

Conceptul actual de psihoză

2008

Conceptul de “psihoză” s-a modificat la sfârșitul sec. XX. În mare parte din parcursul acestui veac, “psihoză” și-a împărțit cu “nevroze” aproape toată nosologia psihiatrică, ea semnificând un grad mai avansat de patologie. Caracteristic e faptul că începând cu Kraepelin s-a vorbit și de psihoza maniaco-depresivă. După 1980, în DSM-III-IV și apoi în ICD-10 se introduce termenul mai generic de “tulburare psihotică”. Ideea de psihoză persista dar vechea psihoză maniaco-depresivă este descrisă ca tulburare monopolar depresivă și tulburare bipolară, episoadele acestor tulburări putând să se manifeste cu sau fără “simptome psihotice”.

În prefața la ICD-10 se scrie: „Tulburările nu sunt clasificate în de dihotomia nevroză-psihoză...” Termenul „psihotic” continuă să fie folosit ca sens descriptiv, de ex. la categoria F23 „Tulburări psihotice scurte și tranzitorii”. Folosirea termenului nu presupune nici o referință teoretică ci pur și simplu prezența halucinațiilor și a ideilor delirante, sau a unui număr limitat de anormalități grave ale comportamentului cum ar fi excitația grosieră, hiperactivitatea, inhibiția motorie marcată, comportamentul cataton.

În glosarul DSM-IV TR(2) la termenul Psihotic se scrie: „Termenul a avut istoric diverse accepțiuni niciuna din ele fiind acceptată universal. Definiția restrânsă a psihozei se referă la delir și halucinații pronunțate. În sens mai larg se includ și halucinațiile criticate și alte simptome din schizofrenie (vorbire dezorganizată, comportament dezorganizat și cataton). În DSM III și ICD-9 definiția psihozei nu se baza pe simptome ci pe gravitate referindu-se la patologia ce interferează grav cu viața de zi cu zi. Psihoza a fost interpretată și ca o pierdere a limitelor eului sau un deficit important în teritoriul realității. Diferite tulburări în DSM-IV corespund unor diverse sensuri ale psihozei”.

Există în prezent un consens că psihoza se referă la prezența delirului și a halucinațiilor. Deoarece gravitatea nu e un criteriu esențial nu e inclusă automat demența, care poate prezenta sau nu simptome psihotice. La fel în delirium putem avea doar o denivelare a vigilității cu dezorientare, fără simptome psihotice halucinator-delirante și fără simptome catatonice; totuși agitația și incoerența verbală e uneori greu de decis dacă să fie etichetate sau nu ca psihotice. Simptomatologia psihotică e similară în mare măsură cu cea din schizofrenia pozitivă. Nici DSM-IV TR nici ICD-10 nu includ în caracterizarea generală a psihozei simptomatologia schizo-negativă; deși alți autori o fac. Marea provocare o constituie însă în continuare psihopatologia ce gravitează în episodului maniacal. În această direcție ambiguitățile continuă și în prezent.

În ultimele două decenii pot fi identificate trei direcții importante de abordare a problemicii psihozei. Prima se referă la concepția „spectrului tulburărilor psihotice”, a doua la studierea „primului episod de psihoză” și a terenului pe care acesta apare; a treia se preocupă de „continuumul psihotic” având în obiectiv tulburările psihotice primare. Fiecare din aceste direcții au ocazionat studii, dezbateri și publicații.

*

*

*

Pentru prima direcție de abordare e semnificativ o carte apărută în 2007: D. Fujii, I. Ahmed(Ers) „The Spectrum of Psychotic Disorders”(3). Circumscrierea psihozei de către autori în prefață e următoarea: „Psihoza e o stare în care individul experimentează o severă deconexiune față de realitate. Simptomele cele mai comune sunt delirul și halucinațiile...Alte simptome sunt cele negative: tocirea(exprimării) afectivă, alogia, avoliția, dezorganizarea gândirii, vorbirii, comportamentului, catatonie.”

Deci, spre deosebire de DSM IVTR și ICD-10 e introdusă și simptomatologia negativă. În continuare autorii urmăresc descrierile din DSM IVTR care diferențiază între tulburările psihotice primare și secundare și constată că psihoza nu are nicio specificitate în toate aceste tulburări, nici măcar în schizofrenie.

Capitolele tratează despre:

Tulburările psihotice primare

- Schizofrenia
- Schizofrenia la copii și adolescenți
- Schizofrenia la vârstă înaintată
- Tulburarea schizo-afectivă
- Tulburarea schizofreniformă și tulburări psihotice scurte
- Tulburarea delirantă

Tulburările afective

- Psihoza în tulburarea bipolară
- Psihoza în depresia majoră

Tulburări neurodevelopmentale și genetice

- Psihozele în disabilitățile intelectuale
- Sindromul velo-cardio-facial
- Psihoza în autism

Tulburări ale sistemului nervos central

- Tulburări psihotice datorate injuriei traumatice cerebrale
- Psihozele schizofreno-like în epilepsie
- Psihozele ce urmează accidentului cerebro-vascular
- Psihozele la pacienții cu tumori cerebrale
- Psihozele secundare infecțiilor
- Psihozele secundare bolilor inflamatorii și demielinizante

Abuzul de substanțe și de medicamente

- Psihozele induse de canabis
- Cocaina
- Metanfetamina
- Psihozele induse de medicație

Tulburări neurodegenerative

- Psihoze secundare bolii Alzheimer
- Demența cu corpi Lewy
- Boala Parkinson

Deprivare senzorială

- Psihozele asociate cu deprivarea senzorială

Lista ar fi putut continua cu „psihozele reactive” ale autorilor scandinavi, cu vechile „psihoze histerice- sau disociative”, cu „psihoze cu specific transcultural” ș.a.m.d. Abordarea autorilor e categorială, centrată pe episoade psihopatologice. În cadrul tulburărilor psihotice primare sunt menționate formele schizo-afective și afectiv delirante dar nu se discută problematica unui „continuum psihotic”. De asemenea nu e comentată cazuistica ce prezintă longitudinal episoade diverse, fapt pe care clinica îl înregistrează frecvent mai ales după debutul cu psihoze scurte dar și în cazurile schizo-afective și de schizofrenie; ci, se presupune că e vorba de tulburări psihotice coerente. Totuși aria simptomalogiei avută în vedere este destul de amplă, viziunea psihopatologică părând a fi orientată de sistemul PANSS a lui Kay (4). Originalitatea cărții constă tocmai în analiza și sublinierea prezenței „psihozei” în contexte clinice așa de variate.

Ipoteza autorilor e de a examina „psihoze” ca un sindrom neurobiologic similar cu afazia și apraxia. Structurile cerebrale afectate ar include: axa fronto-striatal-talamic-cerebelară precum și axa fronto-striatal-hipocampică, mai ales

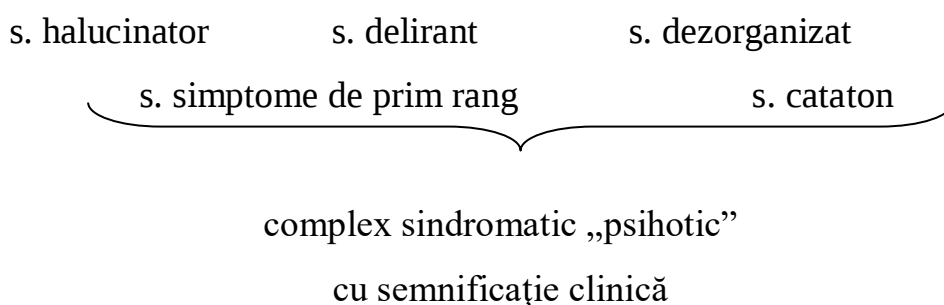
proiecțiile dopaminergice în aceste arii. Alterarea semnificativă a acestui circuit prin orice mijloc, drog, boală organică, traumatisme sau schimbări în dezvoltarea normală a creierului ar conduce la apariția simptomelor psihotice. Autorii sunt adepții concepției diateză/stres. Dacă există o predispoziție, o vulnerabilitate crescută a acestor zone cerebrale, psihoza poate apare în cursul dezvoltării fără prea multe injurii. Dacă vulnerabilitatea e mică, ea apare în urma unei afectări a circuitelor menționate, în urma unor leziuni sau noxe mai mult sau puțin importante.

Concepția prezentată de Fujii și Ahmed nu este una izolată. Tsuang et al.(2003) comentând conceptul de schizofrenie scrie:

„Psihoza a fost mult timp considerată ca necesară pentru diagnosticul schizofreniei. Este ea specifică schizofreniei sau un indicator nespecific al severității bolii mentale? O varietate de evidențe susuțin ultima perspectivă. Este clar că psihoza nu e specifică schizofreniei și nici măcar tulburărilor psihice. Ea poate fi prezentă în tulburări neurologice, indusă prin substanțe toxice sau stări dismetabolice. Nici simptomele de prim rang ale lui Schneider nu sunt specifice schizofreniei. O serie de studii de analiză factorială demonstrează că măsurile psihozei în schizofrenie nu o diferențiază de alte forme în care ea apare.... Similaritatea simptomelor psihotice în diferite tulburări presupun o bază fiziopatologică proprie... psihoza e un indicator nespecific, e o „febră” a severității bolii mentale.....” Și autorii conchid că specificul schizofreniei constă nu în psihoză prin care ea se evidențiază ci în „schizotaxie”. Ar fi în joc două diagnostice necesare: cel de schizotaxie și cel de schizotaxie+ psihoză= schizofrenie.

Adepții „spectrului tulburărilor psihotice” par a sugera că se poate vorbi de un domeniu întins de patologie în care deși entitățile maladive se mențin categorial, există ceva comun care asigură o relație de continuitate. Exemplul ar fi spectrul obsesiv-compulsiv despre care se discută mult în ultimul timp(6). Concepția spectrelor maladive nu e încă destul de clară în nosologia actuală, în

care se vorbește și de un spectru bipolar(7) și de unul schizofren(8). Oricum problemele pe care le ridică „spectrul tulburărilor psihotice” țin în mare măsură de complexitatea conceptului de psihoză. De la început acesta e un compozit! Carre cuprinde mai multe importante sindroame clinice „standard” sau bine individualizate, cum ar fi halucinațiile, delirul, dezorganizarea ideo-verbală, catatonie. Studii convergente de psihopatologie experimentală, fenomenologie și neurofiziologie susțin ca simptomatologia de prim rang Schneider să fie cuprinsă într-un sindrom standard special al perturbării „sinelui nuclear” (9),(10) distinct de tulburările delirante în care clinicienii din SUA continuă să-l includă. Astfel în cazul conceptului de „psihoză” nu se mai poate vorbi din punct de vedere al semiologiei clinice, pur și simplu de un sindrom, ci de un „complex sindromatic clinic” supraordonat



Similarități s-ar putea întâlni în clinica psihiatrică. De ex. o depresie anxioasă însoțită de delir halucinator- chiar congruent- reprezintă de asemenea un conglomerat sindromatic, cu semnificație clinică.

O altă problemă e cea a intensității fenomenelor psihopatologice din „psihoză”. DSM-IVTR acceptă, într-un sens lărgit al conceptului, și halucinațiile criticate. Dar și în cazul delirului avem grade ce urcă de la preocupare accentuată la ideea prevalentă și apoi la convingerea delirantă fermă(11). Această gradație e comentată de obicei în legătură cu teme ca: hipocondria, gelozia, dismorfobia, preocupare anorexica față de creștere!. Dar ea e valabilă și în ceea ce privește ideile senzitiv relaționale sau de referință, menționate mereu

în tulburarea schizotipală sau în faza incipientă a schizofreniei. Dacă e luată în considerare simptomatologia inventariată la tulburarea (de personalitate) schizotipală- care include și tulburări de gândire și limbaj- atunci avem o gamă largă de tulburări prepsihotice sau subpsihotice, de care se ține seama când se studiază prodromul „primului episod de psihoză”. Dar care nu se mai manifestă sub forma acută a „febrei psihotice”.

În sfârșit rămâne eterna provocare pe care o constituie mania. În prezent se acceptă „mania cu simptome psihotice” și „episodul psihotic schizomaniacal”. Dar când e vorba să se accepte episodul maniacal pur privind! simptomatologia psihotică, există mai multe ezitări.

*

*

*

Ideea studierii sistematice a primului episod de psihoză (și/sau a „psihozei timpurii”= Early Psychosis- EP) s-a impus din maimulte rațiuni, care se plasează înainte și după prima manifestare psihotică la o persoană.

A apărut tot mai evident că primul episod psihotic- inițial atenția s-a concentrat asupra schizofreniei dar apoi ea s-a lărgit- apare pe un teren special, modificat. Această idee e apărut ca temă de studiu odată cu concepția lui Zubin și Spring(12) asupra diatezei vulnerabilitate stres, s-a consolidat prin studiile din Bon asupra „simptomelor bazale” și s-a extins apoi evidențiind nu doar „perioada psihozei netratate” (DUP) ci și existența deseori a unui lung prodrom psihotic (15)(16).

S-a conștientizat varietatea clinică a episoadelor psihotice dintre care doar o parte sunt încadrabile în schizofrenie. Precum și varietatea tablourilor clinice prin care evoluează ulterior cazurile ce au debutat psihotic.

S-a demonstrat că depistarea precoce, monitorizarea cazurilor, programele de reabilitare psihosocială și chiar tratamentul medicamentos pot fi utile prospectiv dacă sunt începute timpuriu (17)(18)(19).

În studierea primului episod de psihoză un rol important l-a jucat și îl joacă echipa australiană condusă de McGorry. E necesar, desigur, să se precizeze ce patologie se înregistrează sub acest concept. Acestui deziderat îi răspunde instrumentul „Royal Park Multidiagnostic Instrument for Psychosis”(RPMIP) (20). Categoriile incluse după DSM-IV sunt: schizofrenia; schizofrenia cu episod depresiv major nespecificat în altă parte; schizofrenia în tulburarea afectivă bipolară nespecificată în altă parte; tulburarea schizofreniformă; tulburarea schizofreniformă cu MDE NOS; tulburarea schizofreniformă cu tulburare afectivă bipolară NOS, tulburare psihotică scurtă; tulburare delirantă; tulburare psihotică indusă, tulburarea schizo-afectivă; tulburarea psihotică NOS, tulburarea de personalitate schizoidă; tulburare de personalitate schizotipală; alte tulburări de personalitate; tulburare psihotică indusă de substanțe; tulburare bipolară I episod maniacal singular cu psihoză; tulburare bipolară I episod recent mixt, maniacal, MDE; tulburare bipolară cu psihoză specificată; tulburare depresivă majoră episod singular cu psihoză specificată; episod depresiv major cu psihoză specificată.

Din lista de mai sus rezultă că pe lângă schizofrenie și tulburarea schizo-afectivă sunt acceptate și psihozele delirante și tulburare bipolară I. Spectrul bipolar, incluzând ciclotimia și tulburarea bipolară II nu e inclus. De asemenea sunt cuprinse tulburările psihotice induse de substanțe dar nu cele organice. Și de asemenea tulburările de personalitate schizotipală și schizoidă dar și altele, probabil pentru evaluarea terenului. Oricum e clar că „psihoza” nu se rezumă la schizofrenie. Este acceptată și tulburarea psihotică scurtă căreia, în ultima vreme, i se acordă în plan internațional o atenție deosebită.

Psihozele cu durată scurtă și neîncadrabile în schizofrenie sunt tratate diferit în DSM-IV și ICD-10. Autorii sistemului OMS le-au acordat o atenție crescută și datorită indiciilor că ar fi mai frecvente în țările în curs de dezvoltare. Dar ele se dovedesc tot mai frecvente și în țările din emisfera nordică.

În circumscrierea psihozelor scurte în DSM-IV se menționează: „Apariția bruscă a halucinațiilor, delirurilor, vorbirii dezorganizate (deraiere, inconsecvență) sau a unui comportament grav dezorganizat sau cataton”. Durata se cere să fie mai mare de o zi și mai mică de o lună, cu revenire completă la starea inițială. Se acceptă bulversarea emoțională cu trecere rapidă de la un afect la altul și stări subconfuzive. E interesant că în DSM-IV se menționează la mai multe tulburări de personalitate (paranoidă, schizoidă, schizotipală, borderline) că în condiții reactiv psihogene pot apare tulburări psihotice scurte (de câteva minute sau ore)(-s.n.) fără a întruni condițiile pentru psihoza scurtă, deci durata de o zi. Se poate remarca faptul că în sistemul american trăirile „psihotice” sunt acceptate și pentru o durată de câteva minute.

În ICD-10 sunt circumscrie „psihozele scurte și tranzitorii” cu durata de cel puțin 2 săptămâni dar sub 3 luni; durata trebuie să fie sub 1 lună dacă sunt prezente „simptome schizofreniforme” (adică de prim rang Schneider, incoerență, catatonie). Debutul e considerat acut, în limitele a 2 săptămâni; și chiar abrupt sub 48 ore. Tabloul clinic constă din deliruri, halucinații, vorbire incoerentă sau incomprehensibilă; pot fi prezente stări trecătoare de perplexitate, pseudoidentificare, deficiență a concentrării atenției; un subgrup îl constituie varianta polimorfă cu schimbări rapide ale stării afective, între fericire, extaz, anxietate, iritabilitate; motilitatea poate fi crescută sau redusă. Se acceptă și alte „tulburări psihotice acute” dar să nu se îndeplinească criteriile pentru un episod maniacal simplu.

Debutul acut sau abrupt al acestor psihoze exclude simptomatologia negativă și DUP, dar existența unui prodrom. Se ridică însă în toate cazurile problema evoluției ulterioare. Deși din principiu se exclude episodul pur maniacal studiile indică la 5 ani de evoluție că peste jumătate din cazuri evoluează bipolar sau schizoafectiv(21). Marneros sugerează că aceste psihoze ar putea constitui un „pod” între schizofrenie și patologia afectivă, la alt nivel și în altă modalitate decât patologia schizo-afectivă. Dar atât poziția lui Marneros

cât și a altor autori ce susțin ideea unui continuum psihotic ignoră un posibil al treilea pol al unei patologii pur delirante.

Psihozele scurte și „primul episod de psihoză” în general (Early Psychosis-EP) au readus în discuție clasificarea psihozelor endogene a lui Leonard(22). Acestea cuprindeau 4 mari categorii: I Psihozele fazice care acoperă domeniul actual al tulburărilor afective periodice, monopolare și bipolare; II Psihozele cicloide; III Schizofreniile nesistematice, care acoperă domeniul tulburărilor schizo-afective și schizofreniforme; IV Schizofreniile sistematice, domeniu în care se vorbește mult de catatonie și parafrenie; dar în esență e tratată schizofrenia Kraepeliniană. Leonhard nu comentează „psihozele scurte” deoarece e convins că orice episod psihotic este începutul unei patologii ce are tendința de a reveni ciclic. Ideea e reluată de Perris și Brockinton(23) ce au dezvoltat tema „psihozelor cicloide”. În varianta care o prezintă Leonhard aceste psihoze au un tablou clinic interesant care, oscilând între doi poli, se preuintă ca fragmente- decupaje- ale simptomatologiei de serie schizofrenă și afectivă dar în altă manieră decât patologia „schizo-afectivă”. Cele 3 variante comentate sunt psihozele caracterizate prin: 1) mobilitate, în sensul hiperkinezie, akinezie; 2)cu accent pe confuzie, în varianta excitată și inhibată; 3) psihoza de anxietate-fericire (extaz). Extazul e menționat la psihozele scurte din ICD-10. Starea de anxietate e descrisă însă nu clasic ci ca tradiționala „dispoziție delirantă” a autorilor germani(Conrad, Schneider, Jaspers): o tensiune anxioasă însoțită de percepții semnificative, iluzii (dar nu halucinații propriu-zise), trăiri intense de referință (dar nu convingeri delirante propriu-zise), predipoziție relațional- interpretativă. Această simptomatologie nu e menționată în DSM-IV și ICD-10.

În prezent când patologia psihotică tinde să fie concepută ca un ansamblu care are , cu toată diversitatea, o anumită coherență interioară, e important ca manifestări acute ale „psihozei” să nu fie încorsetate de o gândire evolutivă rigidă. Variantele semiologice evidențiate de Leonhard nu ar trebui refuzate în

inventarierea simptomatologiei primului episod de psihoză; precum și a recurențelor psihotice, chiar dacă ele nu îmbracă strict forma psihozelor cicloide.

La alt pol față de psihozele scurte și tranzitorii- în grupajul polimorf al „primului episod de psihoză”-EP- se plasează schizofrenia. Primul episod de schizofrenie PEsx. a fost de altfel promotoriu interesului pentru acest domeniu de patologie. Ea a făcut obiectul unui studiu european special EUFEST. Schizofrenia pretinde, pentru diagnosticarea ei, o durată mai lungă decât a „psihozelor scurte”. Precum și prezența unei „simptomatologii negative”, responsabilă în parte pentru depistarea tardivă a bolii, pentru „perioada psihozei netratate”- DUP. De aici și interesul pentru depistarea precoce a bolii, odată ce ea s-a manifestat. În aceeași direcție, a perioadei ce precede primul episod, s-a identificat și a început să fie tot mai mult studiată o fază „prodromală”, în care psihoza nu este identificabilă prin criterii suficiente. Atenția acordată fazei prodromale a reactivat interesul pentru „simptomele bazale” evidențiate de școala din Bonn ca precedând schizofrenia, psihoza sau alte tulburări psihice.

La Bonn s-a realizat una din cele trei catamneze majore privitoare la evoluția schizofreniei(14). Studiile amănunțite a lui Huber, Gross, Süwold, Klasterkotev au condus la descrierea unei stări anormale- dar subclinice și nespecifice, care poate preceda cu mulți ani apariția schizofreniei. Această stare a „simptomelor bazale” identificabile prin scala BSAABS(13) poate preceda însă nu doar schizofrenia(24). Interesul pentru aceste cercetări s-a reactivat odată cu cel pentru primul de psihoză.

Scala BSAABS este complexă și greu de aplicat. Accentul e pus pe schimbarea pe care subiectul o resimte subiectiv față de felul său obișnuit și constant de a fi. Grupajele simptomatice sunt următoarele:

A. Deficiențe dinamice cu simptome negative: extenuare, nevoie crescută de somn, diminuarea puterii de „încordare” energetică și persistentă(răbdare), diminuarea motivației și inițiativei, capacitate de decizie deficitară, scăderea capacității de rezonanță afectivă, afectarea capacității de contact,scăderea

capacității de a răspunde la solicitări, inclusiv la stresori minori(de a face față problemelor curente de zi cu zi).

B. Deficiențe dinamice cu simptome „minus” indirecte precum:- diminuarea capacității de solicitare psihică față de anumiți factori stresanți;- impresionabilitate, excitabilitate crescută;- reflexivitate crescută (în sensul pierderii „naivității”, a lipsei de griji, a lipsei de reținere)

C. Tulburări cognitive de gândire, conștientizare și acțiune. Aceasta în primul rând în sensul configurării de ansamblu, a „apercepției” prin care secvențele sunt integrate spontan într-un ansamblu coerent și semnificant; gândurile nu mai pot fi „ținute în frâu”, uneori se ajunge la blocaj mintal sau alte tulburări mentale de gândire, exprimate însă la nivel subliminar;- apare o deficiență de asertivitate;- încetinirea și îngreunarea procesului gândirii;- tulburări ale inițiativei gândirii și a intenționalității ideative;- tendința de relaționare la sine a celor percepute. Tulburări de constientizare cognitivă nehalucinatorii; se referă și la propriul trup, la propria față ca suprasensibilitate(hiperestezie). În ansamblu e vorba de o stare specială de hipervigilantă, ce fixează subiectul pe -----(faptic se referă și la actele voluntare); derealizare. Tulburări ale acțiunii, în sensul resimțirii subiective a faptului că există un insuficient control asupra actelor voluntare, că acestea se desfășoară în mare parte automat.

D. Cenestopatii: e vorba de o serie de senzații corporale neplăcute și neobișnuite, de pierderea „spontaneității” și firescului trăirii propriului trup,resimțite în toate ariile de percepție ale acestora.

E. Tulburări central vegetative, inclusiv tulburări de somn și intoleranța față de anumite substanțe; sunt incluse senzațiile sexuale.

F. Încercări conștiente de depășire ale pacientului față de simptomele de bază.

În ansamblu simptomele evaluate prin BSAABS constituie resimțirea subiectivă a unor trăiri ce se află la limita incipientă a schizofreniei; dar nu din

toate ariile de manifestare ale acesteia. Astfel simptomele „productive” ale delirurilor și halucinațiilor nu sunt reprezentate. Dar sunt prezente simptome ce stau în anticamera simptomatologiei de prim rang Schneider precum și importante părți ale simptomatologiei negative, care în prezent sunt interpretate prin deficiența de filtru atențional informativ. Un aspect special e detectarea unei hipervigilențe care nu se suprapune cu anxietatea sau cu alerta paranoidă. BSAABS rămâne un instrument original și util în determinarea sindromului prepsihotic. Faptul că pune accentul pe trăirile subiective face să rămână și în atenția psihopatologilor fenomenologi actuali. (Parnas, 2003) (25).

Delirul și halucinațiile care nu sunt detectate între simptomele bazale ale școlii din Bonn au și ele o prezență subclinică și preclinică ce tot mai mult studiată. Privitor la delir în ultimul deceniu s-a acordat o tot mai mare atenție ideii supraevaluate – care reia vechea temă a ideii prevalente – precum și gradele de intensitate ale înșirii convingerii delirante. În aceste domenii s-au elaborat scale precise de evaluare (24)(25)(26). Este reactualizată vechea idee a lui Kretschmer (26) privitoare la gradele și tranzițiile între schizotimie, schizoidie și schizofrenie. Precum și privitoare la “reacțiile personalității” (persönlichkeitreaction) care se desfășoară prevalențial potrivit de exemplu unor persoane suspicioase, cu tulburare de personalitate paranoidă, ca și “cheia la broască”; astfel încât rezultă o dezvoltare prevalențială senzitiv relațională. În marginea delirului paranoid se acceptă în prezent existența unor „idei de referință simple”, a unor „idei senzitive”, care de la un anumit grad de intensitate pot deveni delirante. În ceea ce privește halucinațiile, mai ales cele auditive, studiile screening apreciază că frecvența acestora la populația „normală” e apreciabilă, până la 3% (11).

Dacă se ia în considerare și tulburarea (de personalitate) schizotipală la care manifestările prepsihotice fac parte din definiție, este firesc ca instrumentele de evaluare a podromului psihotic să includă și fenomene din serie halucinator-delirantă în faza lor de manifestare incipientă. În acest spirit a fost

elaborat instrumentul echipei conduse de McGlashan: Structured Interview for Prodromal Syndromes (Yale School of Medicine New Haven CT 2002) (27). Instrumentul SIPS definește psihoza printr-un anumit grad de intensitate a simptomatologiei; dacă simptomele sunt prezente, dar puțin intense-precum dacă sunt prezente și în alte condiții- se consideră a fi o stare prepsihotică sau prodromală.

Simptomele psihotice sunt definite astfel:

- A. Prezența simptomelor pozitive la un nivel psihotic de intensitate (evaluate cu 6 pe scala de intensitate); acestea sunt: - cu conținut neobișnuit al gândirii (conține și ideile de prim rang Schneider); suspiciune/persecuție sau grandiozitate cu convingere delirantă; - și/sau anormalități perceptuale de intensitate halucinatorie; - și/sau vorbire care nu e inteligibilă.
- B. Fiecare simptom A e suficient de important ca urgență și insistent; - cel puțin un simptom din A preocupă pacientul, cel puțin o oră pe zi, minim 4 zile pe săptămână, de-a lungul unei luni; sau, simptomul e în mod serios dezorganizant al vieții zilnice. Dacă intensitatea simptomului este mai mică de 6 se include la simptome prodromale. Staările prodromale se consideră a fi de 3 categorii: A. Prezența unor sindroame prodromale care sunt franc psihotice, dar recente și foarte scurte. B. Simptome psihotice atenuate recente. C. Se combină prezența unui risc genetic cu deteriorarea funcționării sociale. Riscul genetic este considerat dacă: pacientul are relativ de gradul întâi cu tulburări psihotice (afective sau non afective) sau pacientul întrunește criteriile DSM-IV pentru tulburarea de personalitate schizotipală. Deteriorarea funcțională e evaluată prin pierderea în ultima lună cu 30% a funcționării evaluate cu GAF, față de cea din ultimele 12 luni. Interviul propriu zis al instrumentului are în vedere: simptome pozitive: P1 conținut neobișnuit al gândirii / idei delirante, simptome de prim rang: idei supraevaluate; alte idei neobișnuite / delirante (somatice, nihiliste, de vinovăție); idei nepesecutorii de

referință. P2 suspiciune / idei persecutorii. P3 idei de grandiozitate. P4. anomalii perceptuale / halucinații (auditive, vizuale, somatice, olfactive, gustatorii) P5 deorganizarea comunicativă. În continuare instrumentul menționează și simptome negative, dezorganizante și generale, mulându-se în mare parte după PANSS, dar inspirat și din scalele lui Andreasen.

Din prezentarea de mai sus rezultă că prodromul e înțeles altfel decât simptomele bazale ale școlii din Bonn. Predomină prezența simptomelor pozitive „de intensitate subclinică”; nu sunt menționate simptomele afective deși genetic psihozele afective pot prezenta un risc. Tulburarea (de personalitate) schizotipală poate intra între factorii de risc, dar nu și cea schizoidă. Oricum se cere avut în vedere că decuparea perioadei prodromale a primului episod de psihoză e dependentă și de instrumentul care e folosit.

În cazul psihozelor în general și a schizofreniei în special se cere avut în vedere nu doar perioada prodromală ci vulnerabilitatea în general. (28) (29). În această direcție concepția privitoare la schizotaxie (5) precum și toate datele care adună privitoare la posibila evaluare a „vulnerabilității pentru psihoze” devin de la o zi la alta mai importante.

*

*

*

O problemă tradițională și actuală majoră în domeniul „tulburarilor psihotice primare” – adică domeniul tradiționalelor psihoze endogene sau funcționale- este cea a împărțirii acestuia în cadre notologice individualizate, “discrete” (cum ar fi schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă, paranoia) sau a unității sale de principiu și de fapt, în cadrul unei „psihoze unice” sau a unui „continuum psihotic”. Această problemă constituie obiectul unei monografii relativ recente (30). Ideea unei „psihoze unice” este tradițională, mai ales în cadrul istoric al psihopatologiei germane, sub formularea de „Einheitspsychose”(31). Desigur se are aici în vedere nu conceptul de psihoză de

complex sindromatic (prezent în diverse boli somatice și cerebrale) ci a cea subclasă a psihozelor care a făcut subiectul preocupărilor psihiatrice, manifestându-se ca misterioase „psihoze endogene”. Ideea „psihozei unice” are în vedere sistematizarea Kraepeliniană a psihiatriei în care psihoza maniaco-depresivă are același statut de „psihoză” ca schizofrenia și paranoia (inclusiv psihoza paranoidă neschizofrenică). Această implicare a maniei – și de presiei „melancoliforme” – în aria psihozelor crează o problemă a clinicienilor și cercetătorilor actuali care deseori o rezolvă prin editarea discuției.

Ideea „psihozei unice” s-a formulat având deci ca repere – sau extreme – schizofrenia (demența precoce) și „psihoza maniaco depresivă”. Urmașii acelor idei, așa cum e Marneros, Andreasen și Crow, se plasează și în prezent în spațiul acestei dihotomii. Zona de mijloc ajunge să fie mai recent ocupată- ceea ce logic e firesc- de tulburarea schizoafectivă (32)(33)(34). Iar Marneros apreciază – după un studiu sistematic și longitudinal- că și psihoza scurtă și tranzitorie se plasează în această zonă intermediară. (21).

Cazuistica clinică fiind extrem de variată și polimorfă, nu au lipsit și nu lipsesc decupări cazuistice, problematice și interpretative mai mult sau mai puțin sectoriale.

În ultimele decenii se uzează – și uneori chiar se abuzează – de noțiunile de continuu, spectru, dimensional / categoria, etc. De exemplu în monografia citată în 1995 de Andreasen invocă „spectrul schizofren” (8) din care consideră că face parte: - schizofrenia nucleară; - tulburările schizofreniforme; - tulburarea schizotipală și „schizofrenia simplă”; - tulburarea schizo-afectivă în varianta sa monopolară și bipolară; - mania și depresia cu delir incongruent (din cadrul unei psihoze functionale în care astfel de episoade apar). Evident, din spectrul schizofren nu fac parte episoadel maniacale și depresive pure sau cu delir congruent; ceea ce înseamnă că se presupune și un alt pol al spectrului psihozelor funcționale, ????????? de tulburările afective periodice, care se poate îndrepta spre – și se poate apropia de – schizofrenie nucleară și spectrul

schizofren, care oricum, cuprinde și tulburarea (de personalitate) schizotipală (34).

Lasînd deoparte faptul ca însasi „domeniul schizofreniei nucleare” se subîmparte în alte 3 dimensiuni (negativă, pozitivă și dezorganoizată) fascinația pe care o exercită „polul psihozei maniaco depresive” (în sensul lui Kraepelin) e prezentă în aceeași monografie (30), prin formularea lui Crow, care imaginează următorul continuum:

Continuum psihotic dupa Crow

S+D	S-A	S+A	SA	BP	UP
-----	-----	-----	----	----	----

afect tocit

schimbare a

dispozitiei

(-) (+)

Simptome nucleare

Delir incongruent

afectiv

elație

UP – tulburare unipolară; BP – tulburare bipolară; SA – tulburare schizoafectivă și tulburare afectivă cu delir incongruent; S+D – prezența afectului tocit și a stării defective.

Crow considera că schizofrenia – și în general patologia psihotică – sunt boli specifice umanității, fiind corelate cu modificările cerebrale ce fac posibil limbajul asertiv, cu asimetria cerebrală umană și particularitățile genetice sexuale respective. Astfel „psihoza” se înscrie într-un risc, prin exces și deviație,

a ceea ce specifică omul ca om. Esențial în acest raționament este faptul că specificul schizofreniei este în cele din urmă pus pe același plan cu specificul tulburărilor „psihotice” afective și că ansamblul acestor tulburări este corelat cu perspectiva evolutivă.

Patologia ce gravitează în jurul maniei - a episodului maniacal – ramâne, în opinia multor clinicieni și psihopatologi, asociată problematicii psihozei. Și aceasta inclusiv în condițiile în care în ultimele decenii se acordă o mare importanță starilor hipomaniacale, ciltotimiei, episoadelor hipomaniacale scurte (36); precum și temperamentului hipertim.

O propunere recentă a lui Akiskal (35) pentru spectrul bipolar (BP) se prezintă în felul următor:

O.....schizofrenie

BP1/2.....schizo-bipolar

BP1.....mania

BP1 ½.....hipomanie „extrasă” (probracted)

BPII.....hipomanie spontană

BPII ½.....depresie cilotimică

BPIII.....hipomanie asociată antidepressivelor

BPIII½.....schimbări ale dispoziției consecutive abuzului de substanțe psihoactive

BPIV.....depresia hipertimică

BPV.....stări unipolare mixte recurente

BPVI.....instabilitatea dispoziției în demența recurentă.

Tot Akiskal propune o plasare schematică a tulburărilor afective versus schizofrenie în felul următor:

- mania cronică (demența maniacală)
- depresia delirantă

- tulburare dispozițională bipolar incongruentă (schizo-bipolar?)
- manie delirantă
- psihoze confuzionale
- psihoze puerperale
- catatonie
- psihoze cicloide
- depresia secundară în schizofrenie (schizo-depresiv?)

Adepții tradiționali și actuali ai „psihozei unice” nu recunosc o specificitate de patologie sau gravitate pentru schizofrenie, în afara terenului marcat developmental pe care poate apărea psihoza în unele cazuri diagnosticate astfel. Astfel, vulnerabilitatea de fond, „condiția prepsihotică”, împreună cu vârsta de debut ar condiționa factorii de prognostic negativ. Halucinațiile, delirul, simptomele de prim rang Schneider, nu ar avea specificitate. Dezorganizarea ideo-verbală s-ar putea plasa într-un continuum cu fuga de idei maniacale, iar simptomatologia negativă cu depresia și unele atingeri neurologice (prefrontale și ale nucleelor bazale)(37). Tendința la periodicitate sau ciclicitate, evidentă în patologia afectivă, susține un alt curs al bolii, care însă nici el nu e foarte specific întâlnindu-se la psihozele cicloide-la psihozele scurte cu revenire periodică-în tulburarea schizo-afectivă și chiar în unele forme de schizofrenie în care predomină simptomatologia pozitivă. Oricum, în prezent ideea continuumului e resuscitată în domeniul psihozelor primare și încă în două direcții a continuumului între schizofrenie și tulburarea bipolară și a continuumului între aceste manifestări psihotice și normalitate. În plus, mai este deschisă problema continuumului între axa I și axa II în sensul DSM-IV, continuum ce se manifestă și în acest domeniu al psihozelor primare.

În cadrul acestui univers de dezbateri câteva probleme continuă să rămână insuficient de clare:

- are oare patologia bipolară același „rang psihotic” ca cea care e centrată pe schizofrenie?
- Polaritatea între schizofrenie și bipolaritate este oare funcțională în măsura în care se ignoră un al 3-lea pol, centrat de delirul halucinator și care în măsura în care se acordă independență se poate la randul său polariza cu schizofrenia și patologia bipolară?
- Care e o tipologie categorială cât mai aproape de realitate și cât mai puțin nivelatoare în cazul psihozelor primare?
- Conceptul „complexului subsindromatic al psihozei” are validitate clinică și neurofiziologică? Și dacă da, care este secretul articulării structurilor sale componente?
- Care e o structură ierarhică semiologică care e cea mai aproape de realitate, în cazul patologiei psihotice?

Astfel de probleme și altele asemănătoare stimulează cercetătorii actuali.