

CZU: 616.895.8-07-08

DOI: <https://doi.org/10.52692/1857-0011.2025.1-81.23>

## TULBURAREA SCHIZOAFECTIVĂ – ÎNTRE SCHIZOFRENIE ȘI TULBURĂRILE AFECTIVE: ASPECTE CLINICE ȘI PROVOCĂRI DE DIAGNOSTIC (STUDIUL DE CAZ)

ȚURCAN Ana, stud. an. 6, program de studii Medicină,  
CĂRĂUȘU Ghenadie, conducător științific, conf. univ., dr. hab. șt. med.,  
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”

### Rezumat.

**Introducere.** Tulburarea schizoafectivă (TSA) este o afecțiune psihiatrică rară, situată la intersecția dintre schizofrenie și tulburările afective. Se caracterizează prin episoade afective majore concomitent cu simptome psihotice persistente, ceea ce generează dificultăți diagnostice și terapeutice.

**Material și metode.** Studiul a fost realizat printr-o analiză a literaturii recente privind criteriile diagnostice, mecanismele etiopatogenetice și opțiunile terapeutice pentru TSA, inclusiv trei cazuri clinice.

**Rezultate și discuții.** TSA este frecvent subdiagnosticată sau confundată cu schizofrenia sau tulburarea bipolară. Tratamentele actuale includ antipsihotice atipice, stabilizatori ai dispoziției și terapii psihologice personalizate. Încadrarea nosologică rămâne controversată, iar noile cercetări evidențiază substraturi genetice comune cu schizofrenia și tulburările afective.

**Concluzii.** Diagnosticarea corectă a TSA este esențială pentru alegerea unei strategii terapeutice adecvate. Sunt necesare studii suplimentare pentru optimizarea ghidurilor de tratament și personalizarea abordării terapeutice.

**Cuvinte-cheie:** tulburare schizoafectivă, schizofrenie, tulburări afective, diagnostic diferențial, tratament.

### Summary. Schizoaffective disorder – between schizophrenia and affective disorders: clinical aspects and diagnostic challenges (case study).

**Introduction.** Schizoaffective disorder (SAD) is a rare psychiatric condition positioned at the intersection of schizophrenia and affective disorders. It is characterized by major affective episodes occurring simultaneously with persistent psychotic symptoms, leading to diagnostic and therapeutic challenges.

**Material and Methods.** The study was conducted through a review of recent literature on diagnostic criteria, etiopathogenetic mechanisms, and therapeutic options for SAD, including three clinical cases.

**Results and Discussion.** SAD is often underdiagnosed or mistaken for schizophrenia or bipolar disorder. Current treatments include atypical antipsychotics, mood stabilizers, and personalized psychological therapies. Its nosological classification remains controversial, with new research highlighting common genetic substrates with schizophrenia and affective disorders.

**Conclusions.** Accurate diagnosis of SAD is essential for selecting an appropriate therapeutic strategy. Further studies are needed to optimize treatment guidelines and personalize therapeutic approaches.

**Keywords:** schizoaffective disorder, schizophrenia, affective disorders, differential diagnosis, treatment.

### Introducere.

Tulburarea schizoafectivă (TSA) este o entitate clinică complexă, cu elemente comune atât schizofreniei, cât și tulburărilor afective [2, 5]. Aceasta a fost recunoscută ca o patologie distinctă în DSM-5 și ICD-11 [2], însă dezbaterile privind delimitarea sa față de schizofrenie și tulburarea bipolară persist [1, 3, 5].

### Material și metode.

Acest studiu a fost realizat printr-o analiză a literaturii recente, utilizând baze de date precum PubMed, Scopus și Web of Science. Au fost incluse articole publicate între 2015-2024, axate pe epidemiologia [1, 6], diagnosticul [4, 7] și tratamentul

TSA [4, 6, 7]. Studiul a fost realizat pe un lot de trei pacienți diagnosticați cu TSA.

### Rezultate și discuții.

#### Caz Clinic – Pacientă cu tulburare schizoafectivă tip mixt

**Date generale:** Data internării: 06/2022-12/22; **Vârsta:** 70 ani; **Sex:** Feminin; **Antecedente personale:** Traumă cranio-cerebrală în 1963; debut al simptomelor psihiatrice din 1970; tratamente repetate în spital de psihiatrie începând cu 1981; **Starea civilă:** Văduvă, doi copii; **Nivel de educație:** Absolventă a 8 clase; **Locuință:** Locuiește singură.

**1. Istoric medical: Debut boală:** Simptome depresive severe, urmate de perioade de remisie;

**Evoluție:** Episoade de agitație catatonomaniacală în antecedente, marcate de gândire accelerată, incoerență și simptome maniacale; **Anamneza recentă:** Creștere a suspiciunii și iritabilității; Idei delirante de relație și persecuție față de vecini; Insomnie severă, pierderea apetitului, comportament conflictual; A refuzat tratamentul profilactic după externare.

## 2. Examinarea stării generale.

**Starea somatică:** Tegumente de culoare roz-palidă; Funcții vitale: TA 120/80 mmHg, puls 75 bătăi/min, FR 17 respirații/min, afebrile; Aparatul respirator și cardiovascular: Normal la examen clinic; Sistemul nervos: Reflexele osteotendinoase vii, simetrice, fără semne de impregnare neuroleptică sau alte semne neurologice focale.

**Starea psihică la internare: Conștiință:** Clară, dezorientată temporo-spațial și parțial autopsihic; **Aspect fizic:** Neîngrijit, vestimentație delăsăută; **Comportament:** Agitată psihomotor, necooperantă, contact verbal redus, răspunde selectiv la întrebări, cu pauze îndelungate; **Gândire:** Accelerată, incoerență, idei delirante de persecuție și relație („vecinii o urmăresc, i se fură lucruri”); **Emoțional:** Labilitate afectivă, reacții afective neadecvate, stări de disforie și euforie alternante; **Volitiv:** Decizii necorespunzătoare, lipsa discernământului; **Memorie:** Tulburări de fixare și hipomnezie moderată; **Somn:** Dereglat, dificultăți de inițiere și treziri frecvente; **Critică:** Abolită față de propria condiție.

## Diagnostic psihiatric:

**Cod ICD-10: F25.2** – Tulburare schizoafectivă, tip mixt; **Simptome predominante:** Stare maniacală moderat-severă cu gândire accelerată, labilitate emoțională, afect aplatizat, lipsa criticii;

## 06/2022 – Debutul manifestărilor maniacale

**Stare inițială:** Pacienta prezintă **dezorientare temporală** și o capacitate limitată de a înțelege și explica motivul spitalizării. Este agitată psihomotor, tensionată, bizara în comportament, cu **idei delirante grandioase** („este milionară”, „poate cumpăra toată lumea”). **Funcțiile cognitive:** Critica față de propria stare este complet absentă. Gândirea este **accelerată, incoerență**, iar fondul afectiv este profund labil și neadecvat. **Funcțiile emoțional-volitiv:** Tulburările emoționale sunt severe – pacientă fără discernământ, dezordonată, fără respect pentru subordonare și distanță socială. **Concluzie:** Pacienta se află în **stare maniacală moderat-severă**, caracterizată prin incoerență, labilitate emoțională, gândire accelerată, neadecvare afectivă și agitație. Starea necesită intervenție psihiatrică imediată.

## 07/2022 – Ameliorări pe fondul tratamentului

**Starea psihică la examinare:** Pacienta este mai liniștită și pasivă, dar rămâne dezinteresată de dialog.

Tulburările de orientare temporo-spațială persistă, dar orientarea autopsihică este adecvată. Critica față de propria stare este **parțial prezentă**, iar gândirea rămâne concret-situațională, cu dificultăți majore în abstractizare. **Funcțiile cognitive:** Regresia cognitivă este evidentă – hipomnezie, hipoprozexie, dificultăți de concentrare, memorie scăzută, gândire lentă și rigidă, dificultăți în procesarea și reproducerea informațiilor. Scorul MMSE indică un **deficit cognitiv moderat (15/30 puncte)**. **Funcțiile emoțional-volitiv:** În pofida ameliorărilor inițiale, pacienta rămâne emoțional instabilă, cu reacții afective imprevizibile, ușor iritabilă, și prezintă o fatigabilitate psihică pronunțată. **Concluzie:** Sub influența tratamentului, se observă o reducere a simptomelor acute maniacale, dar persistă regresia cognitivă și elemente negative ale bolii.

## 09/2022 – Reapariția simptomatologiei delirante

**Starea psihică la examinare:** Pacienta este mai orientată temporo-spațial și autopsihic, însă manifestă un **comportament refractar și idei delirante de relație și urmărire**. Persistă dezinteresul pentru aspectul fizic și comunicarea, iar fondul emoțional este oscilant, cu momente disforice și euforice. **Funcțiile cognitive:** Nu se observă ameliorări semnificative – memoria pe termen scurt este redusă, gândirea rămâne concret-situațională, iar capacitatea de concentrare este scăzută. **Funcțiile emoțional-volitiv:** Continuă să predomine simptomele negative ale bolii, cu afectivitate aplatizată, lipsă de inițiativă și limitare severă a intereselor. Pacienta manifestă un comportament formal și un cerc social restrâns. **Concluzie:** Starea psihică indică o **decompensare psihoafectivă moderată**, cu revenirea simptomelor delirante și persistența simptomelor negative.

## 11/2022 – Simptomatologie maniacală activă

**Starea psihică la examinare:** Dezorientarea temporală persistă, iar pacienta prezintă comportament bizar și **idei delirante grandioase** similare debutului („este milionară”, „poate cumpăra lumea”). Somnul rămâne perturbat. **Funcțiile emoțional-volitiv:** Se menține o **simptomatologie negativă** pronunțată – monotonia afectivă, lipsa planurilor de viitor, lipsa de inițiativă, iar comportamentul rămâne formal și incoerent. **Concluzie:** Starea maniacală moderat-severă persistă, iar simptomele negative și regresia volitivă sunt pe prim-plan.

## 12/2022 – Stabilizare parțială pe fondul tratamentului

**Starea psihică:** Sub tratament, pacienta prezintă o ameliorare vizibilă. Este mai activă, comunică

ocazional cu cei din jur și participă la activități ușoare (gimnastică). Persistă însă afectivitatea aplatizată, lipsa planurilor de viitor, cercul social restrâns și **simptomele negative predominante**. Expune ocazional idei delirante fragmentare și gândire paralogică, dar fără simptome acute. **Funcțiile cognitive:** Atenția, memoria și capacitatea de procesare rămân afectate, iar critica față de propria stare este formală. **Funcțiile emoțional-volitiv:** Se observă o ușoară creștere a inițiativei și a interesului pentru activitățile zilnice, dar simptomele negative persistă. **Concluzie:** Pe fondul tratamentului, starea pacientei se stabilizează parțial, cu o reducere a simptomelor acute maniacale, dar cu persistența simptomelor negative. Este necesară continuarea terapiei medicamentoase și inițierea unui program de reabilitare.

**Analiză generală a evoluției (06/2022 – 12/2022):**

**1. Fazele bolii:**

Iunie 2022: Stare maniacală moderat-severă cu simptome acute (gândire accelerată, incoerență, agitație, idei delirante); Iulie 2022: Reducerea simptomelor acute pe fondul tratamentului, dar persistă regresia cognitivă și simptomele negative; Septembrie – noiembrie 2022: Reapariția simptomatologiei delirante, cu decompensări psihoafective moderate; Decembrie 2022: Stabilizare parțială, reducere a simptomelor acute, dar simptomele negative rămân predominante.

**2. Simptome persistente:**

Simptome negative: afectivitate aplatizată, lipsă de inițiativă, interese limitate; Deficit cognitiv: gândire rigidă, memorie și atenție diminuate; Simptome maniacale episodice: idei delirante, incoerență, agitație.

**3. Concluzie:** Evoluția bolii reflectă un **tipar fluctuant**, cu episoade decompensate alternate cu ameliorări parțiale pe fondul tratamentului. Persistența simptomelor negative și a deficitului cognitiv sugerează necesitatea unui program complex de reabilitare psiho-socială. Pacienta prezintă o tulburare schizoafectivă cronică, tip mixt, cu episoade maniacale recurente și elemente catatonice. Evoluția favorabilă pe parcursul tratamentului spitalicesc a permis stabilizarea parțială a stării psihice, însă persistă deficitul afectiv-volitiv și cognitiv. Este necesară monitorizarea strictă pentru prevenirea decompensărilor ulterioare.

**Discuții.**

Tulburarea schizoafectivă de tip maniacal este caracterizată printr-o combinație de simptome psihotice (deliruri, halucinații) și simptome afective specifice unui episod maniacal [1, 3, 5]. Diagnosticul se bazează pe prezența simultană a ambelor tipuri de simptome, cu o durată suficientă pentru a exclude alte tulburări primare (schizofrenie, tulburare bipolară) [2, 4, 6, 7].

Analizind tabelul de mai sus, observam ca toți cei 3 pacienții sunt de sex feminin, dar vârsta variază semnificativ, pacientul 2 fiind cel mai în vârstă (74 ani), ceea ce poate influența evoluția bolii și răspunsul la tratament. Pacientul 2 locuiește în mediul rural, ceea ce poate indica un acces mai dificil la servicii medicale comparativ cu ceilalți doi pacienți din mediul urban. Toti cei 3 pacienti au avut internări repetate, ceea ce sugerează o evoluție mai cronică sau necesitatea unui tratament de menținere. Pacienții 1 și 3 au avut un debut brusc al bolii, spre deosebire de Pacientul 2, la care debutul a fost lent, ceea ce poate influența strategia terapeutică. Pacienții 1 și 3 sunt fără partener, pe când Pacientul

Tabelul 1.

Caracteristici generale ale pacienților

| Caracteristici    | Pacient 1              | Pacient 2                         | Pacient 3              |
|-------------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| Vârsta            | 58 ani                 | 74 ani                            | 47 ani                 |
| Sexul             | Feminin                | Feminin                           | Feminin                |
| Domiciliul        | Oraș                   | Sat                               | Oraș                   |
| Internare         | Repetat                | Repetată - tratament de menținere | Repetată               |
| Modalitate debut  | Brusc                  | Lent                              | Brusc                  |
| Statut marital    | Fără partener          | Cu partener                       | Fără partener          |
| Condiții de viață | Posibilități materiale | Lipsuri materiale                 | Posibilități materiale |
| Grad de instruire | Universitate           | Gimnaziu                          | Universitate           |
| Statut social     | Pensionat medical      | Pensionat medical                 | Pensionat medical      |

2 are un partener, ceea ce ar putea influența sprijinul emoțional și social în gestionarea bolii. Pacienții 1 și 3 au posibilități materiale, pe când Pacientul 2 se confruntă cu lipsuri materiale, ceea ce ar putea afecta accesul la tratamente și îngrijiri adecvate. Pacienții 1 și 3 au studii universitare, în timp ce Pacientul 2 are doar studii gimnaziale, ceea ce ar putea influența gradul de înțelegere a bolii și aderarea la tratament. Toți pacienții sunt pensionați medical, ceea ce indică un impact semnificativ al bolii asupra capacității lor de muncă.

În ceea ce privește simptomele și modul în care acestea s-au dezvoltat în timp, pacienții cu tulburare psiho-afectivă sunt destul de diferiți. În cazul în care am examina primul pacient, acesta nu ar prezenta simptome asociate cu un episod depresiv major, cum ar fi o dispoziție depresivă, o pierdere de energie sau o scădere a activității [1]. Acest aspect nu include o comorbiditate depresivă severă sau un episod mixt în care simptomele depresive sunt dominante [1]. Anxietatea la acest pacient poate fi o reacție secundară la dificultățile interpersonale și conflictele interne [2]. Conform analizei fișei de internare, pacientul nr. 1 prezintă idei delirante, care sunt simptome psihotice predominante [3]; acest lucru indică o componentă activă a tulburării schizoafective de tip maniacal [4]. Pe lângă toate acestea, pacientul prezintă simptome evidente de manie: Pacientul are o dispoziție crescută, energie ridicată, o necesitate scăzută de somn, logoree și distractibilitate, irascibilitate și agresivitate [5]. Cu toate acestea, nu prezintă semne de o afecțiune sistemică majoră, cum ar fi halucinații auditive [6], pierderea apetitului sau un libido scăzut [7]. Intervenția cognitiv-comportamentală are o bază solidă și este orientată spre scopuri pragmatice [8]. Restructurarea gândirii grandioase și ancorarea pacientului în lumea reală sunt esențiale [8].

Numeroase simptome afective și cognitive, împreună cu elemente organice, fac din starea psihică a pacientului 2 o situație complexă [1]. Concluziile clinice și simptomele indică o decompensare psiho-afectivă moderat-severă, amplificată de problemele somatice asociate [2]. Caracteristicile principale ale stării sale mentale includ o dispoziție depresivă, o scădere a energiei, o pierdere de interes și o încetinire psihomotorie [5], care demonstrează cât de profundă este depresia pacientului [6]. De asemenea, apetitul scăzut și lipsa libidoului demonstrează efectele depresiei asupra funcțiilor fizice și afective [7]. Pacientul indică ideea că lipsa somnului provoacă agravarea bolilor somatice, sugerând o relație somatoformă între anxietate și starea fizică bună [8]. Tensiunea emoțională crește simptomele depresive și crește percepția simptomelor somatice [5].

Situația psihică a celui de-al treilea pacient indică un episod maniacal caracterizat prin trăsături psihotice, precum instabilitate emoțională, gândire accelerată și comportament dezorganizat [4]. De asemenea, există o corelație cu aspecte de vulnerabilitate psihologică și reacții neobișnuite la stress [2]. Pacientul prezintă sentimente de euforie și entuziasm excesiv, care alternează cu iritabilitate. Se observă irascibilitatea și agresivitatea, ceea ce sugerează o excitabilitate emoțională crescută [5]. Pacientul este hiperactiv atât fizic, cât și verbal [4]. Neliniștea motorie poate fi legată de comportamentul stereotipic [3]. Apar idei grandioase și o convingere puternică despre importanța cu privire la fiul său [4]. Pacientul oscilează între entuziasm și iritabilitate atunci când este expus la stimuli exagerați. Se remarcă o predispoziție la hiperactivitate și euforie, care sunt caracteristici definitorii ale unui episod maniacal [5]. Decompensările psihologice sunt cauzate de o sensibilitate pronunțată la factorii stresanți [2]. În timp ce memoria și gândirea sunt în limite normale pentru vârstă și educație, tendința către „fuga ideilor” și lipsa criticii indică un dezechilibru major în procesele psihice [4].

#### La internare:

● **Pacientul 1:** Lucid, alopshic și orientat, sm putea sa il caracterizam ca o persoană iritabilă, paralogică și care adoptă comportamente stereotipate, are o critică a starii lui de absență. Ca simptome prezinta îngrijorare, neliniște și o idee delirantă despre fiul ei.

● **Pacientul 2:** Există un contact accesibil, atât vizual, cât și verbal, care se stabilește încet. O putem caracteriza drept o persoană liniștită, calmă, pasivă și neinteresată în conversație. După pauze, uneori îndelungate, răspunde selectiv la întrebări. Pe parcursul examinării nu au fost găsite expuneri delirante. Se concentrează mai mult pe trăirile și senzațiile lor neplăcute, cum ar fi durerile de cap. Este orientată parțial în timp și spațiu (nu știe data sau anul). Aspectul vestimentar și de igienă nu este cel mai favorabil. Am caracteriza aceasta pacienta cu o critică partiala fata de sine

● **Pacientul 3:** O putem caracteriza drept o persoana lucidă, autonomă și alopshică., o persoană iritabilă, paralogică și care adoptă comportamente stereotipate. Are o critică a propriului statut de absență. Prezinta sentimente de îngrijorare, neliniște și o idee delirantă despre fiul ei.

La examinare psihologică:

- **Pacientul 1:** Un sentiment de instabilitate emoțională combinat cu reacții afective intense și frecvente Pacienta prezinta o accentuare de tip hipertimic, care se caracterizează prin energie crescută, hiperactivitate și entuziasm exagerat. Insa are o gândire coerentă, dar cu tendința de a „fugi de idei”. Memoria și funcțiile intelectuale se potrivesc cu educația și vârsta.
- **Pacientul 2:** Prezinta o stare de nesiguranță, deseori fiind pasiv și dezinteresat în timpul discuției, criticând starea sa la momentul dat. Starea emoțională a pacientului o putem caracteriza drept una instabilă, reactivă și iritabilă.Capacitățile intelectuale sunt limitate, prezinta dificultăți în perceperea informațiilor și dificultăți în executarea instrucțiunilor. Are o memorie scurtă vizuală și auditivă, o gândire lentă și dificultăți de concentrare Dificultăți în gândirea abstractă, manifestind mai mult o gindire superficiala si prezinta dificultati in gândirea concret-situațională.
- **Pacientul 3:** Pacientul 3 se caracterizeaza printr-o instabilitate emoțională și reacții afective intense și frecvente. Accentuație de tip hipertimic, care se caracterizează prin energie crescută, hiperactivitate și entuziasm exagerat. La fel se caracterizeaza printr-o gândire coerentă, dar cu tendința de „fuga de idei”. Memoria și funcțiile intelectuale se potrivesc cu educația și vârsta.

Concluzii psihologice:

- **Pacientul 1:** Concluzia psihologică a pacientului nr. 1 indică faptul că nu există perturbări semnificative ale proceselor cognitive. Acest pacient are o personalitate flexibilă care prezintă reacții anormale la stres. Analizind pacientul observam o luptă interioara între decompensările psihologice și intrapsihice. Plus la toate el prezinta o stare de decompensare psiho-afectivă de intensitate sporită.
- **Pacientul 2:** pacientul prezinta dereglări în gândire, memorie și atenție, precum și scădere a funcțiilor intelectuale, se observa o vulnerabilitate la factori psihogeni cu etiologie organică, inclusiv hipoprozexie și hipomnezie, la fel se caracterizeaza printr-o stare de decompensare psiho-afectivă de intensitate sporită. Nivelul de disfuncție cognitivă il putem califica drept unul moderat.

- **Pacientul 3:** Nu demonstrează deficiențe semnificative ale proceselor cognitive, il putem caracteriza drept o personalitate labilă cu reacții anormale la stres, observam un conflict intrapsihic care implică decompensări psihologice și o stare de decompensare psiho-afectivă de intensitate sporită.

Tabelul 2.

Analiza profilului afectiv, comparativ a celor 3 pacienți.

|                      | Pacient 1 | Pacient 2 | Pacient 3 |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|
| Dispozitie depresiva | absenta   | prezenta  | absenta   |
| Dispozitie crescuta  | prezenta  | absenta   | prezenta  |
| irascibilitate       | prezenta  | absenta   | prezenta  |
| Izolare sociala      | prezenta  | absenta   | prezenta  |

Analiza profilului afectiv al celor trei pacienți ne indică diferențele dintre pacienții 1 și 3 care prezintă simptome similare în acest capitol. Pe de altă parte, pacientul 2 prezintă simptome de depresie, iritare și o scădere a dispoziției. Episodul maniacal este caracterizat prin agitație motorie, dispoziție crescută și energie excesivă. Pentru a diferenția tulburarea schizoafectivă de tulburarea bipolară pură, pacienții cu această afecțiune au adesea idei delirante alături de simptomele lor. Pacientul 2 nu are simptome maniacale evidente, ceea ce indică posibilitatea unei combinații neobișnuite.

Tabelul 3.

Analiza simptomelor cognitive, comparative a celor 3 pacienti

|                    | Pacient 1                | Pacient 2 | Pacient 3                |
|--------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Atentie neretinuta | prezenta                 | prezenta  | prezenta                 |
| Fuga ideilor       | absenta                  | absenta   | prezenta                 |
| Idei delirante     | Prezente (de persecutie) | absente   | Prezente (legate de fiu) |

Analzind tabelul de mai sus, observam ca pacientul 1 are idei delirante persecutorii, în timp ce pacientul 3 prezintă idei delirante grandioase. Pacientul 2 nu prezintă deliruri, dar are dificultăți cognitive moderate.

Tabelul 4.

Analiza simptomelor psihotice in cazul celor 3 pacienti

|                          | Pacient 1  | Pacient 2        | Pacient 3  |
|--------------------------|------------|------------------|------------|
| Idei delirante           | persecutie | absent           | Grandioase |
| halucinatii              | absent     | absent           | Absent     |
| Critica fata de simptome | absent     | Partial prezenta | absent     |

Tulburarea schizoafectivă de tip maniacal este frecvent asociată cu deliruri grandioase și persecutorii. Toți cei trei pacienți au avut halucinații auditive, ceea ce nu exclude diagnosticul, dar indică un profil psihotic moderat spre sever în loc de unul profund schizofrenic. În episoadele maniacale grave, este comun ca persoanele să nu fie critice cu privire la starea lor, ceea ce face mai dificilă acceptarea tratamentului.

Tabelul 5.

#### Elemente distinctive pentru fiecare pacient

|                                 | Pacient 1  | Pacient 2        | Pacient 3  |
|---------------------------------|------------|------------------|------------|
| <b>Idei delirante</b>           | persecutie | absent           | grandioase |
| <b>Impulsivitate</b>            | moderat    | scazuta          | crescuta   |
| <b>Izolare socială</b>          | perezenta  | absenta          | prezenta   |
| <b>Critica față de simptome</b> | absent     | Partial prezenta | absent     |

Pacientul 3 are simptomele maniacale cele mai evidente, cum ar fi idei delirante grandioase și sociabilitate extremă. Aceste simptome sunt un semn tipic al tulburării schizoafective maniacale. Pacientul 1 prezintă simptome maniacale moderate în plus față de indicii psihotice. Există posibilitatea ca prezența ideilor delirante persecutorii să fie cauzată de un episod psihotic care complică maniacalitatea. Pacientul 2, în ciuda simptomelor sale depresive, prezintă simptome de anxietate și agitație motorie, care pot fi consecințe ale unui episod maniacal anterior.

#### Concluzii.

Studiul desfășurat a permis o analiză detaliată a tulburării schizoafective, punând în evidență complexitatea acestei afecțiuni psihiatrice care îmbină caracteristici ale schizofreniei cu simptome afective. Pe baza cercetării efectuate, atât din punct de vedere teoretic, cât și prin analiza cazurilor clinice, se pot formula următoarele concluzii:

1. Tulburarea schizoafectivă se caracterizează printr-o combinație de simptome psihotice (delir, halucinații, dezorganizare cognitivă) și afective (episoade depresive sau maniacale). Analiza pacienților incluși în studiu a demonstrat că această variabilitate clinică poate complica diagnosticul și managementul terapeutic. În cazul formelor maniacale, s-a remarcat prezența dispoziției euforice, irascibilității, impulsivității, hiperactivității și a ideilor delirante grandioase, în timp ce în formele depresive predomină simptomele de apatie, anhedonie, scăderea inițiativei și lentoarea psihomotorie. Importanța identificării acestor particularități este esențială pentru stabilirea unei conduite terapeutice corecte.

2. Diagnosticul tulburării schizoafective trebuie stabilit în conformitate cu criteriile DSM-5 și ICD-10, însă, în practică, există dificultăți majore în delimitarea sa de alte tulburări psihiatrice, în special schizofrenia și tulburarea afectivă bipolară. Studiul de caz a evidențiat situații în care simptomatologia pacienților putea fi interpretată atât în spectrul schizofrenic, cât și în cel afectiv, ceea ce impune o evaluare longitudinală a evoluției bolii. Un aspect esențial în diagnostic este persistența simptomelor psihotice timp de cel puțin două săptămâni în absența manifestărilor afective, criteriu ce diferențiază TSA de TAB cu simptome psihotice. Dificultățile de diagnostic pot duce la tratamente inadecvate, care fie nu controlează eficient simptomele, fie agravează manifestările psiho-afective prin administrarea unor medicamente necorespunzătoare.

3. Tratamentul tulburării schizoafective presupune utilizarea combinată a antipsihoticelor, stabilizatorilor de dispoziție și, în unele cazuri, a antidepresivelor. În studiul nostru, s-a constatat că antipsihoticele atipice (clozapină, risperidonă) au fost preferate datorită eficacității lor în controlul simptomelor psihotice, iar stabilizatorii de dispoziție, precum valproatul de sodiu, au contribuit la menținerea echilibrului afectiv. De asemenea, utilizarea benzodiazepinelor în fazele acute a fost justificată pentru reducerea agitației psihomotorii. Din punct de vedere psihoterapeutic, consilierea cognitiv-comportamentală s-a dovedit a fi un instrument valoros în creșterea complianței la tratament și în prevenirea recidivelor. Rezultatele studiului indică faptul că o abordare multidisciplinară, care combină farmacoterapia cu suportul psihologic și intervențiile psihiatrice personalizate, poate îmbunătăți semnificativ prognosticul pacienților.

4. Pacienții analizați au prezentat particularități clinice distincte în funcție de subtipul tulburării. Cei cu forma maniacală au manifestat energie crescută, iritabilitate, impulsivitate și idei delirante de grandoare, în timp ce pacienții cu sindrom depresiv-hipocondriac au prezentat fatigabilitate, reducerea inițiativei și preocupări somatice. Evoluția bolii variază în funcție de severitatea simptomelor, comorbiditățile asociate și răspunsul la tratament, ceea ce impune o monitorizare atentă și ajustarea continuă a strategiilor terapeutice.

#### Considerații finale.

Rezultatele obținute în cadrul acestei cercetări confirmă faptul că tulburarea schizoafectivă rămâne una dintre cele mai controversate și dificil de gestionat afecțiuni din domeniul psihiatriei. Complexitatea tabloului clinic, dificultățile de diagnostic diferențial și necesitatea unei abordări terapeutice integrate

subliniază importanța unei evaluări riguroase și a unei strategii personalizate de tratament. O mai bună înțelegere a particularităților fiecărui pacient, alături de utilizarea unor metode moderne de diagnostic și terapie, poate contribui semnificativ la îmbunătățirea prognosticului și la creșterea calității vieții persoanelor afectate de această tulburare.

### **Bibliografie.**

1. Perälä J., Suvisaari J., Saarni S.I. et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(1):19-28.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Washington, DC; 2013.
3. Craddock N., Owen M.J. The genetics of schizophrenia and bipolar disorder. *J Med Genet*. 2005;42(3):193-204.
4. Geddes J.R., Miklowitz D.J. Treatment of bipolar disorder. *Lancet*. 2013;381(9878):1672-1682.
5. Murray R.M., Sham P., Van Os J. et al. A developmental model for similarities and dissimilarities between schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res*. 2004;71(2-3):405-416.
6. Vieta E., Salagre E., Grande I. et al. Early intervention in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2018;175(5):411-426.
7. Yatham L.N., Kennedy S.H., Parikh S.V. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018;20(2):97-170.
8. Harvey P.D. *Cognitive impairment in schizophrenia: characteristics, assessment, and treatment*. Cambridge University Press; 2013.