

PSIHIATRIE

NEUROLOGIA, PSIHIATRIA, NEUROCHIRURGIA,
vol. XIX, nr. 2, anul 1974

Periodicitatea în psihopatologie. Periodicitatea în psihoze

M. Lăzărescu

Clinica de psihiatrie Timișoara (șeful clinicii : dr. E. Pamfil)

REZUMAT

Lucrarea abordează din punct de vedere psihopatologic problema periodicității în psihoze. Punctul de plecare este studiul clinic îndelungat a 50 de cazuri, studiu din care se degajă următoarele observații : a) unele cazuri evoluează ondulant, cu trecere de la manie la depresie și invers, fără întrerupere, ani de zile ; b) multe cazuri evoluează de-a lungul multor ani periodic, subclinic, după care îmbracă forma unei evoluții ondulante extinsă pe mai mulți ani ; c) se pot identifica și cazuri la care un proces discordant în adolescență grevează persoane, determinând episoade ulterioare psihotice, endogene periodice, subclinice care pot deveni de intensitate clinică ; d) există cazuri la care tablouri psihotice depresive și maniacale preced și se intercalează între episoade discordante, fie că finalul este disociativ, fie că se ajunge la un echilibru sau se trece într-o evoluție ondulantă ; e) evoluția periodică este reperată și la cazuri endoreactive precum și la cazuri cu evidentă implicare organică, diencefalică.

Comentariul teoretic subliniază că periodicitatea nu poate fi considerată ca o caracteristică a bolii care atacă persoana ci ea rezultă din sinteza dintre structura persoanei, dezorganizarea maladivă și intervenția mecanismelor de apărare. Periodicitatea reprezintă un succes al apărării.

*Psihopatologie
Psihoză
Periodicitate*

Evoluția periodică a psihozelor a preocupat mult pe clinicieni. Periodicitatea a fost atribuită multă vreme naturii bolii. Prototipul îl reprezenta psihoza maniacodepresivă. Au mai fost luate în considerație mixturi, între aceasta și schizofrenie (Wirsch), ciclofrenia (Al. Obreja), forme particulare de schizofrenie (periodică-Snejnevschi, circulară-Belciugățeanu) sau „psihoze atipice” (Leonhard). Vom aborda unele aspecte ale periodicității psihotice mai mult din perspectiva psihopatologiei clinice. Studiul de față se bazează pe analiza atentă în cursul anilor — și catamnestică — a 50 de cazuri de psihoze. Nu ne interesează perspectiva statistică, ci degajarea unor tipuri de probleme.

1. Evoluția ondulantă

Un caz urmărit de noi evoluează după următoarea diagramă :

Este vorba despre un tânăr cu o constituție leptosomatletică, a cărei mamă a decedat în cursul unei psihoze puerperale. Se structurează ca o fire expansivă, jovială, sociabilă, pedantă. Primul episod psihotic se instalează la 24 de ani, în imediata continuitate a unei varicele, cu tablou tipic depresiv, care durează 4 luni și necesită tratament spitalicesc. Urmează un interval liber de 9 ani, în care timp se poate menționa doar un consum crescut de alcool. Apoi, după un concediu petrecut la mare (pentru prima oară) apare un tablou maniacoal care atinge o intensitate clinică. Tratat cu levomepromazin și haloperidol, mania trece într-o depresie care trebuie tratată intensiv 6 luni. La capătul acestui episod se trece direct într-o stare maniacoală și aceasta tratată 6 luni pentru a trece din nou în depresie, rezolvată parțial cu același tratament intens.

În cazul de mai sus, bolnavul, practic, timp de 2 ani a fost bolnav fără întrerupere, chiar dacă nu a fost tot timpul internat și în unele perioade și-a continuat activitatea; evoluția este deschisă multor formule. Să fie vorba de ceea ce altă dată evolua sub forma maniei sau depresiei cronice și care, sub acțiunea neurolepticelor, își îndulcește evoluția? Oricum, pe lângă particularitățile constituționale, tratamentul joacă probabil un rol în aceste evoluții ondulante.

2. Evoluție periodică subclinică

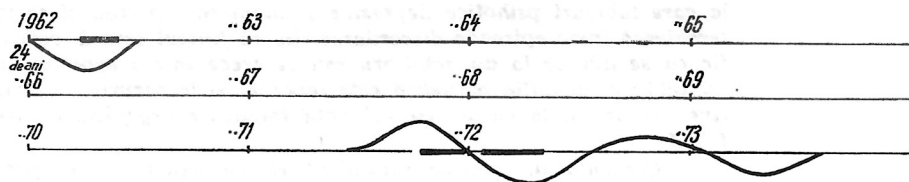


Fig. 1

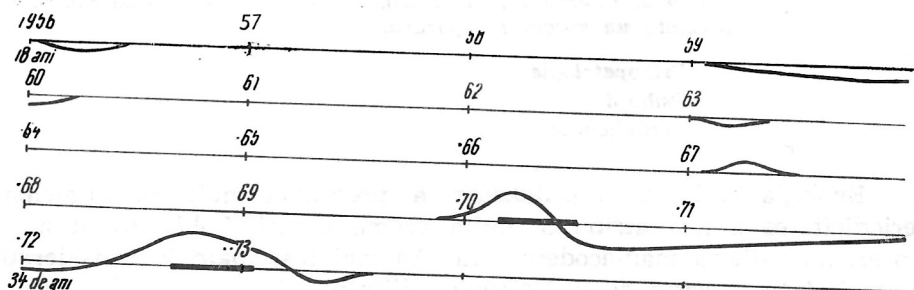


Fig. 2

Cazul este un leptosom fără antecedente psihotice cunoscute. La 18 ani are un puseu depresiv care determină adresarea la medic, dar remisiunea se produce fără tratament specific (doar cu vitamine). La 21 de ani, o perioadă depresivă mai lungă, de un an, care determină întreruperea studiilor; se remite relativ spontan, după internarea la endo-

crinologie, fără tratament antidepresor. După două episoade intermitente: unul depresiv la 25 de ani și altul hipomaniacal la 29 de ani — ambele de intensitate subclinică și remise fără tratament — la 32 de ani se instalează un episod maniacal pentru care este tratat în clinică. Urmează trecerea într-o fază depresivă care durează peste un an, necesitând în tot acest timp un tratament intens cu Antideprin, Nortrilen, Liogen, Dogmatil, Stelazin, electroșoc. Nu este tot timpul internat, dar tabloul clinic ridică la un moment dat problema unei schizofrenii simple, atimhormice. Ulterior, reapare un tablou maniacal care necesită tratament spitalicesc intens, trecând în continuare într-o depresie sublinică, ce permite activitatea.

La cazul de mai sus, potențialul psihotic se anunță devreme, dar mult timp perioadele depresive și maniacale se succed subclinic. Se instalează apoi fază „clinică” cu evoluție ondulantă.

3. Evoluție subclinică și mixturi psihopatologice

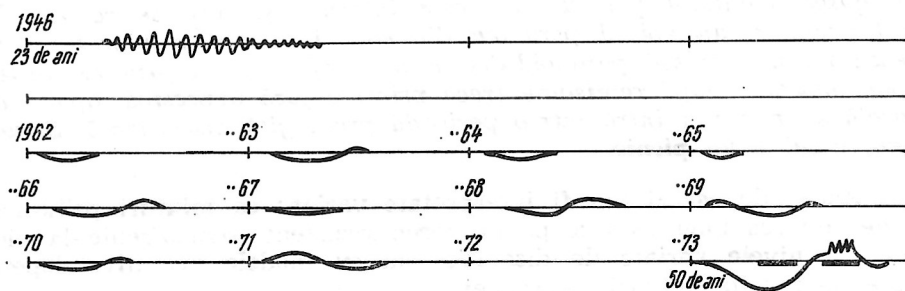


Fig. 3

Bolnavul, cu o constituție athletică, prezintă la 23 de ani un episod psihotic paranoid disociativ, tratat în clinică medicamentos și cu electroșoc; episodul apare în continuarea unei intoxicații cu atebriină. După 17 ani de existență normală, se instalează perioade depresive subclinice anuale, care la început se remit spontan, dar apoi necesită tratament ambulator, fără întreruperea activității. Perioadele depresive apar în fiecare an primăvara, durează una sau mai multe luni și se termină cu un scurt episod hipomaniacal. După un an în care depresia lipsește, apare o formă deosebit de intensă care se remite doar cu internare și tratament foarte intens (inclusiv 7 electroșocuri); se trece direct într-o stare hipomaniacală urmată de un episod de manie agitată care, tratat, trece în depresie.

La acest caz, se poate spune că episodul psihotic de la 23 de ani a grevat persoana, predispunând-o spre psihoză; dar, s-a stabilit un echilibru relativ, cu evoluție îndelungată subclinică.

4. Mixturi psihopatologice (și nosologice ?)

În literatură sînt cunoscute multiple forme de psihoză care evoluează periodic; cel puțin catatonia periodică și psihoza paranoidă periodică au fost bine studiate. Am întîlnit și psihoze periodice anxiospa-

ranoide, anxioase pure, anxiosdepressive. Se mai citează psihoze periodice maniacal-discordante sau cu alte forme. Ne-au interesat cazuri în care episoade depresive, maniacale discordante, paranoide etc., nu coexistă în cadrul evoluției periodice ci se succed. Desigur, cazul mai simplu și clasic este cel al unui debut psihotic de model maniacal-depresiv, care ulterior trece în psihoză discordantă (schizofrenă). Se vorbește în aceste cazuri de un debut maniaco-depresiv al schizofreniei. Am observat astfel de cazuri, la care însă au existat intercalări maniaco-depresive și după prima apariție paranoid-discordantă.

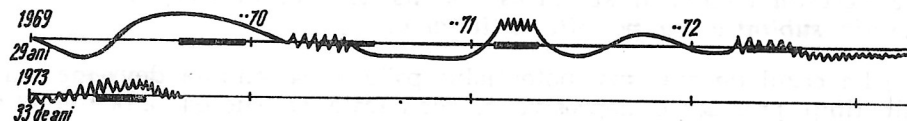


Fig. 4

După un episod depresiv subclinic, pacientul face, la 29 de ani, un episod maniacal pentru care este internat și care se remite. În anul următor, un episod paranoid din care iese inhibat-depresiv. Urmează un nou episod paranoid-disociativ, desfășurat în fază expansiv-hipomaniacală. După remisiune trece printr-o fază depresivă, apoi maniacală și în sfârșit intră într-o perioadă prelungită discordantă. Structural, cazul e un picnic.

Astfel de cazuri pot fi interpretate variat: ca mixturi psihotice, ca dezvoltarea unei psihoze pe un teren rezistent (schizofrenie la picnici), cu nivele variate de disoluție sau cu modele evolutive dependente de reușita apărării persoanei.

În cazul descris înainte pînă la urmă evoluția disociativă a învins. Am observat și alte tipuri de cazuri.

Este vorba de o picnică, care la 19 ani face un episod maniacal tipic, pentru care este tratată intens în clinică. În anul următor, alte două croșete maniacale, pentru ultimul fiind internată din nou. În sfârșit, apare și un episod paranoid discordant care, remis, se repetă după un interval de timp. Evoluția ulterioară marchează alte croșete depresive și maniacale (cu tratament în spital) pentru a se obține apoi o echilibrare.

Evoluția acestui caz rămîne deschisă; la 8 ani de la debut, cazul apare echilibrat de mai bine de un an, deși a trecut prin perioade depresive, maniacale, și paranoid disociative (alternative). Între timp a terminat facultatea și ocupă o funcție. În acest caz pe lîngă o constituție picnică, ca factor favorizant mai intervine și o bună inteligență, cu bună autoanaliză și cu autodozare medicamentoasă eficace. Am înregistrat și alte tipuri evolutive, ca de ex.:

Pacienta, o picnic-leptozomă, trăiește primul puseu psihotic la 15 ani, colorat intens depresiv și însoțit de o stare confuzional-onirică care durează 4 luni, necesitînd internarea în clinică și tratament anti-psihotic intensiv. După o bună remisiune, la 17 ani, se instalează un puseu psihotic cu sindrom de agitație catatonă, halucinații auditive și vizuale. După un tratament spitalicesc intensiv și o bună remisiune,

în anul următor apare o stare hipomaniacală care trece ulterior în depresie; aceasta, tratată, trece în manie, ulterior din nou în depresie și apoi din nou în manie. Starea psihotică neîntreruptă din ultimii trei ani, a necesitat perioade de internare, dar parțial a fost tratată am-

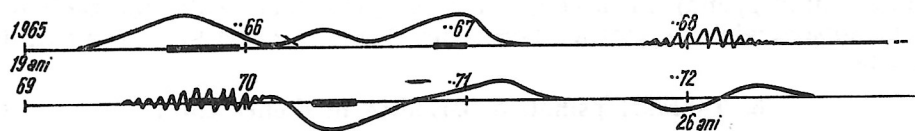


Fig. 5

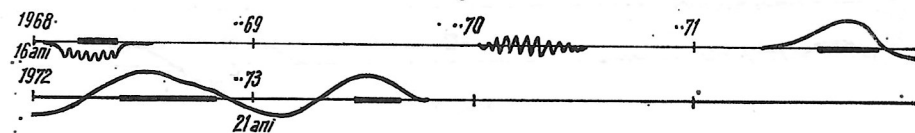


Fig. 6

bulator; astfel că pe tot acest parcurs, nu a existat o întrerupere de la școlarizare.

La acest caz, debutul precoce anunța o patologie gravă. Patologia se anagajează însă franc pe direcția maniaco-depresivă; și, cu toată evoluția ondulantă, tabloul psihopatologic se manifestă mult timp subclinic, poate fi stăpinit, cursul vieții și al educației nefiind întrerupt. Factorii de apărare s-au dovedit pentru moment destul de puternici.

5. Evoluție periodică în cazuri endoreactive



Fig. 7

O tânără în familia căreia se notează 3 sinucideri și un frate anancast cu episoade obsesiv-depresive pronunțate. Fire ruminativ-hipobulică, care-și desfășoară mult timp fără probleme deosebite în existența familială și socială. Un prim episod depresiv subclinic (tratată ambulator, în concediu) se instalează cu ocazia unor schimbări în serviciu care o defavorizau. Starea depresivă tratată mult timp cu analiptice se ameliorează brusc, odată găsit un serviciu convenabil. Peste un an, în urma unor restructurări, e mutată din nou în alt serviciu foarte dificil; din nou o inhibiție depresivă pronunțată, cu marcată bradipsihie și idei de devalorizare și culpă. De data aceasta, internată și tratată, trece într-o stare hipomaniacală, care durează aproape un an; o nouă cădere depresivă cu ocazia unor probleme familiale, din care se redresează destul de ușor.

La cazul de mai sus se poate bănuși un model depresiv structural-endogen care intră în joc cu ușurință cu ocazia unor impasuri în viață și a unor trăiri conflictuale. De remarcat că terapia a determinat o perioadă hipomaniacală de durată, cu un stil de comportament pe care pacienta nu-l avusese până la acea dată. Cu această ocazie se poate

aminti ipoteza lui Lopez Ibor, care spune că multe episoade nevrotice ar fi determinate de oscilații „endotime“, pe care fond s-ar broda prelucrări psihodinamice superficiale. În același sens poate fi comentată depresia „endoreactivă“, în concepția lui Weitbrecht, sau depresia de fundal (undgrund) în accepția lui K. Schneider. Evoluția periodică a psihopatologiei în „mica psihiatrie“ necesită însă un comentariu aparte.

6. Tablouri psihotice periodice în diencefaloză

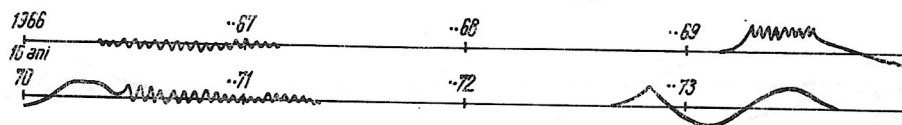


Fig. 8

La 16 ani, se diagnostichează un sindrom Cushing frust, tratat medicamentos un an, după care este întrerupt. La 19 ani, după un efort intelectual prelungit (examen de admitere în facultate) se instalează un tablou febril urmat de o stare confuzo-onirică, apoi delirant paranoid, cu negativism; tabloul clinic este nu numai polimorf ci și foarte oscilant. După ce se exclude un proces tumoral, este tratat neuroleptic. Urmează o fază inhibat-depresivă, urmată de bulimie și crize paroxistice de agitație; continuarea tratamentului conduce la un tablou maniacal net, ce se remite la haloperidol. Urmează o perioadă cu episoade paroxistice particulare: crize hipertermice (40°C), instalate în câteva secunde, durând 3—4 minute și încetând brusc; crize paroxistice de stereotipii verbale și acte ritualice; crize paroxistice cvasiconfuzive, agitate și agresive, cu o durată de 10—15 minute, crize euforice agitate și crize abulicoinhibate de 20—30 de minute, E.E.G. nu e de aspect comițial. Deși datele examenului paraclinic nu indică o tumoare de bază, se procedează la o radioterapie diencefalică cu reducerea simptomatologiei. După mai mult de un an în care nu e prezent nici un simptom, în urma unei gripe apare o stare tipic depresivă care necesită tratament spitalicesc, trecând într-o adevărată manie, până la urmă echilibrată terapeutic.

La cazul de mai sus, implicarea organică diencefalică, este indiscutabilă. Tabloul clinic îmbracă un mare polimorfism, din care nu lipsesc nici stările depresive și maniacale, a căror corelație cu diencefalul reprezintă deja o temă clasică.

Comentariu teoretic

Nu aderăm la punctul de vedere după care periodicitatea¹ ar fi o caracteristică a „bolii care atacă persoana“, ca ceva venind din exterior.

¹ Preferăm termenul de evoluție periodică celui de evoluție ciclică, care subliniază în primul rând o evoluție internă, cu stadii identice, parcurse în aceeași ordine până la reîntoarcerea la forma de plecare (ciclu = cerc). Prin „ciclu unui fenomen periodic“ accentul este pus pe revenirea la intervale regulate a unui fenomen cu evoluție standard, și care se remite. La om psihopatologia cu caracter ciclic este rară, așa cum arată G. Constantinescu, ea fiind corelată mai ales cu ciclurile biologice. Evoluția periodică se referă la revenirea bolii după un interval de timp. În expresia „evoluție intermitentă“ accentul este pus pe oprirea temporară a procesului psihopatologic. Din punctul de vedere pe care-l adoptăm, termenii „periodic“ și intermitent pot fi considerați echivalenți.

Evoluează după o modalitate periodică stări psihotice cu o morfologie foarte variată: paranoide, anxios-senzitive, oniroid-catatonice, parafreniforme, anxios-disociative, maniacal-disociative, extatice, similia-confuzive, agitate, de mod paranoiac-expansiv-revendicativ și desigur și depressive și maniacale. Aceste eventualități sînt descrise în literatura ultimilor 60 de ani și le-am întîlnit și noi în clinică. Este absurd să se accepte atîtea boli distincte care au ca unic factor comun periodicitatea. În plus, în cazuistica noastră, am întîlnit pacienți care prezentau — în cursul unei evoluții periodice — *alternativ* tablouri depressive, maniacale, paranoide, disociative etc. De asemenea, nu credem că există argumente convingătoare pentru ipoteza (H. Ey) dependenței tabloului clinic de nivelul de disoluție. Se desfășoară oare melancolia sau mania pronunțată la un nivel de disoluție mai superficial decît paranoidia sau catatonია periodică?

Credem că se poate accepta ipoteza că periodicitatea în evoluția psihotică depinde nu de „boală“ ci de persoană, de mecanismele sale proprii de existență și apărare. Procesul psihotic preluat de un „orologiu intern“ este oprit din drumul spre dezagregare (dezorganizarea persoanei), este temperat, conducînd la o modalitate evolutivă mai favorabilă, periodică. Și în cazurile cu evoluție ondulantă (așa cum am întîlnit în cazuistica noastră) persoana se păstrează la un nivel de organizare acceptabil, uneori putîndu-și continua viața socială, studiile, cu toată durată prelungită a suferinței și tratamentului. În plus, cîtă vreme sîntem într-o fază ondulantă, nu sîntem încă în defect și putem spera într-o treptată amortizare a procesului. Evoluția periodică a psihozelor ar fi o modalitate evolutivă mai benignă, care exprimă o reușită a apărării persoanei în fața procesului psihopatologic, prin utilizarea orologiilor interne intrinseci.

Ipoteza orologiilor biologice (Richter) corelate cu funcționalitatea diencefalului vine în întîmpinarea observațiilor curente asupra ritmurilor psihologice naturale — mai ales afective — precum și a prezenței manifestărilor psihotice cu caracter periodic în patologia diencefalului (observate și de noi frecvent).

Existența în structura funcțională a psihismului a unor ritmuri potențiale sau nemanifeste care se etalează în patologia psihică, apare ca o ipoteză plauzibilă. Structuri diverse patologice pot cîștiga o evoluție periodică, prin cuplaj cu un orologiu de tip homeostatic, care devine astfel manifest. Probabil că și clasică psihoză maniaco-depresivă evoluează deseori periodic prin același mecanism. Rolul diencefalului ca instanță morfofuncțională, intervenind în periodicitatea psihologică, pare a fi bine stabilit. Un studiu în perspectivă antropologică, ar urma să degaje factorii de ordin biologic, cosmic dar mai ales de ordin psihosocial, care intervin ca structuranți de ritm și periodicitate psihică. În treacăt, pot fi amintiți: orarul zilnic al școlilor și al muncii, fluxurile productive, scrisul și vorbitul, mersul, marșul și dansul, cîntecul (muzica), gimnastica și sportul, marile ritualuri sociale, ritmul anului, al anotîmpurilor, lunilor și zilelor săptămîinii, timpul ceasornicelor. Dinspre biologic, instinctivitatea are caracteristici ritmico-ciclico-periodice. La om ea devine însă foarte puțin fixă; doar alimentația și ritmul somn-veghe își mai păstrează o oarecare ciclitate, și ea mult modelată cultural. Sînt de reținut însă ritmurile fiziologice: cardiac,

respirator, ovular etc. La confluența tuturor acestor determinisme se nasc probabil ipoteticele „orologii interne“, oscilațiile endotime și ciclurile care se evidențiază în psihoze, contribuind la instalarea periodicității.

Pentru problema în discuție e necesar și un scurt comentariu asupra endogenului. Endogenul ar reprezenta potențialitatea cauzală a structurii dinamice a persoanei deja constituite la un moment dat. Endogenul crește și se constituie în același timp cu „constituția bio-psihică“ fie ea picnică, leptozomă sau athletică, o dată cu determinismele genetice, cu istoria vieții și formarea caracterului. Psihoza endogenă nu vine din exterior ca o infecție, chiar dacă este intens pregătită de factori care, treptat, pot fi asimilați în pragul endogenului. Psihoza endogenă nu poate fi ceva exterior terenului și de aceea, este greu de acceptat ideea „miturilor“ dintre psihoze, și la fel, ideea unei psihoze maniaco-depresive „atipice“, prin faptul că se dezvoltă la un leptozom. Un leptozom poate realiza psihozele lui periodice, la fel ca un athletic sau un picnic. Psihoza ciclică a picnicului și schizofrenia leptozomului sînt cazuri particulare, nu regula. Prin pregnanța lor, ele pot fi însă utilizate fructuos ca modele abstracte de referință. Noțiunea de „psihoză atipică“ nu ni se pare fericită. Tipicitatea nu este o realitate clinică ci un model de referință. Atipicitatea va fi totdeauna mult mai frecventă decît orice tipicitate.

Organizarea unei psihoze ca ciclică reprezintă o sinteză originală între: a) ansamblul structurii persoanei ca fundal de desfășurare a dramei; b) procesul dezorganizant, fundat în cele din urmă în endogen; c) mecanismele de apărare care intră în joc, concomitent sau imediat reactiv. Această sinteză este de multe ori „aranjată“ în momentul izbucnirii clinice a psihozei, care are totdeauna o perioadă de preparare subterană (fapt valabil nu numai pentru delir). Pe parcurs intervenția terapeutică poate sprijini mecanismele de apărare. E de așteptat ca în clinica psihiatrică să se observe tot mai des psihoze cu evoluție periodică, date fiind mijloacele terapeutice mereu mai eficace.

O psihoză care utilizează un orologiu intern, instalată deci ca limită în timp, reprezintă un succes al apărării; dar în același timp predispune la „periodicitate“, la revenire. Pentru evoluția periodică mai trebuie luat în considerație și faptul de ordin general că trăirea unei stări psihotice, chiar remise complet, reprezintă o cristalizare în psihism. Chiar și fără cicatrice defectuală, rămîne posibilitatea recăderii pe aceeași formă, în condiții stressante sau favorizante ale decompensărilor și disoluțiilor psihice. Există un echivalent al acestei situații și în mica psihiatrie: după prima „acceptare“ și statuare a stării de nevroză, șansa de a „cădea“ pe acest model existențial sau de a-l „folosi“ circumstanțial, e mai mare (Am aminti cu această ocazie doar un caz urmărit de noi care se declanșează cu tabloul unei psihoze paranoide foarte manifeste, la orice situație conflictuală importantă, sau dramatică de viață; aceasta, după ce a trecut prin două episoade paranoide cu caracteristici endogene).

În studiul psihozelor periodice ar fi interesantă o analiză matematică a frecvenței lor.

După cîteva pusee, analizîndu-se variabilele și corelațiile în joc, s-ar putea încerca un calcul de predicție (un astfel de studiu s-ar

putea întreprinde și la epileptici, utilizând desigur și calculul probabilităților).

Studiul periodicității în psihopatologie nu se rezumă la psihozele periodice. Interesantă ar fi analiza periodicității în „mica psihiatrie” și, la fel, studiul fenomenelor la care repetiția nu se recunoaște doar după apartenența la o clasă, sau nu se face doar după reguli de organizare identice. Ne referim la cazuri în care este vorba de o „repetare a identicului” așa cum este obsesia, ritualul și stereotipia. Cu acestea ne plasăm însă în alt domeniu de cercetare.

BIBLIOGRAFIE

1. ANGST J., GROF P., HIPPINS H., POLDINGER W., WEIS P. — La psychose maniaque-dépressive est-elle périodique ou intermittente? Cycles biologiques et psychiatrie, Symposium Bel-Air III, Genève, 1967, Ed. Masson, Paris, 1968, p. 339.
2. BELCIUGĂȚEANU C. — Considerații clinice asupra 100 de cazuri de schizofrenie circulară, *Neurologia (Buc.)*, 1967, XII, 4, 67.
3. BOLDESSARINI R. J. — Frequency of Diagnoses of Schizophrenia versus Affective Disorders from 1944 to 1968, *Amer. J. Psychiat.*, 1970, 127, 6.
4. BOLZINGER A., EBTINGER R., KAMNERER T. — Approaches clinique et psychopathologique de la notion de crise. *Evolut. psychiat.*, 1970, 35, II, 431.
5. CONSTANTINESCU G., CRISTODORESCU D. — Ritm și periodicitate în patologia psihică, *Neurologia (Buc.)*, 1965, X, 1.
6. KIROV K. — Untersuchungen über die Behandlung atypischer phasischer Psychosen, *Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.)* 1972, 3, 160.
7. KIROV K. — Untersuchungen über den Verlaufzyklischer Psychosen, *Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.)*, 1972, 12, 726.
8. KORZENIOWSKI L. — Les problèmes diagnostique concernant les psychoses paranoïaques schizophréniformes en épilepsie, *Ann. méd. psychol.*, 1965, 1, 35.
9. LEONHARD K., S. V. TROSTORFF — Prognostische Diagnose der endogenen Psychosen, Ed. Fischer, Jena, 1964.
10. LEONHARD K. — Aufteilung der endogenen Psychosen, Ed. Acad. Berlin, 1966.
11. LOPEZ IBOR J. J. — Masked depression and depressive equivalents, *Depressive illness*, Ed. P. Kielholz, Basel, 1972, 38—43.
12. LUNGU AL. — Orologiile biologice, Ed. științifică, București, 1968.
13. PANAYOTOPOULOS D., ABRAHAM G. — Formes périodiques de schizophrénie, *Ann. méd. psychol.*, 1964, 2.
14. SCHNEIDER K. — Klinische Psychopathologie, Ed. G. Thieme, Stuttgart, 1962.
15. SUTTER J., KEBROL D. N. — Les psychoses paranoïdes à évolution périodique, *Evolut. psychiat.*, 1971, IV, 35.
16. ZISKIND E., SOMERFELD E., JENS R. — Can Schizophrenia change to Affective Psychosis? *Amer. J. Psychiat.*, 1971, 128, 3.

Articol intrat în redacție la 13. XI. 1973

Indicele de clasificare : 616.89—039.13

RÉSUMÉ

M. Lăzărescu — LA PÉRIODICITÉ EN PSYCHOPATHOLOGIE. PÉRIODICITÉ EN PSYCHOSES

Le travail traite du point de vue psychopathologique, le problème de la périodicité dans les psychoses. L'étude clinique prolongée sur 50 cas constitue le point de départ, dont il se dégage les observations suivantes : a) certains cas évoluent en oscillant entre la manie et la dépression et inversement, sans interruption, pendant des années ; b) des cas nombreux, évoluent au cours de plusieurs années périodiquement d'une façon sous-clinique, ensuite ils prennent la

forme d'une evolution ondulante qui s'étend sur quelques années ; c) on peut identifier aussi des cas chez lesquels un processus discordant pendant l'adolescence, détermine par la suite des épisodes psychotiques, endogènes périodiques, sous-cliniques, qui peuvent devenir d'intensité clinique ; d) il y a des cas où les tableaux dépressifs et maniaques précèdent et s'intercalent entre les épisodes discordants, soit que le final est dissociatif, aboutissant à un équilibre où vers une évolution ondulante ; e) l'évolution périodique est rencontrée aussi dans les cas endo-réactifs, de même que dans les cas avec implication organique évidente, diencephalique.

Le commentaire théorique souligne que la périodicité ne peut être considérée comme une caractéristique de la maladie qui attaque la personne, mais comme le résultat de la synthèse entre la structure de la personne, le désordre maladif et l'intervention des mécanismes de défense. La périodicité représente un succès de la défense.

S U M M A R Y

M. Lăzărescu — PERIODICITY IN PSYCHOPATHOLOGY. PERIODICITY IN PSYCHOSES

The problem of periodicity in psychoses is approached from the psychopathologic viewpoint. The present study is based upon long term clinical observation of 50 cases of psychosis, showing that : a) some cases evolve with fluctuations from manic to depressive and inversely for many years without interruption ; b) many cases evolve in the course of many years periodically, subclinically, then take on the form of an undulating evolution extending over several years ; c) there are cases in which discordant facts in adolescence mark the subject, determining subsequent psychotic episodes, that are subclinical, periodical and endogenous but may become of clinical intensity ; d) in some cases the depressive and manic psychotic pictures precede and are intercalated between discordant episodes, finally becoming either dissociative, reaching an equilibrium or passing into an undulating evolution ; e) a periodical evolution has been observed both in endo-reactive cases and in those with an evident organic, diencephalic implication.

Theoretically, it is emphasized that periodicity cannot be considered as a characteristic of the diseases but as the result of a synthesis between the structure of the subject, the disorganization of disease and the intervention of defence mechanisms. Periodicity may be considered as a success of defence.

Р Е З Ю М Е

М. Лăзăреску — ПЕРИОДИЧНОСТЬ В ПСИХОПАТОЛОГИИ. ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПРИ ПСИХОЗАХ

В статье, с психопатологической точки зрения рассматривается вопрос периодичности при психозах — на основании длительных клинических исследований, осуществленных в 50 случаях, из которых могут быть сделаны следующие выводы: а) в некоторых случаях наблюдается волнообразная картина заболевания с переходом от мании к депрессии и, наоборот, без перерывов в течение ряда лет; б) многочисленных случаях болезнь развивается периодически в субклинической форме в течение ряда многих лет, после чего ее картина получает волнообразный характер в течение ряда лет; в) могут наблюдаться также и случаи, при которых процесс расхождения наблюдался в юности, обусловив психотические эндогенные периодические субклинические последующие эпизоды, которые могут протекать в интенсивной клинической форме; г) наблюдаются случаи, при которых депрессивные и маниакальные психотические состояния предшествуют и включаются между эпизодами расхождения либо потому, что конечный период не соответствует общему течению, либо потому, что состояние доходит до равновесия либо переходит в волнообразную картину; д) периодическое развитие наблюдается также и в эндореактивных случаях и в случаях, когда отмечается органическое дiencephalic участие.

В теоретическом комментарии подчеркивается, что периодичность не может считаться характерным признаком заболевания, которое атаковало определенное лицо, а она следует из обобщения отношений, существующих между структурой соответствующего лица, дезорганизацией, обусловленной заболеванием и участием защитных механизмов. Периодичность представляет собой успех защитных сил организма.