu influență negativă asupra prognosticului bolii

- Debutul insidios, la vîrsta tînă.
- Absența factorilor declanșatori.
- Istoricul familial cu cazuri de Schizofrenie.
- Traumatismul perinatal în antecedente.
- Istoricul nefavorabil premorbid în plan social, sexual și ocupațional.
- Autoizolarea, comportamentul autistic.
- Prezența simptomelor negative (aplatizare afectivă, izolare socială, agitație/inhibiție psihomotorie, neglijență, comportament neadecvat).
- Absența remisiunilor în ultimii 3 ani, recidive multiple.
- Prezența episoadelor de furie, violență, automutilare în antecedente.
- Starea civilă – celibatar, divorțat sau văduv.
- Ineficiența sistemelor de suport.

Abrevierile folosite în document:

CCSM – Centrul comunitar de sănătate mentală