

STUDIU ASUPRA TERENULUI, DEBUTULUI ȘI EVOLUȚIEI SCHIZOFRENIEI

M. LĂZĂRESCU, V. ARDELEANU, MONICA IENCIU, DOINA SCHREPLER
RORICA PELENEAGRĂ, LUCIA RĂDESCU

(Clinica Psihiatrică Timișoara — Dr. M. LĂZĂRESCU)

Articolul prezintă argumentele și metodologia unui studiu cazuistic detaliat, asupra evoluției schizofreniei, care să se desfășoare la mijlocul drumului între cercetarea statistică și analiza de caz. Sunt prezentate date și observații privitoare la 28 cazuri cercetate, care urmează să fie urmărite prospectiv. Sunt menționate câteva observații cu privire la încălcătura genetică, particularitățile persoanei premorbidă, ale familiei de origine, ale debutului și evoluției ulterioare — clinice și socio-familial-profesionale — în corelație cu evenimentele de viață trăite. Se prezintă câteva observații privitoare la evenimente de viață condiționate predominant intern, extern sau în conjuncție.

Cuvinte cheie : schizofrenie
debut
evoluție
evenimente de viață

Ultimul deceniu a menținut în atenția psihiatrilor problema schizofreniei, demonstrând că încă nu posedăm cunoștințe ferme în acest domeniu. De un mare interes s-au bucurat studiile asupra evoluției și prognosticului acestei boli care, din acest punct de vedere, apare azi în cu totul altă lumină decât cea tradițională. De altfel, însuși diagnosticul de schizofrenie a constituit obiectul unor preocupări intense, mai ales după ce s-a impus viziunea lui K. Schneider asupra definirii bolii printr-o simptomatologie clinică specifică (9). Prin aceasta, punctele de vedere ale lui Kraepelin și Bleuler au fost, în mare măsură, răsturnate. În vederea unui diagnostic cât mai fidel s-au elaborat interviuri structurate, cum este de ex. PSF a lui Wing, Cooper și Sartorius (12) (folosit în studiul internațional asupra schizofreniei 1973) (14) sau sistemul lui Spitzer (10). Relativ recent, psihiatrii americani au elaborat criterii multi-axiale de diagnostic (DSM III) (1) care țin cont atât de simptomatologia clinică cât și de evoluția în timp a suferinței.

În ceea ce privește evoluția bolii, studiile din ultimul timp ale autorilor de limbă germană (Bleuler, Ciompi, Huber) (5, 6), au demonstrat că, „cursul bolii” pe termen lung este mult mai benign decât se credea, chiar în condițiile unei evoluții spontane (pentru cazurile diagnosticate după criteriile lui K. Schneider). Acest fapt a reactivat interesul asupra factorilor de prognostic, cu încercări de reinterpretare a viziunii lui Langfeld (7) și de stabilire a unor parametrii mai preciși (Strauss, Carpenter). Pe de altă parte, studiile școlii engleze (Wing, Brown, Leff, Vaughn) au subliniat și demonstrat importanța evenimentelor de viață, a solicitării și presiunii socio-familiale asupra evoluției bolii spre echilibrare, cronicizare sau recădere cu simptome „acute”. Aceste cercetări, care nu neagă importanța determinismului genetic, al disfuncției biochimice cerebrale, a terenului (a „endogenului”), s-ar putea articula cu studiile clasice asupra psihopatologiei schizofreniei elaborate de Binswanger (2), mai ales în perspectiva reluării lor de către școala engleză (Laing, Cooper, Esterson) (12). Dacă se ține cont de cercetările psihopatologice ale școlii americane (Beatson, Lentz etc.),

schizofrenia devine mult mai „comprehensivă“ decât se credea, desigur, în cadrul unei analize biografice și a unei analize „istorice“ a familiei.

Din păcate, perspectivele de cercetare menționate mai sus nu se articulează încă în mod fericit într-un tot unitar, cu toate multiplele încercări de sinteză. Ceea ce lipsește frontului de cercetări actuale este un topos mediu între studiul statistic și cel cazistic, centrat pe analiza de caz, ca expresie a biografiei unui om. Cercetarea de față a fost inițiată cu intenția de a sonda metodologic această zonă intermediară și de a aduce o contribuție la problematica diacronă (evolutivă, prognostică) a schizofreniei. Actuala comunicare este una preliminară, o sinteză de etapă în perioada de forjare a metodologiei și de constituire a lotului, în vederea unui studiu prospectiv.

Metodologie. În vederea studiului au fost elaborate două caiete de lucru: unul privitor la investigarea biografică și altul privitor la diagnosticarea bolii și a analizei evoluției, în raport cu variați parametrii. Pentru diagnostic au fost folosite criteriile din DSM III și cele ale lui K. Schneider, reținându-se cazurile la care ambele au fost prezente într-o anumită fază a bolii. Orientativ, s-au folosit și criteriile lui Spitzer (R.D.C.) (10), mai ales pentru definirea cazurilor de psihoză schizo-afectivă; precum și sistemul PSE (12) pentru definirea simptomelor.

În formă finală, utilizând cele două caiete, pentru fiecare caz s-au completat 48 de „clusteri“ tematici, fiecare având mai mulți itemi. Pentru rigoare metodologică s-au elaborat precizări terminologice și conceptuale.

Prezentăm în continuare lista „clusterilor“ utilizați în studiu pentru fiecare caz (în dreptul fiecăruia este notat în paranteză numărul de „itemi“ avuți în vedere pentru caracterizarea temei respective).

1. Încălcătura genetică și antecedente heredo-familiale (12); 2) Originea etnică (7); 3) Religia înainte de debut (15); 4) Parturiție, naștere (10); 5) Dezvoltarea bio-psihică a pacientului 0—25 ani (14); 6) Mediul în care a crescut pacientul (17); 7) Tipologia caracterială a părinților (17); 8) Profesia părinților (12); 9) Atmosfera psihologică în familia de origine (7); 10) Relațiile părinți-copil (10); 11) Relația copil (pacient)-părinți (echivalenți) (7); 12) Poziția pacientului în familie (11); 13) Atașamentul pacientului (evolutiv) (6); 14) Tipologia personalității pacientului (14); 15) Poziția în colectivitate și inserția socială până la debutul bolii (11); 16) Școlarizarea până la debut (16); 17) Preocupări și aptitudini (11); 18) Probleme profesionale (43); 19) Stagiul militar (7); 20) Evenimente de viață trăite până la debut (47); 21) Antecedente patologice somatice (9); 22) Antecedente fiziologice (11); 23) Viața afectiv-erotică (10); 24) Starea civilă (11); 25) Relațiile între soți (concubini) (9); 26) Evenimente de viață din anul ce a premers debutului (a fazei prodromale, dacă există) (47); 27) Faza prodromală (47+11); 28) Faza activă a debutului (34); 29) Bilanțul la 6 luni de la debut (10); 30) Evenimente de viață după debut (47); 31) Religia după debut (15); 32) Atmosfera în familia de origine după debut (7); 33) Relația părinți-pacienți după debut (10); 34) Relația pacient-părinte după debut (7); 35) Relația în frăție (11); 36) Atașamentul pacientului față de membrii familiei după debut (6); 37) Poziția în colectivitate și inserția socială după debut (16); 38) Școlarizarea după debut (18); 39) Preocupări și aptitudini după debut (11); 40) Probleme profesionale după debut (48); 41) Suferințe somatice după debut (9); 42) Problematică fiziologică după debut (11); 43) Viața afectiv-erotică după debut (10); 45) Relații între parteneri după debut (9); 46) Patologia psihiatrică supraadăugată (7); 47) Tratatamentul între recăderi, reactivări (33); 48) Evoluția clinică (33).

Pentru fiecare caz, unul din membrii echipei a întocmit un caiet detaliat — similar unei biografii — numerotat în ordinea întocmirii sale. De asemenea, datele sintetizate au fost reliefate pentru fiecare caz pe un „desfășurător“ schematic prin încercuirea unor numere de ordine distribuite pe o linie și corespunzând unor parametrii definiți în caietele de studii. Metodologia prevede, la acest nivel, precizări de loc și timp, aprecieri cantitative, observații dinamice etc. Pentru fiecare caz se prevede posibilitatea aplicării unor instrumente de evaluare semistandardizate sau standardizate cum ar fi diverse teste psihologice, chestionare, interviuri structurate etc. Problemele care apar după debutul bolii și care reiau aspecte ale existenței pacientului sînt decodate în paralel cu primele.

Informațiile au fost obținute în mai multe ședințe de către unul din membrii echipei de cercetare, de la pacient, aparținători, cunoștințe, precum și din documentele medicale. Au fost efectuate și cercetări de teren la locul de muncă și vizite la domiciliu. Toate cazurile au fost prezentate întregii echipe și au rămas într-o dispensarizare adecvată cu control lunar. Unitatea punctelor de vedere este asigurată de coordonatorul cercetării.

Detalii asupra aspectelor concrete ale metodologiei (asupra „itemilor“ urmăriți la fiecare „cluster“ și asupra altor diverse tehnici de investigare și evaluare) vor fi

prezența cu ocazia sintezelor periodice ale cercetării cu precizări asupra diverselor aspecte ale problemei.

Cazuistica. În această primă fază a studiului, cazuistica a fost selecționată pornindu-se în primul rând de la exigența posibilității de a obține informații cât mai detaliate. Aceasta a dus la studierea, pe de o parte a unui grup (A) cu debut recent (în ultimul an), pe de altă parte a unui grup (B) cu debut de peste 5 ani aflat în observație zilnică la ergoterapie ambulatorie a Laboratorului de Sănătate Mentală. În acest lot s-au adăugat și alte cazuri care, incidental, erau bine cunoscute de membrii grupului de studiu. Aceste condiții de preselectie au făcut ca în această fază cazuistica să nu poată fi semnificativă pentru modalitățile evolutive ale schizofreniei (de ex. nu au fost analizate cazurile care se află în deplină activitate). Semnalăm și faptul că am cuprins în studiu și un număr de cazuri (4) care au putut fi diagnosticate ca psihoze schizo-afective (după Spitzer — grupul C). Grupul B al schizofrenilor cu evoluție îndelungată a fost împărțit „grosso modo” în 2 subgrupe: B₁ (6 cazuri) — cazuistică cu evoluție favorabilă (defect psihopatologic minim, „recăderi, reinternări” mai rare decât una la 4 ani); B₂ (10 cazuri) — cazuistică cu evoluție nefavorabilă (defect psihopatologic notabil, „recăderi, reinternări” frecvente, adică la cel mult 3 ani una). În acest ultim grup 4 au avut practic o evoluție progredientă.

Tipul de debut	Nr. cazuri	Sexul	
		M	F
A Debut recent	8	5	3
B Debut de peste 5 ani	20	13	7
B ₁ cu evoluție favorabilă	6	4	2
B ₂ cu evoluție nefavorabilă	10	6	4
C psihoze schizo-afective	4	3	1
Total	28	18	10

Rezultate. Lotul mic, preselectia menționată și lipsa unui lot martor fac să nu poată fi trase — la acest nivel al cercetării — concluzii semnificative statistic. Vom menționa, din observațiile remarcate cu ocazia prelucrării datelor, doar câteva care ne-au părut mai interesante în perspectiva continuării cercetării. Aceste date sînt selectate din cele privitoare la teren, la caracteristicile debutului și ale evoluției.

— Încărcătura genetică psihotică a fost cercetată prin 6 „itemi” 1) Bolnavi psihotici atestați; 2) Suicid; 3) Alcoolism/toxicomanie; 4) Persoană în conflict major cu legea; 5) Personalitate particulară (bizară); 6) Altele. Dacă luăm în considerare toți cei 6 itemi, nici unul din cele 28 de cazuri nu este indemn. Am reținut ca „încărcătură genetică semnificativă” cazurile la care întîlnim psihoze și suicid. Această situație o întîlnim la 10 cazuri repartizate astfel: 2-A, 1-B₁, 5-B₂, 2-C.

— Particularități ale structurii psihice premorbide se întîlnesc la 24 din 28 de cazuri. Aceste particularități rezultă în cercetarea noastră din convergența a 7 „clusteri” tematici. Persoana premorbidă apare ca introvertită, nesigură, apragmatică social, cu tendințe colecționariști, cu trăsături „schizoide” etc. Literatura de specialitate, clasică, menționa aproximativ 50% persoane prealabil marcate. Credem că analiza trebuie să fie mai atentă și mai detaliată, fapt ce ni-l propunem în continuarea studiului. „Căderea” în psihoza schizofrenă nu se petrece din senin, ci datorită eșecului sau supracompensării.

— Particularitățile afective și educative ale familiei de origine necesită și ele un comentariu și o analiză. Menționăm că un cadru familial perturbat în mod evident s-a putut evidenția la 19 din cele 28 de cazuri și în mod constant la cazurile cu evoluție nefavorabilă (8 din 10), pe cînd la cazurile ce evoluează mai benign proporția este de 3/3.

— Momentul debutului poate fi analizat din variate perspective. Menționăm doar incidența duratei și a concomitenței unor evenimente de viață.

Dacă diferențiem debutul în: a) modalitate scurtă — sub 6 luni; b) modalitate medie — între 6 luni pînă la 1 an; c) modalitate îndelungată — cu durată de peste un an, atunci putem constata următoarele la cazuistica noastră: în grupul A întîlnim 4b+4c. În grupul B₁ întîlnim 2a+2b+2c. În grupul B₂ întîlnim 1a+2b+7c. În grupul C întîlnim 4b. Singura observație care se poate degaja de aici este cea deja arhicunoscută, cum că un debut lent este un factor de prognostic nefavorabil.

În ceea ce privește evenimentele de viață care au precedat debutul, acestea erau pînă în ultimii ani trecute în planul doi. Ele sînt acum din nou în atenția cercetătorilor. În ceea ce privește cazuistica noastră, am încercat o diferențiere între : i — evenimente de viață care derivă din cursul firesc al vieții interioare a pacientului (de ex. perioada de adolescență, proiecte de viață realizate sau eșuate) ; e — evenimente de viață ce derivă din întâmplări exterioare neprevăzute (de ex. anchetarea de către miliție a unei rude, jefuirea de către hoți, moarte neprevăzută a cuiva apropiat) ; m — evenimente de viață care se desfășoară la joncțiunea între propensiunea interioară și realitatea exterioară așa cum este de ex. dragostea. Din această perspectivă constatăm la cazuistica noastră următoarele : în grupul A toate cazurile debutează cu evenimente de viață singulare sau cumulate (19 evenimente la 8 cazuri). De asemenea, la grupul B₁ la 6 cazuri întîlnim, la debut, 14 evenimente (4 i + 5 m + 5 ex). La grupul B₂ 5 cazuri debutează fără a se putea identifica evenimente de viață (acestea sînt și cazurile cu evoluție malignă). La alte 5 în schimb întîlnim 17 evenimente în debut (4 i + 9 m + 4 ex). În sfîrșit, la grupul C, la toate cazurile întîlnim în debut evenimente de viață (la 4 cazuri 9 evenimente din care 7 m și 2 e).

O mențiune specială am face privitor la fenomenul de „îndrăgostire“ pe care-l întîlnim frecvent în debutul schizofreniei (la 10 din cele 28 de cazuri ale noastre, repartizate astfel : 4/A, 2/B₁, 2/C). Această îndrăgostire se realizează în adolescență sau la sfîrșitul ei la persoane introvertite, cu puține relații sociale în antecedente, în general „apragmatice“ (în ceea ce privește relațiile interpersonale afective și erotice). De obicei persoana iubită cunoaște puțin din pasiunea subiectului care nu este în stare nici să-și exprime afectivitatea, nici să împlinească efectiv dragostea sa. De obicei, o dată cu evidența eșecului amoros, apare și debutul psihozei. În aceste cazuri este de discutat în ce măsură tensiunea psihologico-existențială a dragostei nu a solicitat la extrem posibilitățile subiectului care, ajungînd la eșec, se prăbușește în psihoza care se pregătea. Oricum, această temă rămîne în atenția noastră de studiu.

Mai menționăm în continuare cîteva observații cu privire la evoluția relațiilor sociale, a relațiilor familiale și a dinamicii socio-profesionale a cazurilor studiate.

În ceea ce privește relațiile sociale (ca și disponibilitatea de sociabilitate și ca realitate a amplitudinii relațiilor sociale, toate cazurile studiate au înregistrat o deteriorare din acest punct de vedere, în urma debutului bolii, fie că au pornit de la un nivel bun, fie că au pornit de la un nivel deficitar). Semnalăm că dintre cele 28 de cazuri studiate, 17 aveau un nivel deficitar prealabil de relații sociale. Acest fapt este mai evident, așa după cum era de așteptat la cazurile cu evoluție nefavorabilă (8 din 10).

În perspectiva relațiilor familiale, cazuistica noastră se prezintă astfel : în grupul A nu s-a constatat nici o schimbare așa după cum era firesc într-un interval scurt de timp (din 8 cazuri, 6 au rămas necăsătoriți și 2 căsătoriți). În grupul B din 16, 11 au rămas necăsătoriți, 2 cazuri s-au căsătorit pe parcurs rămînînd ca atare (1 din grupul B₁ și 1 din grupul B₂) ; 1 caz din B₁ a rămas căsătorit, 1 caz din B₂ s-a căsătorit și a divorțat, iar altul, din același grup, a divorțat fiind căsătorit la debutul afecțiunii psihotice. În ceea ce privește grupul C, este format din 2 cazuri de necăsătoriți, 2 s-au căsătorit, iar unul din aceștia a divorțat. Din totalul de 28, 17 au rămas necăsătoriți.

În ceea ce privește situația socio-profesională, ea se prezintă astfel : în grupul A din 8, au rămas fără profesie 2, 1 a rămas angajat iar restul de 5 s-au pensionat. În grupul B, 1 caz a rămas neangajat și 1 caz și-a continuat activitatea dar la un nivel inferior. Restul de 14 s-au pensionat, 6 în primele 6 luni, 2 pînă la 2 ani, 2 pînă la 5 ani și 4 după. Desigur, aceste date sînt influențate de preselecția cazuisticii.

În sfîrșit menționăm cîteva observații cu privire la recăderi (evident, cu referire la grupul B).

Grup	Nr. cazuri studiate	Durata evoluției în ani și durată medie	Nr. recăderi	Ritm mediu al recăderilor	Nr. și tipul de evenimente	Recăderi fără evenimente
B ₁	6	72 ani 7,9 ani	16	la 4,5 ani	10 = 6 i + 1 m + 3 ex	6
B ₂	6	44 ani 7 ani 3 luni	17	2,5 ani	9 = 5 i + 3 m + 1 ex	8
C	3	31 ani + 8 luni 7,9 ani	11	2,9 ani	4 = 1 m + 3 ex	7

Din cele 10 cazuri cu evoluție defavorabilă, 4 au evoluat cronic de la debut, deci nu au prezentat „remisiuni” și „recăderi”; unul are o evoluție de 8 luni și ca atare nu a recăzut încă niciodată.

Din această perspectivă a recăderilor se poate observa că evenimentele de viață joacă un rol important, meritând o analiză separată. Precizăm însă că spre deosebire de școala engleză (13) noi nu înregistrăm doar situațiile existențiale particulare (evenimente de viață) care sînt determinate predominant exterior prin solicitări excesive etc., ci acordăm o importanță serioasă condiționării interioare a evenimentelor de viață decompensatorii, chiar dacă acestea acționează în ultima fază prin suprasolicitare. Am menționat doar situația pe care am întîlnit-o frecvent a pacienților care renunță la medicație și se autosuprasolicită în dorința de afirmare socială, de obținere a unui nou și superior statut profesional sau pentru a se impune unui partener de sex opus. Credem că această problemă merită un studiu special.

Concluzii. În comunicarea de față am prezentat doar unele aspecte metodologice și cîteva observații privitoare la un studiu detaliat care a fost inițiat în vederea unei cercetări prospective. Datele pe care le-am obținut pînă în prezent, deși nu permit o prelucrare statistică, confirmă observațiile clasice ale literaturii și sugerează cîteva direcții noi de cercetare. Ne propunem ca în comunicări ulterioare, periodice, să prezentăm aspecte semnificative ale cazuisticii pe care o studiem și o urmărim.

STUDY ABOUT CONDITIONS ONSET AND THE COURSE OF SCHIZOPHRENIA

SUMMARY

This work presents the argues and the methodology of a detailed study about the course of the schizophrenia; this study is placed between the statistical and the care reports. Dates and clinical approach about 28 cases are presented with this cases, a prospective follow up will be make. Some observations about genetics, premorbid personality, family, onset and the course of the disease, in correlation with life events are mentioned. This observations are clinical, social, family and professional. Some observations about life events, internal, external or in conjunction are presented.

BIBLIOGRAFIE

1. American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (third Edition), DSM III, 1980.
2. Einswanger L. — Schizophrenia, Meske, 1957.
3. Bosseur Chantal, — Clef pour l'antipsychiatrie, Ed. Seghers, Paris, 1976.
4. Brown G. W., Birley, J. L., Wing J. K. — Influence of family life on the course of schizophrenic disorders : a replication ; British J. of Psychiatry, 121, 241—258.
5. Hoening J. — The Concept of Schizophrenia ; Kraepelin-Bleuler-Schneider, The British J. of Psychiatry, vol. 142, une, 547—556.
6. Huber G., Gross G., Scüttler R. — Schizophrenie, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1979.
7. Rousselot J., — La conception de la schizophrénie chez Langfeldt, Annales médico-psychologique, Paris, 1981, 139, 8, 879—892.
8. Sartorius N. — Schizophrénie — résultats des recherches épidémiologiques et transculturelle, E.M.C. (Encyclopédie Médico-Chirurgicale-Psychiatrie), 37285 A 10, 1982, vol. II.
9. Schneider K. — Primäre und sekundäre Symptome bei der Schizophrenie, Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 25, 487—490, 1957.
10. Spitzer R. L., Endicott J. — The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Third Edition, New York, State Psychiatric Institute, 1977.
11. Vaughn C. E., Leff J. P. — The influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness, British Journal of Psychiatry, 129, 125—137, 1978.
12. Wing J. K., Cooper J. E., Sartorius N. — The description and clasification of Psychiatric Symptoms : An instruction manual for the PSE and CATEGO system, London, Cambridge University Press, 1974.
13. Wing J. K. — Social Influence in the Course of Schizophrenia, in The Natur of Schizophrenia, Ed. Lyman C. Wynn, 1978.
14. World Health — Organisation, International Study of Schizophrenia, vol. I, Geneva, 1973.