

DISFUNȚII SOCIALE ÎN SCHIZOFRENIE

ADELA MAGDALENA CIOBANU, CAMELIA POPA

Social Disfunctions in Schizophrenia. Schizophrenia, the most severe psychosis, is a disease with a chronic evolution. Its origins are genetic, biological and psychosocial. A disorder with a course and variable consequences, schizophrenia affects almost all aspects of patient's life. In this article we will present the risk factors for schizophrenia and we will analyse the social dysfunctions occurring in people affected by this disease. We will focus on negative affectivity (anhedonia and interpersonal anxiety), damage of communication, negative effects in familial relationships and professional activities. Knowing the risk factors for the disease and understanding the deficits in social skills of persons with schizophrenia may help remove stigma for these people and preventing their social failure.

Key words: schizophrenia, social dysfunction, anhedonia, negative emotion.

Introducere

Schizofrenia este o tulburare care produce afectări ale creierului pe termen lung, modificări marcante ale percepției și înțelegerii lumii și perturbări importante în viața individului. Pacientul cu schizofrenie, aflat în episod acut, reprezintă o urgență psihiatrică și necesită internarea în secții specializate. El afișează un comportament neadecvat, secundar delirurilor, la care se pot adăuga sau nu halucinațiile proeminente, respectiv percepțiile lipsite de obiect. Afectul său este plat ori inadecvat, înregistrează o deteriorare clară în activitățile sale, poate deveni periculos pentru sine sau pentru ceilalți, se retrage din viața socială etc. După remiterea episodului acut, grație tratamentului antipsihotic, boala poate persista, astfel încât perioadele de remisiune alternează cu perioadele de exacerbare. De aceea, tratamentul de lungă durată este indicat pentru toți pacienții cu schizofrenie, acompaniat de intervenții psihoterapeutice și de strategii psihosociale complementare, axate pe îmbunătățirea mediului social al acestora.

Cercetătorii din întreaga lume au ajuns la concluzia că modelele genetice, liniare (transmiterea schizofreniei de la genitori la descendenți), nu pot explica în mod satisfăcător această boală gravă. Drept urmare, pentru schizofrenie au fost elaborate noi modele interpretativ-explicative, mult mai complexe, biologice și psihosociale, care surprind caracterul dinamic și evolutiv al tulburării, vulnerabilitățile preexistente ale pacientului, interacțiunile dintre biologic și social, multiplele efecte de feedback dintre toate aceste variabile, ținând cont, totodată, de mediul în care trăiește individul (Ciompi, 1998). Pornind de la noile modele explicativ-interpretative, s-au fixat și cadrele terapeutice moderne. Astfel, în prezent, îngrijirea pacienților diagnosticați cu schizofrenie este asigurată de o echipă

multidisciplinară, formată din medic psihiatru, psiholog, asistent medical și asistent social sau comunitar. Această echipă trebuie să aibă ca obiective, pe de o parte, reducerea frecvenței, a duratei și a severității episoadelor, scăderea morbidității și a mortalității bolii, iar pe de altă parte – îmbunătățirea funcționării psihosociale, a independenței și a calității vieții persoanelor afectate.

Factorii de risc ai schizofreniei

Printre factorii de risc ai schizofreniei se numără, pe lângă cei genetici, infecțiile prenatale, complicațiile obstetricale, deficiențele de dezvoltare din copilărie, climatul de creștere a copilului, consumul de cannabis la adolescenți, mediul urban și apartenența la o populație minoritară (Cannon și Clarke, 2005).

În lumina cercetărilor genetice, incidența familială a schizofreniei este mai ridicată decât în populația generală iar concordanța la gemenii monoziagoți este mai mare decât la gemenii dizigoți (DSM IV-R). Concordanța schizofreniei pentru gemenii monoziagoți este de aproximativ 50%, iar pentru dizigoți este de aproximativ 8-12%, rate mult mai mari decât cea de 1%, găsită în populația generală (Kendler și Diehl, 1993). Remarcăm totuși existența unei rate substanțiale de discordanță chiar la gemenii monoziagoți, aceasta indicând importanța unor factori nongenetici în schizofrenie (DSM IV-R).

De asemenea, s-a constatat că există o concordanță mai mare între membrii aceleiași familii pentru simptomele negative, față de cele pozitive, ale schizofreniei. Mai mult, s-a observat tendința monoziagoților de a dezvolta tipuri identice de schizofrenie. În același timp, gemenii monoziagoți crescuți separat au aceeași rată de concordanță ca și gemenii crescuți împreună (Prelipceanu, 2003). Studiile de adopție au mai demonstrat că riscul de a avea schizofrenie este cel conferit de părintele biologic, nu de părintele adoptiv. Riscul pentru un copil adoptat, provenit dintr-un părinte cu schizofrenie, de a dezvolta această boală este de 10-12%, același ca și în cazul în care respectivul copil ar fi fost crescut de părinții săi biologici.

Printre vulnerabilitățile preexistente ale pacientului s-ar număra și traumatismele suferite în timpul perioadei intrauterine sau la naștere, ca și unele anomalii biologice ale creierului. Numeroase studii au raportat corelații înalte între complicațiile de la naștere și cele din timpul sarcinii, la pacienții cu schizofrenie, față de populația de control (Jones *et al.*, 1998; Dalman *et al.*, 1999; Preti *et al.*, 2000; McNeil *et al.*, 1994, Cannon *et al.*, 2002).

În același timp, la pacienții cu schizofrenie au fost descoperiți mai mulți indicatori ai dezvoltării anormale a creierului, printre care se numără: tulburările dispoziției substanței albe și ale dezvoltării corticale, cauzate cel mai probabil de selecția și migrarea neuronală defectuoasă din cursul dezvoltării precoce a creierului (survenită în cursul celui de-al doilea trimestru de sarcină); scăderea densității neuronale din anumite arii corticale (frontală, motorie); existența unor markeri extracelulari ai așa-numitei neurodezvoltări aberante („dermatoglifele aberante”); fenomenele degenerative suferite de neuroni, după ce aceștia au trecut printr-un proces normal de dezvoltare (teorie care ar putea explica pierderea

celulară fără glioză, mediată de receptorul glutamat, precum și cursul progresiv al schizofreniei, la unii bolnavi – Ciobanu, 2009).

Studiile de specialitate mai arată că, la persoanele care au fost victime ale abuzului în copilărie, schizofrenia debutează mai precoce, iar aceasta are o evoluție mai proastă, comparativ cu cea înregistrată la non-abuzații de aceeași vârstă (idem). De asemenea, stresul este un factor declanșator important în schizofrenie. Circa 44% din cazurile studenților diagnosticați cu schizofrenie se prezintă la medic în primul semestru de facultate, al primului an iar printre cei recrutați în armată se înregistrează o incidență de opt ori mai mare a schizofreniei în primele luni de serviciu militar, comparativ cu debutul de schizofrenie consemnat în cursul celui de-al doilea an de serviciu militar (ibidem).

Factorii psihosociali au fost acreditați la rândul lor, ca având un rol mai mare sau mai puțin important în etiologia schizofreniei. Astfel, unele patternuri de interacțiune familială predispun la dezvoltarea, debutul, recăderea sau cronicizarea schizofreniei (DSM IV-R) iar diagnosticul de schizofrenie este pus mai ales în familiile cu statuto socioeconomice inferioare. Alte cercetări au susținut că industrializarea și urbanizarea pot fi citate printre cauzele schizofreniei (Kaplan și Sadock, 2001; Torrey, 1980; Mortensen *et al.*, 1999).

Incidența schizofreniei în populațiile diverselor state reprezintă un obiect central de studiu al psihiatriei sociale. Cercetările ultimilor două decenii au demonstrat că această boală gravă și invalidantă nu are o incidență strict definită și uniformă la nivel mondial. Mai mult, există diferențe notabile între ratele de incidență ale schizofreniei între state și chiar între populațiile care conviețuiesc pe teritoriul unuia și aceluiași stat. Majoritatea studiilor din această arie au susținut însă că incidența schizofreniei este mai ridicată în grupurile de migranți, care se confruntă cu adversități socio-culturale și economice în țările gazdă, precum și în rândul populațiilor izolate. De pildă, în populația afro-caiaribeană care trăiește pe teritoriul Marii Britanii, factorii sociali asociați cu dezvoltarea schizofreniei sunt: separarea prelungită a copilului de părinți în perioadele timpurii ale vieții, adversitatea și ostilitatea parentală, adversitatea socială survenită mai târziu și izolarea indivizilor (Oliver și Fearon, 2008).

Nu există încă o explicație satisfăcătoare vizând creșterea ratei de schizofrenie în grupurile de imigranți și nici cu privire la creșterea riscului de a dezvolta această maladie, la persoanele care-și părăsesc țările de origine. Ținem să menționăm în acest context un alt studiu de profil, care a dorit să verifice dacă danezii care au emigrat din Danemarca au o predispoziție mai mare de a dezvolta schizofrenie, comparativ cu danezii care continuă să locuiască în această țară. Riscurile de emigrare s-au dovedit a fi crescute pentru cei născuți în orașe, pentru cei proveniți din familii ale căror mame au apelat la serviciile psihiatrice, pentru cei cu un istoric familial parental de tulburare afectivă bipolară (Pedersen *et al.*, 2011). În schimb, istoricul personal de boli psihice a scăzut riscul de emigrare, mai ales în cazul celor diagnosticați cu schizofrenie. Nu s-a putut determina dacă cei plecați din Danemarca au un risc mai mare de a dezvolta schizofrenie, comparativ cu cei rămași în această țară, furnizându-se doar dovezi ale faptului că emigranții danezi

care locuiesc într-o țară străină au atât o predispoziție mai mare de schizofrenie ca urmare a expunerii lor la factorii adversivi din orașe (s-au născut în mediul urban), cât și o predispoziție mai mică de schizofrenie, deoarece nu au avut un istoric personal de boli psihice.

Au existat și cercetări conform cărora riscul de schizofrenie este prezis de alte constelații factoriale, cum ar fi rezultatele școlare mai slabe, prezența schizofreniei în familia subiectului, istoricul frecvent de complicații obstetricale al mamei, greutatea mai mică la naștere a mamei pacientului cu schizofrenie și proveniența acestuia din familii sărace (Foerster *et al.*, 1991). Sărăcia este acreditată la rândul ei ca predictor al schizofreniei (Jones *et al.*, 2008), alături de antecedentele familiale de boli mintale, ceea ce arată că așa numitul modelul genetic al schizofreniei trebuie dezvoltat, astfel încât să se includă în el și riscurile de îmbolnăvire ale populațiilor marginale, care trăiesc la periferia societăților în condiții economice precare.

Există și unele rezultate contradictorii ale cercetărilor privind incidența crescută a schizofreniei în rândul claselor sociale sărace. Un studiu pe 11.017 persoane din nordul Finlandei (Mäkikyrö *et al.*, 1997), urmărite de la vârsta de 16 până la cea de 27 de ani, a arătat că incidența cumulativă a schizofreniei cu debut precoce (diagnosticată până în 23) ani a fost mai mare (1,14%) în rândul tinerilor din cea mai înaltă clasă socială (determinată în raport cu ocupația tatălui), decât în rândul copiilor din clasele sociale inferioare (0,47%), diferența fiind semnificativă statistic ($p < 0.05$). Incidența de schizofrenie în cea mai înaltă clasă socială a fost mai mare în rândul fetelor, primii născuți, copii ai unor mame cu vârste de sub 30 de ani, din mediul urban. În ceea ce-i privește pe tații acestor copii, mulți aveau probleme cu alcoolul. Concluzia acestui studiu a fost aceea că în unele familii din nordul Finlandei avansarea profesională a tatălui și problemele acestuia cu privire la dependența de alcool pot fi determinanți ai unui risc crescut de schizofrenie la copil.

Emotivitate negativă, degradarea relațiilor interumane

Capacitatea emoțională și buna funcționare cognitivă sunt esențiale pentru adaptarea socială a indivizilor. Prin capacitate emoțională înțelegem adecvarea afectelor și a sentimentelor în funcție de context și de interlocutori, exprimarea lor firească.

În schizofrenie însă, anomaliile emoționale, constând mai ales în modificări calitative ale stărilor afective, sunt simptome centrale, care pot explica disfuncțiile sociale ale acestor pacienți. În prim planul tabloului simptomatologic remarcăm anhedonia sau incapacitatea de a resimți plăcerea, senzația de gol interior, emotivitatea negativă intensă și frecventă, afectivitatea plată sau trunchiată, indiferentismul afectiv (scăderea foarte accentuată a tonusului afectiv și a capacității de rezonanță afectivă la situațiile ambianței, manifestată prin inexpresivitate mimico-pantomimică – Predescu, 1989), paratimiile (reacții afective aberante și inadecvate, uneori paradoxale față de motive, situații sau evenimente; de pildă, o situație afectiv negativă este întâmpinată cu veselie și invers – *idem*), ambivalența afectivă

(coexistența unor stări afective opuse calitativ – de exemplu dragoste-ură, față de aceeași persoană sau situație) și inversiunea afectivă (bolnavul dezvoltă ostilitate față de persoanele pe care înainte de îmbolnăvire le-a iubit sau pe care, în mod firesc, ar trebui să le iubească – părinți, frați, copii, *ibidem*).

Toate aceste manifestări emoționale îngreunează adaptarea socială a persoanelor diagnosticate cu schizofrenie, acestea fiind percepute adeseori ca niște „roboți” bizari care trăiesc printre noi și de care trebuie să ne ferim. De asemenea, deficitul cognitiv al pacienților schizofrenici, reflectat în exterior prin opinii sărace sau inadecvate, prin deficitul în prelucrarea informațiilor sociale și prin incapacitatea de a se adapta la discursul interlocutorului intensifică percepția de „bizar” pe care o au oamenii normali care vin în contact cu astfel de persoane. Din cauza anomaliilor emoționale și a deteriorării cognitive, se constată nu numai degradarea puternică a relațiilor socio-profesionale, ci și slăbirea relațiilor familiale. Emotivitatea partajată în cadrul mediului familial este una preponderent negativă, iar ciudățenia acestor bolnavi atrage distanțarea rudelor față de ei, atitudine care le stimulează indiferența afectivă și producerea altor simptome negative.

Modul în care pacienții diagnosticați cu schizofrenie reușesc să comunice cu membrii familiilor lor a fost cercetat în cadrul unui studiu, evaluându-se afectivitatea generală a acestora, mai precis negativitatea, pozitivitatea și dezangajarea participanților la discuții (N = 91 de subiecți). Filmările efectuate pe parcursul studiului au arătat că simptomele negative ale pacienților (în special afectivitatea trunchiată sau plată) s-au asociat cu expresiile emoționale mai sărace ale acestora, dar și cu expresiile emoționale negative ale rudelor lor. Însă, spre deosebire de rude, pacienții cu schizofrenie au afișat mai puține emoții pozitive și au demonstrat o mai mare dezangajare în discuții. Simptomele negative mai mari, manifestate în grupul pacienților cu schizofrenie, au fost legate de o diminuare generală a expresiei afective a acestora. Cu alte cuvinte, interacțiunile familiale ale pacienților cu schizofrenie au de suferit în mod constant și semnificativ.

Totuși, autorii studiului au reușit să evidențieze că nu simptomele schizofrenice sunt cele care determină, prin ele însele, conflictul dintre pacienți și membrii familiilor acestora. Vinovată de disfuncțiile familiale ale acestor bolnavi ar fi deteriorarea relațiilor de comunicare, la care participă atât bolnavii, cât și rudele. Cu alte cuvinte, este vorba despre o „vinovăție partajată” între bolnav și rudele presupus sănătoase ale acestuia. În acest context, trebuie să mai punctăm și rezultatele interesante ale altor studii, potrivit cărora sensibilitatea perceptivă și suspiciunea se manifestă și în cazul rudelor pacienților cu schizofrenie, la care nu sunt semne psihopatologice evidente (Lencer *et al.*, 2003), ceea ce poate aduce o nouă explicație conceptului de „vinovăție partajată”. De asemenea, s-a demonstrat că istoricul familial de psihoză are un impact semnificativ asupra simptomelor negative din schizofrenie, influențând negativ sensibilitatea interpersonală și prezentarea pacientului.

Distanța socială impusă de ceilalți oameni persoanelor diagnosticate cu schizofrenie nu este de natură să îmbunătățească relaționarea acestora. Penn *et al.* (2000) au demonstrat, printr-un studiu de joc de rol la care au participat 39 de

persoane cu schizofrenie, că distanța socială impusă în cadrul relațiilor cu pacienții schizofreni a declanșat simptomele negative ale acestora. Concluzia studiului citat a fost aceea că o serie de factori interpersonalii, cum ar fi aptitudinile generale sociale sărace, simptomele negative și ciudățenia acestor pacienți, percepută de ceilalți, pot contribui la stigmatizarea pacienților psihotici.

Empatia emoțională și empatia cognitivă a acestor pacienți au fost însă dimensiuni mai puțin investigate. S-a arătat însă că persoanele cu schizofrenie sunt puse într-o mai mare dificultate atunci când trebuie să întreprindă acțiuni sociale concrete și să participe la dialog, decât atunci când trebuie să răspundă la întrebări teoretice, abstracte, despre situațiile sociale, de exemplu să recunoască situațiile în cauză, să indice regulile aplicabile acestora și să deducă obiectivele efectuării acțiunilor necesare, cazuri în care pot avansa răspunsuri relativ corecte (Corrigan și Nelson, 1988). Explorarea mai amănunțită a dimensiunilor „concret” și „abstract” ale situațiilor sociale pot contribui la înțelegerea cognițiilor sociale ale pacienților cu schizofrenie și a disfuncțiilor interpersonale ale acestora, au concluzionat cercetătorii.

Cogniții deficitare, distanță socială și inadaptare

Legăturile complexe care se stabilesc între schizofrenie, stres și handicap social au fost explorate prin numeroase studii psihiatrice, psihologice sau sociologice. Astfel, disfuncțiile sociale din schizofrenie și din alte boli psihice invalidante este mai mare în cazul bolnavilor care au trăit în spitale sau în case-internat, al șomerilor, al vârstnicilor cu o evoluție cronică a bolii și al persoanelor mai puțin educate, comparativ cu disfuncțiile înregistrate în cazul celor care au trăit independent, al celor care au avut un loc de muncă, al celor tineri (aflați la debutul bolii sau la primele episoade psihotice) și al celor cu un grad mai înalt de educație (Munroe-Blum *et al.*, 1996).

Un alt studiu clinic, de această dată românesc, realizat pe 81 de pacienți diagnosticați cu schizofrenie paranoidă la Centrul de Sănătate Mintală din Craiova (Pirlog și Marinescu, 2013), a demonstrat că factorii sociali, familiali și de mediu influențează semnificativ evoluția acestei tulburări. În cadrul studiului menționat a fost evaluat stresul social al pacienților, cu ajutorul unor indicatori specifici, precum și funcționarea personală și socială a subiecților. Agresivitatea, manifestată în cazul a 69,14% dintre pacienți și tentativa de sinucidere, consemnată la 7,4% dintre pacienți, au fost precipitate de stresul acut resimțit de subiecți, probând relația dintre stresul social și depresie. Printre factorii sociali și familiali asociați schizofreniei, autorii studiului au nominalizat: inversiunea afectivă față de mamă, dispariția sentimentului de independență socială și acțiunea socială inadecvată alimentată de delir. Nivelul ridicat de stres din schizofrenie, de care depinde gradul de remisie al bolii, este o variabilă dependentă de relația dintre pacient, familie și societate – a fost concluzia celor doi autori.

Disfuncțiile sociale sunt asociate cu simptomele negative ale schizofreniei, mai ales în faza cronică a bolii. Însă anomaliile sociale apărute în timpul fazei premorbide a schizofreniei, la persoanele care ulterior dezvoltă această tulburare,

au fost mai puțin studiate. Unele cercetări în domeniu au reușit totuși să demonstreze că funcționarea socială și academică a viitorilor pacienți schizofrenici se înrăutățește progresiv, în timp, pe parcursul copilăriei, adolescenței și la începutul vieții adulte; o deteriorare puternică și accelerată va fi înregistrată însă la debutul bolii (Strauss *et al.*, 2012). Disabulia, dificultatea de a sfârși o acțiune începută, însoțită de o stare afectivă negativă este menționată în aceste studii ca fiind o manifestare comună a pacienților cu debut de schizofrenie, ea accentuându-se progresiv în timp.

Cogniția socială deficitară din schizofrenie (modul în care persoana cu această tulburare înțelege și interpretează situațiile) pare să fie legată de caracteristicile cheie ale acestei boli, cum ar fi disocierea, scindarea unității psihice sau deficitelne neurocognitive și simptomele negative (Sergi *et al.*, 2007). Alți autori susțin chiar că atât cogniția socială deficitară, cât și deteriorările neurocognitive pot fi interpretate ca markeri ai schizofreniei (Metha *et al.*, 2013), care ar trebui luați în considerare la diagnosticarea acestei tulburări și la determinarea amplitudinii ei.

Creдем la rândul nostru că rolul factorilor neurocognitivi, susceptibili să determine funcționarea socială redusă a pacienților cu schizofrenie, nu trebuie în niciun caz minimalizat. De pildă, s-a demonstrat că afazia, o tulburare a vorbirii care afectează exprimarea sau înțelegerea limbajului vorbit sau scris, cauzată de anomalii funcționale ale creierului, ca și performanțele reduse la sarcinile vizual-spațiale și de organizare a teritoriului, prezente la unii dintre pacienții diagnosticați cu schizofrenie, corelează cu frecvența scăzută de activități sociale și cu funcționarea socială „totală“ ale acestor bolnavi (Dickerson *et al.*, 1996). Această constatare are o valoare aplicativă incontestabilă, întrucât reducerea deficitelor cognitive ale respectivilor pacienți ar putea conduce la îmbunătățirea rezultatelor lor sociale.

Cercetătorii au mai evidențiat o corelație înaltă între stresorii psihosociali și exacerbarea simptomelor negative din schizofrenie. De pildă, la întâlnirile sociale care necesită abilități asertive sau de afiliere (situații care implică un nivel ridicat de stres pentru pacienții cu schizofrenie), starea lor negativă se accentuează iar emoțiile pozitive se reduc, rezultând o inadaptare socială (Horan și Blanchard, 2003), o incapacitate de a rezona afectiv cu interlocutorii. Forța dezadaptativă a emoțiilor negative din schizofrenie depinde însă de diferențele individuale în răspunsurile emoționale la stresorii psihosociali (*idem*).

Sărăcirea progresivă a vieții psihice, recăderile și acutizările periodice ale bolii antrenează stigmatizarea și marginalizarea individului diagnosticat cu schizofrenie de către ceilalți oameni, conducând în cele din urmă la eșecul social al acestuia. Inadaptarea la mediul socio-profesional este maximal amplificată în schizofrenia paranoidă. Persoanele care suferă de această tulburare folosesc ca mecanisme de apărare regresia, negarea, reprimarea care, alături de anxietatea interpersonală, le împiedică adaptarea socială și funcționarea profesională adecvată (Bomov și Reyblat, 2011). Cognițiile paranoice despre colegi și suspiciunea exagerată reușesc să declanșeze atragerea ostilității și chiar a furiei celorlalți, soldându-se cu respingerea socială a acestor persoane de către grupurile profesionale sau sociale (Marr, 2012).

Concluzii

Schizofrenia, psihoza cea mai severă, este o boală cu o evoluție cronică, la originea căreia se află factori genetici, biologici și psihosociali. Tulburarea, cu un curs și consecințe variabile, afectează aproape toate aspectele vieții pacientului. În acest articol am prezentat factorii de risc ai schizofreniei și am analizat disfuncțiile sociale care survin în cazul persoanelor afectate de această maladie, cu accent pe afectivitatea negativă (anhedonie și anxietate interpersonală), deteriorarea comunicării, a relațiilor familiale și a activităților profesionale. Cunoașterea factorilor de risc ai bolii, precum și înțelegerea deficitelor competențelor sociale ale persoanelor cu schizofrenie pot ajuta la înlăturarea stigmatizării acestor oameni și la prevenirea eșecului lor social.

Trebuie să mai precizăm că schizofrenia, la declanșarea căreia contribuie factorii psihosociali, are efecte care se răsfrâng asupra socialului și costuri economice importante. Costul schizofreniei este apreciat ca fiind de șase ori mai mare decât cel al infarctului miocardic (Andrews *et al.*, 1985). Practic, costul uriaș al schizofreniei secătuieste bugetele celor mai importante state ale lumii. Aceste cost ridicat are drept cauză morbiditatea crescută a schizofreniei (numărul de bolnavi la 100.000 de locuitori), boală invalidantă și cu o evoluție cronică. În cazul schizofreniei se înregistrează deficite premorbide, deficite cognitive, simptome negative debilitante, care conduc la spitalizări frecvente (Johnstone *et al.*, 1979). În 1994, de pildă, costurile legate de această boală în SUA au fost de 44,9 bilioane de dolari și sunt în creștere (Rice, 1999). În Marea Britanie, nu mai puțin de 5,4% din costurile serviciilor naționale de sănătate sunt atribuite schizofreniei. Când toate serviciile pentru bolnavii în cauză sunt contabilizate împreună, aproximativ 2,6 bilioane de lire sterline sunt cheltuite anual pentru îngrijirea pacienților schizofrenici (Knapp, 1997). În Australia, costurile pentru schizofrenie sunt estimate la aproximativ 3 bilioane dolari, atât pentru tratament, cât și secundar pierderii productivității acestor oameni (Mowry și Nancarrow, 2001). Aproximativ 75% din persoanele cu schizofrenie severă sunt incapabili să se angajeze sau să lucreze (Tasman *et al.*, 2003).

Cunoașterea factorilor de risc ai schizofreniei, precum și înțelegerea deficitelor competențelor sociale ale persoanelor astfel diagnosticate pot ajuta, după cum am arătat, la înlăturarea stigmatizării acestor oameni. Bizareriile sau „ciudățenia percepută” din schizofrenie impun față de acești pacienți o anumită distanță socială, această îndepărtare putând fi interpretată ca stigmatizare sau ca scădere a ratingurilor de atractivitate ale indivizilor în cauză. La rândul lor, bizareriile pacienților cu schizofrenie sunt legate de deficitele aptitudinilor sociale generale ale acestora. Printre aceste aptitudini se numără competența de interrelaționare, fluenta și claritatea exprimării, implicarea în conversație (determinată în funcție de numărul de întrebări adresate interlocutorilor), precum și interacțiunile cu ceilalți participanți la conversație.

Bibliografie

Andrews, G., Hall, W., Goldstein, G. *et al.*, *The economic costs of schizophrenia: Implications for public policy*, Archives of General Psychiatry, 42, 1985, p. 537-543.

- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington D.C., 2000 (4th ed.).
- Bomov, P., Reyblat, S., P03-319 – *Dominant social frustrating factors and mechanisms of psychological adaptation among women with prolonged paranoid schizophrenia*, *European Psychiatry*, 26, Suppl. 1, 2011, p. 1489.
- Cannon, M., Clarke, M.C., *Risk for schizophrenia – broadening the concepts, pushing back the boundaries*, *Schizophrenia Research*, 79, 1, 1 2005, p. 5-13.
- Cannon, M., Jones, P., Murray, R.M., *Obstetric complications and schizophrenia: Historical and meta-analytic review*, *The American Journal of Psychiatry*, 159, 2002, p. 1080-1092.
- Ciobanu, A.M., *Schizofrenia*, Ars Docendi, Universitatea din București, 2009.
- Ciompî, L., *Learning from outcome studies: Toward a comprehensive biological-psychosocial understanding of schizophrenia*, *Schizophrenia Research*, 1, 6, 1988, p. 373-384.
- Corrigan, P.W., Nelson, D.R., *Factors that affect social cue recognition in schizophrenia*, *Psychiatry Research*, 78, 3, 1998, p. 189-196.
- Dalman, C., Allebeck, P., Cullberg, J. et al., *Obstretic complications and the risk of schizophrenia: A longitudinal study of a national birth cohort*, *Archives of General Psychiatry*, 56, 1999, p. 234-240.
- Dickerson, F., Boronow, J.J., Ringel, N., Parente, F., *Neurocognitive deficits and social functioning in outpatients with schizophrenia*, *Schizophrenia Research*, 21, 2, 1996, p. 75-83.
- Foerster, A., Lewis, S.W., Owen, M.J., Murray, R.M., *Low birth weight and a family history of schizophrenia predict poor premorbid functioning in psychosis*, *Schizophrenia Research*, 5, 1, 1991, p. 13-20.
- Horan, W.P., Blanchard, J.J., *Emotional responses to psychosocial stress in schizophrenia: the role of individual differences in affective traits and coping*, *Schizophrenia Research*, 60, 2-3, 2003, p. 271-283.
- Johnstone, E.C., Frith, C.D., Gold, A. et al., *The outcome of severe acute schizophrenic illnesses after one year*, *The British Journal of Psychiatry*, 134, 1979, p. 28-33.
- Jones, P.B., Rantakallio, P., Hartikainen, A.L. et al., *Schizophrenia as a long-term outcome of pregnancy, delivery, and perinatal complications: A 28-year follow-up of the 1966 North Finland general population birth cohort*, *The American Journal of Psychiatry*, 155, 1998, p. 355-364.
- Jones, B.J., Gallagher Iii, B.J., Pisa, A.M. et al., *Social class, family history and type of schizophrenia*, *Psychiatry Research*, 159, 1-2, 2008, p. 127-132.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*, Ed.3, Lippincott Williams & Wilkins, Editura Medicală, 8, 2001, p. 139-160.
- Kendler, K.S., Diehl, S.R., *The genetics of schizophrenia: A current, genetic-epidemiologic perspective*, *Schizophr. Bull.* 19, 1993, p. 261-285.
- Knapp, M., *Costs of schizophrenia*, *Br. J. Psychiatry*, 171, 1997, p. 509-518.

- Lencer, R., Trillenber-Krecker, K., Schwinger, E., Arolt, V., *Schizophrenia spectrum disorders and eye tracking dysfunction in singleton and multiplex schizophrenia families*, Schizophrenia Research, 60, 1, 2003, p. 33-45.
- Mäkikyrö, T., Isohanni, M., Moring, J. *et al.*, *Is a child's risk of early onset schizophrenia increased in the highest social class?*, Schizophrenia Research, 23, 3, 1997, p. 245-252.
- Marr, J.C., Thau, S., Aquino, K., Barclay, L.J., *Do I want to know? How the motivation to acquire relationship-threatening information in groups contributes to paranoid thought, suspicion behavior, and social rejection*, Organizational Behavior and Human Decision Processes, 117, 2, 2012, p. 285-297.
- McNeil, *Perinatal risk factors and schizophrenia: Selective review and methodological concerns*, Epidemiol. Rev., 17, 1995, p. 107-112.
- Mehta, U.M., Thirthalli, J., Subbakrishna, D.K. *et al.*, *Social and neuro-cognition as distinct cognitive factors in schizophrenia: A systematic review*, Schizophrenia Research, 148, 1-3, 2013, p. 3-11.
- Mortensen, P.B., Pederson, C.B., Westergaard, T. *et al.*, *Effects of family history and place and season of birth on the risk factors for schizophrenia*, N. Engl. J. Med., 340, 1999, p. 603-608.
- Mortensen, P.B., Pederson, C.B., Westergaard, T. *et al.*, *Effects of family history and place and season of birth on the risk factors for schizophrenia*, N. Engl. J. Med., 340, 1999, p. 603-608.
- Mowry, B.J., Nancarrow, D.J., *Molecular genetics of schizophrenia*, Clin. Exp. Pharmacol. Physiol., 28, 2001, p. 66-69.
- Munroe-Blum, H., Collins, E., McCleary, L., Nuttall, S., *The social dysfunction index (SDI) for patients with schizophrenia and related disorders*, Schizophrenia Research, 20, 1-2, 1996, p. 211-219.
- Pedersen, C.B., Mortensen, P.B., Cantor-Graae, E., *Do risk factors for schizophrenia predispose to emigration?*, Schizophrenia Research, 127, 1-3, 2011, p. 229-234.
- Penn, D.L., Kohlmaier, J.R., Corrigan, P.W., *Interpersonal factors contributing to the stigma of schizophrenia: social skills, perceived attractiveness, and symptoms*, Schizophrenia Research, 45, 1-2, 29, 2000, p. 37-45.
- Pirlog, M.C., Marinescu, D., 1915 – *Social risk factors in the evolution of schizophrenia - Try to a new assessment*, European Psychiatry, 28, Suppl. 1, 2013.
- Predescu, V. (coord.), Psihiatrie, Vol. 1, Editura Medicală, București, 1989.
- Preliceanu, D., Psihiatrie. Note de curs, Editura InfoMedica, București, 2003.
- Preti, A., Cardascia, L., Zen, T. *et al.*, *Risk for obstetric complications and schizophrenia*, Psychiatry Research, 96, 2000, p. 127-139.
- Rice, D.P., *The economic impact of schizophrenia*, J. Clin. Psychiatr., 60 (Suppl 1), 4-6, 1999.
- Oliver, E.A., Fearon, P., *Schizophrenia: epidemiology and risk factors*, Psychiatry, 7, 10, 2008, p. 410-414.

-
- Tasman, A., Jerald, K. J., Jeffrey, Lieberman, A., *Psychiatry. Second Edition. Volume 2*; ed. John Wiles& Sons, LTD, 2003.
- Torrey, E.F., Bowler, A.E., Clark, K., *Urban birth and residence as risk factors for psychoses: an analysis of 1880 data*, Schizophrenia Research, 25, 1997, p. 169-176.
- Sergi, M.J., Rassovsky, Y., Widmark, C. *et al.*, *Social cognition in schizophrenia: Relationships with neurocognition and negative symptoms*, Schizophrenia Research, 90, 1-3, 2007, p. 316-324.
- Strauss, G.P., Allen, D.N., Miski, P. *et al.*, *Differential patterns of premorbid social and academic deterioration in deficit and nondeficit schizophrenia*, Schizophrenia Research, 135, 1-3, 2012, p. 134-138.