

## Abstract

Current nosology is organized around the idea of maladies spectrum. The DSM-V project, dimensionally and developmentally oriented, is considering the idea of spectrum, which has imposed itself already around disorders such as the bipolar, autistic and obsessive-compulsive disorder. The approach of Schizophrenia in the perspective of the spectrum is more difficult because of the clinical picture of heterogeneity. Three approaches are configured. The schizophrenic spectrum, in a narrow sense, is considering schizophrenia, schizotypia and schizotaxia in their manifestation throughout life for the patient and first-degree relatives. The issue of interference with autism has been raised, especially in terms of schizoid personality disorder. In a broad sense, the schizophrenic spectrum would include all functional psychotic non-schizophrenic disorders. The question of a possible delusional spectrum has also been raised. In an expanded sense, the issue of interference with the affective spectrum arises, especially with the bipolar one. The problem that rises at this level is that of the continuum of psychosis and the meaning of the concept of psychosis.

**Keywords:** schizophrenia, schizophrenic spectrum, schizotypia, schizotaxia

## Rezumat

Nosologia actuală se organizează în jurul ideii de spectru malativ. Proiectul DSM-V, orientat dimensional și dezvoltamental, are în vedere ideea de spectru, care s-a impus deja în jurul unor tulburări, precum cea bipolară, autistă și obsesiv-compulsivă. Abordarea schizofreniei în perspectiva spectrului e mai dificilă din cauza heterogenității tabloului clinic al bolii. Se configurează trei abordări. Spectrul schizofren în sens restrâns are în vedere schizofrenia, schizotipia și schizotaxia, în manifestarea lor de-a lungul vieții la pacient și rudele de gradul întâi. Se ridică problema interferenței cu spectrul autist, mai ales în ceea ce privește tulburarea de personalitate schizoidă. Într-un sens lărgit, spectrul schizofren ar cuprinde toate tulburările psihotice funcționale neschizofrene. Se ridică problema și a unui eventual spectru delirant. Într-un sens extins, apare problema interferenței cu spectrul afectiv, mai ales cu cel bipolar. Problema ce se ridică la acest nivel e cea a continuumului psihozei și a înțelesului conceptului de psihoză.

**Cuvinte-cheie:** schizofrenie, spectru schizofren, schizotipie, schizotaxie

Nosologia actuală se reorganizează în jurul ideii de spectru, pentru a reduce din tensiunea creată de amplexarea comorbidităților și a integra perspectiva dimensională alături de cea categorială<sup>(1)</sup>.

Mare parte din efortul ce se depune pentru elaborarea DSM-V are în vedere dublarea viziunii categoriale cu cea dimensională<sup>(2)</sup>. Perspectiva spectralității este însă mai amplă deoarece prelungește dimensionalitatea spre normalitate (e.g. temperament), astfel că ne plasează în zona articulării psihopatologiei cu antropologia, temă ce persistă de la Jaspers până în prezent.

Un spectru malativ e un construct teoretic elaborat în jurul unei tulburări categoriale țintă, care caută să îl integreze într-un context, definit prin continuitatea sa cu normalitatea și cu alte categorii sau spectre nosologice apropiate de cel țintă. În circumscrierea unui spectru se are în vedere, pe lângă caracteristicile nosologice clar definite ale unei boli, privită în perspectiva diacronă, și următoarele: manifestările subclinice, prodromale, defective și exprimate de-a lungul vieții, care se manifestă ca o formă atenuată a tulburării; caracteristicile personalității de fond înțelese ca eventuală tulburare de personalitate particulară, grevată de markeri, temperament sau tipologie caracterială, vulnerabilități specifice; prezența unor tulburări specifice, de spectru sau de personalitate, la rudele de gradul întâi. Într-o perspectivă lărgită a aspectului se au în vedere tulburări care pot fi evaluate ca înrudite dimensional simptomatologic cu cea țintă. Se ține cont și de modalitățile evolutive, reactivitatea terapeutică, teren, genetică.

Există în prezent elaborări sistematice privitoare la spectru în câteva domenii nosologice, mai bine conturate fiind spectrul autist<sup>(4)</sup>, spectrul bipolar<sup>(5)</sup> și cel obsesiv compulsiv<sup>(6)</sup>.

Proiectul DSM-V s-a orientat în direcția spectrelor, organizând un proiect de studiu<sup>(7)</sup> care decupează următoarele domenii: spectrul tulburărilor dispoziției; domeniul panică-agorafobie; dependența de substanțe; spectrul psihotic; spectrul anorexie-bulimie; spectrul obsesiv-compulsiv; spectrul anxietății sociale. Spectrul psihotic include: senzitivitatea interpersonală și domeniile: paranoid, schizoid, de tulburare perceptivă și "simptome tipic psihotice".

Bazele orientării spre concepția de spectru se află în opțiunea categorială a DSM-III și în doctrina vulnerabilitate/stres, care s-a lansat în aceeași perioadă prin articolul princes al lui Zubin și Spring<sup>(8)</sup> privitor la schizofrenie. Conceperea categorială a nosologiei presupune un număr finit de entități mutual exclusive. Lista de entități nosologice postulate ca distincte din DSM-III s-a dovedit foarte rapid că conduce la o pronunțată comorbiditate, care depășește 50% dacă se are în vedere și perspectiva longitudinală (long life). Progresiv s-a clarificat că nu e un viciu al structurii DSM-III, căci situația se menține și după introducerea DSM-IV-TR<sup>(9)</sup>. De aceea, alături de înțelegerea categorială a bolilor s-a dezvoltat și una dimensională. Acestea are valoarea, evidențiată în primul rând la tulburările de personalitate, de a permite și înțelegerea tranziției spre variantele ușoare, subclinice și spre normalitate<sup>(10)</sup>. Doctrina vulnerabilitate/

stres concepe boala ca derivând dintr-o vulnerabilizare cumulativă a terenului, printr-o multitudine de factori genetici dezvoltamentali, noxe somato-cerebrale, factori psihosociali educativi sau experiențiali etc., până se ajunge la perioade critice. Într-o astfel de perioadă, în urma accentuării circumstanțiale a vulnerabilității, prin factori interni și externi, și a acțiunii unor stresori actuali, chiar minimi, se declanșează un episod malativ. Un astfel de model pentru schizofrenie a fost propus de Ciompi, care a sugerat pentru faza critică a trecerii în starea malativă o comparație cu teoria catastrofelor din matematică<sup>(11)</sup>. Un episod crește vulnerabilitatea pentru episoade ulterioare<sup>(12)</sup>. Terenul vulnerabil e caracterizat prin markeri. Vulnerabilitatea poate fi compensată prin factori protectori, intrinseci și extrinseci. Evaluarea unui caz cere un bilanț nu doar asupra episoadelor clinice și subclinice, ci și o analiză a vulnerabilității.

Această perspectivă a doctrinei vulnerabilitate/stres a atras atenția asupra terenului personalistic, a markerilor și trăsăturilor de vulnerabilitate, a episoadelor subclinice și prodromului; și astfel asupra continuumului cu normalitatea.

O altă perspectivă psihopatologică ce s-a dezvoltat tot în paralel cu elaborarea și aplicarea DSM-III începând din anii '80 a permis analiza tranziției dimensionale între diverse entități categoriale. Este vorba de psihiatria dezvoltamentală<sup>(13)</sup>, care a demonstrat că la o anumită stare psihopatologică de la vârsta adultă se poate ajunge parcurgându-se în ontogeneză diverse tipuri de tulburări. Iar o tulburare diagnosticată la un moment dat la vârsta infancto-juvenilă poate conduce, de-a lungul anilor, la diverse tulburări la vârsta adultă<sup>(14)</sup>. Se evidențiază astfel unele legături sau tranziții diacrone între categoriile nosologice.

În sfârșit, un rol important l-a jucat reorientarea psihopatologiei spre teren în sens larg. S-a reluat ideea continuumului cu normalitatea – pe care o susținea de ex. Kretschmer<sup>(15)</sup> –, astfel încât s-a acordat importanță nu doar tulburărilor, ci și particularităților de personalitate ce se exprimă de exemplu în profesie, atât la pacienți, cât și la cei vulnerabili din familie. Familia de origine a început să fie studiată dincolo de incidența bolilor psihice, prin particularitățile caracterologice, preferințe și stilul de viață al rudelor de gradul întâi. Referința pe care o facem la demersul lui Kretschmer din prima parte a secolului XX nu e doar o trimitere istorică. Autorul german aborda continuumul psihotic nu doar prin înrădăcinarea sa în normalitate, ci și prin trimiterea la echivalențe în zona personalităților excepționale creatoare. Aceeași atitudine se reface azi în direcția spectrului autist și bipolar. Recăștigarea unei largi dimensiuni antropologice în psihopatologie presupune recuperarea tradiției și părăsirea orgoliului inutil cum că psihiatria ar fi devenit științifică doar în ultimele decenii. Iar în zona normalității și creativității, personalitatea se cere abordată nu doar statistic și cantitativ, ci cazuistic, prin studierea unor cazuri tipic exemplare.

Proiectul de studiere a nosologiei prin prisma spectrelor e în plină desfășurare. Nu există încă o metodologie foarte bine elaborată și acceptată în această abordare.

Dar există un consens că această direcție este necesară. Chiar dacă se acceptă explicit că e vorba parțial un demers euristic, care decupează un cadru de referință, relativ idealizat, cu care cazuistica efectivă urmează să fie relaționată.

Problema spectrului schizofren, deși este abordată insistent în ultimul timp, e în prezent mai puțin elaborată decât cea a spectrului bipolar, obsesiv compulsiv și autist, ce pot fi luate drept cadre de referință. Această situație se datorează probabil și faptului că însăși patologia reunită sub eticheta de schizofrenie nu este într-un tot unitar.

Se poate vorbi despre spectrul schizofren în trei sensuri. În sens restrâns se are în vedere doar specificul tulburării, extins la formele sublinice, perturbarea și particularitățile terenului personalistic și manifestarea acestora la rudele de gradul I. Într-un sens mai larg, spectrul schizofren se extinde asupra tuturor psihozelor funcționale neafective. Într-un sens extins, el vizează și intersecția cu tulburările afective, ancorându-se în problematica "continuumului psihotic". Vom urmări succesiunea celor trei aspecte:

#### A. Spectrul schizofren în sens restrâns.

În consens cu liniile directoare ce sunt urmărite atunci când se studiază un spectru malativ, comentarea spectrului schizofren (sp. sx.) în sens restrâns are în vedere următoarele instanțe:

- schizofrenia, ca boală ținută, înțeleasă într-un sens cât mai specific;
- schizotipia, ca tulburare (de personalitate) corelativă;
- schizotaxia, echivalată cu ceea ce ar însemna temperamentul hipertimic sau depresiv pentru tulburarea bipolară.

În această ecuație, un rol important îl are schizotipia. Ea a fost de la început circumscrisă nosologic, prin înrudirea cu schizofrenia, la membrii de familie ai schizofrenilor ce prezentau o serie de simptome, dar nu realizau boala sub formă de episoade clare.

Istoria introducerii în DSM-III a categoriei tulburare de personalitate schizotipală e interesantă și ea a fost refăcută de Kendler<sup>(16)</sup>. După război s-a discutat mult despre "schizofrenia pseudoneurotică", descrisă de Hoch și Polatin (1949) ca un fel de pan-nevroză, marcată de pan-anxietate și simptome psihotice marginale sau episoade psihotice scurte. Esențial a fost însă studiul danez de adopțiune a copiilor născuți din părinți schizofreni și bipolari. În acest studiu, Kay et al. au identificat la rudele schizofrenilor multiple simptome de schizofrenie marginală care nu au evoluat spre episoade clinice clare. Autorii DSM-III i-au consultat pe autorii acestui studiu pentru a contura un diagnostic care să aibă caracteristicile unei entități clinice și să nu fie prea lax pentru diagnostice fals pozitive. S-a realizat astfel un tablou compozit, care a fost plasat la tulburările de personalitate.

Criteriile DSM-IV pentru tulburarea de personalitate schizotipală sunt următoarele:

- a. Un ansamblu constant de deficite pronunțate privind relațiile apropiate cu alții, de distorsiuni perceptiv

și cognitive și excentricități ale comportamentului, începând din perioada adultului tânăr, care se manifestă în variate contexte, exprimate prin cel puțin cinci din următoarele:

1. Idei de referință (excluzând delirul de referință).
2. Convingeri ciudate sau gândire magică ce influențează comportamentul și sunt inconsistente cu normele subculturale (e.g. superstiții, credință în clarviziune, telepatie, sau “al șaselea simț”, la copii și adolescenți, fan-tezii și preocupări bizare).
3. Experiențe perceptuale neobișnuite, incluzând iluzii corporale.
4. Gândire și vorbire ciudată (e.g. vagă, circumstanțială, metaforică, hiperelaborată, ori stereotipă).
5. Suspiciune și ideație paranoidă.
6. Afect neadecvat sau tocit.
7. Comportament și aspect bizar, excentric sau ciudat.
8. Lipsă de prieteni apropiați sau confidenți, alții decât rudele de gradul întâi.
9. Anxietate socială excesivă, care nu diminuează în condiții de familiaritate cu alții și tinde să fie asociată cu frici paranoide, dacă se exprimă judecăți negative privitoare la sine.

b. Să nu apară în cursul schizofreniei, al tulburărilor afective cu aspecte psihotice și alte tulburări psihotice, sau cu tulburarea pervasivă de dezvoltare.

În ICD-10 (17) este decupată o “tulburare schizotipală” etichetată ca “schizofrenie nespecificată”, care se definește aproximativ prin aceeași simptomatologie ca “DSM-IV-TR”, mai puțin “anxietatea socială excesivă”; dar cu un item privitor la “ruminații obsesive fără o rezistență interioară, adesea cu conținut dismorfofobic, sexual sau agresiv”. Se mai menționează în ambele sisteme: episoade cvasipsihotice tranzitorii, ocazionale, cu intense iluzii, halucinații auditive sau de altă natură, apărând de obicei fără provocare exterioară. Acest ultim item e de natură să justifice plasarea acestei tulburări în ICD-10 la capitolul “schizofrenie”, și nu la tulburări de personalitate ca în DSM-IV-TR. În manualul american, apariția reactivă a unor scurte episoade tranzitorii se acceptă la mai multe tipuri de tulburări de personalitate, ceea ce nu e cazul în ICD-10.

Astfel conceptualizată, schizotipia – mai ales în DSM-IV-TR – evidențiază o simptomatologie care nu e de intensitatea unui episod psihopatologic clinic, dar e îndreptată spre principalele domenii de expresie clinică a schizofreniei. Unele simptome orientează spre paranoide și/sau tulburări de personalitate paranoidă (idei de referință, suspiciune, anxietate socială); altele spre schizofrenie negativă și personalitate schizoidă (lipsa de prieteni, afect tocit); în sfârșit, altele spre schizo-deorganizant (gândire și vorbire ciudată, aspect neadecvat, comportament bizar). Itemul 2 din DSM-IV-TR e mai particular, recrutând cazuri care sunt mai deschise spre fenomene psihice “pick”. Simptomele incluse în el indică, de asemenea, o tendință spre grandiozitate și un imaginar bogat, aspecte ce erau tradițional considerate ca specifice parafreniei. Pentru evaluarea schizotipiei s-au elaborat mai multe scale<sup>(18)</sup>, cum ar fi: scalele Cha-

pman de măsurare a schizotipiei (The perceptual Aberrations Scale, Magical Ideation Scale, Social Anhedonia Scale). Distorsiunile perceptuale ce se decelează prin aceste scale cuprind și depersonalizarea (e.g. “uneori am impresia că părți din corpul meu nu sunt ale aceleiași persoane”). Combinarea celor trei scări duce la scala unică de schizotipie Wisconsin. Alt instrument este Inventarul de cogniții schizotipale ale lui Rust – RISC. Acesta inventariază o serie de trăiri cognitive marginal psihotice (e.g. “uneori gândurile mele sună așa de tare, că și alții le pot auzi”, “organizațiile secrete au o putere reală asupra vieții noastre”, “uneori, oamenii sau obiectele par să radieze o lumină lăuntrică”). De reținut că și clasicul instrument BSABS – Bonn decelează astfel de trăiri subiective marginale psihozei; și la fel varianta sa recentă prescurtată EASE.

Schizotipia e inclusă în spectrul schizofren ca tulburare de personalitate. Firesc ar părea ca în acest spectru să fie incluse și tulburările de personalitate paranoidă și schizoidă. E adevărat că întreg clusterul A din care fac parte cele trei tipuri e considerat a manifesta o crescută comorbiditate cu “psihozele”, dar specificarea formei paranoide în sp.sx. e doar aluzivă, probabil datorită corelației ei cu patologia delirant paranoidă neschizofrenă. Interesant e că și tulburarea de personalitate schizoidă, în ciuda denumirii, e doar vag menționată în acest spectru și a beneficiat de foarte puține studii. De altfel, ambele tipuri sunt programate să fie scoase din sistematizarea DSM-V<sup>(2)</sup>. Problema tulburării de personalitate schizoidă merită totuși atenție în perspectiva articulării sale de normalitate și de spectrul autist.

Conceptul de spectru psihopatologic cuprinde nu doar tulburările de personalitate (t.p.), ci și instanța temperamentului sau a particularităților de caracter al oamenilor ce-și derulează viața fără tensiunea problematizantă a celor cu tulburări de personalitate. În spectrul bipolar e deja clasică invocarea temperamentului hipertim, depresiv și ciclotim. În ceea ce privește schizofrenia, trimiterea istorică la Kretschmer<sup>(15)</sup> diferențiază între boală, pe de o parte, și personalitatea schizoidă și schizotimă, pe de altă parte. Pentru zona schizoid/schizotimă, Kretschmer pune accentul pe nesociabilitate, răceala afectivă, adăugând însă o posibilă hipersensibilitate și delicatețe sufletească. Exemplele sale sunt luate mai ales din lumea artelor (Hölderlin), a politicului (Mirabeau), dar și din multe alte domenii ale vieții sociale, descriind variate tipuri de oameni cu diverse profesii. Comentariul său nuanțat, dar nesistematizat, cuprinde și o cazuistică de oameni reci afectiv, care-și calculează acțiunile în maniera psihopatului descris de Cleckley sau a unor idealisti reformatori. E interesant că în cazuistica sa nu sunt menționate persoane înclinate spre tehnică și matematică.

De-a lungul întregului secol XX a existat un consens, bazat pe practică, că peste jumătate din schizofreni prezintă înainte de debutul bolii particularități caracteriale, descrierile vizând în mare măsură trăsăturile schizoide din DSM-IV-TR: răceala afectivă, distanța și retragere socială, suspiciune și preferințe pentru analiză intro-

spectivă. Într-un studiu sistematic și cantitativ, realizat cu instrumentul PAS în 1988, Tyrer (după McKenna<sup>(19)</sup>) găsește la schizofreni următoarele trăsături de personalitate: suspiciune, introspecție, rușine, distanțare, senzitivitate și excentricitate. În concluzie, Tyrer confirmă că personalitatea schizoidă e prezentă în preschizofrenie, dar nu așa de frecvent și specific. În prezent se acceptă că particularități caracteriale sunt prezente la cei ce dezvoltă ulterior schizofrenie încă din copilărie într-un număr semnificativ de cazuri, cum se aștepta, evidențiabile din copilărie, care sunt grupate în două clase<sup>(20)</sup>; cei rușinoși, retrași, cu puțini prieteni, cu pronunțată anxietate socială; cei necontrolați, în tensiune cu ordinea și autoritățile.

În ultima perioadă nu s-au desfășurat studii sistematice privitoare la tulburarea de personalitate schizoidă și la eventuala variantă schizotimă invocată de Kretschmer. Sugestii vin însă din direcția spectrului autist. În cadrul unor cercetări devenite clasice, Baron Cohen<sup>(21,22)</sup>, după ce sublinia preocuparea prevalentă a copiilor din spectrul autist pentru construcții tehnice, cauzalitate mecanică și teme științifice (matematică, astronomie, geografie, diverse clasificări), constată că părinții și bunicii acestora au avut profesii tehnice, de ingineri, și în domeniul științei într-o foarte mare proporție, peste 50%, depășind mult media normală. Baron-Cohen, care optează pentru concepția modulară a dezvoltării psihismului, sugerează că modulul explicării mecanice poate a evenimentelor ce se dezvoltă inițial persistă și dacă e insuficient dezvoltat cel al înțelegerii și explicării cauzale prin intenții umane, susținut de capacitatea Theory of Mind care se dezvoltă ulterior. Aceasta ar explica preferința pentru domenii mecanice, construcții și abstract matematice la unele persoane care au puține relații interpersonale. Alte studii s-au efectuat asupra persoanelor din spectrul autist cu funcționare excepțională în domenii ca matematica sau fizica. Un studiu asupra studenților de la Cambridge de la facultățile de știință (fizică, inginerie, matematică) arată o mare prevalență în familiile lor a schizofreniei, autismului și anorexiei, comparativ cu studenții de la secțiile umaniste. În sfârșit, alte date au rezultat din studierea spectrului autist largit.

În studiile mai sus menționate e vorba de persoane normale, cu personalitate echilibrată, dar cu o anumită orientare profesională și de mentalitate, ce se întâlnesc frecvent în familiile autiștilor. Studiarea spectrului autist a adus în focarul analizei caracteristicile psihologice ale familiei largite, așa-zisul “fenotip autistic largit” (Broad Autism Phenotype – BAP)<sup>(23)</sup>. Deja studiile efectuate în anii '90 pe cazuistica BAP au arătat că părinții și frații autiștilor se caracterizează printr-o redusă empatie emoțională, detașare afectivă, interese restrânse și rigide, fapt care i-a determinat pe autori să-i caracterizeze ca “schizoizi”. Cercetări ulterioare au confirmat particularități psihice de acest tip la rudele de gradul I, fără ca acestea să fie etichetate ca tulburări de personalitate. Cele mai frecvente sunt: atitudinea rece, distantă (“aloof”) și psihorigiditatea. Ei apar ca lipsiți de tact, inflexibili, perfecționiști, cu puțin interes pentru noutăți și schimbare, cu atenție crescută față de detalii. Datele

culese în acest sens până în prezent sunt semnificative. Un aspect deosebit constă în alăturarea trăsăturilor caracteristice schizoidiei cu cele caracteristice personalității obsesiv-compulsive (anankaste), așa cum sunt rigiditatea, perfecționismul, inflexibilitatea, preocuparea pentru detalii. Se adaugă faptul că, în spectrul autist, cea mai mare comorbiditate, după anxietate și depresie, e dată de aspecte ale tulburării obsesiv-compulsive<sup>(24)</sup>.

Informațiile ce rezultă din studierea spectrului autist sugerează câteva lucruri: schizoidia, așa cum e comentată ea în tulburarea de personalitate schizoidă, s-ar plasa la intersecția între spectrul schizofren, cel autist și cel obsesiv. Particularitățile de personalitate în această direcție sunt rar detectate, cel puțin din două motive: faptul că acest tip de persoane refuză contactul cu evaluatorii și faptul că, în mare măsură, e vorba de persoane din aria normalității care nu au nevoie și nu solicită sprijin și nu deranjează pe alții. E posibil ca predispoziția spre schizofrenie a acestor schizoizi/schizotimi să nu fie foarte mare. Iar intersecția cu obsesionalitatea ridică probleme teoretice a funcției psihice, care e afectată în aceste cazuri<sup>(3)</sup>.

Având ca obiectiv reactivarea și dezvoltarea perspectivei dimensionale a schizofreniei în viziunea spectrului, o serie de autori au reactivat conceptul lui Rado și Meehl (1962)<sup>(25)</sup> de “schizotaxie”. Acesta a fost lansat pentru a descrie predispoziția genetică neexprimată către schizofrenie. Reluând dezbaterile (1989), Meehl<sup>(26)</sup> opinează că schizotaxia poate evolua sau nu spre schizotipie sau schizofrenie. Reunind și date recente privitoare la factori ambientali (e.g. infecție virotică, complicații obstetricale), Faraone et al. (2001)<sup>(27)</sup> au propus ca termenul de schizotaxie să indice substratul premorbid de vulnerabilitate neurobiologică pentru schizofrenie. Echipa lui Tsuang, Faraone et al.<sup>(28)</sup> a construit un model de tip vulnerabilitate/stres al diagramei schizotaxie/schizotipie/schizofrenie, care ține cont de: încărcătura genetică, deficit neuropsihologic, anormalități neurobiologice, simptome negative, deficit al unor funcții biologice, ca memoria verbală, atenția și funcțiile executive. Acest model abordează spectrul schizofren din perspectiva teoriei neurodevelopmentale, care caută și găsește markeri biologici și biopsihologici la schizofreni înainte și după primul episod psihopatologic, precum și la rudele de gradul I<sup>(29,30)</sup>. La fel ca în concepția lui Meehl se opinează că schizotaxia echivalează cu un nivel ușor sau moderat al tulburărilor biopsihologice menționate, fără manifestări clinice și cu acceptabilă funcționare socială. Ea e un construct mult mai larg decât schizofrenia și schizotipia. După Tsuang, ea s-ar întâlni la 20-50% dintre rudele de gradul întâi ale bolnavilor schizofreni. Schizotaxia nu conduce inevitabil la schizotipie sau schizofrenie. Această concepție e congruentă cu doctrina vulnerabilității în schizofrenie și cu ideea că boala se dezvoltă cu mult timp înainte de manifestarea sa clinică. Și, deci, “psihoza schizofrenă” e doar un aspect al acestei patologii. Cu această ocazie, Tsuang face interesante comentarii privitoare la psihoze.

Echipa lui Tsuang abordează frontal problema schizofrenie/psihoză. Acceptând psihoza în varianta DSM-III-IV, este clar că ea nu este specifică schizofreniei sau

psihozelor funcționale în ansamblu. Psihoza se întâlnește în boli neurologice, toxice etc. Autorii optează pentru ideea că psihoza e un “indicator nespecific al bolii mentale”, o “febră” a unor stări mentale grave. Urmând ideile lui Crow, Tsuang susține necesitatea studierii genei responsabile de “psihoză în general”, fie că se manifestă în schizofrenie, la bipolari sau în alte stări malade. Presupunerea e să se diferențieze – la fel ca în tulburările afective, unde se precizează dacă depresia e cu sau fără psihoze – și între schizotaxie (și schizotipie), cu sau fără psihoză. Schizotaxia nepsihotică e concepută ca fiind răspândită și la rudele de gradul I, la care se întâlnesc atât manifestări psihice, ca gândirea aluzivă, cât și markeri biologici, ca: particularități ale mișcărilor oculare, semne neurologice minore, anormalități biochimice și cerebrale și anormalități neuropsihologice.

Echipa lui Tsuang, atașată perspectivei biologizante a doctrinei vulnerabilitate/stres, sugerează un program de studiere psihobiologică al acestor caracteristici ale spectrului schizofren, care nu sunt direct legate de “febra psihozei”. Comentariul psihopatologic este însă destul de vag, lăsându-se să se întrevadă că ar fi vorba predominant de simptome deficitare dezorganizante.

Perspectiva vulnerabilitate/stres e preocupată de stările subclinice și prodromale și, în general, de vulnerabilitatea de fond a persoanei, care precede cu mult timp primul episod. E de așteptat ca aceasta să fie mai mare la cazurile cu risc crescut, așa cum sunt rudele de gradul I ale bolnavilor. În acest domeniu se desfășoară în ultimul timp o serie de cercetări complementare doctrinei vulnerabilitate/stres, dintre care o importantă direcție pornește de la “simptomele bazale” descrise de școala din Bonn.

Începând din anii '70, școala din Bonn, sub coordonarea unuia dintre elevii și continuatorii lui K. Schneider, H. Huber<sup>(31)</sup>, s-a preocupat de experiențele subiective particulare pe care le trăiesc viitorii schizofreni cu mulți ani înainte de apariția bolii. Împreună cu Gross și Klosterkotter<sup>(32)</sup> a fost elaborată o scală de evaluare a acestor “simptome bazale”, “BSABS”. Aplicarea sistematică a acesteia a arătat că simptomatologia poate precede cu peste cinci ani apariția bolii. Dar nu toate cazurile cu scor pozitiv ajung la schizofrenie sau psihoză. Scala BSAABS este foarte detaliată și cuprinde următoarele domenii:

a. Deficiențe dinamice cu simptome negative; în esență e vorba de astenie, reducerea rezonanței afective, a motivației, a inițiativei, a capacității de decizie, epuizabilitate rapidă.

b. Deficiențe dinamice cu simptome negative indirecte: impresionabilitate, excitabilitate, pierderea capacității de relaxare.

c. Tulburări cognitive, de conștientizare și acțiune: se pierde capacitatea de “asamblare”, “gândurile nu mai pot fi ținute în frâu”, hipervigilantă cu fixare pe detalii, sentimentul că nu există un suficient control al acțiunii, relaționare crescută la sine a celor percepute.

d. Cenestopatii.

e. Tulburări central-vegetative.

f. Încercări conștiente ale pacientului de depășire a acestor “simptome bazale”.

Simptomatologia evidențiată de BSAABS este în esență subiectivă. Ea a fost reactivată în ultimii ani de către neofenomenologi pentru a evidenția și alte aspecte ale vulnerabilității crescute în cazul schizofreniei decât cele neurologice și neurocognitive, asupra cărora insistă echipa lui Tsuang și Faraone. Neofenomenologii au căutat discernerea unor simptome primare și esențiale în schizofrenie, care să fie concordante cu datele celor furnizate de neuroștiințe și cognitivism. Una dintre orientările ce s-au impus a fost doctrina lui Sass și Parnas<sup>(32)</sup> privitoare la hiperreflexivitate și deficiență de autoasertare vitală (“diminished self – affection”). Aceasta reia o idee mai veche a lui Blankenburg privitoare la faptul că aspectele esențiale ale schizofreniei se evidențiază în formele mai puțin pregnante, paucisimptomatice, care alterează “simțul comun” al integrării în comunitate prin actele curente ale vieții de zi cu zi. Hiperreflexivitatea, în conjuncție cu deficitul de autoafirmare, face ca subiectul să se simtă obligat să analizeze detaliat orice percepție, decizie și acțiune, ceea ce îngreunează viața cotidiană. Actele automate se cer efectuate cu efort conștient. În mare măsură, astfel de trăiri exprimă în plan subiectiv ceea ce cognitiști au descris ca deficiență în filtrarea și ierarhizarea informației. Simptomele de prim-rang Schneider sunt interpretate și ele ca o hiperconștientizare a unor fenomene ce se petrec normal.

În cadrul acestei orientări neofenomenologice, cercetările școlii din Bonn au fost reluate, construindu-se o scală mai simplă de aplicat, care evaluează experiențele anormale a celor cu “simptome bazale” (Examination of Anomalous Self-Experience – EASE). Instrumentul conține cinci mari domenii: 1. cogniția și fluxul conștiinței; 2. conștiința propriei identități și prezența de sine; 3. experiențele corporale; 4. demarcare/tranzitivism; 5. reorientare existențială.

Cu acest instrument și cu altele similare se studiază vulnerabilitatea pentru schizofrenie/psihoză, exprimată prin trăiri subiective la rudele de gradul I ale schizofrenilor. Nu au lipsit nici conceptualizări care încearcă să grupeze în jurul unui simptom-cheie aceste predispoziții. Astfel, Raballo et al. (2006)<sup>(34)</sup> pledează pentru conceptul de “centralitate a sinelui” (self-centrality) ca nucleu al organizării stărilor prepsihotice, schizotipale și care indică o vulnerabilitate latentă, în sensul “schizotaxiei”. Experiența de a referi totul la sine, cu dificultatea de a schimba sistemul de referință, însoțită de erori în atribuirea stărilor mentale și a intențiilor proprii și ale altora, ar putea fi un indicator al vulnerabilității pentru psihoza schizofrenă. Studiarea sistematică a tulburărilor subiective ale sinelui, pe bazele teoretice și cu metodologia menționată mai sus, se face în prezent sistematic în unele centre. De exemplu, la Copenhaga, Raballo et al.<sup>(35)</sup> studiază pedigree familial largit al familiilor în care au fost identificați schizofreni și care sunt urmărite longitudinal din 1989 (șase familii cu cel puțin doi membri afectați - schizofrenie sau tulburări schizotipale – în total 347 de persoane investigate). Concluzia evidențiază un nivel

crescut al experiențelor subiective anormale nonpsiho-tice, comparativ cu familiile bolnavilor ce nu fac parte din spectrul schizofren și cu cazurile neclinice. Conclu-zia e că vulnerabilitatea transgenerațională a spectrului schizofren necesită integrarea experiențelor subiective pentru decelarea persoanelor vulnerabile. Evident, ne aflăm în afara “psihozei” propriu-zise, în normalitatea existenței membrilor familiilor bolnavilor, în care pot apărea la unii experiențe subiective particulare, ce pot reprezenta, în unele cazuri, indici de vulnerabilitate pentru boală.

### B. Spectrul schizofren în sens restrâns

Problemele privitoare la limitele spectrului schizo-fren rămân destul de multe. De când DSM-III a pus accentul în invocarea manifestărilor de tip psihotic pe simptomele halucinator-delirante, psihozele delirante (halucinatorii) persistente au fost considerate de psihi-atrui anglo-saxoni ca foarte apropiate de schizofrenie. În orbita DSM-III-IV, în afară de paranoia (=delir cronic sistematizat monotematic), considerată ca o boală rară, aproape că nu există cercetări sistematice asupra psiho-zelor delirante persistente. În DSM-III-IV și în ICD-10, schizofrenia este plasată în același capitol cu psihozele delirante persistente și scurte, ceea ce reprezintă o op-țiune privitor la apropierea lor ca structură. De fapt, conform DSM-III-IV, diagnosticul de schizofrenie se poate pune doar în prezența delirului halucinator, ceea ce practic reprezintă o absorbție de către schizofrenie a acestei cazuistici. Studiile clinico-evolutive arată o strân-să apropiere între schizofrenia paranoidă și psihozele delirant-halucinatorii persistente. În aceste condiții, în care conceptul de “psihoză” rămâne încă insuficient de clarificat, s-ar putea vorbi de un spectru schizofren ușor lărgit prin asimilarea cazuisticii psihozelor delirant (ha-lucinatorii) persistente. Acest fapt nu este afirmat ex-plicit, dar el apare ca implicit în majoritatea cercetărilor de până acum, care nu s-au străduit să elimine din cazu-istica loturilor cotate ca “schizofrenie” cazuistica unor psihoze paranoide halucinatorii neschizofrene; sau doar marginal schizofrene. Recentul program de cercetare a spectrelor în vederea DSM-V<sup>(37)</sup> grupează împreună schizofrenia și aceste psihoze.

Această problemă aflată în suspensie are câteva linii directe de analiză; și ulterior de conceptualizare și cercetare.

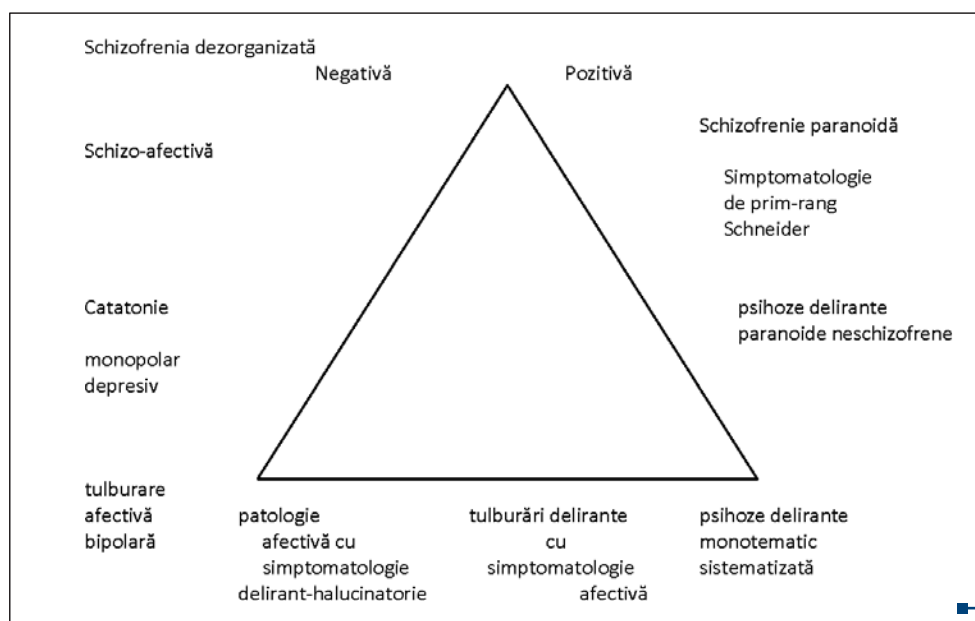
În primul rând, în perspectiva dimensională a conti-nuumului, există suficiente argumente tradiționale și actuale, pentru a se decupa un spectru delirant distinct de cel schizofren<sup>(36)</sup>. Acest fapt se corelează cu realitatea patologiei centrate pe ideea supraevaluată, care, deși a fost descrisă și comentată încă de Wernike și studiată de Kretschmer, a fost mult timp neglijată, până la re-centa sa reevaluare<sup>(37)</sup>. Ideea supraevaluată realizează o trecere de la trăirile reactive evenimentțiale curente și tulburarea de personalitate sau personalități particula-re, accentuate – spre patologia delirantă monotematică. În continuare, psihozele delirant halucinatorii care nu întrunesc criteriile pentru schizofrenie continuă să fie des-crise, având diverse tematici, inclusiv paranoidă<sup>(38)</sup>. În

legătură cu delirul paranoid – neschizofren – s-au studiat de către cognitiști o serie de tulburări metacognitive care au făcut să progreseze cunoștințele în domeniu; și care, ulterior, au fost extrapolate pentru schizofrenie<sup>(19)</sup>. Tradiția internațională a psihozelor delirante (haluci-natorii) prelungite, inclusiv a celor de tip paranoic sau parafreniform, se menține în observație clinică, mai ales în cazurile cu debut tardiv<sup>(39)</sup>. De aceea, în măsura în care se procedează cu un minim de acuratețe diagnostică, se diferențiază un grup de psihoze centrate pe delir (halu-cinator) diferite de schizofrenie. Acest fapt a fost sesizat de către ICD-10<sup>(40)</sup>, care acordă o importanță semnifica-tivă acestui cadru nosologic.

O astfel de abordare ridică câteva probleme, mai ales în perspectiva “spectrului psihotic”. În primul rând e vorba de intersecția cu patologia bipolară. Comunitatea internațională, inclusiv DSM III-IV, a diferențiat con-stant episoadele schizo-afective de episoadele afective “cu aspect psihotic” (congruent și incongruent). Această diferențiere pledează pentru independența axei psiho-patologice centrate pe delir de cea pe care se centrează schizofrenia. Mai ales interferența între depresie și deli-rul paranoid apare ca frecventă și semnificativă la vârsta a treia<sup>(41)</sup>. În prezent, când psihopatologia clinică acordă o importanță crescândă psihiatriei developmentale, așa cum se manifestă ea de-a lungul ciclurilor vieții – pro-blematică la care aderă proiectul DSM-V –, axul delirant al psihiatriei apare și ca având o caracteristică de vârstă. Adică, polarizându-se prin vârstă, față de schizofrenie, care e mai caracteristică vârstelor tinere.

O problemă specială se ridică privitor la relațiile unui ax psihopatologic – și ale unui eventual spectru mala-div – centrat pe delir, în relația acestuia cu schizofrenia nucleară. Întreaga tradiție clinică indică faptul că deli-rul schizofren, cu tematică predominant paranoidă, are caracteristici speciale, chiar dacă nu intră în joc simp-tomatologia dezorganizantă și deficitară<sup>(36)</sup>. E vorba de marcarea sa prin simptomele de prim-rang Schneider de cele de supraveghere și de referință. Ultimele stau și la baza delirului primar. În rest, specificitatea deliru-lui schizofren, indiferent de temă, e dată de “bizareria” sa, condiționată de absurdul și imposibilitatea temei și marcarea sa prin dezorganizare ideo-verbală. Elemente-le de depersonalizare și cele schizo- conturează în sfâr-șit delirul specific schizofreniei, în diferențierea sa față de delirul paranoid halucinator neschizofren. În cadrul unei abordări ca și cea de mai sus se ridică problema unui “continuum” între patologia delirantă (halucinato-rie, dar neschizofrenă) și cea schizofrenă, ultima marca-tă de: simptomele de prim-rang Schneider, supraveghe-re, referință, bizarerii, dezorganizare, depersonalizare, simptome dezorganizant negative. S-ar putea ca această interferență să fie graduală, unele tulburări delirante persistente prezentând mai mulți sau mai puțini “indicii de schizofrenie”.

**C. În sfârșit, o problemă a spectrului schizofren este intersecția sa cu patologia afectivă, mai ales cu cea bipolară<sup>(42)</sup>.** Dacă se ține seama de comentariile de mai sus, s-ar putea vorbi chiar de intersecția între trei



*Schema 1. Polarizarea formelor clinice de psihoze în trei centre ale unor spectre psihopatologice*

spectre, unul fiind cel axat pe delirul relativ sistematizat. La nivelul acestei intersecții se întâlnesc episoadele – sau tulburările – de tip schizoafectiv și afective, cu aspecte psihotice (delirant halucinatorii) neschizofrene. Și, la fel, schizofrenia și tulburarea delirantă persistentă, care prezintă simptome afective subdepressive și hipomaniacale asociate, fără a îndeplini criteriile pentru episod schizo-afectiv sau afectiv-psihotic.

În cadrul acestei dezbateri, un rol special îl joacă “psihozele scurte și tranzitorii”, care pot evolua în orice direcție. Marneros<sup>(43)</sup> le consideră ca o punte între spectrul afectiv (bipolar) și cel schizofren, realizată de alt nivel decât episoadele schizo-afective. Eventual, apariția inițială a unui astfel de episod ar reprezenta un “indice de psihoză” ce poate evolua în trei direcții, dacă reținem și pe cea a psihozelor delirante persistente neschizofrene. Ideea “primului episod de psihoză”<sup>(44)</sup> – “early psychosis” – s-a născut tocmai din aceste observații, a evoluției ulterioare a acestuia în mai multe direcții “psihotice”. Aceasta presupune însă să se accepte linia psihotică distinctă a tulburărilor delirante persistente, diferite de schizofrenie. Și să se accepte că bipolaritatea clinică standard în formele sale pronunțate, dar nedelirante, constituie totuși o psihoză.

Abordarea schizofreniei ca centrată pe un domeniu antropologico-psihopatologic distinct de cel al patologiei afective și al delirului (halucinator) ridică desigur problema caracteristicilor acestui domeniu. El ar putea fi sugerat de patologia dezorganizant-negativă și de specificul paranoidei schizofrene, care alterează structura relaționării interpersonale pe axa intim-public. Ar putea fi adusă eventual în discuție o perturbare a funcției psihice generale a “coerenței centrale”, care e alterată și în autismul Kanner; și – mai puțin grav – în obsesionalitate<sup>(3)</sup>. Similitudinile de fond ale psihopatologiei în aceste trei zone – autism, obsesionalitate malignă și schizofrenia dezorganizant-negativă – sugerează o deficiență a sintezei structurate și ierarhizate a ma-

nifestărilor psihice și a trăirilor. Desigur, o astfel de ipoteză se cere dezvoltată și testată.

Ajunși la acest nivel al dezbaterii, problema se mută în direcția unei clarificări a conceptului de psihoză. În 1995, Andreasen<sup>(45)</sup> opina că din spectrul schizofren fac parte: schizofrenia nucleară, tulburările schizofreniforme, tulburarea schizotipală, schizofrenia simplă, tulburarea schizo-afectivă și episoadele maniacale și depresive cu delir incongruent. Pe de altă parte, Akiskal, în analizele și comentariile sale privitoare la spectrul bipolar, îl extinde până în zona schizo-bipolar, cu îndreptare ulterioară spre schizofrenie. Este clar în prezent că autorii au în vedere intersecția între spectrul schizofren și spectrul bipolar. Dar Crow<sup>(30)</sup>, în clasică sa imagine asupra “continuumului psihotic”, consideră că nu e vorba de o intersecție, ci de un “nivel” psihotic, cu diverse modele de manifestare. Aderăm la acest punct de vedere, împărtășit și de alți autori (a se vedea schema I). În prezent, interesul pentru circumscriere și structura “psihozei în general” a crescut foarte mult. Iar cercetătorii și clinicienii nu mai confundă aspectul sau dimensiunea psihotică cu “schizofrenia în general”, așa cum sugerează indirect glosarul de DSM-IV-TR.

Problema psihozei, a nivelului, a “instanței” sau chiar a “spectrului” psihotic necesită un comentariu separat. Oricum, ideea spectrelor maladive, atât a celui afectiv (bipolar), cât și a celui schizofren – și, de ce nu, a celui delirant – arată explicit că aceste domenii ale psihopatologiei se exprimă mult dincolo de ceea ce clinica tradițională a denumit “psihoză”, delimitând o zonă esențială și fundamentală a psihopatologiei, ce se adâncește în antropologia generală. Modelul categorial al nosologiei psihiatrice pe care s-a clădit DSM-III este inevitabil; și el va persista, căci așa se procedează în întreaga medicină. Ameliorările de perspectivă și tehnică în abordarea acestui model categorial așa cum se străduiește să facă proiectul DSM-V sunt necesare și utile. E important

însă să se renunțe la iluzia că tehnicile de circumscriere și evaluare pot înlocui instanța modelelor teoretice și a articulării psihopatologice de coordonatele trăirilor și existenței omului în general. În psihopatologie, empiria și metodologia sunt fructuoase dacă rămân în bune relații cu teoria și antropologie privită în ansamblul ei.

Dacă imaginea ar fi construită în spațiu tridimensional – e.g. piramida lui Kay –, s-ar putea sublinia mai multe combinații.

În zonele nucleare s-ar agrega o cazuistică tipică, care de obicei nu este foarte frecventă, în raport cu

frecvența clinică curentă a psihozelor funcționale. Patologia “psihotică” se cere înțeasă ca un nivel particular în raport cu psihopatologia de spectru, care se continuă în fiecare pol în direcția normalității, având variante de manifestare particulară (de stil) în viața curentă și la nivelul tulburărilor de personalitate; saltul sau “căderea” pe orbita psihotică poate fi comparat metaforic cu un “salt cuantic”.

Comentarea spectrelor malade, inclusiv a celui bipolar, presupune un grad de idealizare, de abstractizare, fiind în principiu un construct teoretic. n

## Bibliografie

- Lăzărescu M. Noile frontiere ale nosologiei. Psihiatru.ro 2010; 4:24-27.
- Vraști R. DSM-5, Riscurile unei sardini supraevaluate (depășite) sau o sinteză rapidă asupra lui. Psihiatru.ro 2011; 1:42-49.
- Lăzărescu M. Bazele psihopatologiei clinice. București: Editura Academiei Române, 2010.
- Amaral D.G., Dawson G., Geschwind D.H. Autism Spectrum Disorders. Oxford University Press.
- Akiskal H.S. Towards a new classification of bipolar disorders. In: Vieta E (ed) Bipolar Disorders. Clinical and Therapeutic Progress. Madrid: Panamerica, 2002, 185-215.
- Hollander E. Obsessive-Compulsive related disorders. Washington D.C.: American Psychiatry Press, 1993.
- Frank E., Rucci P., Cassano G.B. On Way Forward for Psychiatric Nomenclature. The Example of the Spectrum Project Approach. In: Regies D.A., Narrow W.E., Kuhl A., Kupfer D.J. (eds) The Conceptual Evolution of DSM-5. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, 2011, 37-59.
- Zubin J., Spring B. Vulnerability – a new view of schizophrenia. Journ of Abnorm Psychosis, 1977; 88:103-126.
- Sadler J.Z. Value and psychiatric diagnosis. Oxford University Press, 2005.
- Lăzărescu M., Nireștean A. Tulburările de personalitate. Iași: Editura Polirom, 2007.
- Giompi L. The dynamics of complex biological psychological sistem: four fundamental psycho-biological mediators in the long term evolution of schizophrenia. Brit J Psychiat 1989; 155 (5):15-21
- Lăzărescu M. Psihopatologie Clinică. Timișoara: Editura Helicon, 1994.
- Rutter M. (ed). Developmental Psychiatry. Washington: American Psychiatric Press, 1982.
- Cicchetti D., Cohen D.J. Developmental Psychopathology. John Wiley & Sons Inc. vol. 1, 2006.
- Kretschmer E. La structure du corp et le caractère. Paris: Ed. Payor, 1930.
- Kendler K.S. Diagnostic approaches to schizotypal personality disorder. A historical perspective. Schizophrenia Bull 1985;11:553-583.
- ICD-10. Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. București: Ed. All (text original publicat în 1992), 1998.
- Vraști R. Măsurarea psihozei. Partea a II-a. Psihiatru.ro 2009; 18(3):60-65.
- McKenna P.J. Schizophrenia and Related Syndromes. London: Routledge, 2007.
- Mueser K.M., Glynn S.M., McGurk S.R. Social and vocational impairment. In: Liberman J.A., Stroup T.S., Perkins D.O. (eds). Textbook of schizophrenia. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, 2000, 275-288.
- Baron-Cohen S., Hammer J. Parents of children with Asperger Syndrome: what is the cognitive phenotype? J Cognitive Neurosci 1997; 9:548-554.
- Baron-Cohen S. Autism: deficit in psychopathology exist alongside superiority in folk physics. In: Baron-Cohen S., Tager Flusberg H. and Cohen D. (eds). Understanding other minds. Oxford University Press 2000, 73-81.
- Losh M., Adolphs R., Piven J. The Broad Autism Phenotype. In: Amaral G.D., Dawson G., Geschwind D.H. (eds) Autism Spectrum Disorders. Oxford University Press, 2011, 457-476.
- Taylor B.P., Hollander E. Comorbid Obsessive-Compulsive Disorders. In: Amaral G.D., Dawson G., Geschwind D.H. (eds) Autism Spectrum Disorders. Oxford University Press, 2011, 270-284.
- Meehl P.E. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. Am Psychol 1962; 17:827-838.
- Meehl P.E. Schizotaxia revised. Arch Gen Psychiat 1989; 46:935-944.
- Faraone S.V., Grwen A.I., Seidman L.J. et al. Schizotaxia: clinical implication and new directions for research. Schizophrenia Bull 2001; 27:1-18.
- Tsuang M.T., Stone W.S., Faraone S.V. Insights from Neuroscience for the Concept of Schizotaxia and the Diagnosis of Schizophrenia. In: Phillips K.A., Frist M.B., Pincus H.A. (eds). Advancing DSM. Dilemmas in Psychiatric Diagnosis. Washington: American Psychiatric Association, 2003, 105-128.
- Keshovan M.S., Gilbert A.R., Diwadkar V.A. Neurodevelopmental Theories. In: Liberman J.A., Stroup T.S., Perkins D.O. (eds). Textbook of schizophrenia. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, 2000, 61-84.
- Crow T.J. Psychotic continuum or Disease Entities? The Critical Impact of Nosology on the Problem of Aetiology. In: Mamerros et al (eds). Psychotic Continuum. Springer, 1995,151-164.
- Huber G. Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen. Nervenarzt 1983; 54:23-32.
- Gross G., Huber G., Klosterkötter J., Linz M. Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (BSABS). Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1987.
- Sass L.A., Parnas J. Explaining Schizophrenia: The relevance of phenomenology. In: Chung M., Fulford W., Graham G. (eds). Reconceptualizing Schizophrenia. Oxford University Press, 2006, 63-96.
- Raballo A., Lundgren E., Leuci E. et al. Self centrality, psychosis and schizotaxia: a conceptual review. Acta Biomed 2007; 77:33-39.
- Raballo A., Sceebye D., Parnas J. Looking at Schizophrenia Spectrum through the Prisma of self-disorders. An Empirical Study. Schizophrenia Bull 2009; 15.
- Lăzărescu M. Psihopatologia delirului în perspectiva disfuncției ierarhice a sinelui (I). Psihiatru.ro 2011; 24(1):14-22.
- McKenna P. Disorders with overevaluated ideas. Brit J Psychiat 1984; 45:579-585.
- Freeman D., Bental R., Garety Ph. Persecutory Delusion. Oxford University Press, 2008.
- Munro A. Delusional Disorder. Cambridge University Press, 2006.
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. World Health Organisation. Geneva, 1993.
- Smith E.G., Burke Ph.R., Grogan J.E. et al. Psychosis in Major Depression. In: Fuji D., Achmed I. (eds) The Spectrum of Psychotic Disorders. Cambridge University Press, 2007.
- Marneros A., Akiskal H.S. (eds). The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectra. Cambridge University Press, 2007, 299.
- Marneros A., Pillman F. Acute and Transient Psychoses. Cambridge University Press, 2004.
- Stoica I. Prodromul în primul episod de psihoză. București: Ed. Infomedica, 2008.
- Andreasen N.C., Flaum M. The Schizophrenia Spectrum: Perspectives from Neuroimaging. In: Marneros A. Andreasen N.C., Tsuang M.T. (eds) Psychotic Continuum. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1995, 95-106.
- Vraști R. Maturarea psihozei. Partea I. Psihiatru.ro, 2009; 18:3.