

Eliza Geanina COGIAN,
Adina Nicoleta KARNER HUȚULEAC

Trăind

CU

schizofrenia

COLECȚIA
DEZVOLTARE
SOCIALĂ



LUMEN
în elita editurilor românești

Eliza Geanina COGIAN
Adina Nicoleta KARNER HUȚULEAC

TRĂIND CU SCHIZOFRENIA

EDITURA **LUMEN**
în elita editurilor românești

Extras din volumul:
Cogian, E.G., & Karner Hu uleac, A.N. (2020). Traind cu schizofrenia. Lumen.

TRĂIND CU SCHIZOFRENIA

Eliza Geanina COGIAN, Adina Nicoleta KARNER HUȚULEAC

Copyright Editura Lumen, 2020

Iași, Țepeș Vodă, nr.2

Editura Lumen este acreditată CNCIS

edituralumen@gmail.com

prlumen@gmail.com

www.edituralumen.ro

www.librariavirtuala.com

Redactor: Roxana Demetra STRATULAT

Design copertă: Roxana Demetra STRATULAT

Reproducerea oricărei părți din prezentul volum prin fotocopiere, scanare, multiplicare neautorizată, indiferent de mediul de transmitere, este interzisă.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

COGIAN, ELIZA GEANINA

Trăind cu schizofrenia / Eliza Geanina Cogian, Adina Nicoleta Karner Huțuleac. - Iași : Lumen, 2020

ISBN 978-973-166-584-9

I. Karner Huțuleac, Adina

159.9

Extras din volumul:

Cogian, E.G., & Karner Hu uleac, A.N. (2020). Traind cu schizofrenia. Lumen.

Eliza Geanina COGIAN
Adina Nicoleta KARNER HUȚULEAC

TRĂIND CU SCHIZOFRENIA

LUMEN, 2020

Extras din volumul:
Cogian, E.G., & Karner Hu uleac, A.N. (2020). Traind cu schizofrenia. Lumen.

Pagina lasata intentionat goala

Cuprins

Capitolul 1 Schizofrenia.....	9
1.1. Definiții și date antice despre schizofrenie	9
1.2. Schizofrenia în concepția lui Eugene Bleuler.....	12
1.3. Schizofrenia în concepția lui Sigmund Freud.....	13
1.4. Schizofrenia în concepția lui Carl Gustav Jung	13
1.5. Criterii de diagnostic conform DSM-V și ICD-10-AM.....	15
1.6. Simptome negative	17
1.7. Forme clinice de schizofrenie	18
1.8. Analizarea și interpretarea schizofreniei.....	19
1.9. Mit și realitate în schizofrenie	20
1.10. Glosarul semnelor și simptomelor psihiatrice în schizofrenie.....	22
Capitolul 2 Calitatea vieții pacienților diagnosticați cu schizofrenie și a familiilor acestora.....	25
2.1. Conceptul de calitate a vieții	25
2.2. Dimensiunile calității vieții	28
2.2. Evaluarea calității vieții persoanelor diagnosticate cu schizofrenie...28	
Capitolul 3 Rolul terapiei cognitiv-comportamentale în ameliorarea simptomatologiei din schizofrenie	33
3.1. Definiția terapiei cognitive-comportamentale.....	33
3.2. Eficacitatea terapiei cognitiv-comportamentale la pacienții diagnosticați cu schizofrenie	35
3.3. Terapia cognitiv-comportamentală pentru îmbunătățirea calității vieții în schizofrenie	43
3.4. Elemente psihosociale de reabilitare a pacientului diagnosticat cu schizofrenie.....	45

Capitolul 4	Terapia metacognitivă interpersonală.....	49
4.1.	Noțiuni de bază ale terapiei metacognitive interpersonale.....	49
4.2.	Intervenții bazate pe relația terapeutică.....	51
4.3.	Ramura dreaptă a procedurii decizionale.....	57
4.4.	Ramura stângă a procedurii decizionale.....	61
Capitolul 5	Terapia sistemică a familiilor cu un membru diagnosticat cu schizofrenie.....	67
5.1.	Schizofrenia – tulburare sistemică la nivel de individ	67
5.2.	Schizofrenia – tulburare sistemică familială.....	68
5.3.	Abordările psihoterapeutice sistemice pentru familiile cu membri schizofrenici.....	71
5.3.1.	Specificul abordării psihoterapiei strategice	72
5.3.2.	Specificul abordării psihoterapiei transgeneraționale.....	79
5.3.3.	Scurte concluzii critice cu privire la abordarea sistemică a familiilor cu un pacient schizofrenic	82
Capitolul 6	Ajutor Pentru Pacienți – Elemente Practice	85
6.1.	Recunoașterea simptomelor.....	85
6.2.	Monitorizarea simptomelor	87
6.3.	Motivul pentru care aveți aceste simptome	88
6.4.	Cum este afectat creierul în schizofrenie și tulburarea schizoafectivă	88
6.5.	Evaluarea emoțiilor	93
6.6.	Recuperarea.....	95
6.7.	Pericolul recăderii.....	95
6.8.	Simptomele de avertizare (prodromale).....	96
6.8.1.	Anxietatea.....	96
6.8.2.	Depresia.....	98
6.8.3.	Suicidul și autoagresiunea.....	102
6.8.4.	Alcoolul și consumul de droguri.....	103
Capitolul 7	Ajutor Pentru Familie – Elemente Practice.....	105
7.1.	Etapile de evoluție prin care trece un pacient diagnosticat cu schizofrenie.....	107
7.2.	Factori de risc pentru recădere.....	107

7.3. Psihoeducația familiei	108
7.4. Tratatamentul medicamentos	108
7.5. Neaderența la tratamentul medicamentos	110
7.6. Nevoia de educație și socializare a persoanelor diagnosticate cu schizofrenie.....	111
Referințe bibliografice.....	113

Pagina lasata intentionat goala

Capitolul 1

Schizofrenia

1.1. Definiții și date antice despre schizofrenie

Schizofrenia este o boală psihică ce se caracterizează printr-o simptomatologie variată în care predomină fenomene de disociație psihică. Cuvântul schizofrenie provine din limba greacă, unde *schizein* înseamnă a despărți și *fren* înseamnă minte, spirit.

Schizofrenia, precum și alte boli psihice, s-au instalat la om din momentul în care s-a instituit gândirea, conștiința și limbajul, din momentul dezvoltării funcțiilor psihice superioare specific umane și a conturării individualității umane.

Existența schizofreniei a fost prezentată pentru prima dată în cultura și civilizația indiană, mai specific în „Hindu vedas” sau „Cartea despre înțelepciune”. În lucrarea „Ayur veda” (1400 î.e.n) unde sunt prezente cunoștințe medicale, se prezintă și perturbările de tip schizofrenic.

Hipocrate (460 – 371 î.e.n) a descris o stare delirant-halucinatorie stranie, posibil de tip schizofrenic, fiind diferită de tulburările mintale de natură toxică, infecțioasă, de stările depresive sau de epilepsie.

Aurelius Cornelius Celsus (50 – 25 î.e.n) a prezentat în scrierile sale unele cazuri de demență care se pare că se refereau la schizofrenie și paranoia, deoarece se caracterizau prin fenomene de izolare, tulburări halucinatorii și gândire disociaată.

Areteus (30 – 90 e.n.) menționează în descrierile sale despre tulburările mintale, așa numita „demență secundară”.

Încă de la începutul introducerii termenului de schizofrenie în clinică, psihiatrii au afirmat frecvent faptul că psihoza apare după o psihotraumă, de exemplu eșecul la un examen, o dezamăgire în viața de cuplu, nereușita unor planuri de viitor etc. E. Bleuler (1911) afirmă că în cazul în care se fac anamneze amănunțite, se găsesc cu regularitate semne ale bolii înaintea traumei psihice. Conținutul psihotic, în special delirurile și halucinațiile, exprimă situații traumatizante ale pacientului, frustrări, aspirații nerealizate ale acestuia.

Un grup de psihiatri condus de Lidz (1967) a găsit multe caracteristici ale familiilor care aveau cel puțin un pacient cu schizofrenie, printre care eșecul în formarea unei familii nucleare, atmosfera irațională sau paranoidă, preocupări incestuoase, izolare socio-culturală, handicaparea copilului în dobândirea identității sale și a dezvoltării maturității sexuale, dificultăți în formarea propriei identități. Așadar, Lidz ajunge la concluzia că schizofrenia este o boală care are ca și caracteristică principală deficiența emoțională.

Bateson (1965) considera că originea tulburărilor de tip schizofrenic ar ține de aria comunicării și constă în „*dubla legătură*”, care se stabilește între două sau mai multe persoane, dintre care una este victima. Mama copiilor diagnosticați cu schizofrenie exprimă simultan două mesaje opuse, iar copilul trebuie să facă distincția între ele, de exemplu între expresia sentimentelor de pe fațesul ei și exprimarea verbală a acestora și să-și dea seama care este mesajul corect. Partea dificilă este ca oricum ar alege, o supără pe mama care va avea senzația ca propriu copil nu a răspuns corect și îl va mustra. Mama schizofrenogenă a fost descrisă ca având o atitudine rece și de respingere (neasumate deschis) sau extrem de posesivă și protectoare (sufocare emoțională inconștientă). După Arieti, ar exista o diferențiere după forma clinică, tipul paranoid producându-se în familiile în care copilul este respins de către părinții săi, iar tipul catatonice în familiile supraprotectoare. Tatăl a fost descris ca fiind pasiv și ineficient sau aspru și dominator.

Tulburările de percepție sunt constituite din fenomene halucinatorii. În schizofrenie halucinațiile sunt prezente în toate stadiile bolii. Cele mai întâlnite sunt halucinațiile auditive, voci care se adresează în mod direct pacientului, conversează cu el, comentează acțiunile lui și câteodată îi spun ce trebuie să facă. La fel de des întâlnite sunt și pseudo-halucinațiile, manifestate cel mai frecvent sub forma auzirii propriilor gânduri, denumită și sonorizarea gândirii.

Caracteristici comportamentale în schizofrenia cronică, în ordinea frecvenței (Gelder, Gath, & Mayou, *Tratat de Psihiatrie Oxford*, p.218):

CARACTERISTICĂ	PROCENT
Izolare socială	74
Scădere a activității	56
Lipsa conversației	54
Interes scăzut pentru distracții	50
Lentoare	48
Hiperactivitate	41
Idei bizare	34
Depresie	34
Comportament bizar	34
Neglijență în aspectul exterior	30
Posturi și mișcări bizare	25

Amenințări sau violență	23
Nerespectare a orarului mesei	13
Comportament social deranjant	8
Comportament sexual neobișnuit	8
Tentative suicidare	4
Incontinență	4

Etiologie

Dintre cauzele predispozante în schizofrenie, factorii genetici sunt cel mai bine susținuți și argumentați, dar este necesar să luăm în considerație și factorii de mediu care joacă un rol important. Natura factorilor de mediu este incertă, însă s-a sugerat posibilitatea existenței unei etiologii perinatale de tipul leziunilor neurologice care apar în cazul nașterilor dificile, având influențe psihologice ulterior, însă, ambele ipoteze sunt incomplete.

Rolul familiei în etiologia schizofreniei

- o Relațiile cu rol deviant

Conceptul de mamă „schizofrenogenă” a fost introdus de către Fromm-Reichmann în anul 1948. Alanen (1958, 1970) a comparat mamele pacienților cu schizofrenie și nevrotici cu mamele unor persoane cu dezvoltare psihică tipică. Acesta a descoperit faptul că mamele pacienților care aveau schizofrenie prezentau un exces de anomalii psihologice, care ar putea cauza copilului aceasta boală.

Lidz et al. (1949, 1965) au studiat familiile a 17 pacienți schizofreni și ulterior au relatat că au observat două tipuri de pattern-uri familiale anormale:

- a) asimetria maritală, în care unul din părinți cedează excentricităților celuilalt, de obicei a mamei, care domină familia;
- b) sciziunea maritală, în care părinții susțin puncte de vedere opuse, copilul intrând într-un proces de loialitate împărțită, care îi creează un intens conflict interior.

Ulterior, s-a sugerat faptul că aceste pattern-uri familiale disfuncționale ar fi mai degrabă cauză decât rezultatul schizofreniei copilului.

- o Comunicarea intrafamilială perturbată

Bateson et al. (1956) au adus în discuție ideea ”dublei legături”. O dublă legătură apare atunci când o instrucțiune este dată în mod deschis (verbalizată), dar în contradicție cu o a doua instrucțiune incongruentă, care este ascunsă (exprimată prin paraverbal și nonverbal). De exemplu, o mama îi poate spune copilului ei să vină la ea pentru a-l îmbrățișa, dar în același timp, prin comportament, tonul vocii și expresia facială, îi arată copilului respingere. Atunci când copilul primește astfel de ordine contradictorii, dublele legături (tendința de a merge către mama ca răspuns la mesajul verbal și comportamentul de evitare, ca răspuns la respingerea mamei) îl aduc pe acesta în situația de a oferi răspunsuri ambigue sau fără sens. Copilul simte că oricum ar alege să facă, încalcă unul dintre mesaje și cum nu știe care este cel

corect, încearcă să răspundă ambelor sau niciunuia. Bateson presupune că schizofrenia se dezvoltă atunci când acest proces al dublei legături persistă.

- Ocupația și clasa socială

Mai multe studii au arătat faptul că schizofrenia este întâlnită mai frecvent printre persoanele care provin din clase sociale inferioare, acest lucru putând fi o consecință în dezvoltarea acestei tulburări cronice.

- Locul de rezidență

Faris și Dunham (1939) au studiat locul de rezidență al unor pacienți diagnosticați cu diverse tulburări mintale și au constatat că pacienții schizofreni erau mai bine reprezentați în zonele dezavantajate din interiorul orașului Chicago. Ulterior, au ajuns la concluzia că nivelul de trai (condițiile nesatisfăcătoare de locuit) cauzează schizofrenia.

Factori precipitanți

- Bolile fizice și nașterea

Când diagnosticul de schizofrenie este pus imediat după o boală somatică sau după naștere, asocierea pare de cele mai multe ori datorată factorilor stresanți psihologici generali și fiziologici, decât unui agent cauzal mai specific (Glender, 1994).

- Stresul psiho-social

Stresul a fost adesea un factor precipitant în schizofrenie. Paykel (1978) a afirmat că prezența unui eveniment negativ de viață dublează riscul de a dezvolta schizofrenie în următoarele șase luni. Alți cercetători precum Jacobs et al. (1974) și Jacobs & Myers (1976) au confirmat aceste date atât pentru primele episoade de tulburare, cât și pentru recăderi.

Printre factorii posibili care duc la declanșarea schizofreniei se află traumele la naștere, infecția virală în timpul sarcinii, probleme ale aportului sanguin intrauterin, factori nutriționali, accidente de dezvoltare și unele traume din copilărie (Kety, 1996; Olin & Mednik, 1996). Cercetările mai recente arată faptul că dezvoltarea psiho-somatică într-un mediu urban (Pedersen & Mortensen, 2001) și traumatismele cranio-cerebrale în copilărie (Abdelmalik et al., 2003) ar putea să crească riscul pentru dezvoltarea schizofreniei (Gabbard, 2007).

1.2. Schizofrenia în concepția lui Eugene Bleuler

E. Bleuler a continuat tradiția krapeliniană și a introdus pentru primă dată termenul de schizofrenie, sinonim cu termenul de demență precoce în anul 1911, în monografia sa *Demenția praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. E. Krapelin caracteriza demența precoce cu o „*orchestră fără dirijor*”, iar E. Bleuler caracteriza delirul schizofrenic ca fiind un „*baos deliran*”.

Mai târziu, în anul 1926, Bleuler considera faptul că schizofrenia se caracterizează prin scăderea afectivității, numită hipotimie. În anul 1943, afirma împreună cu Bini, faptul că „*noi nu știm care este unitatea psihologică a schizofreniei*”. Ulterior, Bleuler a ajuns la concluzia că, de fapt, nu există o singură boală pe care să

o numim schizofrenie, ci mai degrabă, un grup de schizofrenii alcătuit din stări diferite, care pot fi reunite prin câteva criterii comune, primare și secundare.

Simptomele primare sunt definite prin tulburări „ale asociațiilor și afectivității ca și tendința de a insera în real o parte imaginativă și de a se separa de real. Lumea autistică – după Bleuler – este pentru bolnavi tot atât de reală ca și realitatea. Din simptomele secundare fac parte halucinațiile, stereotipiile, ambivalența, delirul, negativismul cu simptomele catatonice, autismul, iluziile memoriei și alte tulburări de comportament ideo-afectiv. Bleuler reunește simptomele pozitive și cele negative în noțiunea de „Spaltung”, și anume de dislocare a vieții psihice.

1.3. Schizofrenia în concepția lui Sigmund Freud

Sigmund Freud nu a studiat în mod expres schizofrenia însă, prin concepția lui Jung, a contribuit în mod indirect la studiul schizofreniei de către mentorul lor, E. Bleuler. S. Freud (1915) a afirmat că paranoia și schizofrenia nu au fost tratate cu psihanaliză, deoarece pacienții nu au putut să dezvolte un transfer asupra analistului. S. Freud a numit paranoia și schizofrenia „nevroze narcisiste” deoarece, în concepția sa, pacientul nu a putut să „investească” în obiecte, adică în lumea externă, ci s-a retras în sine. S. Freud afirma următoarele cu privire la termenul de schizofrenie: „Este un concept de mult demodat și derivat din aparențe superficiale, acela potrivit căruia bolnavul ar suferi de un fel de nebunie, iar dacă s-ar elimina această nebunie și i s-ar oferi informații privind legătura cauzală a bolii sale cu propria viață petrecută până în prezent, experiențele sale din copilărie, etc., acesta ar trebui să se recupereze. Nu este o necunoaștere a factorului patogen, ci rădăcina acestei necunoașteri. Sarcina terapiei este de a combate aceste rezistențe...” (Freud, 1910).

În concepția lui Bleuler, termenul de disociere, Spaltung, era sinonim cu termenul de clivaj pe care S. Freud îl utiliza pentru desemnarea fenomenului întâlnit în psihoze, și anume „coexistența în cadrul eului a două atitudini psihice față de realitatea exterioară în măsura în care aceasta rezistă unei exigențe pulsionale; una ține de realitate, cealaltă refuză realitatea respectivă și o înlocuiește cu un produs al dorinței. Aceste atitudini coexistă fără a se influența reciproc.” (J. Laplanche și J. B. Pontalis – op.cit., p.80)

1.4. Schizofrenia în concepția lui Carl Gustav Jung

Mentorul lui C. G. Jung, precum și cel al lui S. Freud, era psihiatrul E. Bleuler, care a introdus conceptul de schizofrenie în domeniul psihopatologiei, pentru a desemna tulburarea în care mintea subiectului este scindată în mai multe părți distincte, independente, care conferă bolnavului un comportament haotic și dezorganizat. (schizo – scindare; frenos – spirit).

C. G. Jung considera că „...psihicul e un sistem cu autoreglare ce își menține echilibrul exact la fel ca trupul. Orice proces care merge prea departe atrage după

sine, imediat și inevitabil, compensații, fără de care n-ar putea exista nici metabolismul normal, nici psihicul normal. În acest sens putem considera legea compensației drept o lege de bază a comportamentului psihic. Prea puțin într-o parte duce la prea mult în altă parte. În mod similar, relația dintre conștient și inconștient este compensatorie.” (2003, p.26). Totodată, Jung considera omul o ființă bimilenară și că, pentru fiecare în parte „... în ultimă instanță, cele mai multe dintre problemele noastre rezultă din faptul că am pierdut contactul cu instinctele noastre, cu înțelepciunea străveche, de neșters, depozitată în noi înșine. Și unde anume putem lua contactul cu omul străvechi din noi? În visele noastre.” (citat apud: A. Sterens, 1996, p.96).

Modelul jungian al sufletului este reprezentat prin Sinele care influențează întreg sistemul și care este înconjurat de arhetipurile sale, formând împreună ceea ce Jung denumește ca fiind inconștientul colectiv. Apoi, mai în exterior avem inconștientul personal care înglobează complexe care sunt legate de fiecare arhetip în parte. Toate acestea se afla în centrul conștiinței care are ca și centru Eul, care gravitează precum Pământul în jurul Soarelui.

Arhetipurile sunt structuri psihice care sunt comune tuturor oamenilor și reprezintă „moștenirea arhaică a umanității”. Cu alte cuvinte, arhetipurile sunt o moștenire milenară și sunt pe plan mental ceea ce instinctele sunt pe planul somatic al ființei umane.

Jung (1994, p.68) afirmă că „trebuie să distingem oarecum trei niveluri psihice” și anume:

1) *conștientul*. Conștientul este reprezentat de Eu, care la rândul său este format din gânduri, sentimente, percepții și amintiri.

2) *inconștientul personal*, care constă în acele conținuturi care au devenit ulterior inconștiente, fie că și-au pierdut intensitatea și au ajuns să fie uitate, fie că li s-a retras conștiința prin refulare. Inconștientul personal este alcătuit din complexe și fiecare complex este legat de un arhetip. După Jung, complexe sunt personificări ale arhetipurilor, modalități în care arhetipurile se manifestă în psihicul fiecărei persoane. Arhetipurile în concepția lui Jung sunt „structuri psihice identice, comune tuturor”, constituind „moștenirea arhaică a umanității”. Ele nu sunt structuri pur psihice, ci structuri funcționale duale: structuri psihice și structuri nervoase. (ibidem, p.45). Cele mai cunoscute arhetipuri, după Jung, sunt: *umbra* (partea sadică a personalității), *anima* (imaginea colectivă a femeii în psihologia bărbaților), *animus* (imaginea colectivă a bărbatului în psihologia femeilor) etc. (Fordham, 1998, p.92).

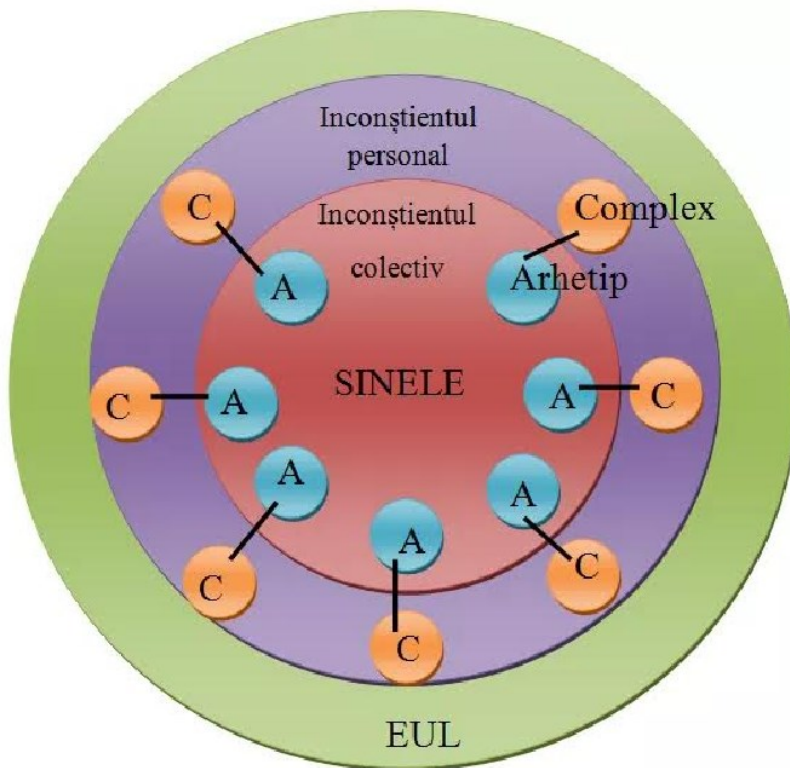


Figura 1. Reprezentare schematică a modelului jungian al sufletului (după Anthony Stevens, 1996, p.57)

3) *inconștientul colectiv*, care nu este individual ci mai degrabă general uman, ține de lumea animală și constituie substratul fiecărui psihism individual. Inconștientul colectiv conține arhetipurile și Sinele. „Inconștientul colectiv este acea imensă zestre spirituală ereditară, rezultată din evoluția omenirii, care renaște mereu, în fiecare structură cerebrală individuală.” (ibidem, p.77). Jung spune că inconștientul colectiv este un strat abisal al structurii psihice, o altă lume, o lume în oglindă care se contrapune imaginii noastre conștiente despre lume.

1.5. Criterii de diagnostic conform DSM-V și ICD-10-AM

Criterii de diagnostic conform DSM-V

A. Simptome caracteristice:

Două sau mai multe semne, care au fost prezente o perioadă semnificativă de timp, în cursul unei perioade de o lună (sau un timp mai scurt, dacă au fost tratate cu succes). Este necesar doar un singur simptom prezent, dacă ideile delirante sunt bizare sau halucinațiile constau dintr-o voce care comentează continuu comportamentul sau gândurile persoanei, ori prezența a două sau mai multe voci care conversează între ele.

1. idei delirante;

2. halucinații;
3. limbaj dezorganizat (ex. perturbări frecvente sau incoerențe);
4. perturbarea motricității grosiere sau comportament catatonice;
5. simptome negative (ex. aplatizare afectivă);

B. Disfuncție socială / profesională:

O perioadă semnificativă de timp de la debutul perturbării, unul sau mai multe domenii majore de funcționare, cum ar fi serviciul, relațiile interpersonale sau autoîngrijirea sunt considerabil sub nivelul anterior debutului (sau când debutul are loc în copilărie ori în adolescență), incapacitatea de a atinge nivelul așteptat de realizare interpersonală, școlară sau profesională.

C. Durata:

Semne continue ale perturbării persistând cel puțin 6 luni. Această perioadă de 6 luni trebuie să includă cel puțin o lună (sau mai puțin, dacă sunt tratate cu succes) de simptome care satisfac criteriul A și poate include perioade de simptome prodromale sau reziduale. În cursul acestor perioade, semnele perturbării se pot manifesta doar prin simptome negative ori două sau mai multe simptome menționate la criteriul A, prezente într-o formă mai accentuată.

D. Excluderea tulburării schizoafective, a tulburării depresive sau bipolare:

Tulburarea schizoafectivă, tulburarea depresivă și bipolară cu elemente psihotice au fost excluse deoarece (1) nici un fel de episoade depresive majore, maniacale sau mixte nu au survenit concomitent cu simptomele fazei active de la criteriul A, sau (2) dacă episoadele au survenit în timpul simptomelor fazei active, durata lor totală a fost mai scurtă în raport cu durata perioadelor activă și reziduală.

E. Excluderea unei substanțe / condiții medicale generale (ex. abuz de droguri):

Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe sau a unei condiții medicale generale.

F. Relația cu o tulburare de dezvoltare pervasivă:

Dacă există un istoric de tulburare autistă sau de altă tulburare de dezvoltare pervasivă, diagnosticul adițional de schizofrenie este pus, numai dacă ideile delirante sau halucinații proeminente sunt prezente timp de cel puțin o lună.

Criterii de diagnostic conform ICD-10-AM

Tulburările schizofrenice sunt caracterizate prin distorsiuni ale gândirii și percepției și afecte care sunt neadecvate, slăbite. Conștiința clară și capacitatea intelectuală sunt menținute de obicei, cu toate că anumite deficiențe de cunoaștere pot evolua în cursul timpului. Cele mai importante fenomene psihopatologice includ repetarea gândurilor ca un ecou; influențarea gândirii sau furtul ei; transmiterea gândurilor; percepția delirantă și ideile delirante de control, influență sau pasivitate; halucinații în care voci vorbesc sau discută despre subiectul respectiv la persoana a treia; tulburări de gândire și simptome negative.

Evoluția tulburărilor schizofrenice poate fi continuă sau episodică, cu un deficit progresiv sau stabil, sau pot exista unul sau mai multe episoade cu remisiune completă sau incompletă. Diagnosticul de schizofrenie nu ar trebui pus în prezența

simptomelor depresive sau maniacale extinse dacă nu este clar că simptomele schizofrenice au precedat tulburarea afectivă. Nu ar trebui pus un diagnostic de schizofrenie nici în prezența unei boli cerebrale manifeste sau a unei intoxicații datorită unui drog sau în prezența unui sevraj.

1.6. Simptome negative

Una dintre modalitățile de a împărți simptomele schizofreniei este în grupuri de simptome opuse, pozitive și negative.

Simptomele pozitive sunt distorsiuni sau exagerări ale funcțiilor normale, iar simptomele negative sunt diminuări ale funcțiilor normale.

SIMPTOME POZITIVE		SIMPTOME NEGATIVE	
Simptome	Funcția deteriorată	Simptome	Funcția deteriorată
Halucinații	Percepția	Alogie	Fluența vorbirii sau a gândirii
Idei delirante	Gândirea inferențială	Aplatizarea afectului	Expresia emoțională
Vorbire dezorganizată	Gândrea / limbajul	Abulie	Voința și pulsivitatea
Comportament bizar	Comportamentul	Anhedonie	Capacitatea hedonică

*alogia sau afazia este caracterizată printr-o insuficiență generală în capacitatea lingvistică

*abulie este un simptom care constă în scăderea sau pierderea voinței, în incapacitatea de a trece de la o idee la acțiune

*anhedonia este incapacitatea unei persoane de a simți plăcere în situații normale

Simptomele negative sunt caracterizate ca fiind stări stabile deficitare care formează baza peste care se suprapun simptomele acute, psihotice și dezorganizate, ale schizofreniei. Severitatea simptomatologiei negative este un prognostic pentru funcționarea socială, ocupațională și a unei calități precare a vieții. Cel mai bun predictor al simptomatologiei negative accentuate este debutul tulburării înainte de vârsta de 25 de ani, iar majoritatea simptomelor tind să rămână stabile sau chiar să se intensifice pe parcursul vieții, în timp ce simptomele pozitive tind să se reducă.

Pacienții diagnosticați cu schizofrenie prezintă o capacitate redusă de selectare a informațiilor relevante și o deteriorare a abilității de concentrare a atenției, fiind distrași cu ușurință de stimuli interni sau externi. Totodată, ei se află în dificultate atunci când este nevoie să genereze și să implementeze o strategie comportamentală sau să rezolve probleme ale căror soluții nu sunt evidente.

Eqpvkpwctgc " ceguvwk " xqnwo " q " rwvg k " ngevwtc

www.editalumen.ro
www.librariavirtuala.com

ucw " fkp " nkdt tkkng " pqcuvtg " rctvg }



Eliza Geanina Cogian este absolventă a masterului de Psihologie Clinică și Psihoterapie al Facultății de Psihologie și Științe ale Educației din cadrul Universității "Alexandru Ioan Cuza" din Iași și absolventă a formării de specialitate în Psihoterapie Sistemică de Familie și Cuplu sub egida Asociației Human Center din Iași. A colaborat cu Institutul de Psihiatrie "Soțola" Iași și a făcut terapie cu persoane diagnosticate cu schizofrenie. În prezent este psiholog clinician și psihoterapeut în propriul cabinet individual de psihologie. Temele sale de interes includ psihoterapia sistemică și psihopatologia.



Adina Nicoleta Karner-Huțuleac este doctor în psihologie, conferențiar universitar la Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației din cadrul Universității "Alexandru Ioan Cuza" din Iași, psihoterapeut-supervizor în propriului cabinet individual de psihologie și formator de psihoterapie sistemică de familie și cuplu în Asociația Human Center, a cărei președinte este. Temele sale de interes includ psihoterapia sistemică de familie, calitatea vieții pacienților cronici, psihopedagogia specială și a publicat numeroase lucrări de specialitate: Quality of life and spirituality; Health-related quality of life of diabetic and chronic renal failure patients; Calitatea vieții pacienților cronici; Etichal aspects of research on quality of life of chronic patients; Assessment of executive functions for patients with chronic renal failure etc.

