

**Conceptul de psihoză la  
începutul celui de-al doilea  
deceniu al secolului XXI  
Perspectiva spectrului psihiatric**

Iasi 2012

**Planul prezentării**

Conceptul de psihoză înainte de DSM III

Conceptul de psihoză în DSM III (1980)

Dezvoltarea psihopatologică clinică în marginea conceptului de psihoză după 1980

- Ideea spectrelor maladive; spectrul psihotic;
- Ideea “primului episod de psihoze” (early psychosis), a prodromului și cursului longitudinal al vieții psihoticului
- Reactualizarea în marginea psihozei, a conceptului de “tulburări formale” de către cognitivismul contemporan

Un prim curs se va centra pe tema spectrelor maladive și a spectrului psihotic.

**Conceptul de psihoză înainte de DSM III (1980)**

Conceptul de psihoză a fost peste un veac noțiunea principală a psihiatriei ca ramură a medicinei.

Misterul nebuniei, predat spre studiu și gestionare medicinei psihiatrice, avea și are în centrul ei tulburătoarele boli ale schizofreniei și tulburările maniaco-depresive, pe care Kraepelin le-a polarizat la începutul sec. XX ca principale psihoze endogene.

Alte astfel de psihoze, dar plasate mai marginal, erau și psihozele delirante sistematizate și cele scurte și trecătoare, pe care francezii le numesc Bouffe delirante.

Termenul de psihoză a fost introdus de austriacul Ernst von Feuchtersleben în 1825 cu intenția de a crea un concept semiotic pentru tulburările psihice care erau plasate pe atunci împreună cu cele neurologice sub conceptul generic de “nevroze” introdus în 1769 de către Cullen, în ideea că toate își au o bază în perturbarea sistemului nervos.

Inițiativa lui Feuchtersleben a fost bine receptată, apărând apoi termeni ca “psihastenie” (Janet), “neurastenie” (Beard) sau expresia de “psihopatie” (Schneider).

În psihiatrie termenul de nevroză s-a păstrat în cursul sec. XX, cu înțeles de “psihonevroză”, polarizându-se cu cel de psihoză.

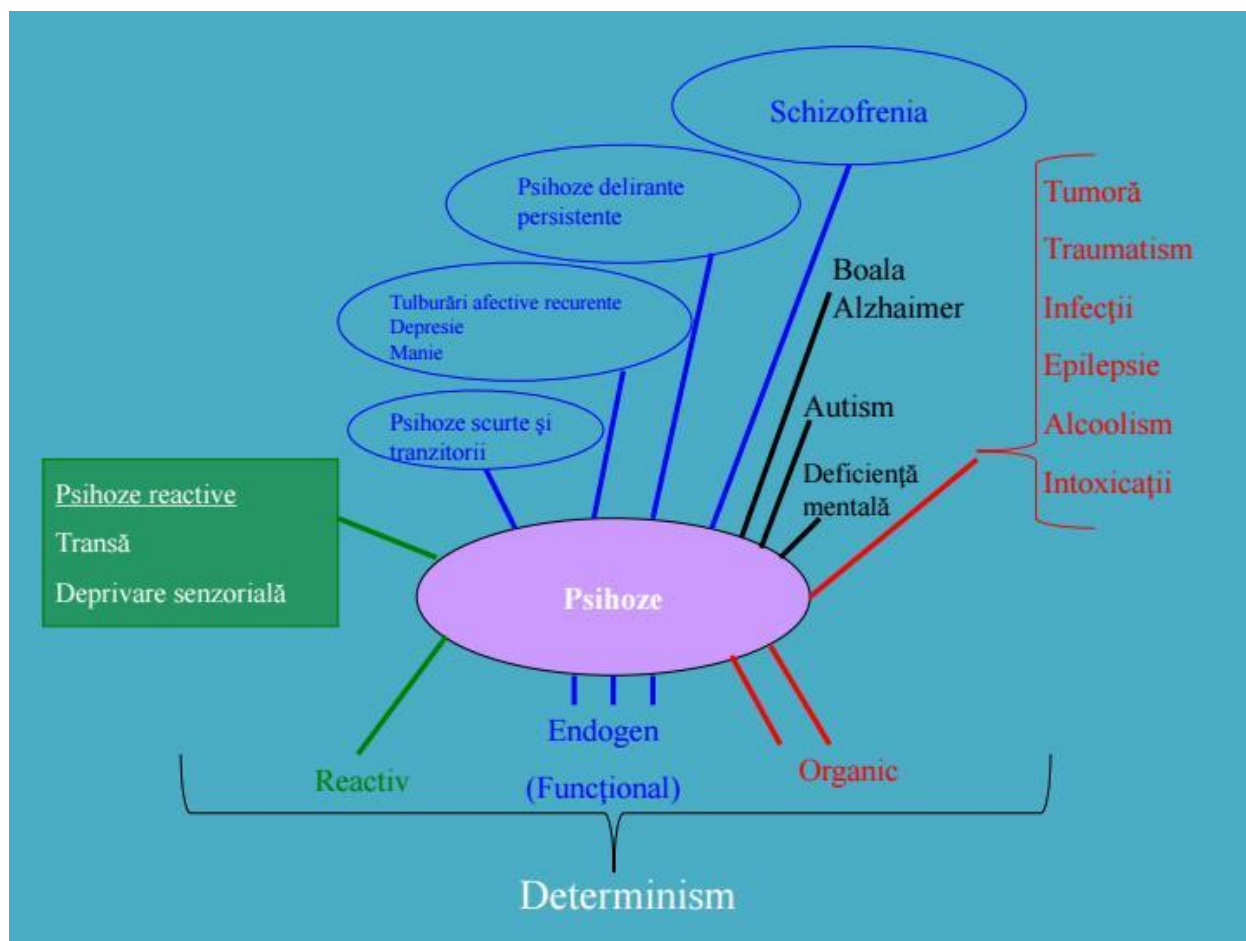
În sec. XX, până la DSM III (1980) conceptul de psihoză s-a utilizat în psihiatrie în primul rând cu înțelesul unei tulburări psihice grave în care subiectul își pierde conștiința bolii (insight-ul) fapt ce o deosebește de nevroze. Psihoticul nu mai poate evalua corect realitatea umană ambientală, devine perturbator pentru sine și pentru alții și trebuie internat pentru tratament.

**Simptomatic**, în prim plan se situează delirul, halucinațiile, dezorganizarea, depersonalizarea, autismul deficitar, apatie, catatonie cu negativism. Psihoza se diferențiază de delirium, de nede dezvoltarea psihismului (deficiențe mentale, autism) sau de deteriorarea cognitivă organică (demența).

**Etiopatogenic** s-au evidențiat trei clase de cauze:

- factorii organici cerebrali și general somatici (infecții, intoxicații) care pot determina o “reacție exogenă psihică” (Bönnhoff);
- factori reactivi psihosociali intensi (Bimreh; școala scandinavă);
- factori necunoscuți, intervenind probabil ca o perturbare genetic-cerebrala și constituțională, ce se cere descifrată = psihoze endogene. Schizofrenia și tulburările bipolare fac parte din această ultimă clasă; între ele se plasează psihozele schizo-afective, paranoia (delirul persistent) și psihozele scurte.

O sinteză a răspândirii psihozei între diverse clase nosologice e sistematizată într-o recentă carte.



Spre deosebire de psihoză, prin nevroză se înțelegea o tulburare psihică medie sau ușoară, în care perceperea și înțelegerea realității nu este grav tulburată (nu avem o distorsiune a realității); subiectul suferă, e nemulțumit de sine, conștientizează că e bolnav și solicită tratament și protecție; psihoterapia este eficientă.

Etiopatogenic intervin predominant factori psihosociali – inclusiv conflictul intrapsihic – și o vulnerabilitate a persoanei.

Simptomatologia este din domeniul patologiei: anxios-fobice, obsesiv compulsive, depresive și impulsive, a tulburărilor somatoforme conversiei și a stărilor dissociative de conștiință.

Unul din aspectele iritante pentru știința psihiatrică a fost dificultatea de a găsi o explicație cauzală pentru psihozele endogene ca schizofrenia și boala maniaco-depresivă.

Acest fapt diferențiază psihiatria de alte ramuri ale medicinei în care etiopatogenia joacă un rol esențial în circumscrierea bolilor.

În acest sens, proiectul DSM III (1980) s-a străduit să circumscrie tulburările psihice, inclusiv psihozele funcționale, într-un mod în care diagnosticul să fie cât mai reproductibil (reliability).

S-a sperat ca acest lucru să favorizeze cercetările care să clarifice disfuncțiile cerebrale ce stau la baza acestor tulburări.

### **Conceptul de psihoză în DSM III (1980)**

DSM III a adus importante schimbări în această stare de lucru din nosologia psihiatrică. Acest manual:

- a) Înlocuiește termenul de “boală psihică” prin expresia “tulburare psihică și comportamentală”;
- b) Elimină termenul de “nevroză”;
- c) Exclue tulburările dispoziționale (monopolare și bipolare) din categoria psihozelor, acceptând că unele episoade particulare pot fi “cu elemente psihotice”;
- d) Concentrează conceptul de psihoză pe schizofrenie pe care o caracterizează – la fel ca pe toate categoriile nosologice – operațional, printr-o sumă de simptome (sindroame) ce au o anumită intensitate și durată.

Calificativul de “psihotic” este folosit în DSM III-V în primul rând pentru schizofren și tulburări schizofreniforme. El mai e aplicat totuși cu privire la:

- ☐ Psihozele delirante persistente
- ☐ Psihozele scurte (cu durată sub o lună)
- ☐ Scurte episoade psihotice de peste 1 ora dar sub 1 zi ce apar la tulburări de personalitate

- ☐ Se acceptă psihoza schizo-afectivă
- ☐ În cursul consumului de alcool și droguri
- ☐ În cursul tulburărilor psihice din diverse condiții medicale generale și suferințe somatice.

### **Dar ce este psihoza în DSM IV TR?**

#### **DSM-III**

Definiția restrânsă a psihozei se referă, în DSM III, la prezența unor simptome, mai precis, a delirului și a halucinațiilor accentuate, fără insight. O definiție mai relaxată acceptă halucinațiile proeminente dar criticate. O definiție largă include alte simptome pozitive ale schizofreniei (s.n.) (vorbire dezorganizată, comportament serios dezorganizat sau cataton). Se menționează în continuare în manual ca spre deosebire de aceste definiții bazate pe simptome, în DSM-II și ICD-9 accentul era pus pe gravitate și dezadaptare.

Termenul a mai fost definit conceptual ca și pierdere a limitelor eului și gravă alterare a testării realității. Diferite tulburări din DSM-IV subliniază diferite aspecte ale variațiilor definiției a ceea ce e “psihotic”.

Scrisă altfel, caracterizarea adjectivului “psihotic” în DSM IV-TR se prezintă astfel :

- A
- Deliruri și halucinații accentuate
- (halucinații criticate?)
- Delir halucinator
- B
- Alte simptome ale schizofreniei pozitive accentuate
- Vorbire dezorganizată, comportament grav dezorganizat sau cataton
- Dezorganizare “pierderea limitelor eului”? alterarea testării realității?

#### **Definiția din DSM-IV-TR**

## **Comentarii**

Definiția din DSM-IV-TR e simptomatică și nu conceptuală;  
Ea face trimitere explicită la schizofrenia pozitivă pe care o sugerează ca referențial de bază;

În definirea (obiectivantă a) termenului nu există nici o referire la diferența între funcțional (endogen) versus organic (sau psihogen);

Episodul maniacal și depresiv, chiar în formele lor grave, nu sunt considerate ca psihotice prin ele însele; și deci nici Tulburarea Bipolară (I) sau cea Monopolar Depresivă. Episoadele afective sunt considerate ca “putând avea variante cu aspecte psihotice”.

O parte a schizofreniei (cea cu simptome predominant negative) este exclusă din aria psihozei.

Prin concepția strict categorială a DSM-IV-TR nu e posibilă analiza continuumului între psihoză și stările prepsihotice. De exemplu în cazul delirului monotematic (senzitiv relațional, de gelozie, dismorfofob etc.) e dificilă diferența între faza prevalențială și cea delirantă. La fel, în cazul prodromului din schizofrenie. Deoarece definiția psihozei în DSM-IV-TR se bazează pe simptomatologie, e necesară analiza mai detaliată a semiologiei psihozei.

### **Conceptul de psihoză după DSM III (1980)**

**Ideea de spectru maladiiv spectru afectiv (bipolar/monopolar depresiv)**

**spectru delirant (neschizofren)**

**Există psihoză afectivă nedelirantă?**

De la publicarea DSM III (1980) și până în prezent, cunoașterea științifică și cea doctinară au progresat mult în psihiatrie. Faptul face ca în vederea redactării și publicării DSM V să se țină seama de noile date științifice și puncte de vedere. Principalele teme ce s-au impus, privitoare la regândirea psihozei sunt:

a) Dublarea abordării categoriale de cea dimensională. Perspectiva dimensională subliniază continuitatea între tulburările psihice grave, cele ușoare și normalitate; precum și continuitatea, tranziție prejusivă prin cazuri intermediare, între unele sindroame sau stări psihopatologice (e.g. manie - depresie);

b) Atenție crescută acordată abordării longitudinale a tulburării psihice, a succesiunii lor – cu diverse forme și intensități - de-a lungul vieții;

c) Interes crescut pentru teren, pentru fundamentul personalistic pe care se manifestă tulburările: temperament, personalitate, familie, încărcătură genetică.

Aceste orientări au condus la studierea spectrelor maladive, și a dinamicii primului episod de psihoză, precedat de prodrom și vulnerabilitate crescută.

Privitor la tema psihozei, ample echipe se ocupă de ani de zile de studierea “deconstrucției” și reconstrucției acestor concepte.

### **Conceptul de spectru malativ**

DSM III – IV definește în majoritatea cazurilor episoade maladive separate.

Doar în unele cazuri – cum ar fi schizofrenia și tulburările dispoziționale – se au în vedere episoadele succesive ce condiționează o tulburare psihică. Dezvoltarea după 1980 a psihopatologiei developmentale a demonstrat că, deși se urmărește cursul vieții din copilărie la vârsta adultă și apoi la vârsta a treia, se constituie deseori o echifinalitate: adică, diversele tulburări din copilărie conduc la aceste tulburări psihice la vârsta adultă. Iar pe de altă parte, prezența unei anumite tulburări la vârsta infantilă poate să participe la diverse tulburări ale adultului.

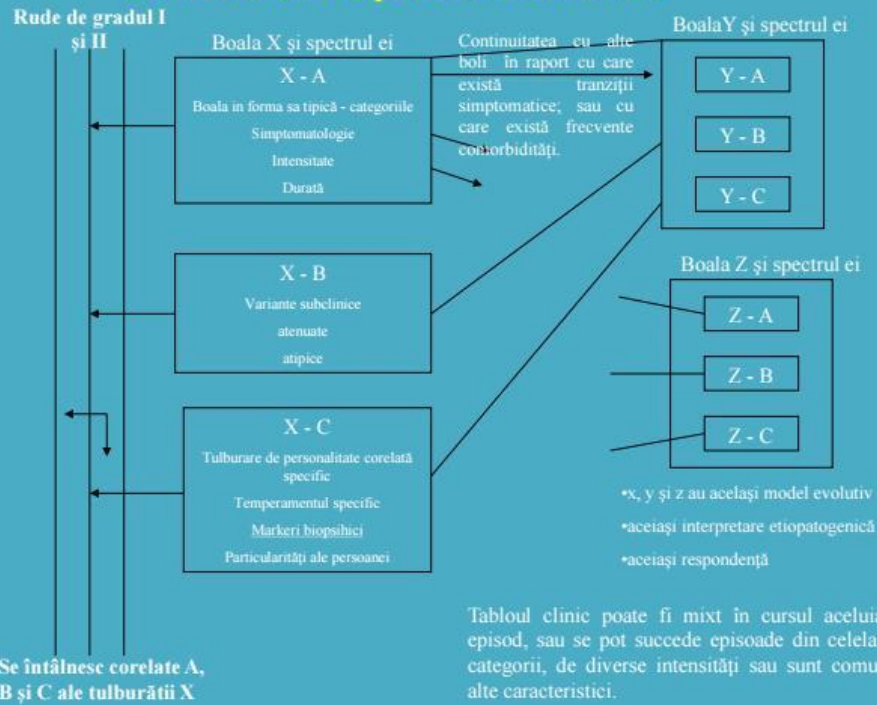
Din perspectiva psihopatologiei developmentale s-a acordat o atenție tot mai mare stadiilor subclinice, terenului și familiei, markerilor, vulnerabilității și rezilienței.

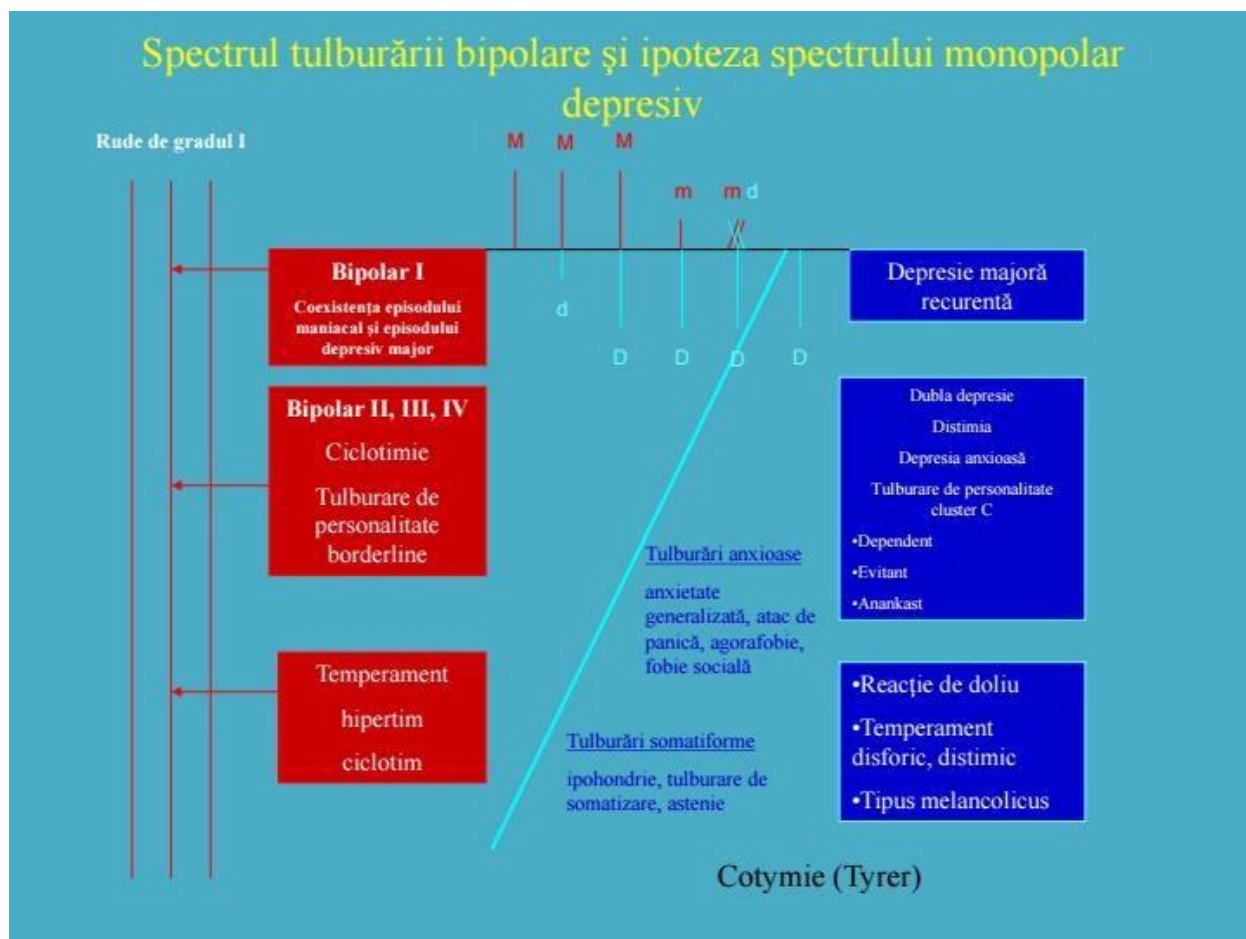


Studierea detăilată a rudelor de gradul I a demonstrat că deseori aceștia prezintă manifestări subclinice ale bolii pacientului.

S-a ajuns astfel la ideea de spectru malativ.

## Schema unui spectru maladiv X





## Tulburarea bipolară și ipoteza spectrului monopolar depresiv

Tulburarea monopolar maniacală este considerată o variantă a tulburării bipolare; episoade exclusiv maniacale se întâlnesc la sub 10% din bipolari; este de presupus un temperament hipertim.

Stările mixte și cele alterne fac parte din spectrul bipolar împreună cu alte modalități clinice particulare; Cu cicluri rapide, cu temperament hipertim și ciclotim; e apropiat de spectrul bipolar și t.p. Borderline.

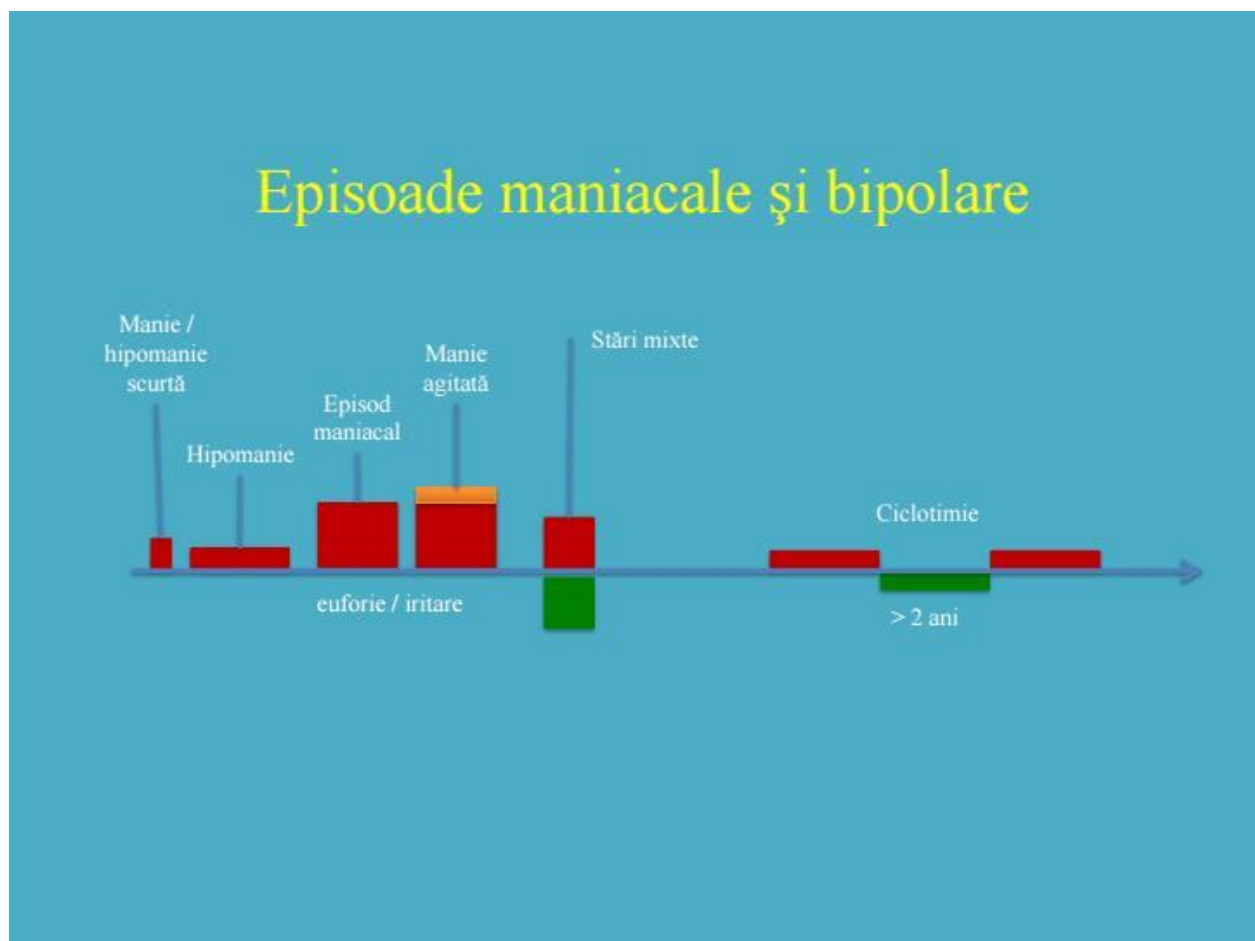
Tyrer a imaginat un spectru monopolar depresiv care cuprinde pe lângă episoadele depresive, tulburările de personalitate din clusterul C, temperamentul distimic, tulburări anxioase și somatoforme. Ideea spectrului bipolar și a celui

monopolar depresiv subliniază continuitatea cu normalitatea, prin formele subclinice “scurte”, prin tulburările de personalitate, reacții anormale și temperament.

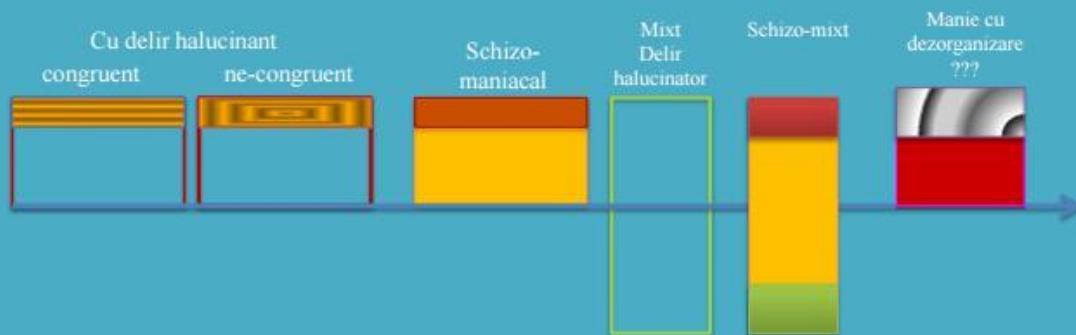
Ce se poate spune însă despre aspectul psihotic al episoadelor din TB și TDR?

În primul rând, poate fi vorba de o intersecție cu spectrul delirant paranoid, la intensitatea psihotică a acestuia.

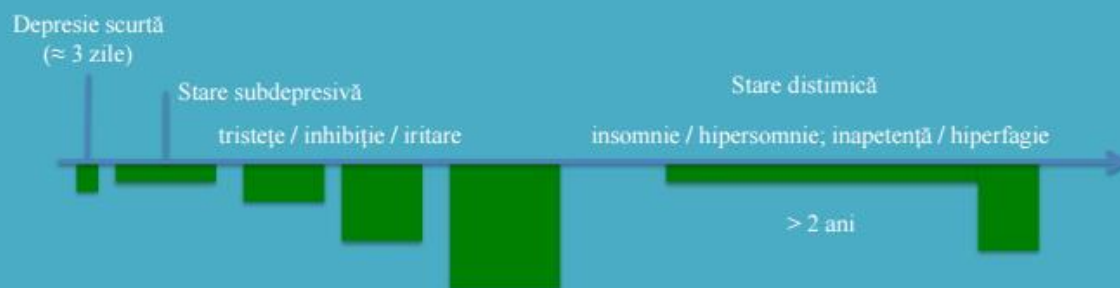
### Episoade maniacale și bipolare



## Interferența episoadelor maniacale și bipolare cu psihoza



## Episoade depresive de diverse intensități



## Episoade depresive cu aspecte (mixturi) psihotice



## Un posibil spectru delirant neschizofren

Tulburare delirantă persistentă neschizofrenă  
+(-) halucinații (ICD-10)  
+(-) s.p.r. S.??  
(tematică: persecuție, senzitiv-relațional,  
prejudiciu)

Delir monotematic nehalucinator  
(somatic, de gelozie, senzitiv-relațional, de  
prejudiciu, mistic)  
Delir împărtășit

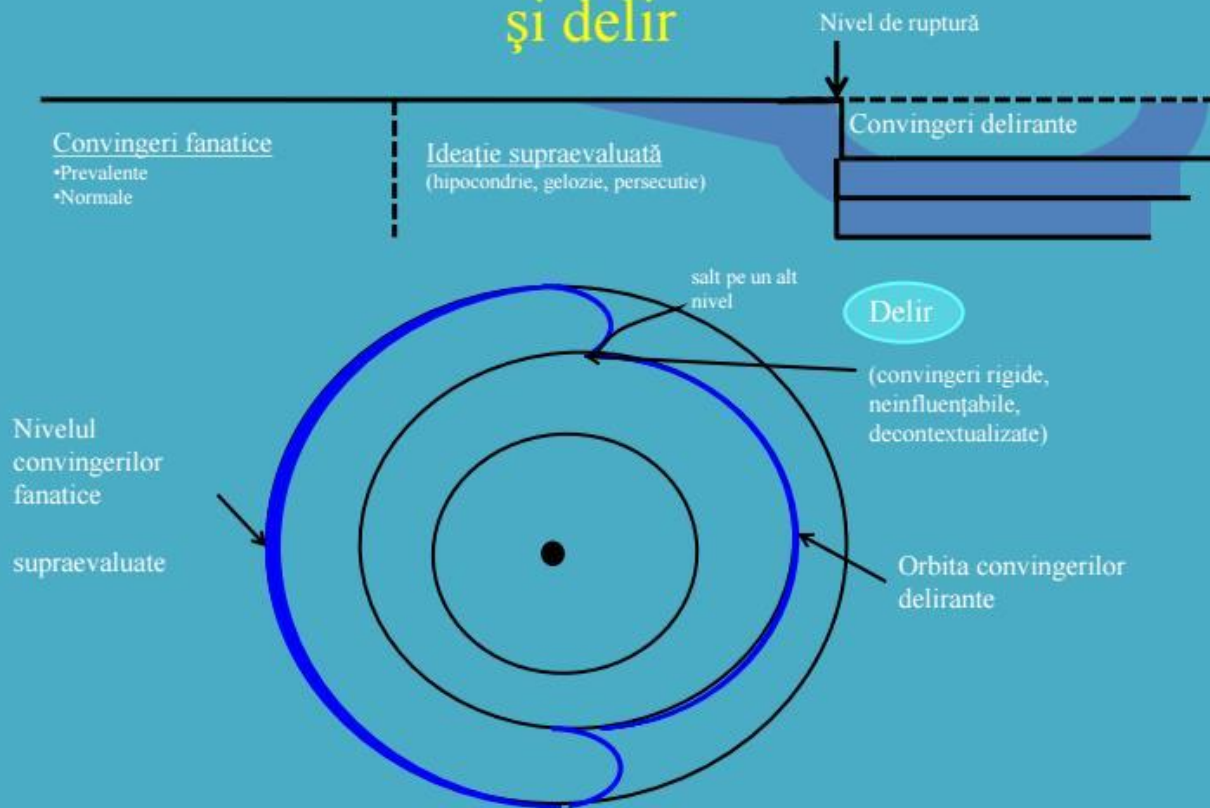
Tulburare de personalitate paranoidă  
Convingeri fanatice – ideă supraevaluată  
Reacție senzitiv-relațională scurtă

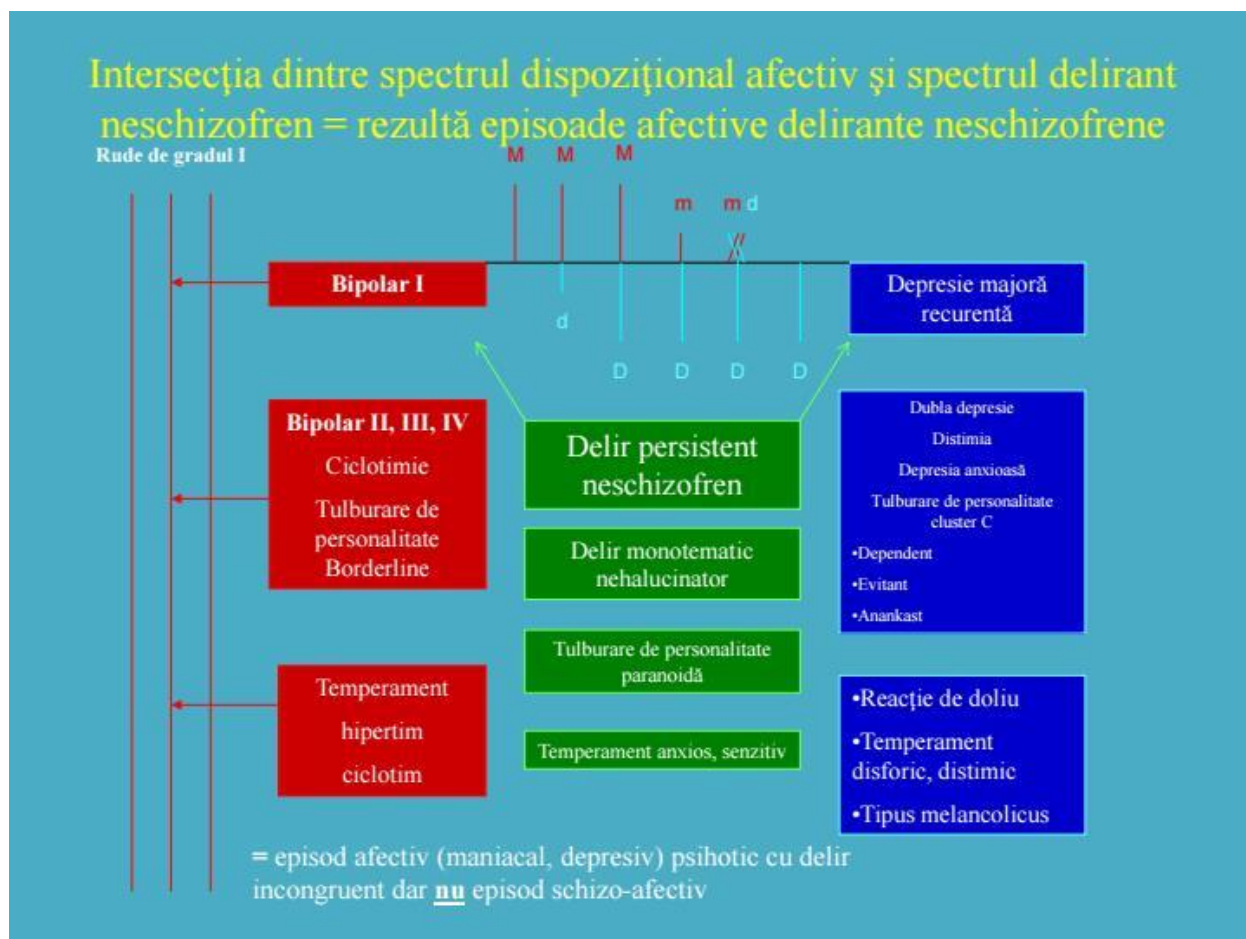
Temperament anxios, senzitiv

Cercetări epidemiologice (van Os) au găsit prezente în populația generală din spectrul delirant neschizofren, în proporție de 3-17% (cifra de 5% este cea mai des invocată și plauzibilă).



# Problema continuumului între normalitate și delir





**Intersecția dintre spectrul dispozițional afectiv și spectrul delirant neschizofren = episoade afective delirante paranoide care nu sunt episoade schizo-afective**

DSM III-IV comentează faptul că episoadele maniacale și depresive, din cadrul tulburării bipolare și monopolar depresive, se pot manifesta cu simptome delirante. În cazul unui delir necongruent poate fi adusă în discuție intersecția cu spectrul delirant neschizofren.

Aceste episoade sunt evaluate în DSM IV TR (și în ICD-10) ca distincte de episoadele schizo-afective.

Cazuistica afectivă cu episoade (psihotice) delirante pot fi studiată distinct de patologia schizo-afectivă.

Intersecția dintre cele două spectre se poate face și în sensul unei pozitive predominări în tablou clinic al delirului persistent (paranoid), patologia bipolară fiind la nivelul ciclotimiei sau depresiei de intensitate medie.

Mai ales patologia depresiv-paranoidă poate fi considerată ca având o individualitate clinică.

**Specificul psihotic al episoadelor maniacale și depresive  
în altă variantă decât cea a actualelor episoade schizo-afective și  
afective delirante**

Delirul este o tulburare psihopatologică considerată ca reprezentativă pentru patologia psihotică. Dar, deși există o definiție clasică caracterizarea sa psihopatologică structurală e în curs de elaborare. Astfel, preocuparea megalomană a maniacalului și cea micromană (autodepreciativă și de vinovăție) a depresivului, nu sunt delirante, decât dacă îndeplinesc anumite condiții. De exemplu un delir megaloman maniacal trebuie să prezinte:

- ☐ O intensitate a convingerii exagerată, anormală.
- ☐ O formulare discursiv verbală a tematicii, ce e comunicată altora; și nu doar o convingere intimă neformulabilă tematic.
- ☐ Un comportament corelat convingerii
- ☐ O neglijare a altor preocupări în afara tematicii delirante.

Psihismul delirant e simplificat și decontextualizat, așezat pe o orbită inferioară de funcționare; faptul e în egală măsură valabil pentru tematica megalomană, micromană sau paranoidă.

Mania și depresia au însă și alte modalități decât cea delirantă prin care se pot manifesta psihotic:

- Prin dezorganizare psihică dată de tahipsihie;
- Prin depersonalizarea melancolicului și prin inhibiția sa stuporoasă.

Manifestări psihotice în episoadele depresive și maniacale

Depresia melancolică se poate manifesta psihotic prin:

Anhedonia depersonalizantă: subiectul resimte un gol afectiv, simte ca nu mai are sentimente, că e golit sufletește, nu îl mai impresionează nimic, nu poate suferi sau plânge. Această anhedonie depersonalizantă se poate manifesta și când avem o declanșare reactivă a psihozei depresive (e.g. doliu) și se poate continua cu o tematică delirantă de negație de tip Cotard: “nu mai am organe, nu mai exist”.

Stupor melancolic, cu nemișcare, opoziționism, mutism.

Notă: anhedonia și stuporul ca modele de trăire și manifestare psihopatologică ce se întâlnesc și în psihoza schizofrenă.

Mania se poate manifesta printr-o agitație psihomotorie cu elemente stereotipe și printr-o “fugă de idei” în care asociațiile pot deveni bizare, apropiindu-se de dezorganizarea ideo-verbală semantică, din schizofrenie.

În schizofrenie, dezorganizarea ideo-verbală este însă nu doar lipsită de tahipsihie, ci și orientată spre abstracții despersonalizante.

## Depresia psihotică fără delir



Anhedonie  
Depersonalizare  
Gol interior  
Lipsă de sentimente



Stupor  
Nemișcare  
Negativism

## Mania psihotică fără delir



Fugă de idei cu  
asociații bizare și  
jocuri de cuvinte



Agitație psihomotorie  
cu stereotipii

Pentru comentarea episoadelor schizo-afective într-o modalitate nouă mai nuanțată decât o face în prezent sistemul DSM IV TR, e necesar să se treacă în revistă problematica spectrului schizofren.

Episodul schiezo-afectiv poate fi comentat la intersecția dintre spectrul afectiv și spectrul schizofren.

### **Spectrul schizofren și tema continuumului**

#### **psihotic**

### **Caracterizarea actuală simptomatologică a schizofreniei**

Schizofrenia e caracterizată în prezent din punct de vedere al simptomatologiei prin coexistența unor simptome din trei grupe:

- Schițo + = halucinații și deliruri bizare;
- Schizo-dezorganizante = dezorganizare ideo-verbale și comportamentală (manifestări bizare).
- Schizo – = deficit de atenție, alogie, anafectivitate, anhedonie, asociabilitate, abulie; Simptome psihotice

DSM III-IV pune accent pe caracterizările schizofreniei prin simptomele pozitive, halucinator delirante, dar fără o precizare clară care să distingă delirul (paranoid) schizofren, de delirul paranoid neschizofren.

Se consideră caracteristic pentru schizo + delirul bizar, definit ca având un conținut imposibil pentru comunitatea culturală respectivă. Pe lângă bizarerie, delirul (paranoid) schizofren se mai caracterizează prin:

- Expunerea sa neinteligibilă datorată dezorganizării ideo-verbale și deficitului de comunicare.
- Conținutul marcat de devitalizare depersonalizantă, de derealizate și abstracții.

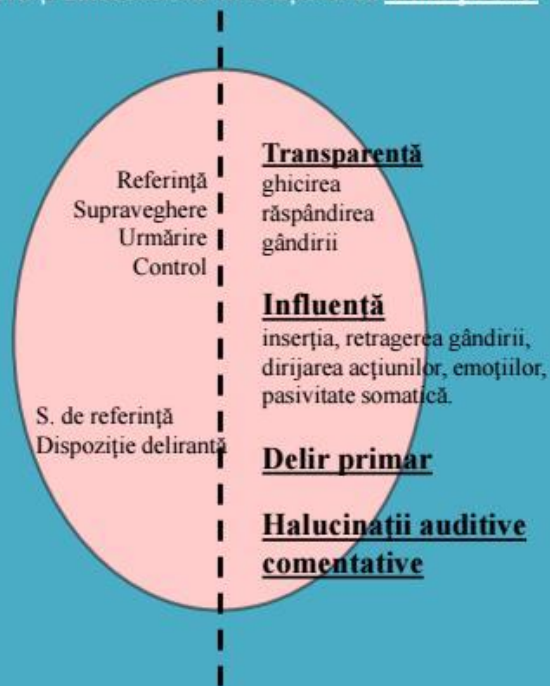
- Prezența simptomelor de prim rang Schneider (s.p.r. S) pe care tradiția europeană a psihopatologiei le plasează ca trăiri aflate în marginea delirului.

### **Simptomele de prim rang Schneider – s.p.r. S**

## Simptomele de prim rang Schnaider – s.p.r. S

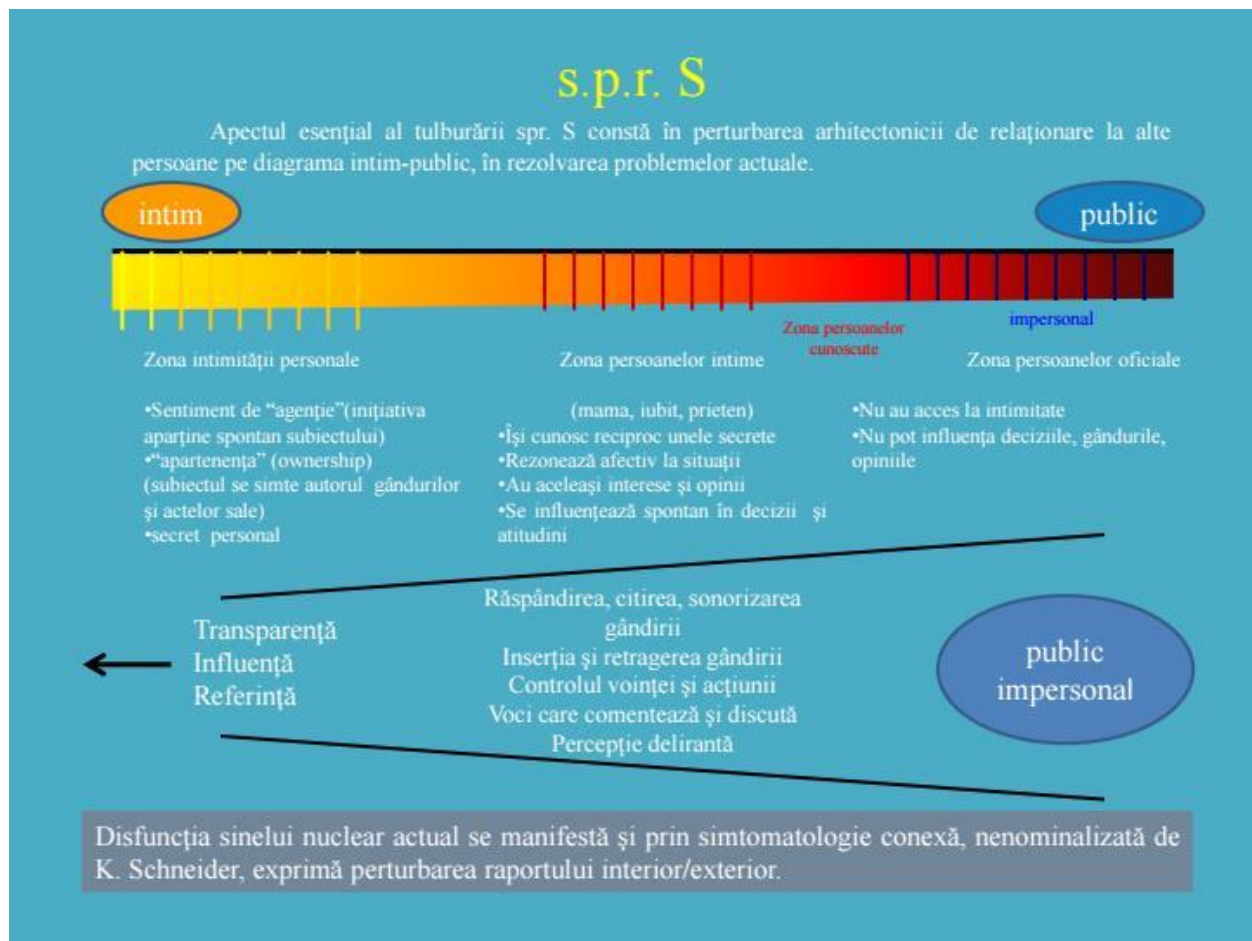
Spr. S indică o disfuncție a sinelui nuclear actual, care în normalitate asigură rezolvarea situațiilor problematice, gestionând inițiativa și autocontrolul în relaționarea intim-public.

simptomatologie  
conexă  
simptomelor  
nominalizate



simptome  
nominalizate de  
K. Schneider





## Spectrul schizofren

Schizofrenia a fost tulburarea în jurul căreia au gravitat principalele teme privitoare la psihoză în secolul XX, inclusiv cea privitoare la spectru și cea privitoare la vulnerabilitate.

Ideea spectrului schizofren a apărut în jurul anilor '70 și anume: Kety, care a coordonat un timp studiile prospective daneze privitoare la gemeni și adopție, a constatat o serie de modificări subclinice și neevolutive la rudele de gradul I ale schizofrenilor, introducând în 1968 conceptul de spectru schizofren. Simptomatologia sesizată de echipa lui Kety a stat la baza introducerii de către echipa lui Spitzer a conceptului de (personalitate) schizotipală în DSM III.

Meehl (1962, 1989) a sugerat conceptul de schizotaxie pentru predispoziția genetică neexprimată pentru schizofrenie. În lipsa factorilor protectori se poate ajunge la schizotipie sau schizofrenie.

Echipa lui Faraone (2001) a propus termenul de schizotaxie pentru substratul neurobiologic al vulnerabilității pentru schizofrenie. Tsuang (1999) a descris criterii de cercetare pentru schizotaxie bazate pe un nivel moderat al simptomelor negative și deficit neurodevelopmental al funcțiilor neurocognitive, ale memoriei, atenției și funcțiilor cognitive.

Ideea spectrului schizofren se corelează în această concepție cu doctrine, vulnerabilitate/stres lansată de Spring (1979) pentru înțelegerea etiopatogeniei schizofreniei.

### **Schizotipia**

#### **(personalitatea schizotipală DSM IV TR)**

A. Un ansamblu constant de deficiențe privind relațiile apropiate cu alții, de distorsiune perceptivă și cognitive și excentricități ale comportamentului, începând din perioada adultului tânăr, care se manifestă în variate contexte, exprimând cel puțin 5 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, credința în clarviziune, telepatie sau al șaselea simț; la copii și adolescenți fantezii și preocupări bizare);
3. Experiințe perceptuale neobișnuite, incluzând iluziile corporale;
4. Gândire și vorbire ciudate (e.g. vagi, aluzive);
5. Suspiciune și ideatie paranoică;
6. Afect neadekvat, incongruent;
7. Comportament și aspect bizar, excentric sau ciudat;
8. Lipsă de prieteni apropiați sau confidenți, alții decât rudele de rangul I;

9. Anxietăți sociale excesive care nu diminuează în prezența unor persoane cu valențe protective.

B. Să nu apară cu timpul schizofrenie sau alte tulburări psihotice.

### **Spectrul schizofren**

## Spectrul schizofren



# Intersecția spectrului schizofren cu spectrul afectiv

Episodul schizo-afectiv într-un sens precis, poate fi considerat cel care:

- A. Întreține criteriile pentru un episod maniacal sau depresiv;
- B. Întreține criteriile pentru un episod schizofren; adică în egală măsură pentru:

Sx -

Sx +

Sx dezorganizat

halucinații, delir

În mod firesc ar trebui să se accepte ca eventualități ale episoadelor schizo-afectiv.

Sd. depresiv + Schizo -

Stare deficitară  
Negativă  
Catatonie  
Stereotipie  
Depersonalizare  
Anhedonie

Manie sau Depresie + Schizo +

Delir halucinator bizar +  
s.p.r. S +  
Supraveghere  
Referință  
Dezorganizare

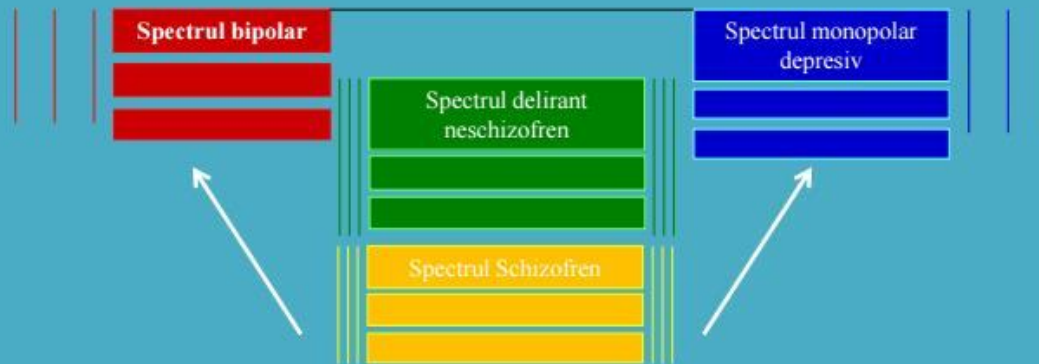
Sd. Maniacal + Schizo  
dezorganizat

Fugă de idei cu dezorganizare semantică  
Agitație psihomotorie

Nu e suficient un delir halucinator (paranoid) simplu; acesta e specific pentru diagnosticul de **“Episod afectiv cu delir incongruent”**.

Agitație psihomotorie

## Interferența între spectrele patologiei afective și spectrele delirant/schizofren

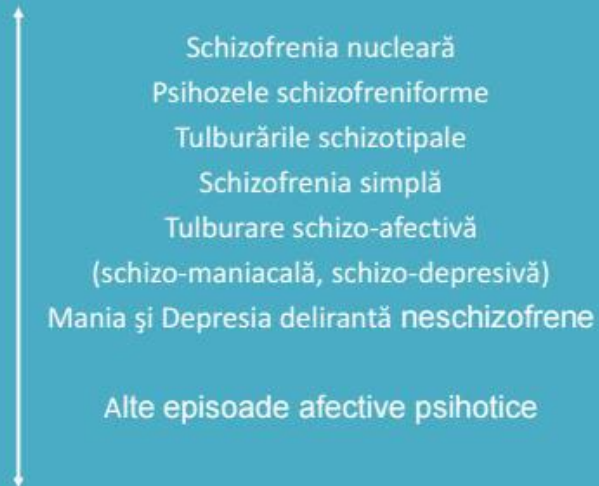


Chiar dacă se acceptă apropierea (și tranziția) între delirul halucinator neschizofren și cel schizofren (schizo +), diferența de principiu se cere păstrată.

Acesta deoarece la nivel subclinic, adică ce ne apropie de normalitate, diferențele pot fi mai mari.

În plus, spectrul schizofren poate evolua aproape și față de alte spectre decât cel afectiv.

## Spectrul schizofren după Andreasen (1995)



Această tendință este spre reactivarea ideii de Continuum Psihotic.

## Continuum psihotic după Crow

| S+D             | S-A                               | S+A | SA                | BP                        | UP     |
|-----------------|-----------------------------------|-----|-------------------|---------------------------|--------|
| Tocire afectiva |                                   |     |                   |                           |        |
|                 | Schimbare a dispoziției<br>(-)(+) |     | Simptome nucleare | Delir incongruent afectiv | Elație |

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

Crow este de părere că tulburările dispoziționale, bipolare sau unipolar depresive considerate psihotice prin ele însele și nu doar prin combinarea cu delirul halucinator și dezorganizare, așa cum susține DSM III-IV.

Crow a dezvoltat în ultimii 30 de ani o teorie evoluționistă a psihozelor, susținând ca aceste tulburări sunt un preț plătit de umanitate pentru dezvoltarea rapidă a “crescendo social”, începând cu 150.000 de ani în urmă, când a început dezvoltarea mai rapidă a limbajului articulat.

Crow corelează psihoza cu cromozomii sexului și cu asimetria și dominanța sexuală a emisferului drept.

Psihiatria evoluționistă, inclusiv în aria psihozelor, este în prezent în plină dezvoltare (a se vedea Brune, Burns)

În prezent problema formelor clinice a psihozelor funcționale se pune în termenii spectrelor maladive și a interferenței spectrelor, așa cum arată și titlul unor cărți apărute în ultimii ani.

De asemenea se vorbește despre “Spectrul psihotic” în general, în efortul de a corela mecanismele cerebrale de care depinde menținerea acelor aspecte ale sintezei și echilibrului psihic a cărui perturbare conduce la ceea ce noi, psihiatrii, de aproape 200 de ani, numim psihoză.





## **Recapitulare a conceptului de spectru în studierea psihozelor**

Conceptul de spectru este extrem de util în înțelegerea clinică a psihiatriei și pentru cercetare. Dar el nu este încă foarte clar și nu are reguli suficient de precise pentru o utilizare metodologică, euristică.

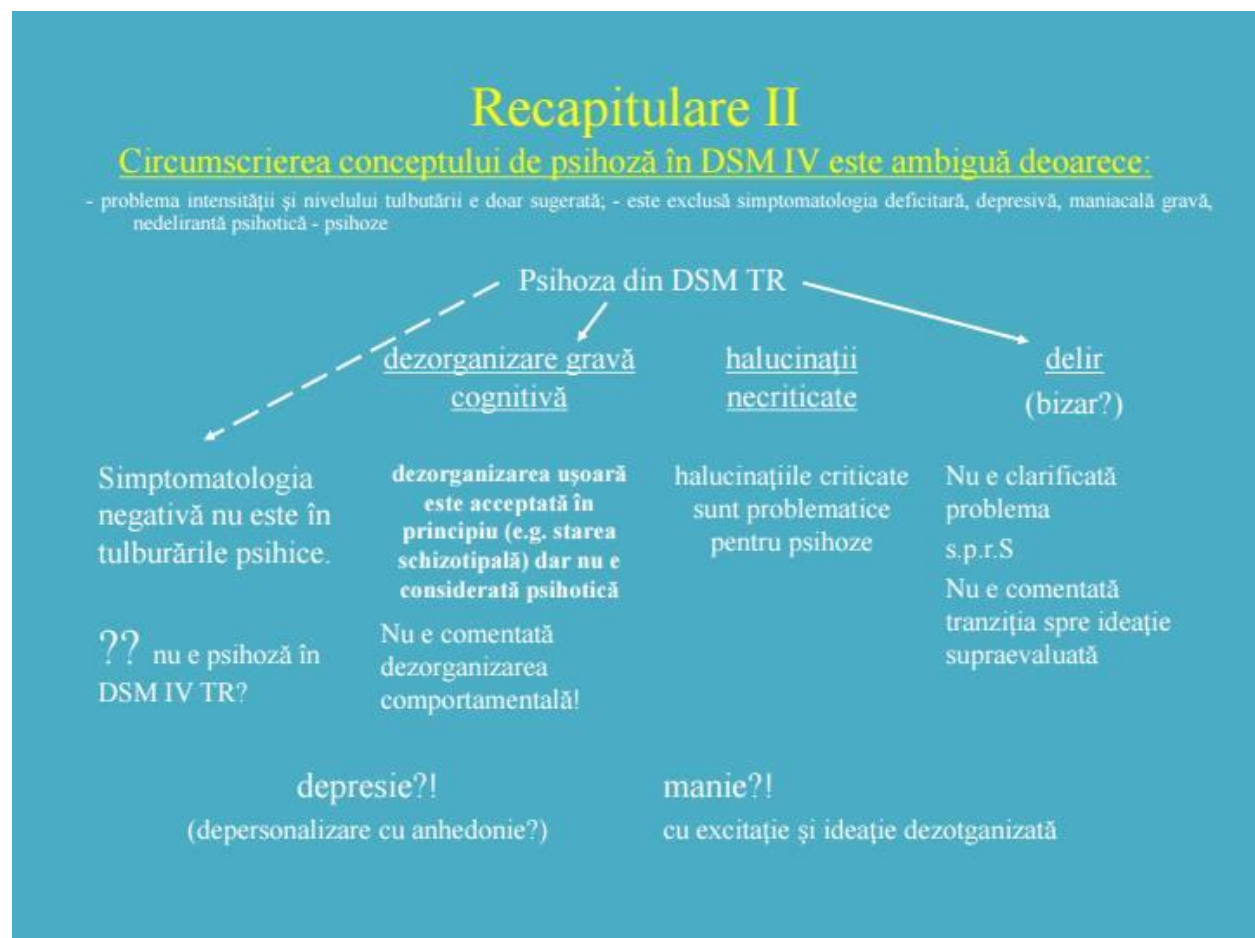
Problema devine extrem de complexă – deși rămâne intuitivă – atunci când este vorba de interferența dintre spectre: e.g. interferența între spectrul afectiv și cel

schizofren. În acest ultim caz se cere inițial o clarificare a articulațiilor dintre spectrul delirant și ipoteticul spectru al unei schizofrenii predominant dezorganizate.

La fel de complexă apare problema în cazul unor generalizări așa cum este în cazul ideii de “spectru psihotic”, care continuă ideea “continuumului psihotic”.

Aceste idei sugerează un nivel de tranziție – de salt - pentru unele forme de patologie între o variantă nepsihotică și una psihotică.

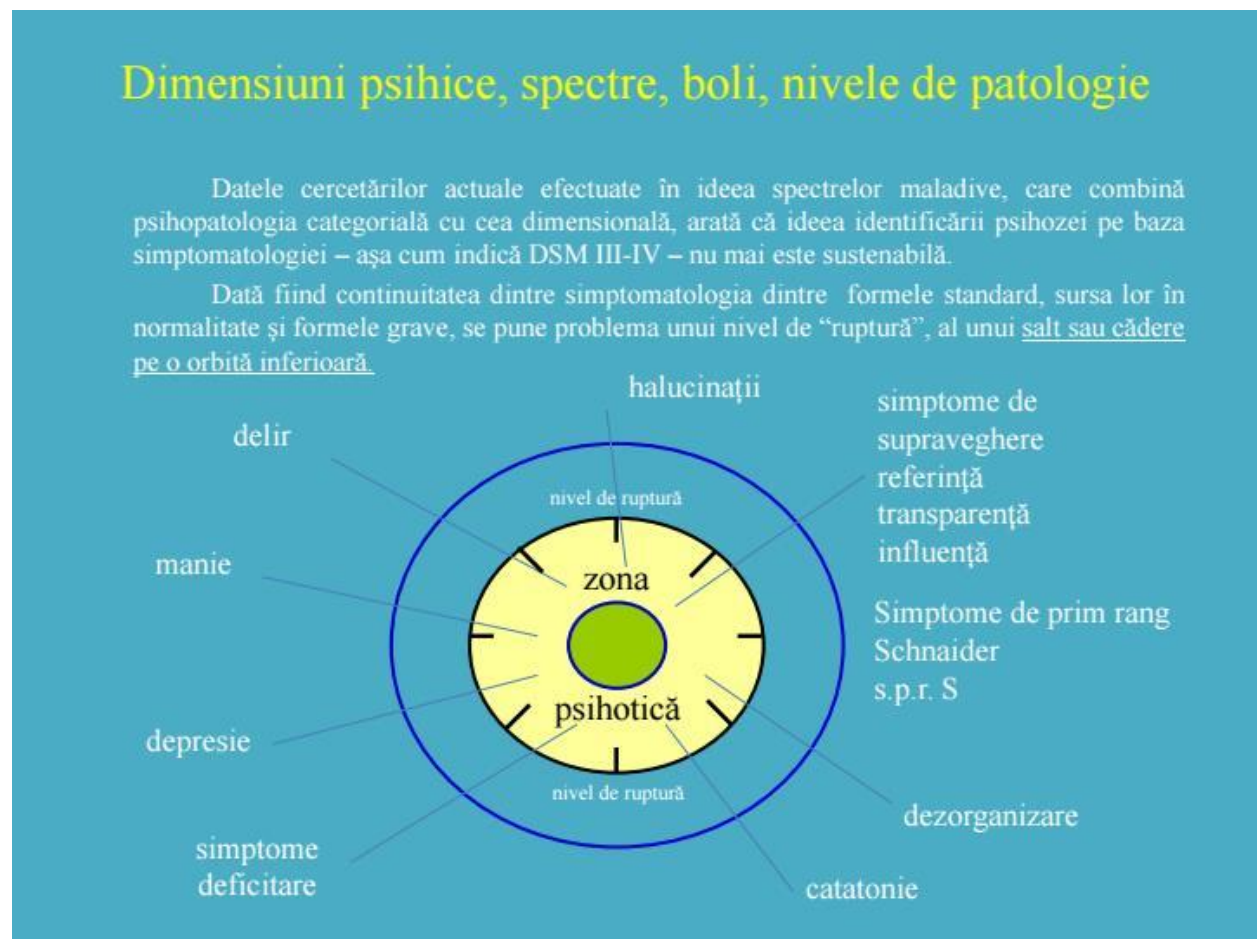
La acest nivel se reactivează vechea idee a “tulburărilor formale” și a “procesului psihopatologic”.



## Orientarea dimensională spre DSM 5 în domeniul psihozelor

Actuala orientare de “deconstrucție” și reconstrucție a psihozelor acceptă un model pentadimensional al psihozelor.

Acesta derivă din concepția dimensională a lui Kay și Lyndemazer. Kay, elaborând instrumentul de dirijare PANSS (1989) a imaginat un model piramidal al psihozelor;



Una din întrebările de bază, actuale ale psihopatologiei este:

Ce proces psihopatologic realizează “ruptura” sau “saltul negativ” pe o altă orbită care conduce la episodul psihotic?

În această direcție studiile cognitive încearcă, progresiv, să descifreze procesele implicate.

Problema corelației dintre spectrele maladive generale și problema spectrului psihotic, se evidențiază pregnant în cadrul unuia dintre cele mai studiate teme ale psihiatriei actuale: **Primului episod de psihoză și prodromul său.**

## Psihozele scurte ca legătură între spectrul psihotic delirant schizofren și cel afectiv

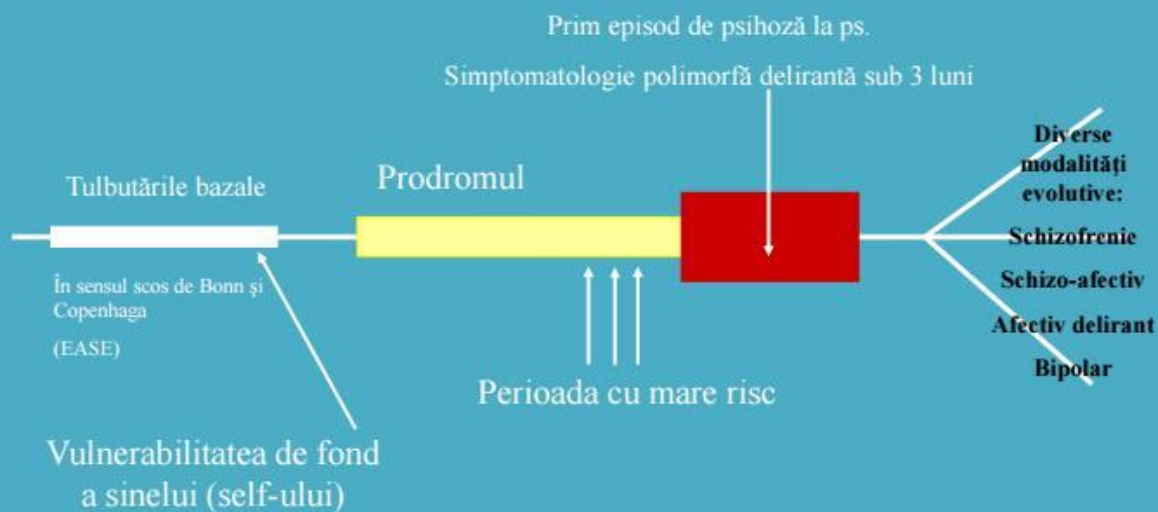
Cazurile de psihoză scurtă – e.p., B.d. – prezintă atât simptome halucinator delirante cât și simptome afective și motorii variate; pot fi prezente și s.p.r. S, oscilații rapide ale simptomatologiei și uneori denivelări ale vigilității conștienței.

Din aceste motive, precum și din motive evolutive, Marneron le consideră intermediare între tulburarea afectivă (psihotică) și patologia psihotică centrată de schizofrenie.



# Psihoza timpurie, prodromul și vulnerabilitatea de bază

O problemă clinică specială îl ridică însă primul episod de psihoză – la ps. – care e precedat de prodrom; acesta a fost studiat mai ales din perspectiva schizofrenă.



## **Psihoza – O patologie a self-ului?**

Studierea vulnerabilității de fond ce stă în spatele prodromului și apariției primului episod de la PS. – de tip schizofren – ridică problema psihopatologică a unei afectări nucleare a sinelui – self-ului – a instanței centrale a personalității, care realizează sinteza proceselor psihice atât în evenimentele actuale cât și în ceea ce privește identitatea biografică de sine a persoanei.

Cognitivismul actual se conjugă cu neuroștiințele și cu neofenomenologia pentru a studia alte vulnerabilități de fond ce conduc spre psihoze cât și mecanismele prin care se realizează această formă clinică a psihozei.

## **Psihoza – o psihopatologie a sistemului Sinelui?**

Cercetările neurocognitive sunt conjugate cu cele fenomenologice și au condus deja la rezultate promițătoare deschizând drumuri interesante pentru studierea în viitor a aspectelor psihologice ale psihozelor ce au patologie a Sinelui.

Acesta este însă subiectul altui eventual curs despre psihoze.