

Patologia delirantă

(+ I.Papavă)

2018-2019

Istoria conceptului de delir

Psihopatologia delirantă

Clinica patologiei delirante

- Tulburările delirante sistematizate monotematice + dismorfofobia
- Tulburarea delirantă persistentă (neschizofrenă)
- Delirul în patologia afectivă
- Delirul în schizofrenie
- Delirul în psihozele scurte

Tratamentul medicamentos

Tratamentul psihoterapic cognitiv

Perspectiva antropologică a delirului și aspecte epidemiologice

Delirul și problematica psihozei

I Noțiuni asupra delirului

Cuvântul englez *Delude* vine din latină și presupune a-și bate joc, a frauda sau trișa. Echivalentul german *Wahn* s-ar exprima prin capriciu, opinie falsă sau trăsnită. Echivalentul francez *Delire* este mai empatic și ar implica ca și traducere metafora echivalentă în traducere românească de „a o lua pe arătură”, sau ironicul „demonstat”. Delirul era văzut ca principalul element pentru „nebunie”.

În prezent nu există o definiție general acceptată a delirului, aspect trist ținând cont de faptul că de aproximativ 200 de ani, acest concept nu doar a fost

intens discutat și cercetat în cadrul psihiatriei, dar și reprezintă un aspect extrem de important pentru clinica psihiatrică. (1) Ideea delirantă reprezintă o tulburare a conținutului gândirii și reprezintă probabil fenomenul nuclear al psihopatologiei.(2)

Decizia de a considera o idee sau judecată delirantă, nu este realizată de persoana care prezintă aceste credințe ci de observatorul extern. În 1908 Stoddart definea delirul ca „o judecată ce nu poate fi acceptată de persoanele de aceeași clasă socială, educație, rasă și din aceeași perioadă de timp cu persoana delirantă”. (3)

În psihiatrie, conceptele tradiționale de delir își au originea în lucrările lui Karl Jaspers (1883- 1969), care au influențat enorm psihopatologia și fenomenologia în aceste domenii. Astfel Jaspers definea delirul ca o credință :

- care este susținută cu o extraordinară convingere și cu o intensă siguranță subiectivă
- care este menținută în ciuda contra-argumentelor sau a experiențelor cu efecte contrare
- imposibilă prin conținutul său.

El sublinia faptul că credința delirantă este imposibil de modificat, și încerca să explice acest lucru prin faptul că aceasta reprezintă un mod de protecție a individului față de un colaps mental intern. Idee pe care o regăsim în zilele noastre prin modul de atribuire efectuat de deliranții paranoizi în scopul unei protejări a unei stime de sine scăzute existente la aceștia.(4)

Această caracterizare a delirului a rămas destul de influentă în psihiatrie și a rămas baza definițiilor actuale. Astfel un autor mult mai apropiat zilelor noastre (Mullen, 1979) adoptă o definire similară și este frecvent citat în literatura psihiatrică modernă când este descris delirul.(5) El caracterizează ideea delirantă prin :

- este susținută cu convingere absolută
- individul experimentează credința ca pe un lucru foarte evident și cu mare semnificație personală
- nu poate fi modificată prin apelarea la raționamente logice sau prin experiențe contrare
- conținutul ideii este neobișnuit și adesea fantastic
- ideea nu este împărtășită de ceilalți din grupul socio-economic al individului.

Această definiție a delirului este foarte similară cu cea adoptată de DSM IV (1994) și ICD 10 (1992), pentru ideea delirantă. (6,7)

Dacă până la un moment dat psihiatrii erau mai preocupați de o definiție unitară a delirului, Kendler (8), în 1983, a propus câteva dimensiuni ale severității delirului:

1. Convingerea - gradul de convingere a pacientului că credința este adevărată
2. Extensia – gradul de contaminare cu delir a domeniilor de viață ale pacientului
3. Bizareria – gradul în care convingerea se îndepărtează de consensurile culturale existente în acea perioadă în societate
4. Dezorganizarea – gradul de coerență interioară, logică și sistematizare a credinței delirante
5. Presiunea – gradul în care pacientul este preocupat și implicat în exprimarea credinței delirante
6. Răspunsul afectiv – gradul de implicare emoțională a pacientului în aceste idei delirante
7. Comportamentul deviant motivat delirant – uneori pacienții acționează în conformitate cu credințele lor delirante.

Clinicienii folosesc pe scară largă terminologia introdusă de Jaspers, de exemplu atunci când folosesc termeni precum delir "primar" și "secundar", "dispoziție delirantă" (Wahnstimmung) și "memorie delirantă". Aceste concepte sunt de o anumită valoare descriptivă și, eventual, euristică, dar ele nu se dovedesc deosebit de utile în distincția delirurilor de ideile supraevaluate în cazuri individuale, precum nici în decizia legată de apartenența specifică a unui fenomen delirant particular la o anumită tulburare delirantă.

Într-un fel, toate delirurile sunt secundare, în sensul ca ele sunt produsul unui proces cerebral patologic, pe care, în majoritatea cazurilor, îl putem doar suspecta. Uneori este util să se diferențieze clinic între un delir "primar" sau "autohton", care apare cu drepturi depline și relativ brusc, și un delir "secundar", care reprezintă o continuare a dezvoltării în cadrul sistemului delirant și poate părea, uneori, a fi modul individului de raționalizare a convingerilor sale delirante, deși, desigur, această raționalizare este filtrată printr-o minte ce prezintă deja tulburări cognitive și care este deja afectată de deliruri. Jaspers vedea delirurile secundare ca ceva explicabil pentru dispoziția sau circumstanțele pacientului, și care se află în relație cu credințele grupului sau ca rezultat al factorilor de personalitate sau al experiențelor de viață cumulate.(9)

Delirul primar era văzut de Jaspers ca rezultând dintr-o anormalitate a creierului și este de neînțeles în conformitate cu cunoștințele actuale. (10) El a împărțit după cum s-a menționat în 4 tipuri:

- Delirul autohton (Autochthonous delusion) (sau „delirul de intuiție”), care este descris fenomenologic ca și apariția bruscă a unei idei normale, în special o idee de inspirație. Ideea apare complet formată și este susținută cu certitudine. Acest proces are loc într-un singur pas.
- Percepția delirantă este o percepție normală căreia i se atribuie o semnificație delirantă. Deși credința este falsă, ea are o semnificație teribilă

pentru pacient, percepția rămâne nealterată, chiar dacă ea capătă o nouă semnificație pentru pacient. Procesul de formare a percepției delirante se dezvoltă în două faze, prima în care o credință obișnuită este percepută ca importantă, apoi, în a doua fază ea este investită cu semnificație delirantă.

- Atmosfera delirantă (cunoscută ca și dispoziție delirantă sau Wahnstimmung) este fenomenul în care persoana simte că lumea a fost schimbată subtil pentru un scop. Este un sentiment de anticipație ce se însoțește de perplexitate și aprehensiune, și care dispare de obicei după cristalizarea delirului.
- Memoria delirantă (sau „delirul retrospectiv”): se aseamănă cu delirul autonom sau percepția delirantă dar se prezintă ca o memorie falsă. Individul își amintește ceva ce nu s-a întâmplat și o susține cu certitudine. Astfel apropiați ai pacientului se pot trezi că sunt acuzați de diferite infracțiuni sau abuzuri sexuale.

În timp ce privim delirul ca pe unul dintre elementele cele mai caracteristice ale tuturor afecțiunilor psihotice și o condiție sine qua non în diagnosticul de tulburare delirantă, descrierea clară și delimitarea s-au dovedit evazive, în ciuda multor ani de studiu și experiment, mai ales de către psihologii clinicieni. De fapt, Garety și Hemsley (1994) subliniază că, chiar și acum, nici una dintre caracteristicile delirurilor pe care le acceptăm în mod tradițional nu rezistă complet controlului științific riguros. De exemplu, se pare că delirurile nu sunt neapărat rigid fixate, dar că pot fluctua în intensitatea cu care sunt susținute. Ele nu sunt complet incorigibile și s-a demonstrat că cel puțin unele sunt modificabile prin abordări psihologice, și ele nu sunt, cu siguranță, entități invariabile absolute, de tip da-nu. Un delir nu trebuie să fie întotdeauna o credință oarbă și unii indivizi reflectă liber asupra ideilor anormale, având chiar și insight, uneori. În special, în

zilele noastre, așa-numita bizarerie a unui delir s-a dovedit a avea puțină sau nicio valoare distinctivă.

Îndoielile adresate definiției prezente în sistemele actuale de diagnostic par a nu fi noi, dar s-au intensificat în ultimele două decade.

Pornind de la cele trei criterii ale lui Jaspers, definitorii pentru conceptualizarea modernă a delirurilor, Spitzer afirmă că însuși Jaspers precizează că ele sunt, cu precădere, aproximații care pot servi doar ca indicii clinice și care nu definesc delirurile. Spitzer spune că al treilea criteriu al delirului – imposibilitatea conținutului a suferit o schimbare în literatură, de la imposibilitate la falsitate și, chiar și așa, falsitatea rămâne problematică pentru că, uneori, cheștiunea adevărului și a falsității este fie non-aplicabilă (ca în cazul delirurilor religioase) sau aplicabilă în principiu, dar neutilizată în scopuri diagnostice (de exemplu, delirurile ce includ în conținut sateliții de spionaj) sau aplicabilă, dar în sensul în care conținutul delirului este, în fapt, adevărat (de exemplu, în unele cazuri de delir de gelozie); faptele clinice nu neagă afirmațiile false prezente în multe cazuri de delir, dar demonstrează că delirurile nu pot fi definite ca false afirmații.(11)

Considerațiile asupra definirii delirului au relevat complexitatea acestui concept multi-dimensional. Multe comentarii au punctat limitele definițiilor existente în general, legându-se de faptul că criteriile din definiție nu sunt aplicabile la toate delirurile (Strauss 1969, Jones 1999). Abordarea multi-dimensională a delirului este susținută de o serie de studii empirice (Kendler et al. 1983, Brett-Jones et al. 1987, Harrow et al. 1988, Garety și Hemsley 1994, Harrow și colegii 2004).

Freeman (12) propune o abordare multidimensională a delirului (2007), descriind următoarele caracteristici :

- Este nefondat; pentru anumiți indivizi, delirul reflectă un sâmbure de adevăr ce a fost exagerat (de exemplu persoana a avut o dispută cu un vecin, dar acum crede că toți vecinii îl urmăresc și vor să-i facă rău). Este greu de stabilit dacă persoana este în prezent delirantă. La alții, ideile sunt fantastice, imposibile și clar nefondate.
- Susținut cu convingere; credința delirantă poate varia de la a fi susținută cu convingere totală până la o susținere ocazională, atunci când persoana se află într-o situație stresantă
- Rezistență la schimbare; pacientul este convins că nu greșește și nu ia în calcul nici o variantă explicativă alternativă pentru experiența trăită. Alții sunt însă foarte confuzi și nesiguri referitor la ideea lor și sunt gata să ia în calcul variante alternative pentru experiența lor
- Preocuparea; unii deliranți afirmă că nu pot face nimic altceva decât să se gândească la credințele lor delirante. Pentru alții, deși ei cred cu tărie în delir, astfel de gânduri, rareori le preocupă gândirea.
- Suferința; Multe credințe delirante sunt trăite de către individ ca producătoare de suferință (precum delirul de persecuție), dar altele pot fi trăite la modul pozitiv (delirul de grandoare). Chiar și unele deliruri de persecuție pot fi însoțite însă de grade scăzute de suferință (când persecutorul este văzut ca fără forța de a-i putea provoca rău)
- Interferența cu funcționarea socială; delirurile pot opri persoanele să mai interacționeze cu colegii și duc la o mare izolare cu abandonarea activităților. Alte persoane pot avea însă delir și să aibă un grad înalt de funcționare socială și profesională
- Implică referințe personale; în multe situații, pacientul este centrul sistemului delirant. De asemenea, rude și prieteni sunt implicați, iar anumite persoane cred că toată populația este implicată în mod egal (12)

Până în prezent s-au elaborat diferite definiții ideii delirante, de către diverși autori, precum cele menționate mai jos.

În “Dicționarul enciclopedic de psihiatrie” (C.Gorgos, 1988), ideea delirantă este definită drept o tulburare de gândire care determină reflectarea eronată a realității, al cărei caracter patologic nu este recunoscut de subiect, ceea ce provoacă modificarea patologică a concepției despre lume, a comportamentului și a trăirilor acestuia. Ideile delirante sunt impenetrabile la contraargumentare și sunt susținute cu convingere de bolnav.(13)

V. Predescu (1989) vedea în ideea delirantă acele judecăți și raționamente care reflectă în mod eronat realitatea și modifică în sensul lor patologic concepția despre lume și comportamentul bolnavului.(14)

În “Gale Encyclopedia of Medicine” (1999), ideea delirantă este definită drept o credință de nezduncinat în ceva neadevărat. Aceste credințe iraționale sfidează judecata normală și rămân ferme chiar dacă este prezentată o dovadă covârșitoare pentru a le disputa. Ideile delirante sunt adesea însoțite de halucinații. Ideile delirante se disting de credințele culturale sau religioase care pot fi văzute drept neadevărate de către străini (de exemplu anumite ritualuri religioase considerate normale de populația care le practică).(15)

În “Comprehensive textbook of psychiatry” (H.I.Kaplan, B.J.Sadock, 2000) ideile delirante sunt definite drept credințe false, ferme, puternic menținute și neschimbătoare în fața dovezii care le infirmă, și care nu sunt în consonanță cu educația și cadrul cultural și social al persoanei. Astfel, gândurile delirante pot fi înțelese sau evaluate cu ajutorul unor informații despre lumea interpersonală a pacienților, cum ar fi implicările lor în grupuri religioase sau politice. Una din funcțiile fundamentale ale minții este de a genera credințe, inclusiv mituri și sisteme de înțelesuri. Aceste credințe oferă individului un sens al identității personale și de grup și mijloace de a înțelege realitatea.(16)

V.Predescu (1989) găsea următoarele particularități ale ideii delirante:

- este o judecată eronată care stăpânește, domină conștiința bolnavului și-i modifică în sens patologic comportamentul
- este de obicei impenetrabilă la contraargumentare și inabordabilă prin confruntare, în ciuda contradicției evidente cu realitatea
- este incompatibilă cu existența atitudinii critice, bolnavul fiind lipsit de capacitate de a-i sesiza în mod conștient esența patologică.(14)

BIBLIOGRAFIE

1. Kunert HJ, Norra C, Hoff P. Theories of Delusional Disorders. An Update and Review. *Psychopathology* 2007;40:191–202
2. Lăzărescu M. *Psihiatrie, Sociologie, Antropologie*. Editura Brumar, Timișoara, 2002.
3. Stoddart WHB *Mind and its Disorders*. London: Lewis, 1908.
4. Jaspers, Karl. *General Psychopathology - Volumes 1 & 2*. translated by J. Hoenig and Marian W. Hamilton. Baltimore and London: Johns Hopkins University Press, 1997.
5. Mullen, P. Phenomenology of disordered mental function. In *Essential of Postgraduate Psychiatry*, Chapter 2, eds. P. Hill, R. Murray & G. Thorley, London: Academic Press, 1979.
6. ****ICD-10*. Clasificarea tulburărilor mintale și comportamentale, simptomatologie și diagnostic clinic. Editura All, București, 1998

7. *** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington D.C. : American Psychiatric Association, 2000.
8. Kendler KS, Glazer WM and Morgenstern H. Dimensions of delusional experience. *American Journal of Psychiatry* 1983; 140:466-469.
9. Alistair Munro: Persistent delusional symptoms and disorders in *New Oxford Textbook of Psychiatry*. (ed Gelder, Michael; Andreasen, Nancy; Lopez-Ibor, Juan; Geddes, John) 609-647; Oxford University Press, 2009.
10. Jaspers, Karl. *General Psychopathology - Volumes 1 & 2*. translated by J. Hoenig and Marian W. Hamilton. Baltimore and London: Johns Hopkins University Press, 1997.
11. Spitzer, M., *A neurocomputational approach to delusions*, *Comprehensive Psychiatry*, vol.36 (2): 83-105, 1995.
12. Freeman D., The assessment of persecutory ideation. In: *Persecutory Delusions , assesment, theory, and treatment* (Daniel Freeman, Richard Bentall, Philippa Garety) , Oxford University Press, 2008.
13. Gorgos C., *Dicționar enciclopedic de psihiatrie*, volumul II, Editura medicală, București, 1988.
14. Predescu V., *Psihiatrie*, volumul I, Editura Medicală, București, 1989.
15. Ford-Martin Paula Anne, *Gale Encyclopida of Medicine*, Gale Research, 1999.
16. Kaplan, H.I.; Sadock B.J., *Comprehensive textbook of psychiatry*, seventh edition, volume one, Lippincott Williams & Wilkins, 2000

Modele teoretice ale tulburării delirante

I. Modelul neuro-fiziologic

Între anii 1970 – 1980, multe modele au fost propuse pentru a dovedi originea organică a tulburării delirante. A fost sugerat că factorii neuro-fiziologici trebuie să stea la baza tulburării delirante deoarece ce delirul apare în multe boli și tulburări ce implică leziuni cerebrale (respectiv, tulburări traumatice ale craniului sau abuzul de droguri). S-a convenit că, tulburarea delirantă apare datorită diferitelor injurii și disfuncții ale creierului. De exemplu, leziuni ale sistemului limbic și ale structurilor subcorticale care apar la nivelul stâng al hemicraniului. Cu toate acestea, nu toți pacienții cu leziuni în aceste regiuni, dezvoltă delir așa că, s-a crezut că trebuie să existe factori predispozanți. Cu atât mai mult, s-a sugerat că, leziuni la nivelul hemisferului drept pot implica disfuncții ale sistemului evaluator de credințe. (în engl. „impairment of the belief evaluation system”)

În prezent, se consideră că regiunea răspunzătoare de acest proces cognitiv al evaluării credințelor, este localizat în lobul frontal drept și deci pacientul care prezintă delir asociat cu leziuni cerebrale, prezintă afectare frontală dreapta.

În mod interesant, alți autori au evidențiat ca funcțiile cognitive intacte sunt necesare pentru elaborarea procesului de delir. S-a creat ipoteza că deteriorarea, în tulburarea delirantă, trebuie să fie minoră pentru ca pacientul să poată dezvolta un delir complex. Tulburarea delirantă este de așteptat să se coreleze cu o ușoară degradare a proceselor cognitive (atenția, învățarea și memoria, percepția, planificarea, gândirea logică).

Unii autori au demonstrat că în apariția simptomatologiei paranoide este implicat un status hiper-dopaminergic al creierului, pacienții având un sistem dopaminergic hiperactiv. Aceasta disfuncționalitate dopaminergică poate avea o bază genetică. În mod particular polimorfismul genelor DRD2, DRD3, TH pare a juca un rol important

II. Experiențe perceptuale anormale

Maher a susținut că delirul nu apare datorită unui raționament defectuos ci mai degrabă constituie un răspuns rațional la experiențele perceptuale neobișnuite trăite de pacienți, aceste percepții fiind, în schimb, cauzate de anormalitatea neuro-psihologice.

Ellis a studiat conducerea dermică în raport cu răspunsul pacienților cu delir Capgras la vederea rudelor apropiate. S-a observat că pacienții prezintă același răspuns indiferent dacă apar figuri familiare sau nefamiliare ceea ce a fost interpretat ca o anormalitate în percepția lor, ulterior ducând la o interpretare delirantă. Procese defectuoase de percepție asupra propriei evaluări au fost găsite și la persoane cu delir de control. Cu toate acestea nu toate persoanele care experimentează percepții anormale dezvoltă convingeri anormale.

În concluzie, teoria experiențelor anormale rămâne un domeniu de cercetat, acesta fiind însă puțin studiat, literatura fiind însă fragmentată și deficitară.

III. Teoria celor 2 factori

Coltheart notează ca teoria anomaliilor perceptuale nu este suficientă pentru dezvoltarea delirului și susține implicarea unui factor adițional. Acest lucru se bazează pe faptul că unii indivizi cu trăiri modificate din sfera perceptuală nu dezvoltă convingeri delirante. S-a descoperit că pacientul cu leziuni frontale ale creierului, care experimentează un deficit de răspuns autonom la vederea figurilor familiare (în engl. “lack of autonomic response to familiar faces”) (cum se întâmplă, de exemplu, în cazul pacienților cu delir Capgras) nu prezintă idei delirante. Rezultate similare s-au găsit și în cazul persoanelor care prezintă: 1) aplatizare afectivă, fără însă a dezvoltă delir Cotard; 2) pierderea sentimentului de motivație în domeniul activităților auto-inițiate (în engl. “loss of experience of self-initiation of action”), fără însă a dezvoltă delir de control xenopat; 3) trăiri de tipul membru-fantoma, fără negare delirantă, însă, a propriului membru; 4) trăiri de tipul nerecunoașterii propriului chip în oglindă (în engl. “mirrored-self misidentification on delusions”), fără, însă, să apară dezvoltarea delirului de identificare greșită tip “sine-oglindă”.

Pe baza acestor probe Langdon și Coltheart au susținut că teoria lui Maher era incompletă dezvoltând apoi teoria celor 2 factori în vederea susținerii delirului monotematic (de exemplu, identificări eronate de tipul “sine-oglindă”, somatofrenie, delir Capgras, delir Fregoli, delir Cotard și de influență xenopată). Pentru a apărea astfel de deliruri trebuie să fie prezente 2 modificări. Prima, reprezintă percepția aberantă cauzată de declinul senzorial sau o disfuncție în mecanismele atenției (o modificare neuro-psihologică). După Coltheart, diferite feluri de trăiri neobișnuite stau la baza diferitelor tipuri de delir. Acest factor este

cel care promovează convingerile delirante si impreuna cu credințele cognitive sunt responsabile pentru conținutul acelu delir.

Al II-lea factor ar explica prezenta delirului si este presupus ca exista la toți pacienții deliranți. Autorul susține ca acești pacienți au un dezechilibru in abilitatea lor de a renunța la o convingere, dovezile fiind in mintea lor implauzibile si inconsistente cu cunoștințele lor anterioare iar datorita acestui dezechilibru persoana respinge dovezile chiar si atunci când exista probe solide împotriva. Acest al II-lea factor este ipotetizat ca fiind o consecința a deficitului de raționalizare asociat cu cortexul frontal drept.

IV. Atenția

S-a discutat îndelung despre faptul ca interferentele attentionale (in engl. „attentional biases”) ar putea jucaun rol in dezvoltarea si menținerea convingerilor delirante. S-a găsit ca, indivizii deliranți prezintă o inclinarea pentru procesarea rapida a stimulilor de amenințare chiar si in situații non-amenințatoare.

După David si Gileen, aceasta stare de așteptare continua a amenințării, la indivizii cu delir persecutoriu, conduce la percepția modificata asupra situațiilor amenințatoare ce se conturează in condiții ambigue. Pacienții prezintă un pattern, cel al evitării vigilente pentru informațiile referitoare la amenințare (in engl. ”pattern of vigilance-avoidence for threat-related information”).

S-a spus ca o informatie auto-referentiala trebuie sa fie in mod particular importanta pentru pacienții deliranți. Acest focus pentru informația centrata pe sine a fost descoperita si la indivizii predispuși la delir, ceea ce indica prezenta unui factor predispozant in dezvoltarea gândirii delirante. Datorita acestui fapt indivizii deliranți selectează informația amenințatoare si auto-referentiala, având in sa si o buna memorie pentru acest tip de informație ceea ce, ar putea explica menținerea delirului si a rezistentei la schimbare. Oricum, indivizii deliranți nu numai ca in mod preferențial rețin informația amenințatoare dar selectiv, păstrează informația

care confirma convingerile delirante. Cu alte cuvinte, persoanele delirante tind sa ignore informația împotriva convingerilor lor ceea ce a fost denumit ca "inclinație pentru informația non-confirmatorie" (in engl. „bias against disconfirmatory evidence”). La indivizii sanatoși s-a constatat ca aceasta inclinație pentru informația non-confirmatorie se corelează cu personalitatea schizotipala.

Dintr-un punct de vedere evoluționist, s-a sugerat ca interferentele găsite la pacienții deliranți pot fi declanșate de variația mare a mecanismelor adaptative cu privire la situațiile amenințătoare, ceea ce a condus la supraviețuirea speciei umane.

In concluzie, pacienții deliranți prezintă interferente attentionale puternice, inclusiv perceptive, exagerate in fata amenințării si in situații non-amenințătoare, precum si o preferință pentru informația auto-referentiala ceea ce ar explica concluziile de natura deliranta. Evitarea stimulilor amenințători, pentru a reduce anxietatea, conduc la întreținerea delirului. Memoria, mai agila pentru informația amenințătoare si auto-referentiala, precum si, evitarea informației in corcondanta cu convingerile pacientului, ar explica continuitatea delirului.

V. Procese afective

1) Anxietatea. Este larg acceptat ca, atât gândurile persecutorii cat si cele anxioase, implica anticipația amenințării. Anxietatea ajuta la generarea gândurilor cu conținut paranoid iar procesele legate de anxietate contribuie la perpetuarea sentimentului asociat cu distress. Este general acceptat, ca paranoia severa se cladeste pe fondul unor implicatii emotionale. Se pare ca anxietatea si paranoia ar impartasi un marker genetic similar. In concluzie, pana in acest moment dovezile pentru legatura dintre anxietate si paranoia sunt puternice.

2) Depresia si stima de sine

Bentall considera, ca persoanele cu delir de persecutie, si-i l-ar construi, pentru a-si mentine stima de sine evitand astfel discrepanta dintre felul in care se percepe pe

sine si cum si-ar dori sa fie cu adevarat. Aceasta teorie, a constituirii delirului ca mijloc de aparare (in engl. „delusions-as-defense” are la baza 2 concepte principale: modelul atributiv si stima de sine. Gandurile paranoide au fost corelate cu stima de sine scazuta si un grad crescut de depresie, care nu ar fi de asteptat daca gandurile persecutorii au servit ca defensiva.

Conform autorilor Trower si Chadwick, diferenta dintre modelul paranoidei intitulata “saracul de mine” (in engl. „poor me paranoia”) si respectiv “sunt un om rau” (in engl. ”bad me paranoia”), se bazeaza pe impresia perceputa de sine ca fiind si a celorlalti, acestia intentionand sa le faca rau. Ideea centrala este aceea ca altii planuiesc sa le faca rau. In cadrul paranoidei “saracul de mine”, individul ii vade pe ceilalti ca avand rea-vointa, maltratandu-I fara sa merite acest lucru, in timp ce, in cadrul paranoidei “sunt un om rau”, individul percepe rea-vointa ca fiind meritata pentru ca este o fiinta nedemna si care nu merita nimic. Paranoia “sunt un om rau” este caracterizata prin stima de sine scazuta si autoevaluare negativa importanta, anxietate si depresie comparativ cu paranoia “saracul de mine”.

In concluzie, sunt dovezi considerabile ca afectul si procesele legate de afect au un rol important, acestea neprotejand indivizii in dezvoltarea gandurilor paranoide. Se pare ca este o relatie circulara intre stima de sine scazuta si depresie.

VI. Factori motivationali

Nevoia de incheiere (in engl. „need for closure”) a fost socotita ca un factor motivational in trecerea la concluzii (in engl. ”jumping to conclusions”) observata la pacientii deliranti.

Acest termen a fost folosit prima data de Kruglanski pentru a se referi la dorinta de siguranta. Ca efect, indivizii deliranti sau predispusi la delir au fost gasiti ca, prezentand necesitate crescuta pentru incheierea unei situatii amenintatoare, mai de graba decat controlarea acesteia, astfel ca, impreuna cu credintelor de trecere la

concluzie, pacientii cu delir sunt rigizi din punct de vedere cognitiv in luarea deciziilor.

VII. Rationamentul

Kemp a remarcat ca pacientii deliranti nu delireaza despre orice si deci nu ar trebui sa fie deficit global in abilitatile de rationalizare. Aceste deficite cognitive subtile sunt detectabile doar printr-o evaluare neuro-psihiologica.

VIII. Trecerea la concluzii (in engl. „jumping to conclusions”)

S-a gasit ca indivizii care prezinta delir, solicita mai putine note informative inaintea luarii unei decizii. Acest aspect al colectarii datelor, conduce rapid la auto-acceptarea convingerilor si astfel, devine un factor in dezvoltarea si mentinerea delirului. Cu alte cuvinte, aspectul colectarii datelor (in engl. „data gathering biases”) afecteaza in mod plausibil formarea si mentinerea convingerilor delirante, permitand, astfel, acceptarea rapida a explicatiilor implauzibile. Aceasta trecere la concluzii nu reprezinta o functie in luarea decizionala si nici o consecinta a vreunui deficit de memorie.

Trecerea la concluzii a fost gasita si la pacientii fara delir cu schizofrenie, pacienti al caror delir a fost remis sau la persoanele neafectate de rangul I al indivizilor psihotici. Trecerea la concluzii poate aparea si la indivizii sanatosi dar pacientii deliranti par a prezenta dezavantajul procesarii informatiei ceea ce ii face sa accepte explicatii implauzibile mult mai usor. Tragand o concluzie, persoanele cu delir nu prezinta un rationament probabilistic (in engl. „probabilistic reasoning bias”), dar prezinta interferente in colectarea informatiilor.

IX. Modelul atributiv

Interferentele de model atributiv au fost studiate in mod extensiv, mai ales in cazul pacientilor care prezinta delir de persecutie. Bentall, s-a legat mai ales de teoria delirului ca defensiva, modelul atributiv legat de evenimentele negative nereprezentad in mod necesar o functie defensiva. Acest model, caracterizat prin a

da vina pe alții pentru evenimentele neplacute din viața sa, și luarea de credit sau merit pentru evenimentele placute, este implicat în delirul de persecuție. Bentall, descrie aceasta, ca pe o formă extremă a inadvertenței de auto-apreciere (în engl. „self-serving bias”), modelul atributiv, fiind raportat a fi prezent și în populația generală ca un mijloc de păstrare a stimei de sine.

Aspectul cheie în cazul indivizilor care prezintă delir, nu este acela de auto-apreciere pentru evenimentele pozitive și acela, ca acești indivizi, fac atribuții inexterioare pentru evenimentele negative trăite.

Unele studii arată că persoanele cu gândire delirantă, indivizi predispuși către delir și rudele de rând I cu risc crescut ale pacienților psihotici, prezintă interferențe de externalizare (în engl. „externalizing bias”). Pacienții deliranti sunt înclinați, în mod particular, să dea vina pe oameni, mai degrabă decât pe situații sau pe sansă, mai ales pe evenimentele negative, precum și atunci când situația se referă la ei.

X. Teoria minții (în engl. „theory of mind”)

Frith, afirmă că delirul de referință sîcîl persecutoriu, apar pe fondul inabilității individului de a înțelege convingerile, gândurile și intențiile celorlalți, aceasta reprezentând teoria minții. Teoria minții se referă la abilitatea, de a-și înțelege statusul mental (convingeri, dorințe, sentimente și intenții) cât și al altora. Aceasta înseamnă, că individul cu ideatie persecutorie prezintă probleme în înțelegerea intențiilor sau a gândurilor celorlalți precum, și mecanismul de apariție al statusului mental al celorlalți. Aceste deficiențe, sunt cu siguranță, nici specifice, nici necesare pentru persoanele care prezintă delir și se poate ca acestea, să apară secundar simptomelor negative și a tulburării de gândire în sine. Deficiențele minții sunt corelate cu simptome psihotice negative, ci nu pozitive. Aceasta, reprezintă mai degrabă un status, decât o trăsătură variabilă.

XI. Teorii evoluționiste

Dintr-un punct de vedere evolutionist, unii autori au sugerat ca delirul in loc sa reprezinte simptomele unei boli sau o disfunctie, ar reprezenta o functie adaptativa. Dennett afirma, ca credintele gresite, aparute in contextual normal al formarii sistemului de convingeri, pot fi adaptative. Sustine, ca aceste convingeri gresite pot aparea atat in sistemul disfunctional cat si cel normal de formare al credintelor.

Teoria erorii de management (in engl. "error management theory") afirma ca erorile cognitive (inclusiv convingerile gresite) nu sunt neaparat disfunctionalitati, ci reflecta limitarile evolutioniste - acestea reprezentand, mai degraba, maximizarea adaptativa.

Dennett, a postulat ca delirul reprezinta produsul unor sisteme care au evoluat in acord cu principiile erorii de management. Ele sunt adaptative, in sensul ca ele garanteaza un raspuns mai bun in mediu decat sistemele clasice.

Hagen, propune o perspectiva evolutionista definita in formarea si mentinerea delirului ceea ce sugereaza ca delirurile s-au dezvoltat pentru a controlarea unui statut social deficitar. Delirul, ar servi pentru a-i duce in eroare pe ceilalti, astfel furnizandu-i persoanei respective beneficiile care au fost pierdute. Stresul social actioneaza ca o presiune. Prabusirile sociale grave, ar impiedica indivizii de la a obtine beneficii sociale in 3 domenii, si anume schimbul social, apararea si reproducerea.

In mod particular, grandiozitatea si erotomania ar creste statusul social al persoanei delirante astfel, crescand si sansele de a-si castiga prieteni, aliati, precum si alte beneficii sociale.

Delirul somatic, indica ca cineva este bolnav si deserveste ca mijloc de intr-ajutorare, rezultand in ajutorul din partea celoralti in cazul in care acesta ar fi bolnav; delirul de persecutie, ar creste valoarea celui persecutat ca furnizor de informatii in cazul unei amenintari, ceea ce ar duce la o crestere, in cadrul intregului grup, a cooperarii si la o descrestere a conflictelor interne. Delirul de

gelozie este rezultatul unei vigilente crescute si nu este generat de deceptie. In acest fel, dezvoltarea delirului si, respectiv, a deceptiei celorlalti, ar fi solutia in cazul situatiilor de adaptare. Costul deceptiei este foarte mare si reprezinta incheierea relatiilor sociale cu amagitorul. Aceasta metoda este folosita de aceia, care nu ar mai avea nimic de pierdut, deci de aceia cei care nu mai au beneficii sociale.

Pentru a demonstra ca delirul reprezinta un mecanism adaptativ, in primul rand, problemele sociale ar trebui sa apara inaintea instalarii delirului. Acest lucru este sustinut de studiile pe imigranti si refugianti si pe cei care au prezentat status economico-social scazut.

In al II-lea rand, delirul trebuie sa produca anumite beneficii sociale-acestea, fiind demonstrate in societatile si comunitatile mici. Daca delirul este o adaptare, ar trebui sa fie universal, astfel incat sa se gaseasca in diferite culturi, ceea ce se si intampla.

In ultimul rand, odata ce beneficiile sociale sunt obtinute, delirul ar trebui sa dispara. Acesta se aplica doar la grupurile mici. Atat in societatile mici cat si in cele din vest, mai populate, variatii sociale pozitive au fost asociate cu remiterea delirului.

In concluzie, delirul reprezinta un raspuns protectiv la problemele sociale care au rezultat de-a lungul evolutiei omenirii, datorita abilitatii delirului de a furniza protectie sociala persoanei persecutate.

Tulburarea delirantă

Identitatea tulburării delirante are la bază conceptul de paranoia. Cuvântul “paranoia” a fost inventat de Hippocrate, cel frecvent numit “fondatorul medicinei”. El, a folosit cuvântul pentru a descrie un tip de delirium pe care oamenii îl prezentau când aveau febră. A creat această denumire prin alăturarea

cuvintelor grecești *para* „în afară” și *nous* „minte”, pentru a crea un cuvânt care însemna „ieșit din minți”. Termenul era însă folosit și la teama irațională față de alți oameni, din timpul stărilor confuzive.

În 1763, când medicul și omul de știință francez Francois Boissier de Sauvages de Lacroix a publicat „Nosologia Methodica”, o lucrare care a încercat o primă clasificare științifică a bolilor, acesta a dedicat o importantă parte bolilor mentale. În cadrul acestei lucrări, „paranoia” era prezentată tot ca o formă de perturbare sau nebunie asociată cu febră crescută și demență. (3)

Termenul a fost substanțial redefinit de Johann Heinroth (1777-1843). El a dat cuvântului sensul de „psihosomatic”, dar a extins înțelesul acestuia pentru a include delirul ce apare fără prezența statusului febril. (4)

Heinroth (1818) a folosit cuvântul „Verrücktheit” (nebunie) sinonim cu paranoia pentru a descrie o condiție caracterizată prin ”nelibertatea spiritului, cu exaltarea facultăților gândirii, concepte perverse, dar fără modificarea percepției” (astfel în primul rând cogniția o avem afectată și nu percepția).(5) El credea că există anumite persoane predispuse spre dezvoltarea paranoiei: cei vanitoși, excentricii meditativi și cei care au cele mai înalte aspirații. El a divizat deasemenea paranoia în „simplex” și „catholoca”.

În psihiatria modernă termenul de „paranoia” a fost utilizat pentru prima dată de Kalhbaum (1863) pentru a-i denumii pe aceia la care simptomele se manifestă pentru prima dată în inteligență. Paranoia era descrisă ca o condiție delirantă independentă sau primară ce rămânea neschimbată de-a lungul timpului. El a împărțit paranoia în 3 tipuri: ascensa (subiectul afirmă că este altcineva), descensa (pacientul se simte posedat sau afirmă că este diavolul) și immota (cu sensibilitatea exagerată la stimuli și halucinații).(6) Krafz-Ebing (1863) considera paranoia ca fiind în principal un delir bazat pe tulburări ale gândirii, independent de modificări ale afectivității.(7)

Descrierea de bază a paranoiei, a fost treptat cristalizată în a doua jumătate a secolului al XIX-lea și a fost definitiv delimitată de Kraepelin. Definiția conceptului de paranoia s-a modificat cu fiecare nouă ediție a manualului lui Kraepelin. În ultimul său manual, el descrie paranoia ca fiind un delir tematizat și consistent (de grandoare, de persecuție, gelozie, erotoman), în special de persecuție, care îl trage pe subiect într-o stare psihopatică. El diferențiază tulburările paranoide de dementia praecox, prin faptul că pacienții cu paranoia nu au nici o perturbare de formă în procesul de gândire cu excepția delirurilor, și astfel, defectul principal îl găsim în judecată. Personalitatea este bine păstrată, chiar și după o perioadă lungă de boală, singurele modificări fiind comportamentul secundar credințelor sale delirante. La început, Kraepelin a acceptat faptul că halucinații auditive ar putea să apară în paranoia, dar mai târziu (credem noi, în mod eronat), a exclus toate formele de halucinații din descriere. Cu excepția faptului că halucinații non-proeminente sunt acum acceptabile, definiția de secole a paranoiei dată de Kraepelin, încă servește, în mare măsură, drept model de bază pentru tulburarea delirantă de astăzi. El a descris la acea vreme trei subcategorii: paranoia, parafrenia și dementia paranoides. Dementia paranoides avea debut mai timpuriu, se aseamăna cu paranoia inițial, dar arăta un curs deteriorativ apoi.(5)

Karl Kolle (1931), urmărind cazurile de paranoie ale lui Kraepelin, sugera că acestea se suprapun cu dementia praecox.(8) În revizuirea sa asupra paranoiei din 1917, Krueger descria paranoia ca „erecția unui sistem delirant de persecuție și grandoare, care este construit și dezvoltat logic, care nu depășește realitățile posibile și care nu alterează personalitatea subiectului cu excepția sferei sale de interes delirant care poate diminua adaptarea sa psihosocială.(9)

Bleuler (1920) a preluat descrierea paranoiei de către Kraepelin și a susținut existența unor baze pur psihogene pentru paranoia, în contrast cu schizofrenia.(10) Descriind paranoia ca pe o „reacție psihopatologică” sau „psihoză situațională” el a

generalizat definiția pentru a include cazuri cu halucinații, forme paranoide ale dementia praecox (pe care a renumit-o schizofrenie) și un grup intermediar; el considera paranoia descrisă de Kraepelin atât de rară încât nu justifică o clasificare aparte și sugera o mai atentă explorare a simptomelor schizofrenie în aceste cazuri.

Schneider descria paranoia ca pe un tip periferic de psihoză schizofrenă (1949).(11)

De la mijlocul secolului XX, paranoia a fost privită ca o curiozitate, majoritatea cazurilor fiind absorbite de schizofrenie; multi psihiatrii, pur și simplu, i-au negat existența. În ciuda acestui fapt, diferiți psihiatrii au continuat să contribuie la speculații cu privire la natura delirurilor și a paranoidei.

Din 1970 încoace, interesul legat de paranoia a început să reapară și o viziune mai optimistă de tratament a apărut. George Winokur (1977) și Kendler (1980, 1981) subliniază necesitatea acordării unui interes mai mare psihozelor paranoide. Winokur renumește aceste boli ca și Tulburări delirante. Kendler (1980) elaborează criteriile lui Winokur și sugerează o divizare a acestora în tulburări delirante simple (fără halucinații) și tulburări delirante halucinatorii. (12,13,14)

În 1987, DSM-III-R (15) a revenit la o descriere a bolii, care a fost în esență, cea data de Kraepelin, cu excepția faptului că halucinații non-proeminente au fost admise, și a redenumit-o tulburare delirantă (paranoidă), acum simplificată la tulburare delirantă în DSM-IV și ICD- 10.

Bibliografie

1. ****ICD-10*. Clasificarea tulburărilor mintale și comportamentale, simptomatologie și diagnostic clinic. Editura All, București, 1998.
2. *** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington D.C. : American Psychiatric Association, 2000.

3. Freeman D and Freeman J *Paranoia- the 21st-century fear*. Oxford University Press, New York, 2008.
4. Dowbiggin, I. „*Delusional diagnosis?The history of paranoia as a disease concept in the modern era*”. *History of Psychiatry* 2000;11:37-69.
5. Grover S, Gupta N, Kumar S. Delusional Disorders: An overview. *German Journal of Psychiatry* 2006; 9: 62-73.
6. Kahlbaum K. Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Eintheilung der Seelenstörungen. Danzig, Verlag von AW Kafemann, 1863.
7. Krafft-Ebing R. Freiherr von; *Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende*. Stuttgart, F Enke, 1869.
8. Kolle K. *Paraphrenie and Paranoia*. Fortschritte Neurologie Psychiatrie 1931; 3: 319
9. Krueger H. *Die Paranoia*. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1917.
10. Bleuler E: *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1. Auflage 1908, 3. Auflage 1920.
11. Schneider K. *Zum Begriff des Wahns*. Fortschritte Neurologie Psychiatrie, 1949; 17: 26.
12. Winokur G. *Delusional Disorder (Paranoia)*. *Comprehensive Psychiatry*, 1977; 18: 511-521
13. Kendler KS. The nosologic validity of paranoia (Simple Delusional Disorder). *Archives of General Psychiatry* 1980; 37: 699-706.
14. Kendler KS, Hays P. Paranoid Psychosis (delusional disorder) and schizophrenia: A family history study. *Archives of General Psychiatry* 1981; 38: 547-551.

Caracteristici ale delirului în tulburările delirante

Temele delirului sistematizat derivă din preocupările normale ale subiectului, care caută soluții pentru situațiile problematice. Este vorba în special de o clarificare subiectivă și nu de găsirea unei soluții subiective. Preocuparea la un moment dat poate devenii principală. Inițial ea nu este absurdă și poate păstra o anumită permeabilitate la argumente. În schimb dacă se ajunge la o convingere delirantă, tema devine aberantă, certitudinea absolută și permeabilitatea la argumente nulă.

Convingerile din delirul monotematic sistematizat trebuie diferențiate de preocupările și opiniile din cadrul dispozițiilor atitudinale afective anormale, care nu ajung să se cristalizeze tematic discursiv.

Delirul este un sindrom central al psihopatologiei ce se articulează cu multe alte sindroame. Delirul monotematic sistematizat se corelează în primul rând cu dezvoltările prevalențiale centrate pe o idee supraevaluată, care se dezvoltă de obicei la persoane particulare sau dizarmonice.

Frecvent, patologia delirantă se corelează și cu tulburările perceptive. În cadrul tulburării delirante, acestea se consideră că lipsesc sau sunt reduse la iluzii, delirul constituindu-se prin intuiție delirantă sau interpretări delirante ale unor percepții desprinse din context, ca detalii decontextualizate și supraevaluate în direcția anumitor semnificații. Se acceptă și prezența unor halucinații minore, mai ales funcționale: gust special al mâncării, mirosuri speciale, cene-stopatii și senzații cutanate, sexuale.

În cadrul tulburării delirante, delirul se mai caracterizează prin:

1. Sistemul delirant este stabil și este exprimat sau apărat cu afect intens și cu argumente foarte bine repetate. Forma de logică utilizată de către pacient este foarte consistentă, dar propunerile se bazează pe premise false. Deoarece individul este atât de concentrat pe convingerile sale, el de multe ori reușește să îl facă pe clinician să se simtă inept cu siguranța sa de sine.

2. Sistemul delirant este "încapsulat" semnificativ, astfel încât aceste credințe și simptomele lor de însoțire sunt într-o măsură considerabilă separate de restul personalității, care păstrează o funcționare normală, într-o mare măsură. Cu toate acestea, forța convingătoare a delirurilor adesea umbrește aceste aspecte normale și acest lucru este cu atât mai evident, odata cu avansarea spre cronicizare a tulburării, atunci când tendința de a se exprima și de a acționa în concordanță cu delirul, poate crește.

3. Atunci când individul este preocupat cu sistemul delirant, există o puternică stimulare emoțională și fiziologică, dar atunci când el sau ea este implicat în discuții pe teme neutre, stimularea dispare și o conversație obișnuită poate avea loc. Comutarea între "moduri" normale și anormale, uneori foarte rapidă, este practic patognomonică tulburării delirante.

4. Datorită încapsulării delirurilor și comutării între normal-anormal deja descrise, pacientul poate avea faze de relativă normalitate, intercalate cu perioade psihotice. Switch-ul poate avea loc spontan sau ca rezultat al unei provocări externe; cele două sunt greu de clarificat, deoarece individul hipervigilant poate percepe provocare în aproape orice. Deoarece este o boală cronică, simptomele nu se remit niciodată, dar dacă acestea sunt temporare în fundal, pacientul poate conversa și funcționa aproape normal și poate avea suficient insight parțial pentru a putea ține ascuns delirul. Refuzul total al bolilor mentale și a rezistenței la a se prezenta la consultul de psihiatrie sunt aproape universale în cazurile de tulburare delirantă și duc la subestimarea severă a frecvenței sale.

5. Ca urmare a caracteristicilor descrise mai sus, mulți pacienți cu tulburare delirantă pot continua să existe în societate, uneori cu convingeri foarte anormale, dar inofensive, dar în alte cazuri cu deliruri foarte maligne, care pot sau nu să determine comportamente concordante.

6. Așa cum va fi subliniat în mod repetat, tulburarea delirantă trebuie să fie diagnosticată pe baza tipului de boală și conținutul delirului nu este folosit pentru a pune diagnosticul primar. Pe de altă parte, conținutul particular este utilizat pentru a clasifica în subgrupuri, după cum va fi descris în scurt timp.

Pacienții cu tulburare delirantă arată în general o tendință spre celibat și separare sau divorț, iar rata lor de reproducere este mai scăzută decât în general, chiar și la cei căsătoriți. Ca și grup bărbați par a fi cu probleme sociale, cu probleme profesionale și trăsături accentuate de personalitate. Atât bărbații cât și femeile cu tulburare delirantă se descriu ca persoane introvertite, iar bărbații, în special văd acest aspect ca un dezavantaj, fapt ce duce la o deteriorare a relațiilor sociale și performanțelor profesionale.

Dismorfofobia

În cadrul ICD 10 WHO, dismorfofobia este încorporată conceptului de hipocondrie, concept care se menține și în cadrul descrierii subtipului somatic al tulburării delirante, atât în DSM IV cât și ICD 10, subtip recunoscut uneori și sub denumirea de psihoză monosimptomatică hipocondriacă (DSM IIIR). În DSM IV TR, dismorfofobia și hipocondria sunt tratate ca și entități nosologice distincte.

Indivizii cu tulburare dismorfică corporală sunt obsedați de ideea că ceva nu este în regulă cu aspectul lor, chiar dacă defectul este minimal sau nonexistent (Phillips, 2004). (1) Pacienții sunt preocupați de "defecte" corporale pe care alții nu le percep, preocuparea lor neavând sens pentru ceilalți. Oricare segment/arie a corpului sau întregul corp poate deveni ținta preocupării.

Cele mai frecvente părți ale corpului implicate în acest proces patologic sunt:

1. capul, sub aspectul formei (prea oval sau prea rotund) sau dimensiunii (prea mare sau prea mic) sau doar anumite aspecte precum: tenul (care este fie prea palid sau prea roșu, prea lucios sau prea mat; mici cicatrici; supra- sau subdenivelări ale pielii; acnee de minimă intensitate; pori dilatați;), nasul (borcănat, ascuțit, acvilin, turtit, prea mare, prea mic, proeminent, strâmb), bărbia (prea rotundă, ascutită, proeminentă sau micrognație;), pomeții, ochii, pleoapele, riduri de expresie (prea accentuate), sprâncenele (prea arcuite, prea drepte, prea subțiri, prea stufoase, rare, etc.), buzele, pilozitatea facială, etc.

2. toracele, prin conformație, sâni (dimensiune, formă)

3.abdomenul (dimensiune/forma/tonicitatea musculaturii peretelui abdominal)

4. talia

5. fesele - supradimensionate sau hipotone sau diforme;

6. coapsele și gambele – hipotonia, subdimensionate sau supradimensionate;

7. organele genitale – penis subdimensionat, labii supradimensionate, etc.

8. musculatura corporală - în general sau anumite segmente ale corpului (brațe, pectorali) (subdimensionate - complex Adonis);

9. mâna sau degetele - formă și dimensiune (prea mari, prea lungi, prea groase).

Cel mai frecvent, indivizii cu tulburare dismorfică corporală sunt preocupați concomitent de mai multe părți ale corpului, în medie trei sau patru (Phillips, 1993) (2). Pielea (tenul), părul și nasul sunt cele mai frecvente zone țintă de preocupare. Statistica în ceea ce privește preocuparea pentru anumite segmente (sâni, organe genitale) este eronată, în sensul minimalizării, motivul fiind jena de a vorbi despre aceste zone corporale.

Din cercetările lui K. Phillips (2005) reiese că cel mai frecvent segment țintă al preocupărilor îl reprezintă pielea (tenul)(3). Pentru două treimi din cei cu

preocupare pentru piele aceasta este în legătură cu acneea sau cicatricile, pentru o treime în legătură cu pete ale pielii, iar pentru o pătrime în legătură cu culoarea pielii (tipic roșeața sau paloarea). Orice aspect al pielii poate deveni ținta preocupării: porii prea deschiși, vascularizația superficială (venectaziile, capilarele), riduri de expresie pe care le consideră semne ale îmbătrânirii.

Părul este un alt segment țintă foarte frecvent, aspecte ca cele ce urmează fiind considerate defectuoase: subțierea părului, lipsa luciului, caracteristici structurale ale firului de păr (prea creț sau prea drept), aspectul dezordonat și pierderea (alopecia sau calviția) și pilozitatea corporală sau facială excesivă. Sexul masculin este mai frecvent preocupat de subțierea și pierderea părului și aspectul bărbii percepute ca prea rară, prea deschisă la culoare, excesivă.

Nasul este în ordinea frecvenței preocupărilor al treilea organ țintă. Aproximativ 60% din cei cu preocupare pentru nas consideră ca acesta este prea lat. Peste 25% din aceștia consideră nasul ca fiind borbănat, prea lung sau greșit dimensionat. Mai puțin frecvent și, în special, după rinoplastie nasul este perceput ca prea mic sau fragil. Indivizii cu preocupare excesivă pentru nas sunt predispuși la a apela la rinoplastie (repetată).

Unii dintre pacienții cu tulburare dismorfică corporală pot fi preocupați de arii corporale mai extinse. Frecvent, bărbații cu acest diagnostic sunt preocupați cu constituția corporală sau a musculaturii, considerându-se subdezvoltați din punct de vedere statural sau inadecvați din punct de vedere al musculaturii. Acest ultim aspect se constituie în dismorfie musculară, alte denumiri folosite fiind: “reversul anorexiei”, “bigorexia nervosa” sau “complexul Adonis”.

Un aspect important la acești pacienți îl reprezintă și preocuparea acestora despre evoluția în timp al acestui “defect” care va deveni și mai urât.

Simetria corporală poate de asemenea să fie o acuză frecvent întâlnită în dismorfofobie. În acest caz, preocuparea poate fi în legătură cu întregul corp sau cu

anumite segmente, ca de exemplu: sâni, păr, nas, sprâncene, pistrui, structura osoasă.(4)

Aproximativ 15% din indivizii cu această tulburare sunt preocupați de faptul că datorită “defectului” anumite părți ale corpului nu funcționează adecvat. Exemple: datorită dimensiunii greșite a buzelor este afectată dicția sau vorbirea, datorită faptului că picioarele sunt prea slabe, mersul este incorect sau anormal, pentru că nasul este prea mic sau fragil, există riscul de a se rupe.

Un alt aspect ce apare la indivizii cu această tulburare este considerentul că presupusul defect este datorat unei alte afecțiuni medicale. Exemple: hipotrofia membrelor inferioare fiind datorată sclerozei multiple, aspectul îngust al umerilor și toracelui datorându-se unui proces neoplazic, caderea și subțierea părului fiind în contextul unei patologii de tipul hipotiroidismului.

K. Phillips a descris “tulburarea dismorfică corporală de proximitate”, în care indivizii nu sunt preocupați de propriul lor aspect /”defect”, ci de aspectul altora. Exemplu: un părinte avea obsesia pentru urechile decolate ale copilului său, insistând să fie operat, în timp ce acesta nu era deranjat de acest aspect, mai mulți chirurghi esteticieni refuzând să execute intervenția chirurgicală. (Phillips, 2005).(5)

Conform definiției “defectul” este imaginar sau minor. Unii dintre pacienții cu tulburare dismorfică corporală sunt preocupați de un “defect” pe care ceilalți nu îl percep. Alții au un defect precum: acneea ușoară, o mică cicatrice etc., dar care este minor, ceilalți neconsiderându-l urât sau foarte ușor vizibil.

Cei mai mulți dintre pacienții diagnosticați se gândesc activ la “defectul” lor minim o oră pe zi. În cazurile severe, preocupare pentru ”defect” are loc pe toată durata unei zile, în fiecare zi, pentru aceștia fiind dificilă sau imposibilă concentrarea atenției pe oricare altă activitate.

Majoritatea pacienților cu dismorfie corporală conștientizează că petrec timp excesiv gândindu-se la aspectul lor, un alt segment de pacienți însă, nu au această

constientizare. O parte din acești pacienți încearcă să le reziste prin a le ignora sau a se concentra pe altceva. O altă parte însă, experimentează preocuparea ca fiind atât de puternică, încât renunță la rezistență sau control. Gradul de rezistență fluctuează de-a lungul timpului. Cea mai mare parte dintre pacienții diagnosticați au un grad foarte limitat de control asupra gândurilor.

Acest aspect al lipsei parțiale sau totale de control asupra gândurilor este una dintre caracteristicile esențiale ale tulburării dismorfice corporale, constituindu-se ca nucleu de bază al acestei tulburări. (6)

Rușinea este, de asemenea, una din caracteristicile importante ale tulburării dismorfice corporale. Pierre Janet a folosit termenul de “obsesia pentru rușinea corporală” (1903, apud. Phillips, 2005). Impresia că nu sunt atractivi și că sunt neatractivi și defectuoși generează o părere negativă despre propria persoană și o stimă de sine scăzută. (7)

Un alt tip de gânduri, frecvent la pacienții cu tulburare dismorfică corporală îl constituie ideile senzitiv-relaționale. Impresia, uneori convingerea lor, este că ceilalți stăruie cu privirea asupra “defectului”, fixează în mod special “defectul”, vorbesc despre “defectul/aspectul lor defectuos”, îi iau în derâdere. Din studiile efectuate de K. Phillips și colaboratorii (Phillips, et al., 1994) reiese că aproximativ 60% din pacienți au idei senzitiv-relaționale prevalente, iar la aproximativ 40% aceste idei au intensitate delirantă. (8)

O parte dintre pacienți descriu următorul proces denumit “dubla capcană” (Phillips, 2005): dacă ceilalți îi privesc este pentru că au acel “defect”, iar dacă nu îi privesc este pentru că au “defectul” și sunt urâți, respingători. (5)

În general, pacienții cu tulburare dismorfică corporală, nu conștientizează că percepția lor asupra propriului aspect este diferită de percepția celorlalți. O parte cred că părerea lor este realistă, în timp ce o altă parte dintre pacienți este convinsă de acuratețea gândirii lor. Pacienții din prima categorie au o gândire de tipul

supraevaluării, având un insight redus, în timp ce pentru cea de-a doua categorie cu gândire de tip delirant, insight-ul nu există. Aceștia din urmă încearcă uneori să îi convingă pe ceilalți de preocuparea/problema lor.(9)

În concluzie, gradul insight-ului în tulburarea dismorfică corporală variază pe o scală de la un insight bun la absența insight-ului. Gradul insight-ului scade atunci când cei cu tulburarea dismorfică corporală se află în prezența altor persoane, în situații de expunere.

În această tulburare, pacienții dezvoltă comportamente specifice precum camuflarea, compararea cu ceilalți, verificarea aspectului în oglindă sau în alte suprafețe reflectorizante, apelarea la servicii de chirurgie estetică, servicii medicale și dermatologice, ornare excesivă, cererea de reasigurare repetată sau încercarea de convingere a celorlalți, etc. Aceste comportamente sunt în mod tipic repetitive, uneori pentru că indivizii au o îndoială legată de aspectul lor, alteori pentru că nu sunt satisfăcuți de ceea ce văd sau de ceea ce au făcut în prealabil, ori pentru a preveni o “catastrofă” (posibilitatea ca defectul să fie observat de ceilalți). Aceste comportamente pot fi încadrate în categoria de “comportamente securizante” (Phillips, 2005).

În general, există o presiune semnificativă pentru a executa aceste comportamente, pacienților fiindu-le foarte dificil să se opună trecerii la act sau să le controleze. O parte din pacienți încearcă să reziste (să se opună) acestor activități, alții nu rezistă și trec la act, iar pentru alții actele sunt “automate”, pentru un procent foarte mic existând un control complet.(10)

Stările de teamă, îngrijorare, tensiune intrapsihică cresc nevoia de a trece la act. În cazul în care nu trec la act starea de tensiune internă se accentuează la cele mai multe din cazuri. Uneori “comportamentele de securizare” reduc tensiunea internă și anxietatea, atunci când consideră că arată mai puțin rău decât de obicei sau că aspectul nu este mai rău decât se așteptau. În general însă, după verificare,

anxietatea și tensiunea internă se accentuează, ei constatând că arată rău, mai rău decât se așteptau sau “așa cum le era teamă că arată”. O parte din pacienți se simt mai puțin tensionați dacă se examinează într-o lumină adecvată sau într-o oglindă bună.

Bibliografie

1. Phillips, Ka. (2004). Body Dysmorphic Disorder: Recognizing and Treating Imagined Ugliness. *World Psychiatry*, 3: 12-17
2. Phillips, Ka., McElroy, S. L., Keck, P. E., Pope, H. G., Hudson, J. I. (1993). Body Dysmorphic Disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 150: 302-308
3. Phillips, Ka., Menard, W., Fay, C., Weisberg, R. B. (2005). Demographic Characteristics, Phenomenology, Comorbidity, and Family History in 200 Individuals with BDD. *Psychosomatics*
4. Hollander, E., Cohen, L. J., Simeon, D. (1993). Body Dysmorphic Disorder. *Psychiatric Annals*, 23: 359-364
5. Phillips, Ka. (2005). *The Broken Mirror*. Oxford University Press.
6. Phillips, Ka. (2000). Quality of Life for Patients with Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188: 170-175.
7. Phillips, Ka., Pinto, A., Jain, S. (2004). Self Esteem in Body Dysmorphic Disorder. *Body Image*, 1: 385-390.
8. Phillips, Ka., McElroy, S. L., Keck, P. E., Pope, H. G., Hudson, J. I. (1994). Comparison of delusional and nondelusional Body Dysmorphic Disorder in 100 cases. *Psychopharmacology Bulletin*, 30: 179-186.

9. Phillips, Ka., McElroy, S. L. (1993). Insight, overvalued ideation, and Delusional Thinking in Body Dysmorphic Disorder: Theoretical and Treatment Implications. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181: 699-702
10. Eisen, J. L., Phillips, Ka., Coles, M. E., Rasmussen, S. A. (2004). Insight in Obsessive-compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder. *Comprehensive Psychiatry* 45: 10-15

Tulburarea delirantă- subtipul somatic (Psihoza hipocondriacă monosimptomatică)

Sănătatea reprezintă un aspect important în special în țările dezvoltate. Însă sunt mulți oameni îngrijorași excesiv în ceea ce privește sănătatea lor, iar o parte din acestia prezintă preocupări patologice (privind sănătatea sau anumite "defecte" corporale). Acestea se pot transforma în hipocondrie, care constă în convingerea persistentă a existenței unei afecțiuni somatice în absența dovezilor obiective, asociate cu interpretarea eronată a senzațiilor corporale. În multe cazuri subiectul prezintă anumite grade de tulburare a schemei corporale (dismorfofobia), uneori acestea fiind extreme.(1,2)

În cadrul acestui subtip găsim o varietate de alterări a schemei corporale. Termenul de schemă corporală este încă un termen inexact definit, fiind de multe ori interschimbabil cu termeni precum imagine corporală, experiențe corporale, conceptul de corporalitate, somatopsihic sau conștientizarea corporalității. Cumming (1988), sugera ca termenul de schemă corporală să fie folosit doar când situația se referă la conștientizarea caracteristicilor spațiale ale corporalității sale (cu implicarea neurobiologică și neuropatologică a lobului parietal, a aferențelor somatoestezice și a talamusului), iar termenul de "experiență corporală" să fie

folosit când avem situația de schemă corporală plus asocierea de factori psihologici, situaționali, emoționali și intenționali.(1)

Pruzinsky (1990), folosea ca alternativă termenul de ”îmage corporală”, pe care l-a dezvoltat în special în munca pe cei cu tulburări alimentare. Imaginea corporală nu se referă doar la simpla imagine, ci încorporează aspecte precum dimensiunea , puterea, limita corporală sau bgradul de masculinitate sau feminitate. Același autor, alături de Cash (1990) concluziona faptul că termenul de ”îmage corporală” este un termen vag ce reprezintă aspecte diferite, pentru persoane diferite.(2)

Hipocondria este comună și poate fi o trăsătură de personalitate, dar poate totodată, să însoțească multe afecțiuni psihiatrice, atât delirante cât și non delirante. Astfel acuze hipocondriace sau fizice vom putea găsi la tulburările somatoforme, subtipul somatic al tulburării delirante, tulburarea de anxietate, tulburarea depresivă, tulburarea obsesiv-compulsivă, schizofrenie, diferite tulburări de personalitate, demență (în stadiile inițiale).

Kraepelin, nu a susținut acest subtip de delir monotematic în cadrul paranoiei sale, deși recunoaște prezența unor astfel de forme hipocondriace, fapt care a descurajat pe mulți în abordarea acestei patologii.(3) El revine în prim plan prin descrierile psihiatrului suedez Eckbom (1938) a unor cazuri cu delir de infestare la vârstnici. (4) Această descriere s-a confundat cu psihoza hipocondriacă monosimptomatică, concept utilizat în Germania și Suedia. Mai târziu, în 1978, în susținerea acestei patologii se remarcă un alt suedez Skott.(5) Atât el, cât și Eckbom, descriau cazuri de subiecți convinși că pe pielea, sau sub pielea lor se aflau insecte pe care alții nu le puteau detecta. Astfel aceste cazuri de psihoză hipocondriacă monosimptomatică și-au găsit locul în subtipul somatic al tulburării delirante din cadrul DSM IIIR, apoi DSM IV și ICD 10.

Repartiția pe sexe este relativ egală, însă debutul este mai precoce la sexul masculin.

Caracteristici clinice:

Subtipul somatic este cel mai clar descris, și are în spate cea mai voluminoasă literatură recentă. El reprezintă o tulburare care a stârnit interesul și altor specialiști din medicină, prin manifestările clinice și adresabilitatea pacienților spre aceștia, ridicându-le acestora probleme de diagnostic și tratament.

Dismorfofobia și hipocondria sunt prezentările caracteristice ale subtipului somatic din cadrul tulburării delirante. Hipocondria în tulburarea delirantă se poate asemăna, superficial, cu tulburarea somatoformă, depresia cu simptome psihotice sau tulburarea obsesiv-compulsivă, dar o examinare atentă va dezvălui patologii subiacente foarte diferite.(6)

Principalul simptom îl reprezintă sistemul delirant de natură hipocondriacă sau somatic. Debutul poate fi insidios sau brusc, iar peste o perioadă de timp intensitatea delirului poate fluctua, însă cele mai multe cazuri acesta este permanent. Pacientul este convins de natura fizică a plângerii sale și nu o consideră de cauză psihică. În jumătate de cazuri aceștia relatează și faptul că văd, simt sau miros acele abnormalități. Astfel într-un număr de cazuri, ei pot fi și halucinatori, însă în cea mai mare parte a cazurilor avem de-a face cu o falsă interpretare a percepțiilor. Starea de vigilitate crescută sau de anxietate, sunt simptome frecvent întâlnite în sistemul delirant, însă acestea pot să scadă când discuția este purtată pe alte teme cu pacientul.

Mulți pacienți pot avea sentimentul de rușină sau respingere din cauza problemelor sale "somatice", iar gândurile suicidale sau comportamentul suicidal se poate întâlni la acest subtip de deliranți. Deprivarea de somn poate apare secundar credințelor delirante, pacientul putând fi activ în aceea perioadă prin încercarea de a scăpa de paraziți în acea perioadă.(7)

Aceștia abordează o mulțime de specialiști și se supun unui număr mare de investigații sau tratamente. O parte aceștia chiar pot acuza un tratament inadecvat din partea medicilor, atrăgându-i pe aceștia în diferite dispute, până când aceștia realizează adevărata problemă a pacientului. Chiar când situația devine disperată pentru pacient, acesta refuză să contacteze un psihiatru.

Manifestările subtipului somatic din cadrul tulburării delirante cuprind patru domenii tematice majore:

1. Deliruri care implica pielea
2. Deliruri care implica uratenia și diformitatea (deliruri dismorfice)
3. Deliruri care implica mirosul corpului și halena
4. Diverse

Deliruri care implica pielea:

van Moffaert (1992), ne reamintește strânsa legătură dintre piele și psihic, care împărtășesc aceeași origine embriologică comună și multe legături comune. Astfel pielea este un organ tactil ce răspunde constant atât la factorii externi cât și la emoțiile interne. În dermatologie găsim o bogată literatură legată de interacțiunea piele-minte, și mai săracă în psihiatrie.(8)

În cadrul delirului de infestare a pielii, pacientul insistă că are organisme, de obicei insecte care se târăsc pe suprafața pielii și uneori pătrund în piele sau sub unghii. În cele mai multe cazuri pacientul nu poate vedea creaturile, dar uneori pot exista descrieri grafice ale acestora. Aceasta poate reprezenta o halucinație vizuală, dar de obicei sunt proiecții ideatice.

Delirul cu paraziți care pătrund profund sub piele este adesea atribuit viermilor, iar senzațiile interne sau fasciculațiile musculare sunt interpretate ca dovadă a activității acestora. Uneori, pacientul crede că viermii s-au răspândit în tot corpul sau migrează dintr-o parte în alta.

În delirul care implică corpuri straine discrete neânsuflete, de obicei pacientul spune că sunt ouă de paraziți. La unii indivizi acest delir este asociat cu o dorință irezistibilă de a-și scărpi pielea, putând rezulta multiple escoriații adânci.

Mai poate apare delirul de răspândire a unui odor urât mirositor, de obicei asociat unei sudorații excesive.

Diestezia cutanată cronică este o senzație persistentă de arsură la nivelul pielii sau a mucoaselor, uneori generalizată, alteori limitată la plângeri ca glosodinia sau vulvodinia. O mică parte din acești pacienți par a avea plângeri monodelirante.(8,9)

Un subgrup de pacienți cu tricotilomanie sau onicomanie, au tulburări delirante și smulgerea parului sau rosul unghiilor pot face parte din încercarea acestora de a scăpa de paraziți.

Delirul și comportamentele asociate, de obicei, apar pe trăsături de personalitate bine păstrate și pacientul prezintă adesea acuze foarte clare și aparent raționale, convingând mulți doctori, cel puțin o perioadă, că există cu adevărat o afecțiune fizică. Cu toate acestea, nici un tratament somatic nu funcționează și acuzele devin tot mai nerezonabile și frenetice. Suferindul nu poate fi convins că infestarea nu există și devine de obicei foarte supărat datorită “incompetenței” dermatologului pe care l-a consultat.

Uneori istoria infestării este prezentată în detaliu, probabil implicând un eveniment princeps cum ar fi o mușcatura de insectă.

Semnul “cutia de chibrituri” sau “recipientul pentru medicamente” în care pacientul păstrează insectele sau ouăle, este tipic; acestea aproape întotdeauna se dovedesc a fi mucus uscat, piele exfoliată sau scame.(10) Adesea există o preocupare continuă pentru curățenie, atât cea corporală cât și cea a preajmei. Uneori aceștia apelează la tratamente bizare și chiar periculoase, cum ar fi aplicarea apei

fierbinți sau a substanțelor corozive pe piele. Partea normală a psihismului este dominată de sentimentul de rușine sau de teama de a nu răspândi infecția, prin urmare apare izolarea socială progresivă, iar frecventarea doctorilor rămâne practic singura activitate din afara casei.

Delirurile dismorfice

“Dismorfofobia”, reprezintă un termen vechi ce implică frica morbidă de a fi deformat, încă se mai folosește și pentru a descrie cazurile de delir din această categorie, deși ar trebui să fie abandonat, deoarece este un termen vag, care nu face diferența între acuzele delirante și cele nedelirante.(11)

Dismorfofobia a fost descrisă detaliat anterior, în special aspectul nevrotic al acesteia. Însă trăirile dismorfice nevrotice, uneori pot deveni de intensitate psihotică, aflându-ne apoi în această ultimă situație în fața unui delir dismorfic. Cea mai mare parte a simptomelor și comportamentelor descrise anterior, sunt prezente și în cadrul acestui subtip de tulburare delirantă, iar distincția dintre delirant/non-delirant necesită o analiză atentă a acestor cazuri.

În continuare ne vom referi doar la cazurile tipice de delir, care se prezintă cu credințe false de urâtenie sau deformitate. În unele cazuri, poate să existe o deformare minoră, însă plângerile pacientului sunt mult exagerate comparativ cu gradul deformării și sunt susținute delirant.

După cum s-a mai menționat, la baza acestui tip de delir se află o perturbare a imaginii sau schemei corporale.

O anumită parte anatomică este incriminată adesea de individ, precum nasul, urechile, sânii, etc. sau alteori întregul corp este perceput ca abnormal, astfel că anumite cazuri de aparentă anorexie nervoasă sau bulimie nervoasă pot să aibă la bază o tulburare delirantă.

Mulți pacienți cu delir dismorfic merg de la un chirurg la altul pentru a cere intervenții chirurgicale pentru corectarea defectului și de cele mai multe ori sunt

refuzați, însă sunt și chirurghi care nu remarcă absurditatea cererii și operația se poate desfășura. Unele cazuri se pot rezolva prin această operație, altele însă pot înrăutății patologia psihiatrică, pacientul nefiind mulțumit de operație.

Ținând cont de posibilitatea unui continuum între delirul somatic și tulburarea de somatizare severă, uneori diferențele între cele două tipuri de patologii este destul de greu de efectuat.

Delirul de miros sau halitoză

În această situație este foarte greu de făcut diferența dintre delir și halucinația olfactivă. Termenul ”sindrom de referință olfactiv” este frecvent folosit pentru a descrie delirurile olfactive. El a fost descris de neurologul Pryse-Phillips în cadrul lucrării științifice din 1971 ca o tulburare caracterizată prin halucinații olfactive, și care se aseamănă cu depresia. (12) În schimb Bishop (1980) și Davidson și Mukherjee (1982) au utilizat termenul pentru o tulburare în care principalul simptom îl reprezintă delirul olfactiv. (13,14)

Uneori pacienții afirmă că ei nu simt în acel moment mirosul, dar că el există pentru că observă remarcile celor din jur sau comportamentul evitant al celorlalți. În alte cazuri duhoarea este descrisă expresiv și consistent (cauciuc ars sau fecale, etc.) delirul în acest caz fiind însoțit de halucinații. Pot să existe explicații (precum flatulența, transpirația anormală, probleme sinusale sau dentare) sau nu. (15,16)

Teme delirante diverse (6)

Deși ar putea exista o multitudine de conținuturi delirante, în practică găsim frecvent doar câteva. Astfel au fost descrise următoarele

Dentale(17)

Deși dentiția sa este satisfăcătoare, pacientul insistă că amprenta sa dentală este anormală și recurge la diverse tratamente corective la diferiți dentiști. Aceasta a fost denumită ”sindromul mușcăturii fantomatice” și se însoțește frecvent de acuze de dureri faciale care nu au însă o bază organică. Pot exista de asemenea

acuze delirante referitor la deformări ale gurii sau articulației temporo-mandibulare.

Deliruri privind boli cu transmitere non-sexuală

Anumiți pacienți pot fi convinși de faptul că determină boli la alții (exemplu tuberculoza) și le susțin cu diferite evidențe, precum ”toți încep să tușească când eu intru în cameră”.

Deliruri privind boli cu transmitere sexuală (18)

Un subgrup de pacienți dezvoltă convingerea că sunt purtători de boli venerice, deși nu există dovezi ale unui posibil risc de contaminare. În trecut se incrimina sifilisul, însă în prezent prim planul tematic este ocupat de SIDA. Testele repetitive negative nu reușesc să liniștească subiectul.

1. Cumming, W.J.K. The neurobiology of the body schema. *British Journal of Psychiatry* 1988; 153(2):7-11.
2. Pruzinsky, T. Psychopathology of body experience: expanded perspectives. In *Body images: development, deviance and changes* (ed. T.F. Cash and T. Pruzinsky), pp. 170-89. Guilford Press, New York, 1990
3. Kraepelin, E. (1921) *Manic-Depressive Insanity and Paranoia*, transl. by R.M. Barclay (1976). New York: Arno Press.
4. Ekblom, K.A. Der prassenile Dermatozoenwahn. *Acta Psychiatri.Neurolog. Scand.* 1938;13:227-259.
5. Skott, A. (1978) *Delusion of Infestation*. Reports from the Psychiatric Research Centre, St. Jorgen Hospital. Goteborg, Sweden: University of Goteborg.

6. Alistair Munro: Persistent delusional symptoms and disorders in *New Oxford Textbook of Psychiatry*. (ed Gelder, Michael; Andreasen, Nancy; Lopez-Ibor, Juan; Geddes, John) 609-647; Oxford University Press, 2009.
7. Munro A. *Delusional disorder: paranoia and related illness*. Cambridge University Press: 2006.
8. Van Moffaert, M. Psychodermatology: an overview. *Psychoterapy and Psychosomatics* 1992; 58:125-36.
9. Lyell, A. Delusions of parasitosis. *Seminars in Dermatology* 1983; 2:189-95.
10. Anonymous. The matchbox sign (leading article). *Lancet* 1983, ii, 261.
11. Munro, A and Stewart, M. Body dysmorphic disorder and the DSM-IV: the demise of dysmorphophobia. *Canadian Journal of Psychiatry* 1991; 36:91-6.
12. Pryse-Phillips, W. An olfactory reference syndrome. *Acta Psychiatr. Scand.* 1971; 47:484-509.
13. Bishop, ER. Monosymptomatic hypochondriasis. *Psychosomatics* 1980; 21:731-747.
14. Davidson, M. And Mukherjee, S. Progression of olfactory reference syndrome to mania: a case report. *Am. J. Psychiat.* 1982; 139:1623-1624.
15. Malasi, T.H., El-Hilu, S.R., Mirya, I.A and El-Islam, M.F. Olfactory delusional syndrome with various aetiologies. *British Journal of Psychiatry* 1990; 156:256-60.
16. Iwu, C.O. and Akpata, O. Delusional halitosis: review of the literature and analysis of 32 cases. *British Dental Journal* 1989; 167, 294-6.

17. Marbach, J.J. Psychosocial factors for failures to adapt to dental prostheses. *Dental Clinics of North America* 1985; 29:215-33.
18. Bhanji, S and Mahony, J.D.H. The value of a psychiatric service within the venereal disease clinic. *British Journal of Venereal Disease* 1978; 54:266-8.

Tulburarea delirantă: subtipul de gelozie

Uneori este cunoscut ca și sindromul Othello, dar termenul nu este recomandat datorită specificității sale scăzute.

În literatura psihiatrică găsim frecvent descrieri ale geloziei, însă nu totdeauna este clar dacă avem descrierea geloziei normale sau cea patologică. Aceasta în general apare când partenerul sexual încearcă să fie atras în altă relație de pretendent. În astfel de situații, conform lui Mullen și Martin (1994), bărbații și femeile reacționează diferit. Bărbatul gelos este mai mult preocupat de pierderea partenerei, iar femeia geloasă este preocupată de calitatea relației viitoare cu partenerul. (1)

În sens larg există trei nivele ale geloziei. Gelozia normală este de înțeles în funcție de situație și percepția individuală asupra sa, iar exprimarea ei poate varia de la iritare la furie severă. Cum este exprimată depinde în mare de temperamentul persoanei: unii devin furioși la provocări minore, iar alții își înăbușă sentimentele. Pe ansamblu, bărbații își manifestă furia prin acțiune fizică.

Gelozia nevrotică apare la cazurile la care afectul și modul său de exprimare sunt relativ normale, dar datorită bolii psihice nepsihotice, incluzând tulburările de

personalitate, reacția lor este impulsivă și excesivă. Deși individul reacționează după o idee prevalentă și nu delirantă, acest tip de gelozie poate fi irațională și destul de persistentă, iar exprimarea ei se poate realiza într-un mod periculos.

Gelozia psihotică, cea care apare și în tulburarea delirantă, se caracterizează printr-o idee delirantă fixă care nu poate fi combătută prin argumente logice sau prezentarea de evenimente contrare. Aceasta reprezintă tipul cel mai alarmant, deoarece este greu de controlat modul în care delirantul va acuza, controla sau chiar agresa victima delirului. Pentru un observator extern este greu de delimitat în cazul unei partener(e) care a fost necredincios(oasă) cât din gelozie este justificată și cât este delirantă. Eventual sălbăticia și nerezonabilitatea acuzațiilor îl demască pe subiect ca delirant, în timp ce partenerul poate fi supus unui abuz enorm și unor posibile agresiuni.(2)

Gelozia patologică

Când gelozia pare justificabilă este privită ca și normală, și în general este acceptată de societate dacă nu este însoțită de manifestări antisociale. În zilele noastre este dezaprobată violența din gelozie, dar în unele comunități mai sunt prezente crimele pasionale, crime efectuate din gelozie. Acest lucru este mai frecvent întâlnit din partea bărbaților.

Cobb (3) a propus următoarele aspecte clinice ca definiții pentru gelozia patologică, fie că este nevrotică sau psihotică:

1. Comportamentul și gândirea de gelozie sunt nerezonabile din punct de vedere al intensității și expresivității;
2. Individul gelos este convins de vinovăția soției, deși evidențele pentru cei din jur par nerezonabile;
3. O boală psihică este prezentă și poate fi asociată cu gelozia anormală;
4. La unele persoane se pot remarca trăsături de personalitate ce constă în gelozie, suspiciune și posesivitate;

5. Gelozia persistă excesiv și se consolidează singură;
6. Gelozia patologică se focusează pe o persoană specifică;

În gelozia nevrotică, care este asemănătoare sub anumite aspecte bolii obsesiv-compulsive, există o conștientizare a emoțiilor și uneori a iraționalității acesteia. În gelozia delirantă pacientul este convins de aceasta, iar aceasta începe să îi acapareze aproape tot timpul. Contra-argumentele sunt respinse de acesta. El poate să fie încă funcțional în alte domenii de activitate și poate să atragă și pe alții în convingerea sa delirantă.

Deci, gelozia patologică, în cele mai frecvente cazuri poate reprezenta tematica unei tulburări delirante, poate face parte dintr-o tulburare afectivă majoră, a unei tulburări obsesiv-compulsive sau a unei tulburări de personalitate narcisiste

Impactul geloziei patologice

Gelozia delirantă este agonizantă atât pentru pacient cât și pentru persoana acuzată de infidelitate. Aceasta din urmă este supusă unui abuz emoțional, iar indignarea sa, protestele și dovezile inocenței sale sunt respinse brutal de acuzator. Violența fizică, în special din partea bărbaților, este frecventă și la o parte din cazuri se finalizează cu homicid, uneori urmat de sinucidere. (4) Multe dintre victimele geloziei sunt prea terifierte să vorbească, iar în cazul concubinajului acestea acceptă căsătoria în încercarea de a opri acuzațiile.

Trăsături clinice(5)

Credința persoanei în infidelitatea celuilalt este absolută și nu acceptă nici o contrazicere. Există asociat multă iritabilitate, disperare și agresivitate care poate îmbrăca doar forma verbală, sau poate deveni fizică la un moment dat. Perioade de timp din ce în ce mai mari sunt consumate de pacient pentru a culege dovezi care să-i susțină delirul, iar situații obișnuite sunt interpretate în favoarea delirului; astfel o inocentă pată poate fi interpretată ca spermă. Victima este supusă unui continue supravegheri și unor nesfârșite interogatorii.

Paradoxal, cînd persoana geloasă este supusă amănunțit unui interogatoriu referitor la dovezile pe care le are, acestea sunt vagi, însă dacă se menționează acest lucru pacientului acesta devine iritabil, continuând să-și susțină poziția. Persoana geloasă evită să acționeze decisiv pentru demonstrarea vinovăției partenerului sau inocenței acestuia, această pasivitate fiind interpretată ca un deficit volițional.

Cum s-a mai menționat acest delir este mai frecvent la bărbați, dar acest aspect poate fi un artefact al faptului că aceștia acționează mai vizibil și sunt mai ușor de descoperit decât femeile. De asemenea există o legătură între consumul cronic de alcool, sau abuzul de amfetamine și cocaină, și delirul de gelozie, consum care este mai frecvent la bărbați.

De asemenea se discută despre existența unor patternuri comportamentale de gelozie în cadrul unor generații familiale succesive, aspect ce a risicat problema transmiterii genetice (Vauhkonen 1968).(6) Aspectul genetic și cel al factorilor familiali se pare că se aplică doar în cazul geloziei normale și nevrotice, și mai puțin în cea delirantă.

Gelozia din cadrul tulburării delirante este de obicei precedată, fie că debutul este brusc sau insidios, de o perioadă de frământări și incertitudini care se poate interpreta ca o dispoziție delirantă.

Evoluția geloziei normale depinde foarte mult de circumstanțe, astfel că există tendința spre rezoluție când circumstanțele care au determinat apariția fenomenului dispar. În cazul delirului, evoluția este cronică de cele mai multe ori. Fără tratament, prognosticul este rezervat și pericolul pentru victimă este tot timpul prezent. Cei mai mulți pacienți refuză tratamentul psihiatric pe care din păcate ajung să-l ia doar după ce sunt încarcerați pentru o crimă violentă.

Bibliografie

1. Mullen, P.E. and Martin J. Jealousy: a community study. *Br. J. Psychiat.* 1994;164:35-43.
2. Munro A. *Delusional disorder: paranoia and related illness*. Cambridge University Press: 2006.
3. Cobb, J. Morbid jealousy. In *Contemporary psychiatry* (ed. S. Crown), pp. 68-79. Butterworths, London, 1984.
4. Fishbain, D.B. Suicide pacts and homicide. *American Journal of Psychiatry* 1986; 143: 1319-1320.
5. Alistair Munro: Persistent delusional symptoms and disorders in *New Oxford Textbook of Psychiatry*. (ed Gelder, Michael; Andreasen, Nancy; Lopez-Ibor, Juan; Geddes, John) 609-647; Oxford University Press, 2009.
6. Vauhkonen, K. On the Pathogenesis of morbid jealousy. *Acta Psychiat. Scand.* 1968:suppl. 102.

Tulburarea deliranta: subtipurile- de persecutie si litigios (procesoman)

În mintea celor mai mulți oameni, delirul de persecuție este arhetipul “paranoiei” acest tip de delir fiind cel mai frecvent întâlnit. Cu toate acestea este surprinzător faptul că literatura, este foarte săracă în descrieri concise despre fenomenologia afecțiunii și, în general, spune relativ puține lucruri despre delirul de persecuție. (1)

Caracteristici clinice:

Prin definiție, afecțiunea este o tulburare psihotică cronică cu un sistem delirant bine sistematizat și cu o relativă crutare a personalității. Se circumscrie ca

trăire a sentimentului de ostilitate din partea altor persoane considerate a avea o atitudine nefavorabilă, o tendință ostilă, agresivă asupra subiectului. Masca sa psihologică e suspiciunea. Convingerile sunt extrem de stabile și de obicei, cu trecerea timpului, crește elaborarea lor. Sunt prezente trăiri psihopatologice ce pot fi considerate ca precursore paranoidei (anxietate generalizată, disforie) și altele, în marginea paranoidei, dar nu totdeauna de intensitate delirantă (marginal delirante). Elementele de grandoare nu sunt neobisnuite, individul acceptând ca el este în centrul atenției maligne. Persoanele implicate în sistemul de persecuție, pot fi din cadrul rudelor, vecinilor, a doctorilor, a poliției, diplomați din guvern, organizații de securitate și alții.

Mulți indivizi sunt capabili să ascundă delirul, cel puțin o perioadă de timp, dar datorită fricii de vătămare, ei tind să se izoleze tot mai mult. Dacă trăiesc singuri, pot ajunge să fie priviți ca persoane ciudate, dar dacă rămân în contact cu societatea, suspiciozitatea și furia pot devenii evidente ajungându-se la situații conflictuale în cadrul familiei sau cu autoritățile sau alte persoane din comunitate.

(2)

În ciuda reputației” paranoiei” privind violența, doar o mică parte din acești indivizi recurg la agresiune, dar cei care o fac, pot fi foarte periculoși datorită convingerilor lor delirante fără de rezervă și vor acționa în consecință. Dezinhibiția poate fi provocată uneori de consumul de alcool sau droguri, ceea ce face ca aceste situații să fie și mai instabile.

În mod obișnuit pacientul refuză să vadă un psihiatru în mod voluntar, acest lucru realizându-se doar după o situație medico-legală, după un comportament inacceptabil al acestuia, și în acest caz, sunt prea puțin cooperanți. Să le castigi încrederea este extrem de greu, dar dacă reușești, multe aspecte normale ale personalității individului devin vizibile și acesta poate înțelege cât de înspăimântat și tensionat este. (3)

Varianta litigioasă (procesomană) a subtipului de persecuție (paranoia cverulentă/revendicativă)

Kraepelin, inițial a privit starea delirantă cverulentă ca și o formă tipică de paranoia, și a introdus-o în cadrul cazurilor de paranoie persecutorie. Această viziune se păstrează și în prezent în cadrul sistemelor internaționale de clasificare a bolilor. Însă există autori care descriu cazuri paranoie cverulentă fără delir de persecuție (Astrup 1984). (4) Ungvari și Holloko (1993), chiar sugerau împărțirea acestui tip în două subgrupuri: cu și fără delir de persecuție.(5)

La unii indivizi cu tulburare delirantă există un sentiment profund și persistent că au fost nedreptățiți într-un fel sau altul, aceștia solicitând permanent despăgubiri sau îndreptări, fie pe cale personală fie pe cale legală. În unele cazuri este posibil ca inițial să fi existat un prejudiciu autentic și deasemenea se poate ca despăgubirea să fi fost nesatisfacătoare, dar preocupările ulterioare privind “dreptatea” devin interminabile deoarece nu există o soluționare satisfăcătoare.

Poate acest grup nu este mare, dar generează multă publicitate în mass-media. Cazurile tind să fie raportate mai frecvent în literatura juridică și într-o oarecare măsură în psihiatria forensică, și mai rar în psihiatria generală. Ca în multe cazuri de tulburare delirantă, reclamațiile și comportamentul secundar pot părea coerente și rezonabile la început, dar de-a lungul timpului solicitările lor permanente și interminabile încep să ridice suspiciunea unei patologii. Chiar și atunci, puține lucruri pot fi făcute, iar hărțuirea oficialităților și a sistemului judiciar poate fi acceptată pentru o perioadă surprinzător de lungă, atâta timp cât persoana nu poate fi percepută ca o persoană cu pericolozitate socială. (6)

În sistemele judiciare din SUA sau Marea Britanie, acest tip de delir rareori este recunoscut ca și litigios, iar descrierea acestui subtip este în general absentă. În schimb în Germania și Scandinavia, există un diagnostic oficial de paranoia

cverulentă, de care sistemul legal ține seamă, iar în literatura medicală și juridică găsim frecvent raportări despre astfel de cazuri.

Goldstein (7), a descris 3 variante caracteristice:

- ”inculpatul hipercompetent” care folosește litera legii până, și dincolo de limitele sale, fără a acorda atenție sensului real al legii.
- ”paranoidul, parte într-o procedură de divorț”, care adesea este consumat de gelozie și urmărește să se răzbune pe fosta soție, pe avocații ambelor părți și chiar pe judecător.
- ”martorul reclamant paranoid” care inițiază litigii fără sfârșit în ciuda repetatelor hotărâri nefavorabile. Toți acești indivizi își continuă revendicările într-o manieră determinată, vad conspirații în fiecare colț și sunt adesea lipsiți de scrupule, denaturând flagrant faptele astfel încât să se potrivească cu credințele lor.

Freckelton (8), a descris o serie de trăsături ce ar ajuta la recunoașterea timpurie a deliranților litigioși:

- a) Perseverența pentru succes în ciuda eșecurilor
- b) Tendința de a interpreta obstacolele ca și conspirații
- c) Spiritul de a lupta până la final pentru a corecta o nedreptate (uneori nedreptatea poate fi autentică)
- d) Calitatea de conducător, demonstrând o plăcere agonizantă în susținerea cauzei
- e) Nesociabilitatea și irascibilitatea
- f) Un comportament arțăgos, exitând o mulțime de plângeri din partea acestuia în cadrul juridic
- g) Suspiciozitate la interviu

Cea mai mare parte a pacienților psihici nu sunt periculoși, acest lucru fiind valabil și pentru majoritatea pacienților deliranți, însă avem puține statistici

reliabile în acest sens. Dintre subtipurile de tulburare delirante, tipul de persecuție și cel litigios au un istoric mai bogat în literatura forensică. O parte din aceste cazuri prezintă un risc permanent de a dezvolta un comportament antisocial și violent, astfel că se poate ajunge la acte criminale din partea acestora. Acest aspect este „ușurat” și de faptul că evoluția afecțiunii este cronică și îi oferă pacientului o grămadă de timp ca să dezvolte comportamente secundare delirului, rămânerea în societate cu accesibilitate la „persecutor” și păstrarea relativ intactă a capacității de planificare și raționare coerentă în conformitate cu sistemul delirant.

Bibliografie

1. Alistair Munro: Persistent delusional symptoms and disorders in New Oxford Textbook of Psychiatry. (ed Gelder, Michael; Andreasen, Nancy; Lopez-Ibor, Juan; Geddes, John) 609-647; Oxford University Press, 2009.
2. Kennedy, H.G., Kemp, L.I. and Dyer, D.E. Fear and anger in delusional (paranoid) disorder: the association with violence. *British Journal of Psychiatry* 1992. 160:488-92.
3. Munro A. Delusional disorder: paranoia and related illness. Cambridge University Press: 2006.
4. Astrup C. Querulent paranoia: a follow-up. *Neuropsychobiology* 1984;11:149-154.
5. Ungvari, GS and Holloko, RIM. Successful treatment of litigious paranoia with pimozide. *Can. J. Psychiat.* 1993; 38:4-8.
6. Rowlands, M.W.D. Psychiatric and legal aspects of persistent litigation. *British Journal of Psychiatry* 1988; 153:317-23.

7. Goldstein, R.L. Litigious paranoids and the legal system: the role of the forensic psychiatrist. *Journal of Forensic Sciences California* 1987; 32:1009-15.
8. Freckelton, I. Querulent paranoia and the vexatious complainant. *Int. J. Law Psychiat.* 1988; 11:127-143.

Tulburarea delirantă: subtipul erotoman

În erotomanie pacientul are sentimente erotice puternice față de altă persoană și crede că acea persoană nutrește același tip de sentimente față de ea. Credința este în majoritatea cazurilor delirantă, descriindu-se însă și cazuri nedelirante (Melroy, 1990).(1) S-au descris și situații în care persoana iubită nu există, însă de cele mai multe ori aceasta este reală, însă fără să cunoască situația existentă.

Până recent se considera că erotomania apare aproape exclusiv doar la femei. Astfel în literatura mai veche se menționa faptul că delirul erotoman apare mai frecvent la femei, în special la domnișoarele „bătrâne”, dar din ce în ce mai multe cazuri de bărbați au fost menționate în ultimul timp. La ambele sexe sunt descrise emoții heterosexuale, însă există documentație și de cazuri de homosexualitate pentru ambele sexe.

Erotomania este frecvent asociată cu numele Clerambault, un psihiatru francez ce a descris în detaliu această condiție. Dar găsim de la Kraepelin descrieri ale acesteia în cadrul paranoiei variante erotomană.(2)

Clerambault distingea erotomania ”pură” sau ”primară” de alte cazuri care erau plurisimptomatologice și făceau parte din cadrul altei afecțiuni psihice. (3) Forma ”pură” descrisă de acesta se suprapune aproximativ cu descrierea modernă a tulburării delirante, forma erotomană. Cazurile descrise în ultima perioadă s-au

prezentat atât cu forma primară cât și cu cea secundară de erotomanie, aspect ce susține atât noțiunea de sindrom cât și de boală.

Trăsături clinice

Pacientul tânjește după persoana iubită și crede că această situație este reciprocă. Persoana dorită este adesea inaccesibilă social, fiind vedetă sau o persoană cu status social superior. Rareori se vorbește despre existența unui contact direct cu persoana iubită. În ciuda acestui fapt pacientul consideră că cealaltă persoană a inițiat relația de iubire prin semnale ascunse sau verbal. Mulți subiecți experimentează sentimente erotice puternice, dar ei afirmă că relația lor este platonice și de aceea cealaltă persoană manifestă o atitudine non-sexuală și protectivă.

În multe situații pacientul nu acționează pentru a intra în contact cu persoana iubită, deși scrie scrisori sau cumpără cadouri pe care însă nu i le trimite. Când i se dă șansa de a interacționa direct cu persoana iubită, pacientul găsește diferite scuze puerile pentru a nu interacționa cu aceasta. În cazurile în care pacientul încearcă să intre în contact direct cu persoana iubită, de asemenea scuze false sunt folosite pentru a explica inevitabila respingere a sa.

Uneori pacientul crede că este protejat sau urmărit de persoana iubită, comportamente ale acesteia din urmă fiind interpretate ca dovezi ale acestor aspecte.(4,5)

Boala delirantă are forma tipică a unui sistem delirant bine conturat, cu menținerea relativ constantă a trăsăturilor de personalitate și a capacității de funcționare socială. Credințele delirante pot să fie menținute ascunse. În situațiile în care a fost refuzat ”inexplicabil,, de către persoana iubită, pacientul poate deveni periculos pentru aceasta/acesta. Acest lucru se întâmplă mai frecvent la bărbați. Cel mai frecvent comportamentul motivat delirant este de hărțuire, care,

chiar dacă nu este însoțit de violență, prin intruzivitatea și insistența sa persoana iubită devine speriată și uimită de situație și de acuzațiile altora de duplicitate.

Comportamentu agresiv sever se poate manifesta prin atacuri, răpire sau chiar crimă, uneori a persoanei iubite sau alteori a unei cunoștințe a persoanei iubite și care este văzută ca un rival. Un alt comportament care a beneficiat în ultimul timp de atenție este cel de urmărire al victimei care nu cunoaște identitatea persoanei care o urmărește.

În timp ce femeile sunt mai puțin înclinate spre acte de agresivitate, acestea își manifestă falsele credințe prin căi mai expresive. Astfel aceasta poate aclama în public faptul că doctorul, psihoterapeutul sau profesorul său nutrește sentimente erotice puternice față de ea. Dacă aceasta are o personalitate bine conservată, este coerentă, cu încredere totală în propria-i poveste și o susține cu vehemență și încredere totală, astfel că este aproape imposibil să convingi tot publicul sau autoritățile că acuzațiile sunt total false.(6)

Debutul poate fi insidios sau aparent brusc. Halucinațiile pot fi prezente uneori dar nu sunt proeminente. Ocazional, prezenta halucinațiilor tactile îl duc pe pacient la gândul că a fost vizitat de persoana iubită în cursul nopții (uneori se aseamănă cu sindromul incubus).

Multe cazuri rămân nediagnosticate până când pacientul nu manifestă și expresiv pasiunea existentă. Cea mai comună situație este aceea în care pacientul, după ani de suferință în tăcere, devine depresiv necesitând tratament, iar pe parcursul interviului să iasă la iveală delirul. Tot atunci se găsește asociat multă suferință și uneori furie. Însă dacă pacientul continuă să fie secretos în continuare, istoria delirului nu poate fi obținută. La pacienții căsătoriți, partenerul poate fi total necunoscător față de delirul existent de ani buni. (7)

Cel mai frecvent comportamentul motivat delirant este de hărțuire, care, chiar dacă nu este însoțit de violență, prin intruzivitatea și insistența sa persoana iubită devine speriată și uimită de situație și de acuzațiile altora de duplicitate.

Comportamentu agresiv sever se poate manifesta prin atacuri, răpire sau chiar crimă, uneori a persoanei iubite sau alteori a unei cunoștințe a persoanei iubite și care este văzută ca un rival. Un alt comportament care a beneficiat în ultimul timp de atenție este cel de urmărire al victimei care nu cunoaște identitatea persoanei care o urmărește.

În timp ce femeile sunt mai puțin înclinate spre acte de agresivitate, acestea își manifestă falsele credințe prin căi mai șocante. Astfel aceasta poate aclama în public faptul că doctorul, psihoterapeutul sau profesorul său nutrește sentimente erotice puternice față de ea. Dacă aceasta are o personalitate bine conservată, este coerentă, cu încredere totală în propria-i poveste și susținută cu vehemență și încredere totală, astfel că este aproape imposibil să convingi tot publicul sau autoritățile că acuzațiile sunt total false.

Erotomanie a mai fost descrisă ca sindrom în cadrul schizofreniei, în special paranoide, în cadrul tulburării afective bipolare sau monopolare depresive, în cadrul a diferitelor afecțiuni organice cerebrale (epilepsie, sindrom postraumatic, demență, etc.) sau secundar consumului abuziv de substanțe. De asemenea a mai fost descrisă în cadrul handicapului mental, sindromului delirant de falsă recunoaștere, tulburări delirante induse sau mai poate să apară sub forma ideilor supra-evaluate.(8)

Textele menționează caracteristici premorbide de personalitate precum senzitivitatea, retragerea socială și vulnerabilitatea determinată de caracteristici precum pedanteria și pudicitate prefăcută, în special la femei. De asemenea s-a mai perpetuat stereotip un concept și anume că ar apare la fetele bătrâne singure care obțin satisfacția vieții afectiv-erotice prin această iubire delirantă. Adevărul este că

această boală poate fi cel puțin la fel de frecventă și la bărbații tineri, a căror tendință spre agresivitate poate fi accentuată de istoria unui consum de alcool sau droguri.

Bibliografie

1. Meloy, JR Nondelusional or borderline erotomania. *Am. J.Psychiat.* 1990;147:820.
2. Kraepelin, E. (1921) Manic-Depressive Insanity and Paranoia, transl. by R.M. Barclay (1976). New York: Arno Press.
3. De Clerambault, C.G. *Les psychoses passionnelles*. Oeuvre Psychiatrique. Presses Universitaires, Paris, 1942.
4. Taylor, P., Mahendra, B. And Gunn, J. Erotomania in males. *Psychol. Med.* 1983; 13:645-650.
5. Ellis, P and Mellsop, G. De Clerambault's syndrome – a nosological entity? *Br. J. Psychiat.* 1985; 146:90-95.
6. Munro A. Delusional disorder: paranoia and related illness. Cambridge University Press: 2006.
7. Gillett, T., Eminson, SR and Hassanyeh, F. Primary and secondary erotomania: clinical characteristics and follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990; 82:65-9.
8. Alistair Munro: Persistent delusional symptoms and disorders in New Oxford Textbook of Psychiatry. (ed Gelder, Michael; Andreasen, Nancy; Lopez-Ibor, Juan; Geddes, John) 609-647; Oxford University Press, 2009.

Tulburarea delirantă: subtipul grandios

Reprezintă subtipul cel mai puțin descris, iar referințele asupra lui sunt cel mai greu de găsit în literatura psihiatrică. Grandiozitatea sau megalomania se regăsește și în alte tulburări psihice însă, precum mania, schizofrenie, tulburările schizo-afective sau în afecțiuni organice cerebrale care afectează în special lobii prefrontali.

Acest subtip nu este spectaculos prin conținutul său. Un individ care este de obicei voios, chiar exaltat, și care crede despre el că este bogat sau puternic, nu necesită neapărat ajutor, în deosebi psihiatric. Dacă acesta rămâne cu o bună funcționare în comunitate, delirul lui poate rămâne nedetectabil. Acest lucru determină și aparenta raritate a subtipului. Anumiți indivizi își valorifică delirul prin aderența la diferite organizații extremiste, grupuri religioase apocaliptice sau secte privitoare la judecata de apoi. Uneori aceste grupuri dezvoltă calități maligne, sub conducerea unui lider delirant dar carismatic, a cărui influență este menținută și prin persecuție. Cei care împărtășesc aceleași idei sunt impresionabili ușori și sunt atrași într-un fel de psihoză în masă. (1)

Caracteristici clinice

Puținele cazuri observate până în prezent par a se încadra în două categorii. Prima cuprinde cazurile ale căror stare de beatitudine, extaz este atât de accentuată încât ei se neglijează total în îngrijire. Pe ceilalți îi găsim în custodii, după ce au comis fapte reprobabile sub influența delirului.

Uneori cazurile de delir se asociază cu furie și suspiciozitate, iar lumea este văzută ca un loc ostil. Goldstein a descris acest tip de combinație, în care delirantul avea și sentimentul de unicitate și infailibilitate, cu potențial de pericolozitate pentru societate.(2)

Un aspect important în grandiozitate îl reprezintă centralitatea, adică subiectul simte că reprezintă centrul atenției tot timpul. Evenimente neobișnuite și improbabile sunt atribuite ca având legătură cu el, fără să-și pună problema de ce. Centralitatea este frecvent asociată cu idei de referință și persecuție, însă poate deasemenea să fie asociată cu sentimentul de a fi binecuvântat dacă se însoțește de exaltare și delir religios.(3)

După cum s-a mai menționat anterior, megalomania mai apare și în alte tulburări psihice, astfel că boala trebuie diferențiată de acestea:

- Mania, în care grandiozitatea este asociată cu euforia, hiperactivitatea și uneori cu iritabilitatea sau suspiciozitate. La fel ca și afectivitatea care este labilă, și simptomele de grandiozitate sunt schimbătoare;
- Schizofrenia în care avem o marcată incongruență între afectul exctatic și gândirea relativ săracă;
- Tulburările organice cerebrale, în special cu afectarea prefrontală, care conduc la labilitate afectivă, comportament dezinhibat și un anumit grad de deficit cognitiv;
- Tulburarea de personalitate antisocială, când pacientul se simte deasupra legii și manifestă comportament și idei de superioritate. La aceste cazuri găsim impulsivitate marcantă, lipsa remușcărilor și o lungă istorie de delicvențe.

Atât cât se știe, subtipul de grandiozitate este cronic și neremitent la fel ca celelalte subtipuri. Pentru o lungă perioadă de timp prezența grandiozității în tulburările psihice, era văzută ca un factor de prognostic negativ. În tulburarea delirantă acest lucru pare a fi întocmai, deoarece delirul megaloman îl face pe pacient să nu accepte tratament. Chiar și în cazul în care tratamentul începe să-și facă efectul, abandonarea credințelor megalomane care sunt plăcute, s-ar putea să nu fie acceptate ca un lucru pozitiv de către pacient. (4)

Bibliografie

1. Munro A. *Delusional disorder: paranoia and related illness*. Cambridge University Press: 2006
2. Goldstein, RL. Paranoids in the legal system: the litigious paranoid and the paranoid criminal. *Psychiat. Clin. N. Am.* 1995; 18: 303-315.
3. Swanson, DW, Bohnert, PJ and Smith JA. *The Paranoid*. Boston: Little, Brown and Co., 1990.
4. Alistair Munro: Persistent delusional symptoms and disorders in New Oxford Textbook of Psychiatry. (ed Gelder, Michael; Andreasen, Nancy; Lopez-Ibor, Juan; Geddes, John) 609-647; Oxford University Press, 2009.

Interferența cu afectivitatea

Atât DSM IV cât și ICD 10 agreează prezența simptomelor afective în cadrul Tulburărilor delirante. Atât tulburările delirante cât și cele afective reprezintă boli separate, însă cu o relație complexă între ele. Este cunoscut faptul că anumite cazuri aparent boli afective tipice, evoluează apoi ca tulburare delirantă sau schizofrenie. Și reciproc, boli care inițial sunt diagnosticate ca tulburări delirante pot evolua apoi ca o boală bipolară tipică. De asemenea au fost raportate cazuri de deliranți persistenți care au reacționat bine la medicație antidepresivă, aspect ce ar sugera existența unei posibile tulburări afective asociate tulburării delirante.

Simptomele afective, în special disforia asociată cu anxietate, sunt frecvent asociate tulburării delirante, iar la deliranții cu delir de grandoare găsim frecvent asociat dispoziția elevată, fără a fi vorba însă de un episod maniacal sau hipomaniacal. De asemenea, se observă și apariția suicidului la acești pacienți, însă frecvența acestuia nu este cunoscută.

Munro atrage atenția și asupra apariției tulburărilor afective în perioada de remisie a tulburărilor delirante, uneori acestea putând fi foarte severe și cu risc

suicidar. El menționează apariția acestora la deliranții persistenți tratați cu neuroleptice și care răspund la acestea, sugerând o posibilă implicație a neurolepticelor în apariția tulburărilor afective. Astfel el recomandă monitorizarea tuturor cazurilor de deliranți pentru apariția posibilelor simptome afective în timpul remisiunii, și inițierea de tratament adecvat apoi (antidepresive unde este cazul).

Interferența depresie monopolară- tulburare delirantă persistentă

Apariția de simptome depresive în cadrul Tulburărilor delirante sunt menționate de actualele sisteme de clasificare internațională ICD-10 și DSM-IV-TR.

Astfel DSM IV TR specifică faptul că episoadele depresive majore apar „probabil” mai frecvent la cei cu tulburare delirantă decât la cei din populația generală (lipsa de studii în acest pol al psihozelor endogene). Tot aici se menționează că simptomele depresive sunt comune în tulburarea delirantă, dar sunt ușoare și se remit, iar durata lor totală este mai scurtă comparativ cu perioada de delir, și nu justifică un diagnostic separat de tulburare afectivă. Dacă însă simptomele afective ar necesita, ca urmare a îndeplinirii criteriilor și a duratei totale față de perioada delirantă, un diagnostic separat de tulburare afectivă, DSM-ul merge pe varianta comorbidității de Tulburare psihotică fără altă specificație și Tulburare depresivă (bipolară) fără altă specificație.

ICD 10 menționează posibilitatea existenței simptomelor depresive sau chiar a unui episod depresiv complet intermitent.

Din cele menționate mai sus, nu ne este clar dacă depresia este văzută ca parte a tabloului clinic a Tulburării delirante sau reprezintă o comorbiditate frecventă a acesteia. De subliniat că ICD 10 face referire strict doar la simptome depresive și nu la simptome afective cum menționează uneori DSM-ul.

Episodul depresiv poate avea diverse intensități și moduri de manifestare, între care se menționează și prezența convingerilor delirante. În mod clasic, acestea se subîmpart în:

- delir cu tematică congruentă (vinovăție, autodeprecieri, hipocondrie, ruină, nimicnicie, inutilitate, negare);
- delir cu tematică incongruentă (persecuție, urmărire-anihilare, prejudiciu).

Uneori, temele se pot combina, dar în multe cazuri, delirul este propriu-zis paranoid, fără o clară corelație cu depresia. Sau, el se manifestă doar sub formă senzitiv- relațională.

Această variantă a depresiei cu delir incongruent este tradițională și inclusă în toate sistemele de diagnostic, înainte de și distinct de conceptul de tulburare (ep.) schizo-afectiv. Tradițional, se acceptă că sunt posibile și halucinații, mai ales auditive.

Diagnosticul diferențial dintre depresia monopolară cu simptome psihotice incongruente cu dispoziția afectivă și Tulburarea delirantă cu simptome depresive poate fi uneori extrem de dificil de efectuat. Nu este însă suficient studiată patologia de interferență dintre delir și depresie deși se cunosc cazuri în care, de-a lungul timpului, diferențierea este dificilă.

În general polul psihozelor delirante fiind mai puțin studiat, și acest aspect al tranziției, dintre tulburările delirante și depresia monopolară, este foarte puțin cercetat și clarificat. Astfel, prezența depresiei în cadrul tulburărilor delirante este un aspect mult mai important decât s-ar crede la o primă vedere.

Conform studiului lui Rudden și Sweeney din 1982, simptomatologia depresivă este mai frecvent întâlnită la sexul feminin.(1) Hsiao (1999) menționează prezența simptomatologiei depresive în 43% din cazurile sale de deliranti persistenți, dintre aceștia 20,5% având un istoric de tentative parasuicidare.(2) Apoi Gover (2007) menționează prezența „tulburărilor depresive” la 64,8% din

cazurile de deliranți persistenți, simptomatologie depresivă pe care o vede ca pe comorbiditate.(3)

Prezența depresiei la multe cazuri de pacienți cu tulburare delirantă a ridicat problema „comorbiditate sau simptomatologie a tulburării delirante”.

Anumiți clinicieni văd simptomatologia depresivă ca pe o parte a tabloului clinic a tulburărilor delirante (Seretti, Hsiao), pe când alții o consideră doar ca și comorbiditate (Maina, Marino, Gover).(2,4,5,6)

În cadrul lucrării mele de doctorat „Modele clinico-evolutive ale psihozelor endogene centrate de delir”, am avut un lot de 60 de subiecți cu diagnosticul de Tulburări delirante persistente (F22 conform ICD 10) cu peste 5 ani de evoluție. Simptomatologia depresivă a fost prezentă la 41 de subiecți (68.3%).

Patologia depresiv/delirantă poate fi discutată și după modelul în care este conceptualizată în prezent depresia anxioasă, ca o posibilă entitate clinică distinctă.

Această intersecție între tablouri psihopatologice, considerate clasic ca entități nosologice distincte, a fost consfințită prin acceptarea oficială de DSM-IV și ICD-10 a tulburării schizo-afective. Din punct de vedere nosologic, însă, aceasta rămâne ambiguă.

Interferența bipolaritate - tulburare delirantă persistentă

Prezența de simptome hipomaniacale sau maniacale în cadrul Tulburării delirante, este menționată indirect doar de DSM IV TR prin menționarea de simptome afective și nu și de ICD 10 care menționează doar simptomele depresive.

Întâlnirea dintre bipolaritate și delirul neschizofren poate fi explicat privind lucrurile sub aspectul spectrelor. Ideea de spectru maladiiv care domină în prezent abordarea clinică psihiatrică, deși extrem de interesantă, ridică probleme metodologice mai ales, deoarece, diversele spectre ce au fost sugerate, au diverse complexități.

Spectrul bipolar, susținut de mulți cercetători, în frunte cu Akiskal, cuprinde nu doar tulburările bipolare I, II și III, ci și persoane cu temperament special (hipertim și ciclotim) sau persoane care fac episoade hipomaniacale în anumite împrejurări speciale.(7)

Astfel oscilațiile afective observate la unii pacienți cu Tulburare delirantă persistentă, pot fi văzute ca o interferență între spectrul bipolar și cel delirant.

Până în prezent (din cunoștințele actuale ale autorului), nici un studiu sistematizat nu a contabilizat prezența de simptome bipolare în Tulburările delirante persistente.

În lucrarea mea de doctorat, în cadrul lotului de subiecți cu o Tulburare delirantă persistentă (ICD 10) menționat mai sus, simptome de natură bipolară au fost observate la 3,8% dintre subiecți.

Bibliografie

1. Rudden, M., Sweeney, J., Frances, A. and Gilmore, M. A comparison of delusional disorders in women and men. *American Journal of Psychiatry* 1983; 140: 1575–1578.
2. Hsiao MC, Liu CY, Yang YY, Yeh EK. Delusional disorder: retrospective analysis of 86 Chinese outpatients. *Psychiatry Clin Neurosci*. Dec 1999;53(6):673-6.
3. Grover S., P. Biswas and A. Avasthi, Delusional disorder: study from North India, *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2007;61: 462–70.
4. Serretti A, Lattuada E, Cusin C, Smeraldi E. Factor analysis of delusional disorder symptomatology. *Compr. Psychiatry* 1999; **40**: 143–147.

5. Maina G, Albert U, Bada A, Bogetto F. Occurrence and clinical correlates of psychiatric co-morbidity in delusional disorder. *Eur. Psychiatry* 2001; **16**: 222–228.
6. Marino C, Nobile M, Bellodi L, Smeraldi E. Delusional disorder and mood disorder: Can they coexist? *Psychopathology* 1993; **26**: 53–61.
7. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum: Prototypes I, II, III, IV. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1999; 22: 517–534.

Tulburarea delirantă persistentă (neschizofrenă)

Înțelegerea și delimitarea psihozelor întotdeauna a reprezentat o provocare majoră.

Istoria conceptualizării psihozelor a recunoscut câteva entități nosologice clasice:

- schizofrenia și psihozele de model schizofren;
- psihoza maniaco-depresivă;
- paranoia;
- psihozele atipice.

Dacă psihoza maniaco-depresivă ca și entitate nosologică a cunoscut de la Kraepelin și până la Leonhard și Keskal o evoluție liniară cu acceptarea formelor particulare ale patologiei afective, conceptul de schizofrenie a avut parte (și încă mai are) de cele mai multe controverse. Desi Schizofrenia (fosta Dementia Praecox) este considerată de-a lungul psihiatriei ca o entitate clinica stabilă,

definirea sa și granițele sale au suferit continue modificări de-a lungul timpului . Asupra acestui concept, cele mai importante amprente le-au lasat Kraepelin, Bleuler, Jaspers și Kurt Schneider .

Kraepelin nu a prevăzut criterii specifice de definire însă a subliniat evoluția longitudinal cronică cu deteriorarea pacientului. Spre deosebire de acesta, Bleuler și Schneider au fost mai interesați de aspectul transversal al afecțiunii, elaborând criterii definitorii pentru aceasta afecțiune, criterii care sunt diferite pentru cei doi, ca urmare a faptului că fiecare a pus accentual pe aspecte diferite ale afecțiunii. Jaspers considera ca deteriorarea în comunicarea empatică a schizofrenului reprezintă trăsătura de bază alături de experiențele total neocomprensive ale individului. Plecând de la acest concept, Schneider a operationalizat mai târziu criteriile sale de prim rang. (1)

Statutul diagnostic al Tulburărilor Delirante Persistente, după cum s-a menționat și mai sus, a reprezentat termen de dezbatere încă de când Kraepelin a lansat conceptul modern de Paranoia, aspect care se menține și în prezent.

Psihozele atipice au fost folosite de diversi autori pentru a defini entități ce nu se regaseau în clasică dihotomie a lui Kraepelin. Ele și-au găsit o consistență diagnostică mai mare în psihiatria japoneză prin fondatorul lor Hisatoshi Mitsuda. (2) În prezent o parte dintre ele le găsim în cadrul Tulburărilor psihotice acute și tranzitorii .

În prezent psihozele endogene s-ar putea polariza în 3 direcții (M. Lazarescu) : 1) Psihozele delirante al căror prototip este paranoia; 2) Psihozele schizofrene care au ca nucleu simptomatologia descrisă de Bleuler (sindromul de dezorganizare ideo-verbală și comportamentală, sindromul apato-abulic-amotivational, sindromul de depersonalizare, sindromul autist); 3) Psihozele afective periodice .

Între acești poli vom găsi cazuri atipice și intermediare atât în ceea ce privește evoluția cât și simptomatologia episoadelor. Astfel conform lui M. Lazarescu între cei 3 poli vom întâlni: 1) Psihoze delirante ce se apropie de schizofrenie sau de tulburarea afectivă periodică, 2) Psihoze schizofrenice ce se apropie de psihozele delirante sau de tulburarea afectivă periodică, și 3) Psihoze afective periodice ce se apropie de elemente de psihoză schizofrenică sau psihoză delirantă.(3)

În prezent definiția Schizofreniei (incluzând ICD-10 și DSM IV TR) include evoluția cronică a lui Kraepelin, simptomele negative ale lui Bleuler și simptomele pozitive ale lui Kurt Schneider (4).

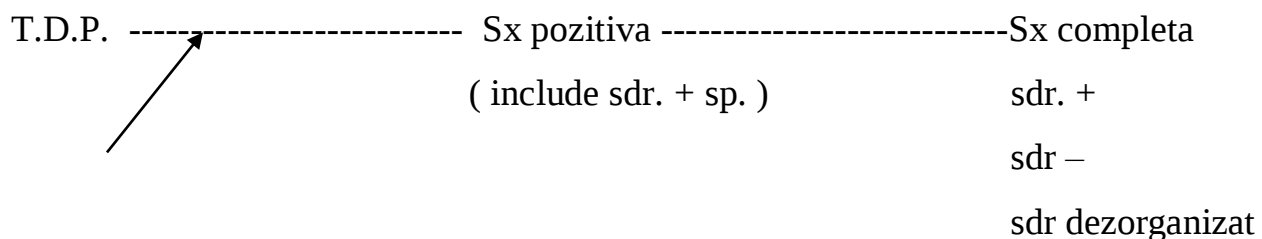
Schizofrenia chiar într-un sens foarte larg și lax, nu poate fi diagnosticată doar prin prezența delirului halucinator. Simptomatologia strict delirant halucinatorie nu este specifică schizofreniei. Se cere în plus:

- Simptome negative primare
- Dezorganizare ideoverbală și comportamentală
- Aspecte speciale ale schizofreniei pozitive constând din simptome de prim rang Kurt Schneider (sdr + sp):
 - fenomene de transparență-influență
 - halucinații auditive comentative
 - simptome relaționale și delir primar
 - convingeri de supraveghere speciale

După 1970 simptomele de prim rang ale lui Kurt Schneider au devenit aproape sinonime cu definiția Schizofreniei paranoide. Însă trebuie menționat că aceste simptome se pot găsi și în alte entități nosologice. Acest lucru a fost subliniat și de studiile lui Abrams și Taylor (1973 și 1975), Carpenter și colab. (1973), Koehler și colab. (1977) care au arătat că aceste simptome de prim rang nu sunt patognomonice pentru schizofrenie.(5,6,7,8)

Tulburarea deliranta persistenta (F22.0 conform ICD -10) nu are de obicei sindroamele sau simptomele mai sus mentionate (sdr + sp).

Se poate pune problema combinarii si tranzitiei intre tulburarea deliranta persistenta si schizofrenie ; mai ales daca se accepta ca exista cazuri de schizofrenie ce se exprima predominant prin simptomatologie pozitiva.



Teritoriul de tranzitie

Teritoriul de tranzitie mentionat mai sus s-ar caracteriza prin simptomatologia TDP la care se adauga , in proportie scazuta sdr + sp . Aceasta simptomatologie este mai scazuta in perspectiva duratei si intensitatii .

Această zonă de tranziție dintre Tulburarea Delirantă Persistentă și Schizofrenia paranoidă ar putea fi acoperită de către Alte tulburări delirante persistente din cadrul ICD-ului 10, unde sunt permise prezenta vocilor halucinatorii persistente sau de alte simptome schizofreniforme inasa insuficiente pentru a indeplinii criteriile de schizofrenie, însă în cadrul DSM-ului nu găsim nici un echivalent pentru acestea. Până în prezent, de la apariția ICD 10, aceste entități nu au fost incluse în nici un studiu, ele fiind incluse de către DSM în cadrul diagnosticului Schizofreniei, iar studiile pe ICD 10 s-au oprit la Tulburarea delirantă persistentă.

Mai departe vom discuta de psihozele delirante (neschizofrene) ce se apropie de schizofrenie.

Parafrenia

În 1913, Kraepelin a introdus o condiție nosologică distinctă, „parafrenia”. Aceasta reprezenta o psihoză funcțională distinctă de paranoia și dementia praecox. Aceasta se dezvoltă mai târziu decât dementia praecox, era o boală mai ușoară decât aceasta și era similară cu schizofrenia paranoidă de astăzi: cu delir fantastic și halucinații, dar cu mai puține tulburări de gândire, cu o mai bună păstrare a afectivității, cu o mai puțină deteriorare a personalității și cu o mai bună păstrare a voliției. El vedea parafrenia ca o boală intermediară între dementia praecox și paranoia.(9)

El a identificat patru forme:

- a) Sistemática: cu dezvoltarea insidioasă a unui sistem delirant de persecuție și exaltare,
- b) Expansivă: idei de grandiozitate și euforie moderată,
- c) Confabulatorie: memorie falsificată,
- d) Fantastică: idei delirante extraordinare, incoerente și schimbătoare.

Mayer (1921) preia mai departe în urmărire cazurile de parafrenie ale lui Kraepelin și le schimbă validitatea categorială a acestora, susținând că acestea au o evoluție asemănătoare cu a celor cu dementia praecox. Acest lucru a dus la scăderea entuziasmului față de aceasta. De atunci, parafrenia a început să fie tot mai frecvent văzută ca o schizofrenie cu debut tardiv sau tulburare schizofrenia-like cu prognostic favorabil.(10) Aruncarea parafreniei în cadrul schizofreniei paranoide a fost susținută și mai târziu de Henderson și Batchelor (1962) și Fish (1964).(11,12) Leigh și colegii (1977) afirmă că parafrenia nu este altceva decât „o schizofrenie care se manifestă pentru prima dată după 60 de ani”.(13)

De-a lungul timpului, atitudinea față de parafrenie a trecut prin mai multe faze. După entuziasmul inițial față de descrierea sa de către Kraepelin, a urmat o

perioadă de critică la adresa ei, iar în prezent ne aflăm într-o stare de neglijare și indiferență față de ea.

În timp au mai existat autori care au susținut acest concept cu susținerea unor trăsături distincte ale acesteia. Astfel sunt Anderson și Trethowan (1973) care o prezentau ca mai puțin deteriorativă decât schizofrenia și fără să prezinte toate trăsăturile parnoiei, apoi Arieti (1955) care sublinia minima deteriorare a personalității, însă uneori prezența unei evoluții deteriorative a bolii, Curran și Partridge (1969) care puneau accentul pe buna conservare a afectului, aspect menționat și de Leonhard (1960). (14,15,16,17)

Există puține descrieri recente ale parafreniei kraepelinienne, totuși, și, practic, nici un studiu nu a fost efectuat în ultimii 60 de ani. Totuși, o cercetare recentă condusă de Ravindran și colab. pare să confirme faptul că parafrenia poate fi ușor recunoscută pe baza unor criterii predeterminate și poate fi diferențiată de schizofrenie.(18)

Așa cum a fost subliniat mai sus, parafrenia este un diagnostic căzut în dizgrație, însă dispariția sa a lăsat un gol în repertoriul de diagnostice pe care psihiatrii fie îl ignora etichetând fiecare boala ca schizofrenie, ori încearcă într-un mod ineficace să îl înlocuiască cu diagnostice ca „psihoză atipică” sau „tulburare schizoafectivă”.

Caracteristici clinice

Descrierea parafreniei făcută de Kraepelin (9) este similară cu ce a schizofreniei paranoide, cu delir fantastic și halucinații, dar cu tulburări de gândire relativ limitate și afectivitate bine conservată. În comparație cu schizofrenia, în parafrenie personalitatea este mai puțin deteriorată și voința este mai puțin afectată. Abilitatea pacientului de a comunica cu ceilalți și de a crea relații emoționale armonioase rămâne bună. În contrast cu paranoia (în prezent definită ca tulburare

delirantă) delirul nu este încapsulat iar ideilor delirante le lipsește structura cvasi-logică.

După cum a fost menționat câteva rânduri mai sus, cercetarea mai recentă a lui Ravindran și colab. pare să confirme faptul că parafrenia poate fi ușor recunoscută pe baza unor criterii predeterminate și poate fi diferențiată de schizofrenie. Folosind aceste criterii, au existat autori care au prezentat cazuri de parafrenie în literatura psihiatrică (Pelizza, Bonazzi, 2010)(19). Acești pacienți prezintă o tulburare care se potrivește îndeaproape cu descrierea originală a lui Kraepelin. În plus, se remarcă faptul că agitația și comportamentul delirant sunt predominante în stadiul acut, reprezentând în mod frecvent un răspuns la trăirile delirante și halucinante. În cadrul studiului aproape jumătate dintre pacienți au fost descoperiți datorită numeroaselor plângeri nejustificate pe care le-au făcut către autorități, indicând un eșec în evaluarea realității, dar cu păstrarea judecății sociale.

Atunci când simptomele psihotice se diminuează suficient încât să permită o comunicare mai bună, conservarea comportamentului emoțional cald și a sociabilității devine evidentă și este în contrast cu schizofrenia tipică, dar aceste persoane vor prezenta încă tulburări de gândire pe o scară largă, multiple idei delirante și insight slab.

În ceea ce privește schizofrenia din punct de vedere nosologic, aceasta reprezintă un cadru nosologic destul de larg . (DSM IV și ICD 10). Astfel în criteriile de diagnostic nu există referințe despre vârsta optimă de referință, iar în anumite situații diagnosticul de schizofrenie se poate pune doar în prezența unui tablou halucinator delirant sau numai delirant, dacă acesta este bizar. Aceste aspecte la care se adaugă informația că peste 90% din schizofrenici au forma paranoică sugerează o delimitare difuză față de psihozele delirante ce reprezintă un diagnostic valid în ICD 10 și DSM IV, ce nu se suprapune peste cel de Schizofrenie.

Toții psihiatrii cunosc cazuri ce sunt similare cu schizofrenia, dar a căror simptomatologie este mai puțin floridă, iar cursul este mai favorabil. În aceste cazuri ei sunt forțați să includă aceste cazuri ca și psihoze atipice sau psihoze non-organice nespecificate.

În cazul parafreniei, interesant este de asemenea faptul că spre deosebire de paranoia, unde avem descrieri detaliate ale conținutului delirant, literatura nu spune mai nimic despre natura delirului care este predominant în cadrul parafreniei. Sullivan (1962) menționa despre deliruri de persecuție, Lewis (1970) despre deliruri cu conținut erotic în unele cazuri, iar Black, Yates și Andreasen (1988) sublinia existența unui delir cronic sistematizat cu halucinații, în timp ce Kolb (1973) menționa slaba sistematizare a delirului, comparativ cu paranoia.(20,21,22,23)

Merskey (1980) menționa pacienți cu „status paranoid sau psihoze”, a căror boală debuta după vârsta de 35 ani și nu prezentau cursul tipic de deteriorare al schizofreniei, această descriere referindu-se probabil la parafrenie.(24)

Yassa și Suranyi-Cadotte (1993) au separat pe bază clinică subgrupuri de pacienți cu schizofrenie cu debut tardive, cu parafrenie sau tulburări delirante fără halucinații, și a încercat să sublinieze la aceștia principalele caracteristici clinice. Astfel la cei cu schizofrenie s-a observat că prezintă deliruri bizare, halucinații auditive, tendință spre simptomele de prim rang Kurt Schneider și simptomatologie negative, la cei cu parafrenie (în acest caz au fost încadrați pacienți cu deliruri halucinatorii) s-a observat prezența delirurilor non-bizare, a halucinațiilor auditive, debut mai timpuriu și tulburare premorbidă de personalitate paranoică sau schizoid, iar la cei cu tulburare delirantă fără halucinații s-a descris un debut mai tardiv, deliruri nonbizare și o personalitate premorbidă relativ normală.(25)

DSM III, confunda paranoia cu parafrenia în cadrul secțiunii de „paranoia”. Apoi DSM III-R și DSM IV a îmbunătățit statusul paranoiei/tulburării delirante,

însă a exclus total parafrenia. ICD 9 prezenta o definiție vagă a parafreniei, pentru ca ICD 10, să o neglijeze total apoi.

Munro în 1991, a propus criterii de diagnostic pentru parafrenie, urmând tiparul DSM-ului.(26) Astfel acesta sugera ca afecțiunea să fie prezentă cel puțin 6 luni și să se caracterizeze prin:

1. Prezența unuia sau mai multor deliruri semi-sistematizate, frecvent asociate cu halucinații auditive. Aceste deliruri nu sunt încapsulate față de personalitate.
2. Afectul rămâne notabil bine menținut și relativ adecvat. Chiar și când starea este severă, pacientul arată abilitate pentru raportare cu ceilalți, iar afectul rămâne cald, aspect care nu se regăsește în nici o formă de schizofrenie.
3. Lipsa deteriorării intelectuale, a halucinațiilor vizuale, incorenței sau a disociației marcante, afect plat sau marcant inadecvat, comportament dezorganizat accentuat.
4. Comportamentul perturbat este în legătură cu conținutul delirului sau halucinațiile.
5. Absența unei tulburări organice cerebrale semnificative și, cel mult, doar cor concordanță parțială cu criteriul A pentru schizofrenie din DSM IV.

În general, elementele definitorii pentru parafrenie sunt considerate a fi reprezentate de:

- **Caracterul fantastic al temelor delirante, cu pondere majoră a imaginarului**
- **Juxtapunerea unei lumi imaginare realului, în care bolnavul continuă să se adapteze bine**
- **Menținerea îndelungată a nucleului personalității**
- **Predominanța limbajului asupra acțiunii**

Boala este cronică și progresivă în majoritatea cazurilor. Pot apărea fluctuații ale severității, dar în prezent acest fapt poate fi în legătură cu perioade intermitente de tratament, alternând cu non-complianța pacientului. În ciuda relațiilor bune pe care le stabilesc cu personalul medical și cu ceilalți pacienți, parafronici au adesea un insight slab și o slabă apreciere asupra bolii lor. În timpul spitalizării sunt complianți la tratament și de obicei răspund bine la neuroleptice în așa fel încât, în mod superficial, ei apar ca fiind într-un mod remarcabil normali în momentul externării. Totuși, ideile delirante rămân active într-un mod acoperit și un procent mare dintre pacienți recad în mod repetat după externare din cauza discontinuării terapiei. Din fericire, mulți pacienți nu suferă deteriorări majore chiar și după mai multe acutizări.

Bibliografie

1. Tandon R, Nasrallah HA, Macheri SK. Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research* 2009;110:1–23.
2. Hatotani N. The concept of ‘atypical psychosis’: special reference to its development in Japan. *Psychiatry Clin.Neurosci* 1996; 50: 1–10.
3. Lăzărescu M. *Psihiatrie, Sociologie, Antropologie*. Timișoara : Editura Brumar, 2002.
4. Katschnig H. Kurt Schneider’s first rank symptoms reconsidered. *European Psychiatry* 2004, 19 (1): 56.
5. Abrams, R. & Taylor, M. First-rank symptoms, severity of illness, and treatment response in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 1973;14:353-5.
6. Taylor, M. A., & R. Abrams: A critique of the St. Louis psychiatric research criteria for schizophrenia. *Amer. J. Psychiat.* 1975;132:1276-1280.

7. Carpenter WT, Jr, Strauss JS, Muleh S Are there pathognomonic symptoms in schizophrenia? An empiric investigation of Schneider's first-rank symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1973;28:847–852.
8. Koehler K, Guth W. Schneiderian-oriented versus Conard-oriented psychiatric diagnosis in the same German clinic. *Br J Psych* 1976; 129:446-51.
9. Kraepelin, E. *Dementia Praecox and Paraphrenia* (trans. by R. M. Barclay in 1919 from the German 8th edition of the “Psychiatrie, eine Lebrbuch für Studierende und Ärzte”, vol. 111, part 2). Edinburgh: Livingstone,1913.
- 10.Mayer W. *Über paraphrene Psychosen*. Z. Ges. Neurol.1921; 71: 187-206.
- 11.Henderson, D and Batchelor, IR *Henderson and Gillespie's Textbook of Psychiatry*, 9th edn. London, Oxford University Press, 1962.
- 12.Fish, FJ. *An Outline of Psychiatry*,p. 116. Bristol, John Wright and Sons, 1964.
- 13.Leigh D, Pare CMB and Marks J. *A concise Encyclopaedia of Psychiatry*, p. 273. Lancaster, England: MTP Press, 1977.
- 14.Anderson EW and Trethowan WH. *Psychiatry*, 3rd edn. P. 165. London, Bailliere Tindall, 1973.
- 15.Arieti S. *Interpretation of Schizophrenia*. P. 11. New York, Brunner Mazel, 1955.
- 16.Curran D and Partridge M. *Psychological Medicine*, 6th edn, p. 190, Edinburg, Livingstone,1969.
- 17.Leonhardt K. Die atypischen psychosen und Kleists Lehre von den Endogenen Psychosen in *Psychiatrie der Gegenwart*, ed. H. Gruhle, Vol. 2, Berlin, Springer, 1960.
- 18.Ravindran, A.V., Yatham, L.N., and Munro, A. Paraphrenia redefined. *Canadian Journal of Psychiatry*,1999: 44,133-7.

19. Pelizza L, Bonazzi F. What's happened to paraphrenia? A case-report and review of the literature. *Acta Biomed* 2010; 81(2):130-140.
20. Sullivan HS. *Schizophrenia as a Human Process*, p.16. New York: W.W. Norton, 1962.
21. Lewis A. Paranoia and paranoid: a historical perspective. *Psychol. Med.* 1970; 1:2-12.
22. Black DW, Yates WR and Andreasen NC. Delusional (paranoid) disorders. In *Textbook of Psychiatry*, ed. J.A. Talbott, pp.391-396. Washington DC: American Psychiatric Association, 1988.
23. Kolb LC. *Modern Clinical Psychiatry*, 8th edn, p. 389. Philadelphia: W. B. Saunders, 1973.
24. Merskey H. *Psychiatric Illness*, 3rd edn., p.102. London: Bailliere Tindall, 1980.
25. Yassa R and Suranyi-Cadotte B. Clinical characteristics of late-onset schizophrenia and delusional disorder. *Schizophren. Bull.* 1993. 19:267-274.
26. Munro A. A plea for paraphrenia. *Can J. Psychiat.* 1991; 36:667-672.

Parafrenia „tardivă”

Parafrenia „tardivă” trebuie văzută în general ca parafrenia descrisă anterior, cu debut la vârstnici și cu un prognostic mai bun decât cazurile de schizofrenie, cel puțin pe termen scurt și mediu (Naguib, 1991).(1)

Prima descriere sistematizată a trăsăturilor paranoide cu debut la vârstnici a fost publicată sub titlul de Paranoia de involuție (Kleist, 1913). Kleist, deși specula posibila contribuție a factorilor organici în dezvoltarea simptomelor psihotice, el concluziona faptul că paranoia de involuție era puțin probabil să fie determinată de o cauză degenerativă primară sau demență vasculară. El a remarcat faptul că

trăsăturile clinice sunt foarte asemănătoare cu cele descrise de Kraepelin ca și parafrenie.(2)

În 1952, Roth și Morrissey a descris un grup de pacienți vârstnici cu un sistem delirant paranoid bine organizat în care semnele de demență organică, confuzie susținută sau tulburare afectivă erau absente. Autorii susținea faptul că tulburarea se dezvoltă pe o personalitate și un intelect bine conservat și se asocia frecvent cu halucinații, fenomene de pasivitate și alte tulburări voliționale.(3) Kay și Roth (1961) utilizează termenul de parafrenie tardivă pentru denumirea acestei entități, incluzând aici toți vârstnicii cu tulburări paranoide ce nu erau cunoscuți anterior cu o tulburare afectivă, demență sau delirium. Ei menționau ca cel mai frecvent tip de delir pe cel persecutor, pe lângă acesta însă descriindu-se și cazuri cu delir hipocondriac, erotoman sau de gelozie.(4)

În anii 50 și 60, se considera că schizofrenia rareori poate debuta după vârsta de 45 de ani, astfel că devenea aproape imposibil să diagnostichezi schizofrenia cu debut tardiv. Astfel că majoritatea psihozelor funcționale schizofrenia-like cu debut la vârstnici erau diagnosticate ca parafrenie tardivă. Însă suspiciunile privitoare la heterogenitatea acestui grup nu s-au oprit (Quintal, Day-Cody și Levy, 1991)(5). Holden (1987) analizând acest tip de grupuri, a găsit cazuri corespunzând tulburărilor schizofreniforme, schizo-afective sau delirante.(6)

Fish (1960) contestă această entitate psihică considerându-o nimic altceva decât o formă senilă de schizofrenie.(7)

Începând cu anii 60, discuțiile despre natura parafreniei tardive și tulburările conexe s-au concentrat în jurul a două puncte de vedere contradictorii(8):

- a. Parafrenia tardivă nu este altceva decât expresia schizofreniei la vârstnici (Fish, 1960; Gold, 1984; Grahame,1984).(7,9,10)
- b. Simptomele paranoide apărute la vârstnici sunt genetic diferite de schizofrenie și apar din interacțiunea complexă a diferiților factori

patogeni cu vârsta înaintată (Funding, 1961; Post,1966; Herbert & Jacobson, 1967; Almeida et al, 1992)(11,12,13,14)

În prezent, parafrenia tardivă este menționată doar în ICD 10 ca și ulburare delirantă, însă în America de Nord ea nu a primit niciodată o recunoaștere oficială.

Tabloul clinic

În cadrul acestei afecțiuni se descrie o gamă largă de simptome, însă simptomul princeps îl reprezintă delirul. Acesta prezintă o gamă largă de conținuturi precum **de persecuție, referință, control, hipocondriac, religios, falsă recunoaștere, grandiozitate, cu predominanța celui de persecuție**, care după unii autori se descrie la 90% din cazuri (Almeida, 1995)(15). În proporție destul de mare se descrie și prezența halucinațiilor auditive sau vizuale (în peste 60% din cazuri). Mai puțin specifice, însă nu și rare, mai găsim și halucinații olfactive, gustative sau tactile.(8)

Alte simptome frecvent întâlnite în cadrul acestei entități și cele care fac diferențierea de schizofrenie problematică, sunt simptomele de prim rang Kurt Schneider. (Post, 1966; Holden, 1987) considerate de mulți autori ca specifice pentru schizofrenie. Însă după cum s-a mai menționat anterior, schizofrenia nu trebuie diagnosticată doar prin prezența unui sindrom halucinator-delirant, ci trebuie căutate și simptomele de serie catatonă, negativă sau dezorganizată. Simptomele de acest tip sunt extrem de rare în cadrul parafreniei tardive, iar atunci când au fost descrise ele erau de intensitate scăzută. (Kay & Roth, 1961; Pearlson *et al*, 1989; Almeida *et al*, 1995)

Almeida mai descrie în cadrul acestei entități nosologice și alte simptome psihice precum iritabilitatea, retragere socială, pierderea interesului și a concentrării, nelijarea personală și simptome obsesive.(8)

În prezent, clasificarea acestor entități ridică o seamă de controverse prin neexistența unui corespondent clar pentru această tulburare așa cum s-a realizat

pentru paranoia prin tulburarea delirantă (ICD 10 și DSM IV TR). Astfel în sistemul DSM aceste entități vor fi clasificate în cadrul schizofreniei, iar în sistemul ICD unele cazuri vor fi clasificate ca schizofrenii, iar altele ca tulburări delirante, tulburări schizo-afective sau alte tulburări psihotice. Acest mod de abordare este nesusținută de mulți autori. (Quintal, Howard, Almeida, Munro).

Pacienții cu parafrenie tardivă reprezintă 10% din procentul populației vârstnice din cadrul spitalelor de psihiatrie.(8)

Factori de risc

Afecțiunea este descrisă mai frecvent la sexul feminin decât la bărbați, raportul variind de la 3/1 până la 20/1 (Kay *et al*, 1964; Herbert & Jacobson, 1967).(13,16) Preponderența așa de mare a femeilor este legată și de aspectul general al apariției mai tardive a psihozelor la femei față de bărbați, ca urmare a existenței unor factori protectivi pentru acestea (hormonali, psihosociali, etc.)

Deficitele senzoriale au fost incriminate de asemenea în apariția parafreniei tardive. Astfel este cunoscut faptul că tulburările de auz reprezintă un factor de risc pentru simptomele paranoide, inclusiv pentru parafrenia tardivă (Cooper 1976, Stein and Thienhaus 1993)(17,18). Diagnosticul de parafrenie a fost asociat și cu deficitul vizual (Kay & Roth, 1961; Post, 1966; Herbert & Jacobson, 1967)(4,12,13).

Kay și Roth, în 1961, menționau faptul că subiecții cu parafrenie tardivă erau social izolați, iar 40% dintre ei trăiau singuri. Aspectul izolării sociale a fost mai târziu subliniat și de către Almeida în 1995. Rolul izolării sociale în parafrenia tardivă este încă neclar, dar se consideră ca fiind posibil secundară tulburărilor de auz, unei personalități deviate sau numărului scăzut de rude care se mai află în viață.(Kay & Roth, 1961; Post, 1966; Herbert & Jacobson, 1967). (4,12,13).

Frecvent, asociat parafreniei tardive, găsim tulburări organice cerebrale. Astfel Kay și Roth au raportat la pacienții lor cu parafrenie tardivă asocierea de

boli organice la 21% dintre ei. Almeida a descris două tipuri principale de semne neurologice la cei cu parafrenie tardivă: a) mișcări anormale și dischinetice la cei pe neuroleptice și b) semne neurologice ușoare.

O serie de investigații imagistice, au decelat anumite modificări patologice, ce ar putea fi sumarizate în trei categorii (8):

- a) Asocierea unor boli cerebrovasculare, evidențiate prin modificări în substanța albă sau infarcte cerebrale;
- b) Subiecții cu simptome de prim rang Kurt Schneider prezintă atrofie corticală mai frecvent decât cei cu fără acest tip de simptome (aspect nesusținut de alți autori, care sugerează exact contrariul (Howard și colegii, 1992) (19));
- c) Lărgirea moderată a ventriculilor laterali comparativ cu lotul de control.

În încercarea de a diferenția schizofrenia, parafrenia și paranoia (tulburarea delirantă) la vârstnici, Flint, Rifat și Eastwood (1991) a observat patologie cerebrală organică mult mai frecventă la paranoiaci comparativ cu cei cu parafrenie (frecvență mai mare a infarctelor cerebrale la cei cu paranoia).(20)

Anumite rapoarte sugerează că subiecții cu parafrenie tardivă sunt mai frecvent necăsătoriți decât vârstnicii fără patologie psihiatrică, iar dacă sunt căsătoriți, rata fertilității este scăzută la aceștia. (Post, 1966; Herbert & Jacobson, 1967, Kay & Roth, 1961; Herbert & Jacobson, 1967).

O istorie familială de tulburări schizofreniforme este încă un factor frecvent asociat cu parafrenia tardivă.

Almeida a încercat o împărțire a parafreniei tardive în funcție de rezultatele la teste cognitive în(8):

- a) Grupul mai funcțional, în care deficitele cognitive sunt limitate la funcțiile executive și avem o prevalență crescută a simptomelor psihotice pozitive, inclusiv cele de prim rang Kurt Schneider.

- b) Grupul mai organic, care se caracterizează printr-un declin cognitiv general și o frecvență crescută a semnelor neurologice.

Post (1966) sugerează o evoluție mai favorabilă la cei ce prezintă un răspuns terapeutic mai rapid, debut la vârstă mai mică, la cei căsătoriți și cei care dezvoltă un insight. La evoluția favorabilă mai contribuie și existența unui suport psihologic, social sau ocupațional.

În cazul lipsei unui tratament, evoluția este cronică neremitentă, iar odată instalat tabloul clinic complet, acesta în general rămâne neschimbat până la decesul pacientului.

Bibliografie

1. Naguib M. Paraphrenia revisited. *Br.J.Hosp.Med.* 1991; 46:371-375.
2. Kleist, K. (1913) Is involutional paranoia due to an organic-destructive brain process? (partially translated by: Förstl, H., Howard, R., Almeida, O. P., *et al* in 1992 from the German paper: 'Die involutionsparanoia. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie., 70, 1-64'). In *Delusion and Hallucination in Old Age* (eds C. Katona & R. Levy), pp. 165–166. London: Gaskell.
3. Roth, M. & Morrisey, J. (1952) Problems in the diagnosis and classification of mental disorders in old age. *Journal of Mental Science*, 98, 66–80.
4. Kay DWK. & Roth, M. (1961) Environmental and hereditary factors in schizophrenias of old age ("late paraphrenia") and their bearing on the general problem of causation in schizophrenia. *Journal of Mental Science*, 107, 649–686.
5. Quintal M, Day-Cody D. & Levy R. Late paraphrenia and ICD–10. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1991; 6:111–116.

6. Holden NL. Late paraphrenia or the paraphrenias? A descriptive study with a 10-year follow-up. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150:635–639.
7. Fish F. Senile schizophrenia. *J. Ment. Sci.* 1960; 106:938-946.
8. Almeida, O. P. “Late Paraphrenia” in *Seminars in Old Age Psychiatry*, Edited by Rob Butler & Brice Pitt, Printed by Bell & Bain Ltd, Thornliebank, Glasgow Chapt 10, 148-163, 1998.
9. Gold Jr D D. Late age of onset schizophrenia: present but unaccounted for. *Comprehensive Psychiatry* 1984; 25: 225–237.
10. Grahame PS. Schizophrenia in old age (late paraphrenia). *British Journal of Psychiatry* 1984; 145:493–495.
11. Funding T. Genetics of paranoid psychoses in later life. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1961; 37:267–282.
12. Post F. *Persistent Persecutory States of the Elderly*. Oxford: Pergamon Press, 1966.
13. Herbert ME & Jacobson S. Late paraphrenia. *British Journal of psychiatry* 1967; 113:461–469.
14. Almeida, O. P., Howard, R., Förstl, H., *et al* (1992) Late paraphrenia: a review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 543–548.
15. Almeida OP, Howard, R., Levy, R., *et al* (1995a) Psychotic states arising in late life – psychopathology and nosology. *British Journal of Psychiatry*, 166, 205–214.
16. Kay DWK, Beamish, P. & Roth, M. Old age disorders in Newcastle upon Tyne. Part 1: a study of prevalence. *British Journal of Psychiatry* 1964; 110:146–158.
17. Cooper AF. Deafness and psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry* 1976; 129:216–226.

- 18.Stein LM. & Thienhaus OJ. Hearing impairment and psychosis. *International Psychogeriatrics* 1993; 5:49–56.
- 19.Howard RJ, Forstl H, Naguib M, Burns A and Levy R. First-rank symptoms of Schneider in late paraphrenia. Cortical structural correlates. *Br. J. Psychiat.* 1992; 160:108-109.
- 20.Flint AJ, Rifat SL and Eastwood MR. Late-onset paranoia: distinct from paraphrenia? *Int. J. Geriatr. Psychiat.* 1991; 6:103-109.

Sindromul delirant de falsă recunoaștere

Abilitatea de a recunoaște fețele oamenilor și de a face diferența dintre ele reprezintă un proces uman fundamental și în mod normal noi suntem adaptați la acest lucru. Nevoia biologică pentru recunoașterea fețelor este prezentă de la naștere, iar această capacitate o achiziționăm pe parcursul începutului vieții.

Acest grup de boli se caracterizează prin delirul de falsă recunoaștere însoțit frecvent și de halucinații de falsă recunoaștere. (Debruille and Stip, 1996).(1)

Începând cu 1923, când Capgras și Reboul-Lachaux a raportat pentru prima dată iluzia sosiilor sau „delirul dublurii”, s-a constatat un interes crescând asupra acestui fenomen de nerecunoaștere a feței sau a persoanei.(2) Cazurile în care delirul de falsă recunoaștere este principalul simptom al bolii, sunt din multe puncte de vedere similare cu cele delirante persistente. Trebuie menționat faptul că acesta poate apare în manieră superficială, ca și simptom secundar, în cazuri de schizofrenie, de tulburare afectivă severă sau demență, iar în cadrul acestora apare mai degrabă ca un fenomen decât ca un sindrom.

Trăsături clinice

Sindromul se manifestă la ambele sexe și poate debuta la orice vârstă, însă este mai frecvent la vârstnici și la vârsta medie.

Există patru variante principale ale acestui sindrom:

- Sindromul Capgras (Capgras și Reboul-Lachaux, 1923), în care pacientul percepe în mod fals faptul că o persoană apropiată (prieten, rudă) a fost înlocuită de o alta, aproape identică, un dublu;
- Sindromul Fregoli (Courbon și Fail, 1927), unde pacientul crede că unul sau mai mulți indivizi pot lua înfățișarea unor persoane familiare pacientului cu scopul de a-l persecuta sau fraudă(3);
- Intermetamorfoza (Courbon și Tusques, 1932), în care pacientul crede că persoanele din jur și-au schimbat identitatea între ei, astfel A devine B, B devine C, și așa mai departe;(4)
- Sindromul dublului subiectiv (Christodolou, 1978), în care pacientul este convins că exact un dublu al său există, un fel de Doppelganger fenomen;(5)

În special în cazul fenomenului dublu subiectiv pot apare simptome și din cadrul celorlalte variante.

Pacientul este convins de înșelăciune, simte că ceva este în neregulă, iar substituția găsește că nu este realizată perfect. Mulți dintre cei afectați sunt extrem de tensionați și speriați deoarece ei sunt convinși că substituția s-a realizat cu scopul de a-i răni. În unele cazuri pacienții devin furioși și atacă cu considerabilă violență ”impostorul”. Convingerea pacientului este de intensitate delirantă și nu poate fi schimbată prin contraargumente sau prin dovezi. Nu există insight în cadrul cazurilor netratate.

În unele cazuri substituția nu implică doar persoane, ci și locuri sau obiecte. O mixtură de depersonalizare și derealizare nu este necomună, în special în stadiile inițiale.

Weinstein (1994) a subliniat câteva trăsături ale acestui sindrom (6):

1. Falsa recunoaștere nu este nediscriminatorie. Un număr limitat de persoane, locuri sau obiecte sunt implicate, aceste fiind adesea familiare subiectului.

2. Găsim la subiect, în același timp, o mixtură de falsă recunoaștere și recunoaștere implicită a persoanelor, locurilor și obiectelor.
3. Prezența unei mixturi de fenomene de depersonalizare și derealizare.
4. Modul de reacție a subiectului la situația de falsă recunoaștere depinde de tipul personalității individului
5. Deși variantele sunt descrise ca entități separate, găsim frecvent la cazurile clinice suprapuneri ale simptomatologiei din aceste variante.

Spier (1992) care sublinia faptul că tulburarea nu este atât de rară pe cât s-ar credea, a delimitat și el câteva trăsături specifice sindromului(7):

- a) Existența unui potențial considerabil spre violență. Mulți dintre pacienți se simt persecutați și consideră că substituția s-a realizat pentru a i se face rău, astfel că aceștia pot devenii agresivi la adresa persecutorului. (Silva și colegii, 1992)(8)
- b) Prezența sindromului înrăutățește prognosticul afecțiunile psihice coexistente.
- c) Asocierea modificărilor organice cerebrale frecvent cu sindromul trebuie să atenționeze clinicianul, pentru a cerceta posibilitatea existenței unei boli organice cerebrale.

Sindromul de falsă recunoaștere a fost privit ca o curiozitate până recent și nu a fost inclus în DSM IV sau ICD-10. Dacă acest fenomen apare pe parcursul altei boli precum schizofrenia, atunci bineînțeles este văzut ca un simptom al acestei boli. Dacă este văzut însă ca principalul aspect al acelei psihoze, atunci trebuie privit ca o tulburare sui generis. La cazurile unde există un discret sistem delirant survenit pe un câmp de conștiință clar și pe o personalitate relativ intactă, ar fi normal să-i se atribuie pacientului un nou statut în cadrul Tulburării delirante (DSM IV) sau a Tulburărilor delirante persistente (ICD-10).

Spier în 1992 le denumea ca „alte tipuri de paranoia”, iar Manschrek (1992), iar apoi Munro (2006) pledează pentru existența unei entități separate în cadrul tulburării delirante. Proporția crescută a cazurilor care au avut și modificări

organice cerebrale vine să crească dificultatea clasificării acestor cazuri. Însă acest aspect a fost descris și în cazul celorlalte tulburări delirante.

Bibliografie

1. Debruille JB and Stip E. Syndrome de Capgras: evolution des hypotheses. *Can. J. Psychiat.* 1996; 41:181-187.
2. Capgras J and Reboul-Lachaux J. L' illusion des „sosies” dans un delire systematise chronique. *Bull. Soc. Clin. Med. Ment.* 1923; 2:6-16.
3. Courbon P and Fail G. Syndrome d'illusion de Fregoli et schizophrénie. *Bull. Soc. Clin. Med. Ment.* 1927; 15:121-125.
4. Courbon P and Tusques J. Illusion d'intermetamorphose at de charme. *Ann. Med. Psychol.* 1932. 90:401-405.
5. Christodoulou GN. Syndrome of subjective doubles. *Am. J. Psychiat.* 1978; 135:249-251.
6. Weinstein EA. The classification of delusional misidentification syndromes. *Psychopathology* 1994; 27:130-135.
7. Spier SA. Capgras syndrome and the delusions of misidentification. *Psychiat. Ann.* 1992; 22:279-285.
8. Silva JA, Sharma KK, Leong GB and Weinstock R. Dangerousness of the delusional misidentification of children. *J. Forens. Sci. JFSCA* 1992; 37:830-838.

Acest fenomen se regăsește ca și entitate nosologică independentă atât în DSM IV, cât și ICD 10, în primul caz sub denumirea de Tulburare psihotică indusă (împărtășită), iar în al doilea caz sub cea de Tulburare delirantă indusă.

DSM-IV -TR consideră că elementul esențial al acestei tulburări îl constituie un delir care apare la un individ care se află într-o relație strânsă cu o altă persoană (denumită uneori “inductor” sau “caz primar”) care are deja o tulburare psihotică cu idei delirante notabile. Individul ajunge să împărtășească convingerile delirante ale inductorului în totalitate sau în parte. De regulă, în tulburarea indusă inductorul este dominant în relație și își impune treptat sistemul delirant unei a doua persoane, inițial sănătoasă și mai pasivă.(1)

O definiție asemănătoare a acestei tulburări este oferită și în ICD-10 tulburare delirantă rară, trăită de două sau mai multe persoane cu legături emoționale strânse, numai una suferind de o tulburare psihotică autentică, cel mai adesea schizofrenică. De obicei individul la care ideile delirante sunt induse, este dependent de partenerul cu psihoză autentică.(2)

Folie a deux este un termen folosit pentru a descrie o situație în care simptome psihice, de obicei deliruri dar nu numai, sunt induse de la un bolnav psihic (pacientul primar) la un alt individ (pacientul secundar) care acceptă simptomul ca și real. Însă termenul a deux nu este totdeauna cel adecvat, deoarece întâlnim situații când sunt implicate mai multe persoane, și în acest caz termenul cel mai indicat ar fi de folie a trois, folie a plusieurs, folie a menage, etc. (3)

Persoanele implicate în acest fenomen sunt de obicei în relație strânsă una cu cealaltă, precum în cazul diadei soț și soție, frați sau părinte-copil (Silveira and Seeman, 1995) și se găsesc frecvent izolați social (Layman and Cohen, 1957; Silveira and Seeman, 1995).(4,5)

Conținutul credințelor împărtășite variază de la cel de persecuție (Fernando și Frieze, 1985; Kendler și colegii, 1986; Brooks, 1987), parazitologic (Gieler și

Knoll, 1990; Musalek și Kutzer, 1990), convingerea de a avea un copil care nu există (Fishbain, 1987), până la cel de falsă recunoaștere de tip Capgras (Hart și McClure, 1989; Ananth, Kaur și Djenderedjian, 1990) sau alte tipuri. (6,7,8,9,10,11,12,13) Un fenomen asemănător a fost descris și în cadrul grupurilor cvasi-religioase sau diferitelor culte conduse de lideri carismatici ce propovăduiesc adepților idei apocaliptice.

Folie a deux nu este un fenomen comun, însă nici atât de rar, în literatură observându-se o creștere a numărului de cazuri descrise în ultima perioadă. Cazurile mai ușoare pot să treacă neobservate, iar și în cazul acestui fenomen, ca și la tulburările delirante, pacienții evită contactul cu serviciile psihiatrice. Enoch și Trethowan (1979) afirma faptul că 90% din cazuri se găsesc în familii și au fost raportate și cazuri de gemeni (Nowlin, 1983; Kendler și colegii, 1986; White, 1995).(7,14,15,16)

Denumirile oficiale din DSM și ICD ale fenomenului, sugerează că ambii participanți din cadrul diadei ar fi psihotici, aspect care nu se regăsește însă în realitate. Pacientul primar este psihotic, însă cel secundar, în cele mai multe cazuri, nu este. Acesta din urmă este descris ca o persoană ușor impresionabilă și dependentă, care adoptă falsele credințe ca urmare a îndelungatei și intensei asocieri cu persoana delirantă, izolarea acestora contribuind la imposibilitatea testării realității și implicit a veridicității credințelor delirante. Dacă relația cu inductorul este întreruptă, convingerile delirante ale celuilalt individ de regulă se reduc și dispar.(17)

Deși folie a deux este în general asociată cu simptome delirante psihotice și este documentată în legătură cu schizofrenia, tulburarea delirantă sau demența stadiu inițial, există autori care consideră că și afecțiuni non-psihotice pot determina un foli a deux (tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea somatoformă

sau tulburarea de personalitate histrionică. Credințele false pot îmbrăca și aspectul ideilor prevalente severe.

Gralnick (1942) descria patru subtipuri de folie a deux (18):

1. Folie imposee: reprezintă forma clasică, în care preocupările rezultate din credințele false ale inductorului sunt transmise celeilalte persoane, aceasta fiind ușor influențabilă.
2. Folie simultanee: în această situație avem simultan aparent două psihoze identice la două persoane predispuse care prezintă o îndelungată și apropiată asociere. Acest tip pare a fi mai frecvent la vârstnici și la persoane cu bagaj genetic asemănător. De exemplu frați care nu s-au căsătorit și au continuat să trăiască împreună.
3. Folie communiquee: în care avem un transfer de delir, însă doar după o perioadă lungă de rezistență din partea persoanei secundare. După separare delirurile au tendința să persiste.
4. Folie induite: noi deliruri sunt adăugate la cele existente deja sub influența unui alt pacient delirant.

Folie a deux după unii autori ar trebuie privită ca un fenomen și nu ca o entitate de sine stătătoare. Aceasta este considerată că apare ca urmare a unei combinații a următorilor factori: impresionabilitate crescută și marcantă dependență față de inductor; trăsături de personalitate precum sugestionabilitatea, pasivitatea, testare a realității scăzute, etc la pacientul secundar; în unele cazuri inteligență scăzută la pacientul secundar; intensitatea credințelor anormale exprimate de pacientul primar; durata perioadei de timp în care credințele anormale au fost impuse și gradul de izolare socială.

În DSM V,

Bibliografie

1. *** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington D.C. : American Psychiatric Association, 2000.
2. ****ICD-10. Clasificarea tulburărilor mintale și comportamentale, simptomatologie și diagnostic clinic*. Editura All, București, 1998.
3. Munro A. *Delusional disorder: paranoia and related illness*. Cambridge University Press: 2006
4. Silveira JM și Seeman MV. Shared psychotic disorders: a critical review of the literature. *Can. J. Psychiat.* 1995; 40:389-395.
5. Layman WA and Cohen L. A modern concept of folie a deux. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1957; 125:412-419.
6. Fernando FP și Frieze M. A relapsing folie a trois. *Br. J. Psychiat.* 1985; 146:315-324.
7. Kendler KS, Robinson G, McGuire M and Spellman MP. Late-onset folie simultanee in a pair of monozygotic twins. *Br. J. Psychiat.* 1986; 148:463-465.
8. Brooks S. Folie a deux in the aged: variations in psychopathology. *Can. J. Psychiat.* 1987; 32:61-63.
9. Gieler U and Knoll M. Delusional parasitosis as „folie a trois”. *Dermatologica* 1990; 181:122-125.
10. Musalek M și Kutzer E. The frequency of shared delusions in delusions of infestation. *Eur. Arch. Psychiat. Neurol. Sci.* 1990; 239:263-266.
11. Fishbain DA. Folie a deux in the aged. *Can. J. Psychiat.* 1987; 32:498-499.
12. Hart J și McClure GMG. Capgras syndrome and folie a deux involving mother and child. *Br. J. Psychiat* 1989; 154:552-554.

13. Ananth J, Kaur A and Djenderedjian AH. Simultaneous folie adeux and Capgras syndrome. *Psychiat. J. Univ. Ottawa* 1990; 15:41-53.
14. Enoch MD și Trethowan WH. *Uncommon Psychiatric Syndromes*, 2nd edn. Bristol: John Wright and Sons, 1979.
15. Nowlin NS. Anorexia nervosa in twins: case report and review. *J. Clin. Psychiat* 1983; 44:101-105.
16. White TG. Folie simultanee in monozygotic twins. *Can. J. Psychiat.* 1995; 40:418-420.
17. Alistair Munro: Persistent delusional symptoms and disorders in New Oxford Textbook of Psychiatry. (ed Gelder, Michael; Andreasen, Nancy; Lopez-Ibor, Juan; Geddes, John) 609-647; Oxford University Press, 2009.
18. Gralnick A. Folie a deux: a psychosis of association. A review of 103 cases and the entire English literature. *Psychiat. Quart.* 1942; 16:230-263.

Delirul în patologia afectivă

În cadrul tulburărilor de dispoziție depresive sau maniacale, există în mod structural o idee deformată a subiectului privitoare la poziția sa în raport cu lumea, cu alții și cu sine. Depresivul se autodepreciază și se consideră vinovat într-o manieră exagerată, care poate fi etichetată de cele mai multe ori ca și prevalentă. Uneori, în cadrul acestor tulburări se poate ajunge și la un delir congruent, în cazul în care convingerea absurdă e formulabilă tematic și susținută cu tenacitate. Atât depresivul cât și maniacalul pot prezenta idei supraevaluate sau delirante și pe teme incongruente, exemplu paranoide.

Atât în cadrul DSM IV cât și în ICD10, există un consens în privința posibilității apariției de simptome psihotice în cadrul episoadelor depresive severe

ce determina cursul tulburării depresive monopolare, sau din cardul episoacelor maniacale și depresive severe, ce determina cursul evolutiei tulburarii bipolare de tip I.

Desi prezenta simptomelor psihotice in cadrul evolutiei **tulburarii afective bipolare** este de mult cunoscuta si acceptata, rolul acestora in cadrul evolutiei pe termen lung si al prognosticului bolii bipolare este putin studiat. Abia in ultimele decenii acest subiect a intrat mai mult in atentia lumii psihiatrice, cat si posibila interferenta a bolii bipolare cu spectrul schizofreniei. In prezent putinele studii existente cu privire la rolul simptomelor psihotice incongruente in evolutia pe termen lung a tulburarii bipolare de tip I au relevat faptul ca acestea sunt agregate in cadrul unor familii si se asociaza cu o evolutie mai severa si un prognostic global mai nefavorabil a bolii bipolare, avand din acest punct de vedere asemanari mai mari cu schizofrenia.

Granitele dintre tulburarea maniaco-depresiva si schizofrenie sunt inca subiectul unei intense controverse. Schizofrenia a fost intotdeauna perceputa ca arhetipul tulburarii psihotice, caracterizat prin prezenta delirului si insight absent (OMS, 1973). Aceste simptome apar insa frecvent si in alte tulburari psihice, in special in tulburarile afective. In pofida evidentelor similaritati intre schizofrenie si tulburarea bipolara, exista putine studii cu privire la originea fiziopatologica a psihozei, mai ales din tulburarea bipolara. Toate aceste intrebari au implicatii in practica clinica si in special in interventia terapeutica.

Simptomele psihotice sunt o trăsătura comuna a tulburării bipolare (Benazzi,1999), cel mai frecvent manifestându-se sub forma delirului. Aceste simptome psihotice (deliruri si halucinatii) pot fi congruente cu dispozitia afectiva (ex. delir de grandoare in manie si delir de ruina in depresie) sau incongruente cu dispozitia, mai frecvent intalnite in manie, dar si in depresie (ex: de tip paranoid, de referinta sau chiar simptome de influenta-transparenta, tulburări formale de

gândire, halucinații și în cazuri mai rare chiar simptome de prim rang al lui Schneider). Delirurile incongruente erau considerate ca fiind caracteristice schizofreniei și doar cele congruente erau asociate psihozelor afective.

Există puține studii până în prezent care să compare diferențele dintre delirurile din schizofrenie și cele incongruente din psihozele afective. Oulis și colab., în 2000, au comparat credințele delirante din schizofrenie cu cele din psihoza afectivă monopolară și au concluzionat că în schizofrenie, delirurile sunt mai ilogice, mai bizare, cu un grad mai crescut de convingere și cu durată mai mare, pe când delirul din psihoza depresivă era corelat cu un nivel emoțional crescut. De-a lungul timpului, s-a remarcat că anumite simptome psihotice incongruente, unele chiar tipice schizofreniei sunt frecvent întâlnite la pacienții bipolari tip I și constituie o categorie distinctă în cadrul acestei tulburări. (Swann și colab., 2001). În ultima perioadă, tot mai mulți cercetători contestă clasificarea dihotomică a lui Kraepelin dintre schizofrenie și tulburarea bipolară (Kendler, Karkowski & Walsh, 1998; Ketter și colab, 2004).

Formarea delirurilor congruente și incongruente din tulburarea bipolară din perspectiva originii lor neuropatologice și a rolului pe care îl are afectul în formarea lor, este un subiect puțin studiat. Până în prezent, accentul a fost pus pe implicațiile diagnostice și prognostice ale conceptului de congruență afectivă și mai puțin pe mecanismele etiologice. (Pope și colab., 1978; Verdoux & Bourgeois, 1993) Principalele teorii în legătură cu originea delirurilor se împart pe trei nivele: motivational, perceptual și cognitiv. Teoriile motivationale își au originea în școala psihanalitică și sugerează că delirurile derivă din fanteziile și atribuiriile subconstientului (Neale, 1988; Bentall, 1993). Teoriile perceptuale susțin că delirurile constituie concluzii logice ale unor experiențe perceptiv anormale. (Maher, 1974). Teoriile cognitive se bazează pe existența la pacienții deliranti a unor raționamente alterate (Garety, 1991), anormalități ale memoriei semantice

(Rossel si colab., 1998) sau deficite ale metareprezentarii, adica ale mecanismelor care permit unui individ sa fie constient de intentiile lui si ale altora (Frith, 1992). Aceste teorii cognitive par sa fie cele mai compatibile cu explicatiile neurofiziologice, insa majoritatea acestor studii s-au facut pe pacientii cu schizofrenie. La pacientii bipolari, nu exista studii care sa investigheze rolul tulburarii afectului in formarea delirurilor.

O alta teorie cu privire la formarea delirurilor, face referire la rolul memoriei afective in aparitia delirurilor congruente. In psihologie este bine cunoscut rolul pe care il are afectul in formarea amintirilor, astfel exista o mai mare accesibilitate la amintirile autobiografice care sunt congruente cu starea afectiva actuala a individului si amintirile formate in timpul unui eveniment incarcat afectiv sunt mai rezistente la uitare. Aceasta teorie explica de ce in cursul unor episoade afective recurente reapar si se formeaza deliruri cu teme similare. Un alt mecanism implicat in formarea delirurilor, este reprezentat de adaugarea informatiilor contextuale la informatiile din memorie, printr-o monitorizare corecta a realitatii, adica discriminarea intre evenimentele reale si cele imaginare. (Johnson & Raye, 1981). In concluzie, delirurile pot reprezenta amintiri false sau alterate ale unor evenimente interne sau externe si ele pot fi modificate de catre starile emotionale la fel ca orice amintire episodica.

Substratul neurologic implicat in dezvoltarea asociierilor contextuale este cunoscut ca fiind situat in cortexul prefrontal. In cazul emotiilor este implicat in special cortexul orbito-frontal (Rolls, 1990). Aceste regiuni cerebrale (amigdala si cortexul orbito-frontal) sunt conectate cu sistemul limbic si interactioneaza functional in formarea amintirilor cu incarcatura afectiva mare (Cahill & McGaugh, 1998). Un numar mare de studii au raportat o crestere a volumului amigdalei la pacientii bipolari, fata de pacientii cu schizofrenie. (Altshuler si colab, 1998; 2000). Bazandu-se pe aceste descoperiri, s-a formulat ipoteza ca delirurile

congruente din cadrul psihozelor afective se datoreaza unei capacitati reduse a cortexului prefrontal de a filtra informatiile contextuale exagerate asociate cu incarcatura afectiva mare, datorata largirii amigdalei. (Delusion formation and insight). Este evident ca exista o legatura directa intre formarea delirurilor congruente si afect, insa aceasta legatura nu este clara si in cazul delirurilor incongruente, care par a se forma in urma unei procesari inadecvate ale unor stimuli afectivi normali.

Cel mai frecvent delir incongruent pe care il intilnim in tulburarea bipolară este delirul paranoid, care este specific de regula psihozelor functionale neafective, cum ar fi schizofrenia. Din acest motiv, mecanismul de formare al acestui delir a fost studiat mai ales in cadrul schizofreniei, insa se presupune ca acesta este similar si in psihozele afective. Una dintre ipoteze este aceea ca delirurile de persecutie apar din incercarea pacientului de a gasi o explicatie cauzala pentru trairile psihotice anormale si anxiogene pe care le resimte, prin intermediul atribuirii externe a trairilor negative interne. Toate acestea se formeaza pe fondul personalitatii pacientului, a credintelor preexistente despre sine si despre lume, si a evenimentelor din mediu. Delirurile cu continut paranoid tind sa apară la persoane care au o stima de sine mai scazuta, se simt vulnerabile si cred ca lumea le este ostila si amenintatoare, credinte care s-au format si pe baza unor experiente traumatice anterioare. (Freeman si colab., 1998). Aceste credinte se asociaza frecvent cu nivele crescute de anxietate, deoarece cognitia centrala care sta la baza anxietatii este pericolul iminent, aceasta fiind comuna si delirului paranoid. Continutul tematic al delirului persecutoriu este acelasi cu cel al anxietatii, de unde putem sustine ipoteza ca anxietatea este emotia care sta la baza formarii delirului paranoid.

Intr-un studiu epidemiologic, efectuat pe o perioada de 35 de ani simptomele psihotice au apărut la 74% din 246 de pacienti cu un prim episod de manie,

diagnosticați cu TAB tip I (Kennedy si colab, 2005). Un alt studiu australian, efectuat pe 112 bipolari tip I si II, a raportat ca 86% dintre pacienti au prezentat deliruri si doar 21% au prezentat halucinații. Delirurile au fost mai frecvente la barbati fata de femei (88% versus 83%) (Morgan, Mitchell & Jablensky, 2005). Acest studiu includea doar pacienții aflați in contact permanent cu serviciile psihiatrice, astfel existând o mare probabilitate sa fi fost incluse cazurile mai grave si incidenta simptomelor psihotice sa fie supraevaluata. In studiul efectuat in anul 2003 de catre Yildiz si Sachs, s-a constatat ca 42% dintre pacienții bipolari au avut un istoric de simptome psihotice, dintre care 95% au fost la pacienții bipolari tip I. In cadrul acestui studiu retrospectiv, istoricul de simptome psihotice a fost mai crescut la femei decât la barbati (48% versus 35%). In majoritatea lor aceste studii indica ca cel puțin jumătate dintre pacienții bipolari tip I prezintă simptome psihotice la un moment dat al evoluției bolii, si mai puțin frecvent in cazul pacienților bipolari tip II (Benazzi, 1999 ; Yildiz & Sachs, 2003).

Majoritatea studiilor sunt de acord cu faptul ca simptomele psihotice apar mai frecvent la pacienții bipolari cu debut precoce. Intr-un studiu retrospectiv, efectuat pe 328 de pacienți bipolari, Yildiz si colaboratorii au constatat ca vârsta medie de debut este mult mai mica la pacienții care au un istoric de psihoza. Un rezultat similar a obținut Schulze si colab.(2002), care a observat ca un număr mai mare dintre pacienții bipolari cu debut sub 20 de ani au prezentat deliruri si halucinații, in comparație cu pacienții bipolari cu debut peste 30 de ani. In cadrul unui studiu cu durata de 35 de ani, al primului episod de manie, Kennedy si colab. (2005) au raportat ca 77% dintre pacienții cu debut sub 40 de ani au prezentat simptome psihotice asociate, in comparație cu doar 61% dintre pacientii cu debut peste 40 de ani.

Simptomele psihotice se manifestă mai frecvent in cursul episoadelor maniacale, sub forma de deliruri si halucinații care pot fi congruente sau

incongruente cu dispoziția afectivă. Cel puțin jumătate dintre episoadele maniacale se însoțesc de simptome psihotice. Delirurile și halucinațiile care apar cel mai frecvent în cursul episoadelor maniacale au un conținut de grandoare sau paranoid. Prezența acestor simptome s-a asociat cu o mai slabă funcționare socială și cu o durată mai crescută a spitalizărilor (Swann și colab., 2004). La primul episod maniacal cu debut precoce, cel mai frecvent s-au asociat simptome psihotice de grandoare (62%), de persecuție (60%), de influență (38%), halucinațiile având o frecvență mai mică (21%) (Kennedy și colab., 2005). Tot în cadrul aceluiași studiu, s-a observat că tipul de simptome psihotice se asociază cu vârsta de debut, astfel simptomele psihotice incongruente, ca delirul de persecuție, de influență și halucinațiile auditive au apărut mai frecvent la pacienții cu debut precoce, pe când în grupul cu debut mai tardiv au apărut relativ rar, mai ales halucinații vizuale, olfactive și somatice. Prezența psihozei incongruente în cursul episoadelor maniacale este un factor de prognostic negativ, care se asociază cu o persistență mai îndelungată a simptomatologiei psihotice dar și cu o funcționare socială mai slabă interepisodic, în comparație cu pacienții bipolari care au prezentat doar simptome psihotice congruente. (Strakovski și colab., 2000).

Un alt studiu prospectiv pe termen lung (Coryell și colab., 2001, report from NIMH collaborative study) a remarcat faptul că prezența simptomelor psihotice în cursul episoadelor de manie se asociază cu o durată mai crescută a spitalizărilor, asemănător cu episoadele de depresie cu simptome psihotice, însă sunt mai puțin predictive pentru reapariția psihozei în viitor, față de episoadele de depresie cu simptome psihotice. De asemenea prezența psihozei în cursul depresiei se asociază mai frecvent cu o persistență a unei simptomatologii reziduale interepisodice.

Episoadele mixte sunt într-o proporție importantă asociate cu simptome psihotice, în special incongruente. Dell'Osso și colab. (1991) au constatat în cadrul unui studiu efectuat pe 108 femei cu tulburare bipolară, că 63,2% dintre

episoadele mixte se insotesc de simptome psihotice incongruente, iar rata de aparitie a simptomelor psihotice este similara in cursul episoadelor mixte si pur maniacale (33%, respectiv 30%). Rezultate asemanatoare le-au obtinut Cassidy si colab., intr-un studiu efectuat in 1998, pe 316 pacienti bipolari, la care paranoia a aparut in rate similare in cursul episoadelor mixte si maniacale. Alte studii (Akiskal si colab., 1998), sustin ca mania disforica, definita ca un episod de manie insotit de unul sau doua simptome depresive, este mai frecvent asociata cu simptome psihotice incogruente, decat episodul maniacal pur. De asemenea, tulburarile formale de gandire pot sa apara frecvent in cursul episoadelor mixte.

Delirul în psihozele scurte

Opoziție față de sistemul dihotomic al lui Kraepelin și a conceptului despre schizofrenie al lui Bleuler au manifestat atât unii psihiatri germani cât și reprezentanții școlilor de psihiatrie franceze, scandinave și japoneze care au acordat acestor psihoze scurte cu prognostic bun locuri diferite în sistemele lor nosologice. Principalele prototipuri ale actualelor tulburări psihotice acute și tranzitorii le găsim în cadrul psihiatriei germane și franceze, și anume „tulburările cicloide” și „bouffee-le delirante”.

Psihozele cicloide

Conceptul psihozelor cicloide stă la baza conceptului “Tulburări psihotice acute și tranzitorii” (ICD 10) precum și al “Tulburării psihotice scurte”(DSM IV TR). A fost creat și dezvoltat de așa numiții “cei trei Karl”: Karl Wernicke, Karl

Kleist și Karl Leonhard. Conceptul celor “trei Karl” se concentra în special asupra aspectelor clinice.

Carl Wernicke a descris așa-numitele, “psihoza motilității”, “psihoza anxioasă”, “autopsihoza expansivă”, care pot fi considerate ca baze ale tulburării cicloide. “Psihoza motilității”, așa cum a fost descrisă de Wernicke, există în două forme opuse, numite forma hiperkinetică și forma akinetică dar pot apare și combinații. Caracteristica dominantă este o perturbare a motilității care crește sau scade în momente reactive și expresive și în “momente pseudo-spontane”. În forma sa akinetică psihoza motilității poate fi observată ca stupor sau ca flexibilitate ceroasă. Simptomul fundamental în psihoza anxioasă este anxietatea cu temeri polimorfe, dar există de asemenea idei delirante, halucinații și perturbări psihomotorii. Caracteristicile acestor tipuri erau prezența delirurilor și halucinațiilor, oscilații afective (în special spre manie), durată scurtă, evoluție favorabilă și apartenența la grupul psihozelor maniaco-depresive. (1)

K. Kleist a lansat termenul de “**psihoza cicloida**” (1924), acesta fiind totodată și cel care a făcut primul studiu familial al psihozei cicloide. Acest studiu despre “psihoza fazică” l-a determinat să facă distincția dintre tulburările bipolare și cele monopolare. Astfel el considera că tulburările bipolare includ nu doar tulburările maniaco-depresive ci și tulburările cicloide, menționând însă că tulburările cicloide sunt în mod clar distincte de alte forme de “psihoze fazice” și că fiecare formă este caracterizată printr-o încărcătură familială homotipică. (2)

Karl Leonhard a completat conceptul psihozelor cicloide, cel mai important obiectiv al său fiind identificarea unui mare număr de tulburări psihotice care diferă în ceea ce privește caracteristicile clinice, prognostice și familiale. El a creat propria sa “clasificare a psihozelor endogene” ca un sistem nosologic independent și care este diferit de cel propus de Kraepelin.(3) Leonhard încadra psihozele cicloide în trei grupuri:

- psihoza anxietate-fericire
- psihoza excitator –inhibitorie
- psihoza motilității hiperkinetică-akinetică

Conform cercetărilor lui Leonhard și a colaboratorilor săi psihoza cicloidă are următoarele caractere:

- este mai frecventă la femei
- debut la vârstă tânără
- încărcătură genetică familială de ”psihoză endogenă”
- nu s-au putut evidenția corelații cu anumite trăsături de personalitate
- prognostic și evoluție bună

Cea mai importantă contribuție în constituirea conceptului de psihoză cicloidă a avut-o psihiatrul suedez Carlo Perris în cooperare cu alți psihiatrii din alte țări precum Ian Brockington din Marea Britanie și Mario Maj din Italia.

Carlo Perris (1977) a fost cel care poate a contribuit cel mai mult la confirmarea și răspândirea conceptului de psihoză cicloidă în psihiatria internațională și a propus criterii operaționale de diagnostic. A considerat psihoza cicloidă ca o entitate nosologică autonomă, plasată între psihoza maniaco-depresivă și schizofrenie, apropiată de conceptul francez de bufeu delirant și de conceptul japonez de psihoză atipică. A confirmat descrierile lui Leonhard referitoare la debutul acut sau brusc al simptomatologiei psihotice, aspectul de continuă schimbare a simptomatologiei, evoluția favorabilă pe termen scurt și lung, dar nu și existența celor 3 forme clinice, deoarece în majoritatea cazurilor nu se poate face o distincție clară între acestea (4,5)

Bufeul delirant

Reprezintă strămoșul francez al tulburărilor psihotice acute și tranzitorii și al psihozei scurte. După cum s-a menționat și mai anterior, Magnan (1880) inspirat din teoria degenerării al lui Morel (1857) a descris sub denumirea de “buffee

delirante des degeneres” o condiție psihopatologică cu debut brusc, caracterizată prin simptomatologie psihotică polimorfă, labilitate afectivă, elemente confuzionale, cu rezoluție rapidă și evoluție recurentă care apare la generații succesive în familiile “degenerate”. Psihozele delirante ale “degeneraților” au fost demarcate clar în psihiatria lui Magnan de psihozele cronice cu evoluție sistematică care duce la demență. Caracteristic pentru bufeele delirante după Magnan ar fi atât recidiva și repetiția, cât și caracterul accidental al declanșării psihozelor. Printre factorii declanșatori a menționat: pubertatea, menopauza, puerperalitatea, factorii toxico-infecțioși și factorii psiho-sociali (6).

În școala psihiatrică franceză, bufeul delirant și-a găsit un loc separat de tulburare mentală, fiind inclus în sistemul național de clasificare INSERM (1969). Criteriile operaționale de clasificare au fost elaborate de Pull și colaboratorii în 1983, acestea referindu-se la:

- o vârstă debut în perioada 20-40 de ani;
- debut acut, fără o patologie psihiatrică anterioară (excepție episoade identice cu cel prezent);
- lipsa cronicizării bolii (remiterea episodului în câteva săptămâni sau luni, cu posibilitatea recurenței);
- simptome constând: în deliruri și halucinații de orice tip; depersonalizare, derealizare sau confuzie; depresie sau elatie; simptomele se pot schimba de la oră la oră sau de la o zi la alta;
- se exclude determinismul organic sau cel indus de abuzul de alcool sau droguri.(7)

În prezent după cum s-a mai menționat, bufeul delirant este văzut ca sinonim cu tulburarea psihotică acută și tranzitorie. În țările francofone în curs de dezvoltare, în special cele din Africa, încă se mai folosește termenul de bufeu delirant.

Echivalentul tulburărilor psihotice acute și tranzitorii în psihiatria japoneză îl reprezintă „Psihozele atipice” sau „Psihozele Mitsuda” . Creatorul conceptului ”psihozei atipice” în Japonia a fost Hisatoshi Mitsuda, care a prezentat subiectul pentru prima dată în 1941 sub numele de “Psihoza Mitsuda”.(8)

Ele au rezultat în urma impactului psihiatriei germane în Japonia. În 1960, chiar a avut loc în Japonia un simpozion pe tema “Psihozelor atipice” fapt ce a contribuit la impunerea acestora în psihiatria japoneză. Termenul de “psihoză atipică” a fost adesea utilizat de Kleist și Leonhard.

În 1983, Hatotani (9) a descris caracteristicile clinice de bază ale acestora, constând în:

- debut acut;
- prognostic favorabil;
- tendința spre recădere;
- simptomele mentale de bază sunt perturbările emoționale, psihomotorii și alterarea stării de vigilitate;
- perturbările emoționale și psihomotorii tind să alterneze între manie-depresie, angoasă-extaz și agitație-stupor;
- personalitatea premorbidă a pacienților din acest grup, în contrast cu cei tipic schizofreni, au o bună orientare în realitate și au un raport afectiv bun.

Termenul de psihoză atipică nu a fost folosit numai de psihiatri japonezi ci și de alți autori pentru a caracteriza diferite stări psihotice care nu se încadrau în clasică dihotomie kraepeliana. În DSM-III-R psihozele atipice au fost folosite ca sinonime pentru categoria reziduală de tulburări psihotice nespecificate. Fiind considerată categorie reziduală și în consecință nedefinind o entitate nosologică, în DSM-IV-TR termenul de psihoză atipică nu mai este menționat ca sinonim pentru această categorie.

Psihozele reactive sau psihogene

Sunt văzute tot ca o Tulburare psihotică acută și tranzitorie de către WHO. Deși conceptul de bază al acestora a fost descris de Karl Jaspers, prima monografie a lor a fost scrisă de August Wimmer, profesor de psihiatrie la Universitatea din Copenhaga, în cadrul cărții sale din 1916.

Acesta a descris “psihozele psihogene” ca psihoze clinic independente a căror trăsături importante ar fi: terenul predispozant și declanșarea stării psihotice de traume psihice. Atât forma cât și conținutul psihozei ar fi mai mult sau mai puțin determinate direct și comprehensibil de factorii precipitanți (10)(11).

În cadrul DSM III s-a introdus o entitate nosologică numită “Psihoză reactivă scurtă” căreia i s-au dat și criterii operaționale, ea fiind descrisă printr-un debut brusc al unui comportament psihotic, declanșat de un eveniment stresant acut și sever, și care nu durează mai mult de o săptămână, durată care a fost schimbată apoi la o lună în DSM III R. În DSM-IV, aceasta nu mai apare, fiind înlocuită cu tulburare psihotică scurtă. Pentru diagnosticul de tulburare psihotică scurtă nu mai este necesar evenimentul declanșator. Atât în DSM-IV-TR cât și în ICD-10 prezența stressorului marcant poate fi cotată opțional, aspect ce sugerează relația istorică a tulburării psihotice scurte cu psihoza reactivă a psihiatrilor scandinavi.

Deși conform WHO psihoza reactivă ar fi sinonimă cu tulburarea psihotică acută și tranzitorie, aceasta este adevărată doar pentru o mică parte. Psihozele reactive diferă de tulburarea psihotică acută și tranzitorie, în special cu privire la criteriul referitor la factorul precipitant care trebuie să fie prezent în psihozele reactive dar nu și în tulburarea psihotică acută și tranzitorie, o altă diferență fiind reprezentată de simptomatologia nespecifică a psihozelor reactive/psihogene.

În clasificarea internațională a bolilor – ICD-10 tulburările psihotice acute și tranzitorii sunt divizate în 5 subgrupe diagnostice.

Tulburări psihotice acute polimorfe

Caracteristicile acestui grup sunt: variabilitatea și schimbarea rapidă a simptomatologiei (stare polimorfă), de la o zi la alta sau chiar în aceeași zi, bulversări emoționale care se pot manifesta ca sentimente intense de fericire sau extaz, anxietate severă, iritabilitate, perplexitate, identificare eronată a persoanelor și locurilor, creștere sau scădere a motilității. Prezența sau absența simptomelor de schizofrenie le diferențiază în: tulburare acută polimorfă fără simptome de schizofrenie și tulburare acută polimorfă cu simptome de schizofrenie. În acest caz se acceptă orice tip de delir cu o durată de cel puțin câteva ore în orice moment de la debut.

Include:

bufeuri delirante fără simptome de schizofrenie sau nespecificate sau cu simptome de schizofrenie

psihoze cicloide fără simptome de schizofrenie sau nespecificate sau psihoze cicloide cu simptome de schizofrenie

Tulburarea psihotică acută schizoprenia-like

Pentru diagnosticul de tulburare psihotică acută schizoprenia-like trebuie să fie întrunite criteriile generale pentru tulburarea psihotică acută și polimorfă și criteriile pentru schizofrenie, cu excepția criteriului timp. Un anumit grad de variabilitate sau instabilitate emoțională poate fi prezent dar nu de amploarea celui descris la tulburarea psihotică acută polimorfă. Persistența simptomatologiei de schizofrenie peste 1 lună, impune schimbarea diagnosticului în cel de schizofrenie.

Include: schizofrenia acută (nediferențiată); tulburare schizofreniformă scurtă; psihoza schizofreniformă scurtă; oneirofrenia; reacția schizofrenică.

Alte tulburări psihotice acute predominant delirante

Principala caracteristică clinică a acestor tulburări psihotice acute o constituie prezența delirurilor și halucinațiilor care sunt oarecum stabile, dar care nu întrunesc criteriile simptomatice pentru schizofrenie. Delirurile mai frecvent

întâlnite sunt cu temă de persecuție sau referință iar halucinațiile sunt mai ales auditive (voci care i se adresează direct pacientului).

Alte tulburări psihotice acute și tranzitorii

Sunt codificate la această subcategorie diagnostică orice alte tulburări psihotice acute care nu sunt clasificabile în oricare din categoriile menționate anterior. (Exemplu: stări psihotice acute în care delirurile sau halucinațiile certe apar, dar persistă scurt timp).

Stările de agitație nediferențiate se codifică de asemenea aici dacă nu sunt disponibile mai multe informații despre starea mentală a pacientului și dacă există certitudinea lipsei unei cauze organice.

Tulburările psihotice acute și tranzitorii nespecificate

Este subcategoria diagnostică care cuprinde cazurile de tulburări psihotice acute și tranzitorii pentru care nu sunt disponibile informații precise.

Include: psihoza reactivă scurtă NSA

În manualul de diagnostic și statistică (DSM-IV, 1994) al Asociației Psihiatrice Americane este definită categoria **tulburare psihotică scurtă**, echivalent al tulburărilor psihotice acute și tranzitorii din ICD-10. Trăsătura esențială este debutul acut al delirurilor, halucinațiilor, vorbirii dezorganizate sau a comportamentului dezorganizat sau cataton. Pentru diagnostic trebuie să fie prezent cel puțin un simptom psihotic. Un episod să dureze cel puțin 1 zi și cel mult 1 lună și subiectul să revină eventual la nivelul premorbid de funcționare.

Delirul în tabloul clinic

În perioada de stare caracteristice sunt delirurile cu teme multiple (persecuție, otrăvire, posesiune, influență, transformare sexuală, referință, mistic, bogăție sau puteri fabuloase, vinovație) și schimbătoare de la o zi la alta. Temele delirante se intrică, se amestecă, se metamorfozează ca într-o succesiune caleidoscopică de imagini. Pacienții se pot simți invadați, stăpâniți și în

comunicare cu forțe supranaturale. Temele extravagante, absurde, uneori puerile, alteori poetice, sunt în general puțin stabile, fără sistematizare și coeziune. Delirul este trăit ca o experiență de neînălțurat, se impune subiectului ca și evenimentele din lumea exterioară, ca revelații inedite care induc o convingere imediată, o adeziune absolută la delir.

Halucinațiile sunt frecvente, mai ales cele auditive, dar sunt prezente și halucinații vizuale foarte vii, halucinații haptice, kinestezice și pseudohalucinațiile.

Pacientul poate comunica prolix, mai mult sau mai puțin coerent despre conținutul delirant-halucinator sau dimpotrivă pacientul face doar remarci scurte în termeni sobri sau pot să apară perioade scurte de mutism. Dispoziția este constant afectată, pacienții prezentând o trecere abruptă de la o stare afectivă la alta. Față de apariția bruscă a activității halucinator-delirante, apar stări afective corespondente de scurtă durată accentuând aspectul polimorf al tabloului clinic. Astfel pacientul este când expansiv și exaltat, ca un maniacal, când, dimpotrivă, trăiește stări de anxietate sau de depresie profundă, cu ideație suicidara și refuz alimentar, în unele cazuri.

Anxietatea este frecvent prezentă, deseori intensă, dar fluctuantă, pacientul putând să treacă rapid la o stare de fericire și extaz.

Pot fi prezente grade diferite de denivelare a conștiinței, de la stări confuzionale / subconfuzionale care se traduc prin orientare aproximativă și comunicare perturbată, însa la majoritatea pacienților rămâne posibilă comunicarea cu alții, subiecții fiind suficient de orientați și destul de adaptați la ambianță. În alte cazuri de structurarea conștiinței apare sub forma unei stări de fascinație, dedusă din aerul distant sau absent, detașarea, atitudinile meditative sau de ascultare ale pacientului.

Insomnia este un simptom frecvent, ca și tulburările de atenție și hipomnezia pentru evenimentele recente.

Tulburările de motilitate sunt de tipul hiperactivitate, fără a fi însoțite de presiunea vorbirii sau de tip stupor akinetic cu mutism.

Comportamentul este neadecvat, bizar, motivat delirant cum ar fi comportament inhibat, siderat, agitație cu agresivitate, călătorii fără scop, uneori tentative suicidare și acte medico-legale.

Delirurile din aceste psihoze au un debutat rapid și o evoluție rapidă spre o simptomatologie intensă, a cărui conținut se schimbă frecvent. Cel mai frecvent acesta este cel megaloman, de persecuție și hipocondriac. Pichot (1986) remarcă diversitatea, bogăția și schimbările în timp ale temelor delirante. Delirurile sunt laxe, amestecate, fără o structură coerentă.

Sajith și colaboratorii (2002) în cadrul lotului lor de 45 pacienți cu tulburare psihotică acută polimorfă, au raportat ca cel mai frecvent simptom psihotic “alte halucinații auditive” în 91,1% din cazuri, iar delirul de persecuție la 82,2% din cazuri.

În cadrul studiului HASBAP (Halle Study on Brief and Acute Psychoses), unde s-au comparat subiecți cu tulburare psihotică acută și tranzitorie (TPAT) cu un lot de control cu schizofrenie pozitivă și cu un lot de schizo-afectivi și bipolarari (considerați un singur lot)s-au observat anumite diferențe simptomatologice ce vor fi menționate în continuare. Delirul a fost prezent cu o frecvență asemănătoare în ambele loturi (97,6%), însă cu o predominanță a celui de influență în lotul cu schizofrenie. Delirurile din cadrul tulburărilor psihotice acute și tranzitorii, în comparație cu cele din celelalte două loturi, s-au dovedit a fi mai turbulente și cu un caracter mai dramatic, precum și cu o schimbare rapidă a topicii. Simptomele de prim rang Kurt Schneider s-au regăsit în aceeași proporție în cele trei loturi de psihotici.

Tematica delirantă din cadrul lotului de psihoze acute și tranzitorii, din studiul HASBAP, a fost variată și a cuprins delir de referință (78,6%), delir de

persecuție (61,9%), delir religios (9%), delir de vinovăție (14,3%), deliruri de grandoare (19%), precum și alte tematici. Delirul de falsă identitate, considerat destul de tipic pentru psihozele acute și tranzitorii, a fost relativ destul de frecvent, fiind prezent la 38,1% din cazuri. Topicul religios a fost prezent la mai mult de un sfert din cazuri (26,2%).

Preocuparea legată de moarte a fost descrisă ca tipică pentru psihozele cicloide de către Perris (1974). În cadrul lotului menționat, s-au descris mai frecvent îngrijorări legate de moarte sau deliruri că o rudă apropiată a decedat.

Ca și o concluzie, în ceea ce privește diferențele simptomatologice, în cadrul studiului HASBAP, între tulburările psihotice acute și tranzitorii și pacienții cu schizofrenie și tulburare schizo-afectivă, ar fi de subliniat schimbarea rapidă a topicului ideilor delirante, afectivitatea rapid schimbătoare și anxietatea crescută în cadrul primilor (TPAT), fapt ce determină un tablou clinic foarte dramatic la aceștia.

Evoluția pe termen scurt a tulburărilor psihotice acute și tranzitorii este spre remisiune completă a simptomatologiei psihotice, deci și a delirului, în câteva zile sau săptămâni, cu revenire la nivelul anterior de funcționare al persoanei. În ceea ce privește stabilitatea în timp a diagnosticului, o parte dintre pacienți evoluează spre schizofrenie, tulburări afective sau tulburări delirante cronice.

Astfel în studiul lui Iorgensen și colaboratorii (1997) (24) ce au monitorizat pe o perioadă de un an un grup de pacienți cu tulburare psihotică acută și tranzitorie, la aproximativ jumătate din pacienții recăzuți, diagnosticul a fost schimbat în schizofrenie sau tulburări afective.

Alt studiu care a urmărit stabilitatea diagnostică a tulburărilor psihotice acute și tranzitorii pe o perioadă de 1 an este cel al lui Thangaduri și colab. (2006) (25). Din cei 87 pacienți, 52.9 % au avut remisiune stabilă la finalul follow-up-ului, la 11.5 % din aceștia au fost înregistrate episoade recurente de psihoză acută

iar la restul de pacienți cu recăderi, diagnosticul a fost schimbat în: schizofrenie (27 %) și în tulburare afectivă (9.2 %).

În studiul Halle, desfășurat în perioada 1993-1997, Marneros și Pillman (28) au remarcat că, pe parcursul perioadei de studiu (5 ani), la 55,6 % din cazurile de tulburare psihotică acută și tranzitorie, diagnosticul a rămas același, restul de pacienți au avut recăderi non-psihoză acută, necesitând schimbarea diagnosticului în: tulburare afectivă (30 %), tulburare schizo-afectivă și schizofrenie (14.4 %).

Pillmann și Marneros (2005) într-un studiu prospectiv pe termen lung (12 ani) au urmărit evoluția unui grup de pacienți cu tulburare psihotică acută și tranzitorie și a unui grup de control cu diagnosticul de schizofrenie. Recăderile psihotice pe durata studiului au fost frecvente (79 % la ambele grupuri). La finalul studiului, 31 % din pacienții cu tulburare psihotică acută și tranzitorie au fost găsiți în remisiune stabilă și fără medicație, dar niciunul din pacienții cu schizofrenie. La aproximativ 50 % din pacienții cu tulburare psihotică acută și tranzitorie care au recăzut, diagnosticul a fost în schizofrenie, tulburare schizo-afectivă sau tulburare afectivă. Studiul reconfirmă observațiile altor cercetări privind evoluția, clar mai favorabilă a tulburărilor acute și tranzitorii față de schizofrenie (26).

Bibliografie

Beckmann H, Neumarker HJ, Pfuhmann B et al (2000). Schizophrenias in the Wernicke-Kleist-Leonhard school. Am J Psychiatry 157: 1024-25.

Pillmann F, Harring A, Balzuweit S, Marneros A (2001). Concordance of acute and transient psychotic disorders and cycloid psychoses. Psychopathology 34: 305-11.

Leonhard, K., Classification of Endogenous Psychoses and Their Differential

Etiology, 2nd rev. And enlarged edn., Ed. H. Beckmann. Wien, New York: Springer, 1999

Perris C (1974). A study of cycloid psychosis. *Acta Psych Scand* 253, Suppl. I: 271-77.

Perris C (1988). The concept of cycloid psychosis disorder. *Psychiatric Development* 1: 37-56.

Ey H, Bernard P, Brisset CH (1974). Psychoses delirantes aiguës. *Manuel de psychiatrie* Vol I, Cap. V : 292-305, ed. Masson et Cie, Paris.

Pull, C.B., Pull, M.C. and Pichot, P. (1983) Nosological position of schizo-affective psychoses in France. *Psychiatrica Clinica*, 16, 141-148.

Mitsuda, H. (1965). The concept of „atypical psychosis” from the aspect of clinical genetics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 41, 372-377.

Hatotani N (1996). The concept of atypical psychoses: special reference to it's development in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 50: 1-10.

Pillmann F, Marneros A (2006). The overlapping of the spectra brief and acute psychosis. In *The overlap of affective and schizophrenic spectra*. Edit. Marneros A, Akiskal H, publ. by Cambridge University Press, Cap X: 182-203.

Stromgreen LS (1987). The development of the concept of reactive psychosis. *Psychopathology* 20: 62-67.

Delirul în schizofrenie

La sfârșitul secolului al XIX-lea, Emil Kraepelin propune dichotomia *dementia praecox* și boala maniaco depresivă, iar enitățile *hebefrenia* și *catatonie* devin subclase ale *dementia praecox*. El descrie *dementia praecox* pentru prima dată în 1893 ca pe o entitate patologică cu debut timpuriu și evoluție invariabilă spre deteriorare psihică. Simptomele erau: halucinații, experiență de influență,

disturbare a atenției, înțelegerii și cursului gândirii, apatie afectivă și simptome catatonice. Etiologia era considerată endogenă. Kraepelin a făcut distincția între această entitate și psihoza maniaco-depresivă; în nosologia kraepeliană au apărut de asemenea și conceptele de parafrenie și paranoia. Kraepelin distingea 3 forme ale dementia praecox: hebefrenă, catatonică și paranoidă. Mai târziu el adaugă și forma simplă. Esențial este însă că, dementia praecox kraepeliană era definită în principal prin criteriul evolutiv, ceea ce a făcut ca, mai târziu, să suporte unele critici și remanieri conceptuale.

Păstrând separarea inițiată de Kraepelin a tulburării de boala maniaco-depresivă, Bleuler creează în 1908 conceptul de „SCHIZOFRENIE” (de la grecesul „schizein” = a despica și „fren” = spirit), termen pe care îl răspândește în 1911 prin cartea sa

”Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien”. (49)

E. Bleuler propune o nouă dihotomie, cea dintre simptomele fundamentale și cele accesorii. Primele corespund în special modificărilor cursului gândirii, a afectivității și a atitudinii față de lumea exterioară (ambivalență, autism) și ar fi prezente tot timpul. Simptomele accesorii pot lipsi în unele momente evolutive și se referă la simptomtologia denumită în prezent ca „productivă” (delir, halucinații, simptome catatonice, stări maniacale, etc.).

Diferența dintre Bleuler și Kraepelin poate fi observată din mai multe incidente(1, 112):

- Bleuler nu vorbea de o boală unitară, ci de un „grup al schizofreniilor” care subsuma multiple tulburări care aveau trăsături clinice identice, dar difereau ca etiologie și patogeneză. În acest grup al schizofreniilor, Bleuler identifica atât forme severe cât și ușoare, astfel că a realizat o extindere mai amplă a conceptului în comparație cu cel creat de Kraepelin.
- Bleuler a descris pe larg o varietate de simptome ale schizofreniei, subliniind

prezența disociației (spaltung) funcțiilor mintale ca fiind o caracteristică esențială a bolii. Alte caracteristici definitorii pentru schizofrenie erau cei 4 A: aplatizarea afectivă și afectul inadecvat, ambivalența, autismul și tulburările formale ale gândirii (asocierii). Halucinațiile și delirul erau considerate simptome accesorii.

- În concepția lui Bleuler, evoluția schizofreniei era variabilă, concepție confirmată de studiile longitudinale atât clasice cât și recente (regula „treimilor” – 1/3 din bolnavi duc vieți oarecum normale, în timp ce altă treime funcționează în cadrul societății în ciuda persistenței unor simptome reziduale, iar cei din treimea restantă sunt marcat deteriorați și necesită spitalizări frecvente, unii chiar instituționalizare – un procent de 10%). Studii recente descriu chiar remisiuni complete, după ani de evoluție și tratament.

Criteriile de diagnostic oficiale pentru schizofrenie din ziua de azi sunt mult influențate de simptomele de prim rang ale lui Kurt Schneider, care sunt în esență halucinații și deliruri. Acestea sunt reprezentate de : sonorizarea gândirii, halucinații auditive comentative sau care discută între ele despre pacient la persoana a III-a, halucinații somatice, furtul și inserția gândirii, difuziunea gândurilor, percepțiile delirante sau fenomenele de influență externă.

Simptomele de prim rang ale lui K. Schneider cuprind în special simptomele accesorii ale lui Bleuler, în timp ce simptomele secundare se suprapun peste cele fundamentale ale acestuia. Ele au devenit extrem de importante pentru psihiatrie odată cu cartea lui Schneider „Psihopatologie clinică” ce fost tradusă în limba engleză în 1959. Din anii 1970, aceste simptome au devenit practic sinonime cu definiția schizofreniei în schemele de diagnostic operațional în psihiatrie, cum ar fi PSE/CABEGO, RDC, DSM și ICD. (113)

Specificitatea simptomelor de prim rang a fost investigată de o serie de cercetători. Studii ca cele ale lui Abrams și Taylor (în 1973 și 1975), Carpenter și colab. (1973), Koehler și colab. (1976) au demonstrat că simptomele de prim rang nu sunt

patognomonice pentru schizofrenie și pot apare chiar și în cursul unui episod depresiv sau maniacal la un număr crescut de pacienți.(114,115,116,117)

Un al moment important este perioada anilor 1970 când un grup de cercetători de la Universitatea de Medicină din St.Louis au inițiat o metodă care încerca să sporească reliabilitatea și validitatea diagnosticelor psihiatrice. Pentru un număr limitat de categorii diagnostice, autorii propunea definiții de cercetare bazate pe descrierea clinică, studii de laborator, excluderea altor diagnostice, studii follow-up și studii familiale.

Criteriile St.Louis sau definiția Feighner a schizofreniei elaborate în 1972 au avut o influență majoră în dezvoltarea altor criterii de diagnostic care au fost elaborate pe parcursul anilor. Pot fi amintite aici: RDC (Research Diagnostic Criteria); Indexul pentru schizofrenie propus de Astrachar și colab. (1972); Carpenter și colab. (1973) au creat și ei un sistem de diagnostic flexibil pentru schizofrenie; Taylor și Abrams (1978) au elaborat criterii ce încercau să corecteze unele aspecte ale criteriilor Feighner. Berner și colab. (1983) au dezvoltat Vienna Research Criteria, bazate pe un sindrom fundamental denumit de autori ca endgoesomorfic – schizofrenic.(118)

În ediția a III-a a DSM, metoda de diagnostic inițiată de grupul de la St.Louis a fost aplicată pentru a defini fiecare tulburare a clasificării. Metoda a fost finalizată în DSM-III R și DSM-IV și a fost preluată și în versiunea pentru cercetare a ICD-10.

Pentru a completa istoricul conceptului de schizofrenie, nu trebuie uitat aportul lui Leonhard care a selectat și a descris forme clinice independente; apoi, perspectiva dimensională a lui Kretchmer care a pus în discuție continuumul între schizofrenie-boală, schizotipalitate-tulburare de personalitate și schizotimie-starea de normalitate.

Strauss, Carpenter și Bartko (1974) au propus ca pe baza simptomatologiei

să se distingă două profile schizofrenice diferite: schizofrenia pozitivă și schizofrenia negativă. Schizofrenia pozitivă s-ar caracteriza prin prezența fenomenelor anormale (halucinații, deliruri, gânduri dezorganizate) iar schizofrenia negativă s-ar manifesta prin fenomene deficitare datorită absenței funcțiilor normale (tocirea afectivă, retragere emoțională, deficiență negativă) (119)

În ultimii ani, începând cu Crow în 1980 și urmând în anii 1982, 1983 și 1984 cu studiile inițiate de Andreasen, a crescut interesul pentru distincția pozitiv și negativ în cadrul schizofreniei. Acest interes a condus la crearea unor instrumente specifice destinate evaluării simptomelor pozitive și negative. Cele mai folosite, încă și astăzi, sunt Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) și Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). (120,121,122)

Tot în cadrul conceptualizării schizofreniei, au fost diferențiate formele deficitare (Carpenter, 1988) și dezorganizate (Liddle, 1987). (123,124)

În ceea ce privește simptomatologia clinică definitorie pentru această boală, Kraepelin a pus accentul pe tulburările cognitive. Bleuler a atras atenția asupra dezorganizării psihice, Jaspers asupra tulburărilor “eului”, Schneider asupra perturbării sinelui nuclear care nu mai poate controla intimitatea subiectului, Langfeld asupra depersonalizării.

Schizofrenia a fost considerată de la început și tot timpul ca o boală în care predomină perturbarea funcțiilor cognitive, dar altfel decât în suferințele organice cerebrale.

Simptomatologia schizofreniei e prezentată în manuale urmând firul celor trei facultăți psihice considerate fundamentale în sec.XIX : afectivitatea (emoții, dispoziții), voliția (motivație, decizie, comportament) și cogniția. Tulburările cognitive predomină în schizofrenia pozitivă, paranoidă. Tulburările cognitive se referă de obicei la cele ale atenției, cursului gândirii, halucinații ca tulburări perceptive și deliruri și tulburări ale conținutului gândirii.

După cum sunt prezentate în DSM-IV-TR (2000), elementele esențiale ale schizofreniei sunt constituite dintr-o mixtură de semne și simptome caracteristice (atât pozitive, cât și negative) care au fost prezente o perioadă semnificativă de timp, în cursul unei perioade de o lună (ori un timp mai scurt, dacă au fost tratate cu succes), cu unele semne ale tulburării persistând timp de cel puțin șase luni. Simptomele caracteristice schizofreniei cuprind o serie de disfuncții cognitive și emoționale care includ percepția, gândirea inferențială, limbajul și comunicarea, controlul comportamentului, afectul, fluența și productivitatea gândirii și limbajului, capacitatea hedonică, voința, motivația, și atenția. Se precizează că nici un singur simptom nu este patognomonic schizofreniei; diagnosticul implică recunoașterea unei constelații de semne și simptome sociale cu deteriorarea funcționării sociale sau profesionale.

Tot în DSM-IV-TR (2000), se precizează că simptomele caracteristice pot fi conceptualizate ca împărțindu-se în două mari categorii: pozitive și negative. Simptomele pozitive par a reflecta un exces sau distorsionarea funcțiilor normale, pe când cele negative par a reflecta diminuarea sau pierderea funcțiilor normale. Simptomele pozitive includ distorsiunile sau exagerările gândirii inferențiale (ideile delirante), percepției (halucinațiile), limbajului și comunicării (dezorganizarea limbajului) și controlului comportamentului (comportamentul flagrant dezorganizat sau catatonie). Simptomele negative se referă la o restrângere în gama și intensitatea expresiei emoționale (aplatizare afectivă), în fluența și productivitatea gândirii și limbajului (alogia) și în inițierea unei activități orientate spre un scop (avoliția).

Tulburările din spectrul schizofreniei sunt caracterizate, așa cum se arată în ICD-10 (1998,), prin distorsiuni fundamentale și caracteristice ale gândirii și percepției și ale afectelor care sunt neadecvate sau tocite; câmpul de conștiință clar și capacitatea intelectuală sunt de obicei menținute, deși unele deficite cognitive se

pot instala pe parcursul timpului. Această tulburare implică funcțiile de bază, care dau unei persoane sentimentul unicității, identității și autonomiei sale; astfel încât cele mai intime gânduri, sentimente și acte sunt adesea trăite ca fiind cunoscute și împărtășite de alții, putându-se dezvolta și deliruri explicative, având convingerea că forțe naturale sau supranaturale acționează pentru a influența gândurile și acțiunile celui afectat, în modalități care sunt adesea bizare.

Schizofrenia cuprinde mai multe subtipuri, din care următoarele sunt caracterizate prin apariția unor idei delirante:

a. Schizofrenia paranoidă are drept element esențial, după cum se specifică în DSM-IV-TR, prezența ideilor delirante sau a halucinațiilor notabile, în contextul unei mențineri relative a funcționării cognitive și a afectului. Ideile delirante sunt de regulă de persecuție sau de grandoare ori mixte, dar pot surveni, de asemenea, și idei delirante cu alte teme (de exemplu, de gelozie, religioase sau somatice). Ideile delirante pot fi multiple, dar de regulă sunt organizate în jurul unei teme coerente. Halucinațiile sunt de obicei în raport cu conținutul temei delirante. În ICD-10 se precizează că tabloul clinic al schizofreniei paranoide este dominat de idei delirante relativ stabile, de obicei paranoide (de persecuție, referință, naștere ilustră, misiune specială, schimbare corporală sau gelozie), însoțite de halucinații, în special de tip auditiv, și de tulburări de percepție. Tulburarea de gândire poate fi evidentă în stările acute, dar în acest caz ea nu împiedică ca delirurile și halucinațiile tipice să fie descrise clar.

b. Schizofrenia dezorganizată este prezentată în DSM-IV-TR ca având drept elemente esențiale limbajul dezorganizat, comportamentul dezorganizat și afecte plate sau inadecvate. Ideile delirante sau halucinațiile, care sunt prezente, sunt fragmentare și neorganizate într-o temă coerentă. În ICD-10 acest tip de schizofrenie este inclus în schizofrenia hebefrenă, în care schimbările afective sunt proeminente, ideile delirante și halucinațiile efemere și fragmentare (ele pot fi

prezente, dar nu trebuie să fie proeminente), comportamentul iresponsabil și imprevizibil, iar manierismele sunt obișnuite. Aceleași trăsături sunt amintite și de Ann Birch și Sheila Hayward (1999).(43)

c. Schizofrenia reziduală a fost definită în ICD-10 drept un stadiu cronic în dezvoltarea tulburării schizofrenice în care a existat clar o progresiune de la un stadiu inițial (incluzând unul sau mai multe episoade cu simptome psihotice, ce întrunesc criteriile generale pentru schizofrenie), la o stare tardivă cu simptome negative și deteriorări caracterizate prin durabilitate, deși nu în mod necesar ireversibile. În DSM-IV-TR se precizează faptul că acest diagnostic trebuie să fie utilizat când a existat cel puțin un episod de schizofrenie, dar tabloul clinic actual nu prezintă simptome psihotice pozitive notabile. Dacă sunt prezente idei delirante sau halucinații, ele nu sunt marcate și nu sunt acompaniate de un afect puternic.

d. Schizofrenia nediferențiată conform ICD -10, reprezintă o stare psihică ce întrunește criteriile generale pentru schizofrenie dar nu și pentru unul din tipurile de schizofrenie paranoidă, dezorganizată sau catatonă, sau are trăsături comune tipurilor mai sus menționate fără o clară predominanță a unora dintre ele. Conform DSM-IV-TR, criteriile prezente nu satisfac diagnosticul pentru schizofrenia paranoidă, dezorganizată sau catatonă. Astfel în acest tip de schizofrenie delirul poate fi de tipul celui din schizofrenia paranoidă sau de tipul celui din schizofrenia dezorganizată.

Schizofrenia paranoidă reprezintă cel mai frecvent tip de schizofrenie, ajungând la peste 90% din cazurile de schizofrenie. Simptomele caracteristice ale acestui tip de schizofrenie sunt cele din categoria simptomelor pozitive.(125)

Astfel, în cadrul macrosindromului pozitiv avem :

- Delirurile. Pot fi prezente una sau mai multe teme delirante, de obicei bizare. Cea mai obișnuită este tematica paranoidă, de atitudine ostilă a altora împotriva subiectului. Ea se poate instala în modalitatea „delirului primar” (= apare inițial o

dispoziție delirantă, trecerea spre convingerile delirante realizându-se brusc, printr-o percepție, amintire sau intuiție delirantă) ; delirul paranoid este precedat de convingerea delirantă de a fi pus sub supraveghere (privit în mod deosebit de alții, urmărit, ascultat, înregistrat, fotografiat, investigat în zonele intime, supravegheat prin falsă identitate de persoane – iluzii Fregoli, Sosia). Delirul paranoid se însoțește de obicei de anxietate. Alte teme delirante pot fi: mistice, erotomane sau de gelozie, de grandiozitate, hipocondriace. În raport cu orice tematică, specificul schizofren al delirurilor se consideră a fi “bizareria”. Aceasta rezultă atât din aspectul excepțional și absurd al tematicii, în clară discordanță cu convingerile comunitare. Cât și din exprimarea dezorganizată, marcată de tulburările formale de gândire, de cele semantice, de alunecare în abstract, impersonal și vag, aluziv. Toate acestea pot exprima fragmentarea, lipsă de coerență a psihismului, ce stă în spatele convingerii delirante. Caracteristica schizofrenă a trăirilor delirant halucinatorii poate fi dată și de complexul sindromatic ce gravitează în jurul fenomenelor de prim rang Schneider. Delirul se combină cu dezorganizarea ide-verbală ; comportamentul pacientului este de obicei neliniștit sau agitat.

Tematica delirantă poate fi unică sau multiplă, în variate combinații cu trăirile halucinatorii și cu tulburările eului. Uneori delirul este fantastic , confabulator. În cazul unui sindrom halucinator delirant, acesta poate fi marcat în diverse grade de caracteristici schizofrene, poate fi “încapsulat” sau cuprinde global ansamblul personalității.

- Sindromul de transparență-influență, interpretat de obicei ca delirant. Sistemul SCAN – OMS le grupează de asemenea separat sub denumirea: “Tulburări ale gândirii descrise subiectiv și de înlocuire a voinței”. Ele sunt următoarele : ecoul, sonorizarea, răspândirea, citirea și înregistrarea de către alții a propriei gândiri; blocarea sau retragerea, “furtul” gândirii, inserția gândirii cu sentimentul că are în minte gânduri care nu sunt ale sale, care i-au fost impuse sau introduse. Privitor la

voință, subiectul are sentimentul de pasivitate, a înlocuirii propriei voințe de către forțe exterioare: înlocuirea controlului vocii, scrisului, acțiunii, gândurilor, cu impresia că e un automat dirijat din afară; sentimentul impunerii emoțiilor sau a unor senzații corporale.

Tradiția europeană, britanică și opțiunea OMS-ICD-10 e că acest grupaj sindromatic să nu fie considerat automat delir ci doar prin interpretarea sa tematic delirantă. Cel mai des el se corelează cu delirul paranoid schizofren alături de convingerile de supraveghere și referință. Impreună cu ansamblul simptomelor de prim rang Schneider el se întâlnește în majoritatea psihozelor funcționale. Dar prezența acestor simptome poate fi semnal pentru a căuta și alte caracteristici schizofrene.

- Halucinații. Cele mai caracteristice sunt halucinațiile auditive, comentative ; dar și cele imperative sau apelative. Se mai întâlnesc halucinații olfactive, gustative, kinestezice, sexuale sau vizuale (rare).

- Poate fi prezentă o stare de excitație, ostilitate cu tendințe agresive. Gândirea și vorbirea pot fi expansive dar neorganizate (în asociații bizare, tulburări semantice și alte aspecte caracteristice).(126)

Trăsătura caracteristică a schizofreniei paranoide o reprezintă delirurile care sunt relativ stabile în timp sau halucinațiile auditive proeminente în contextul unei prezervări relative a funcționării cognitive și a afectului. Elementele asociate includ anxietatea, furia răceala și cearta. Temele de persecuție pot predispuce individul la comportament suicidal, iar combinarea ideilor delirante de persecuție și de grandoare cu furia poate predispuce individul la violență. (DSM IV) (8)

Conform ICD 10 delirurile cele mai frecvente sunt cele de persecuție, control, influență, pasivitate, referință, grandoare, schimbări corporale sau gelozie, și constituie un delir mai mult sau mai puțin sistematizat. Ele sunt frecvent acompaniate de halucinații, în special auditive, dar și de alte tulburări de

percepție. Halucinațiile verbale cel mai frecvent amenință pacientul sau îi dau comenzi, iar dacă sunt non-verbale sunt de genul fluierăturilor, bâzâitului sau râsete. Tot aici găsim și halucinațiile olfactive sau gustative, sau ale senzațiilor sexuale sau corporale. Halucinațiile vizuale pot apărea dar sunt rareori predominante.(7)

Pentru schizofrenia paranoidă, manualele de specialitate mai folosesc termenul de schizofrenie parafrenică sau parafrenie. Acest termen este fie folosit ca sinonim pentru aceasta, fie pentru a indica o evoluție progresiv deteriorativă a bolii sau prezența unui sistem delirant bine sistematizat. Aceste sensuri multiple au diminuat însă utilitatea termenului.

În cadrul acestui tip de schizofrenie întâlnim cel mai frecvent simptomele de prim rang Kurt Schneider. Acestea sunt considerate în prezent nucleul psihopatologic al schizofreniei. După cum s-a mai menționat anterior ele sunt reprezentate de halucinațiile auditive comentative, halucinațiile verbale care îl dicută pe subiect la persoana a III-a, sonorizarea gândirii, halucinațiile somatice, furtul și inserția gândirii, difuziunea gândurilor, percepțiile delirante sau fenomenele de influență externă.(128)

După cum s-a mai menționat cel mai frecvent tip de delir din cadrul schizofreniei este cel de persecuție. Acest tip de delir a constituit un topic special de interes pentru mulți teoreticieni. S-a ridicat problema dacă acest tip de delir se regăsește la o mare parte sau la aproape toți pacienții cu schizofrenie pe parcursul evoluției bolii, precum și dacă la un moment dat, în evoluție, alături de delirul de persecuție se mai descriu și alte tipuri de delir, sau cât de consistent și stabil în timp este acesta. În acest sens au fost analizate datele din studiul prospectiv Chicago Follow-up, ce a cuprins un număr de 55 de pacienți cu schizofrenie urmăriți pe parcursul a 20 de ani de evoluție.

Unul din aspectele importante observate în acest studiu a fost acela că,

longitudinal, aceeași subiecți au arătat o considerabilă intricare de-a lungul timpului între delirul de persecuție și cel non-persecutor. După faza inițială acută, doar un procent scăzut de subiecți au prezentat pe perioada de urmărire de 20 de ani, doar delir de persecuție (5% dintre subiecți). După perioada de follow-up de 20 de ani un mare procent de subiecți prezentau deliruri atât persecutorii cât și non-persecutorii. Frecvent, delirurile persecutorii sunt însoțite de deliruri non-persecutorii. Anumiți pacienți cu delir de persecuție, prezintă un risc mai mare spre violență (Cheung și al. 1997). În general, se pare că psihoza debutată mai tardiv are mai frecvent o evoluție delirantă doar cu tipul delirant de persecuție.

În general sunt implicați aceeași factori la baza formării delirului indiferent de tipul acestuia, în cadrul schizofreniei. Printre aceștia pot fi menționați anxietatea, stima de sine scăzută, etc. Un număr de factori cognitivi specifici, sau de alt tip contribuie la tipul conținutului delirului. Harrow, Jobe și Astrachan-Fletcher studiind în cadrul acestui lot (Chicago) factorii de fond care ar putea influența conținutul delirului, au indicat faptul că conținutul delirant la peste jumătate din pacienții cu schizofrenie sau alte tipuri de psihoze delirante a avut legătură cu conținutul ideilor nedelirante sau preocupările existente la pacienți premurgători debutului delirului. Chapman și Chapman (1988) au raportat rezultate similare. O parte dintre aceste idei nedelirante sau preocupări pot fi prezente cu ani înainte de debutul psihozei, sau pot fi apărute relativ recent.

Motivul pentru care pacienții selectează anumite preocupări și nu altele ca și punct de plecare al delirurilor lor, rămâne necunoscut și lasă loc pentru multiple alte ipoteze.

CONCEPTUL PARANOID

Termenul de paranoid se referă la relația interpersonală dintre subiect

și ceilalți în general, relație gestionată de suspiciozitate sau grandiozitatea normală sau abnormală, litigiozitate, ostilitate și comportament de gelozie.(1)

Pentru a reduce confuzia privitoare la acest construct Manschreck (1996, 2000) a încercat o descriere a acestui concept prin punctarea următoarelor aspecte:

1) „Paranoidia” este un construct clinic utilizat pentru a interpreta observațiile, și pentru a aplica acest construct efectiv clinicianul trebuie să știe ce înseamnă și să fie capabil de o interpretare adecvată a comportamentului paranoid.

2) „Paranoid” înseamnă că clinicianul a judecat că comportamentul subiectului este psihopatologic; judecata se bazează pe faptul că comportamentul este disturbator fie pentru persoana însuși fie pentru ceilalți.

3) Chiar dacă clinic le găsim „central” în schizofrenia paranoidă, simptomele paranoide le găsim și în alte condiții psihiatrice sau medicale și ele indică psihopatologie.

4) Eticheta de paranoid se bazează pe manifestări fie subiective (experiențe intime ale pacientului), fie obiective (observarea comportamentului manifest). Manifestările subiective includ delirurile de referință, persecuție, grandoare, infidelitate, supernatural, erotoman, gelozie și impostură, idei susținute cu convingere. Manifestările obiective se referă la comportamentul desuspiciozitate, senzitivitate, ironie, ură, iritabilitate, comportamentul critic, acuzator, litigios, grandios, violent, agresiv sau ostentativ.(2,3) Ca și grup, aceste trăsături subiective și obiective sunt greu de definit operațional, de unde și dificultatea de delimitare a conceptului paranoid. În plus unele dintre ele pot reprezenta manifestări ale unui comportament normal. (4,5)

Trebuie amintit faptul că, tradițional, delirurile paranoide se referă la o gamă variată de deliruri și nu doar la cele de grandoare, gelozie sau persecuție.

În forma sa centrală paranoidia e trăită ca delir paranoid acoperind partea centrală a tematicii delirante ce se referă la relații interpersonale. Acestea pot fi

însă și cu altă tematică, de ex. de admirație sau milă în cazul centrării pe convingeri megalomane sau autodepreciatoare, modalități ce nu ar trebui etichetate ca paranoide (raportarea la ceilalți e mai periferică). Există și deliruri în care raportarea la ceilalți e foarte vagă sau indirectă: delir de posesiune zoopatică, dermatozic, hipocondriac, de invenție, mistic, etc. În aceste cazuri dacă apare o tematică paranoică, ea e periferică, indirectă și poate fi comentată ca atare.

Se pot distinge trăiri psihopatologice ce pot fi considerate ca precursori paranoiciei (anxietate generalizată, disforie) și altele, în marginea paranoiciei, dar nu totdeauna de intensitate delirantă (marginal delirante). Într-o direcție opusă paranoicia se poate combina cu depersonalizare, cu perturbarea identității și dezorganizare psihică.

Se vor prezenta o suită de trăiri psihopatologice centrate de delirul paranoic dar și periferic acestuia, în ambele sensuri.

1) Anxietate generalizată majoră, de intensitate psihotică. Subiectul resimte un pericol iminent neprecizat, grav, uneori punându-i în pericol viața. Dar acesta nu e personalizat, nu e tematizat ca un pericol ce vine din partea anumitor persoane. Imaginativ se pot face supoziții și scenarii care pot implica alte persoane.

2) Sentimentul contaminării malefice. Acesta e prezent în mod tipic în obsesionalitate, în care subiectul se simte amenințat și agresat din exterior dar nu de alte persoane ci de agenți fizici și biologici: murdărie, substanțe, microbi, particule invizibile. Zona delimitării corporale a persoanei e resimțită ca extrem de vulnerabilă. Rezultă comportamente de spălare, protecție, evitare .

3) Disforia înțeleasă ca trăire iritabil ostilă în raport cu ceilalți. Ostilitatea se poate manifesta din partea subiectului față de alții sau poate fi resimțită de pacient ca manifestându-se din partea altora. Nu e precizată o tematică paranoică de atitudine nefavorabilă care s-ar concretiza în ceva precis. E o trăire încărcată de agresivitate interpersonală.

4) Fobia socială. Preocuparea subiectului este față de evaluarea sa de către alții în cadrul manifestărilor sale publice, față de aprobarea sau criticarea sa în cadrul așteptărilor sociale conjuncturale. Ea determină conduite sociale de evitare.

5) Dismorfofobia. Sentimentul sau convingerea că aspectul propriului corp este urât, deformat, fapt ce ar atrage atenția altora, cu evaluare și eventual comentarii nefavorabile. Conduce la un comportament de autoobservare și îngrijire exagerată, cu solicitări de intervenții estetice.

6) Preocuparea prevalentă sau delirantă a degajării osmotice neplăcute. Subiectul e preocupat (convins) de faptul că degajă din corpul său un miros neplăcut, sesizabil de alții. Deseori percepe în manieră halucinatorie acest miros. Urmează conduita de evitare.

7) Trăiri senzitiv-relaționale. Trăirile senzitiv-relaționale pot fi prevalente sau delirante. Subiectul trăiește senzitiv faptul că alții sunt preocupați și atenți critic față de propria persoană (fără motivele menționate mai sus la 4,5,6). E prezentă o stare de continuă alertă, cu hipervigilență suspicioasă față de comportamentul și expresiile altora, cu interpretări distorsionate, supraevaluate, hiperanalitice ale acestui comportament, care nu mai e considerat firesc sau banal. Subiectul trăiește sentimentul că:

- Este în centrul atenției altora, este privit în mod deosebit (eventual alții întorc capul după el), se discută despre el, este bârfit, comentat negativ, alții râd de el și glumesc pe seama sa, încearcă să-l facă de râs în public, să-l dezonoreze.

- Subiectul exagerează incidente banale sau obișnuite din cursul vieții, dându-le o interpretare exagerată, ca având o semnificație agresivă împotriva sa, apărând ca un delir de referință. Uneori expresii verbale banale sunt interpretate ca aluzii la sine. Într-o formă mai avansată de delir are convingerea că la televizor se vorbește despre sine, că în ziare apar informații care se referă la el.

- Trăirile senzitiv-relaționale de diverse intensități, dar de obicei nedelirante,

pot fi o componentă a suspiciozității din tulburarea de personalitate paranoică. Dar pot apare și circumstanțial centrând tabloul psihopatologic sau asociate și cu alte trăiri, de tip depresiv de ex., dar mai ales anxios-disforic. Astfel de trăiri sunt frecvent asociate cu cele menționate la 4), 5) și 6).

8) Deliruri paranoice. Tematica delirantă de persecuție, de atitudine și comportament ostil, negativ amenințator, periculos, nociv. Subiectul e convins că alții vor să-i facă un rău moral (a-l face de râs), material (a-i crea un prejudiciu de bunuri, a-l fura, deposeda), a-l înșela (delir de gelozie), a-l priva de libertate (închide), a-l condamna, tortura, a-l omorâ prin otrăvire sau prin alte mijloace. Tematica paranoică se poate corela cu altele: megalomană (invidie pentru calități deosebite), depresivă (prejudiciu pentru a-l duce la ruină).

9) Delirul mistic și alte tematici delirante se cer analizate special pentru a putea fi incluse în aria paranoiciei.

10) **Delirul paranoic corelat cu fenomene depersonalizante. Dispoziția delirantă bazală.** Subiectul are sentimentul că “se întâmplă ceva important, ceva care îl privește”, că toate sau mai multe din evenimentele din jur nu sunt întâmplătoare, au o semnificație specială. Perceperea lumii e corect formulată, dar unele elemente sunt detașate, li se atribuie o semnificație specială, relațională și misterioasă (culori, cifre, expresii, prezența unor persoane, unele întâmplări). El e într-o stare de tensiune, neliniște, așteptare încordată, gata să interpreteze diverse semnificații speciale.

Această trăire e într-un fel o dezvoltare a anxietății generalizate în direcția orientării spre psihoză delirantă. Subiectul așteaptă sau caută o explicație.

Trăirea se poate corela cu cea senzitiv-relațională în sensul delirului de referință, pacientul având impresia că despre el se vorbește la televizor, se fac aluzii, mesajele îi sunt adresate special. Sau că el este comentat, că despre el se vorbește prin mijloacele mass-media.

Dispoziția delirantă a fost descrisă ca stând la baza constituirii delirului primar prin percepție, amintire sau intuiție delirantă.

11) Sentimentul –convingerea delirantă- de punere sub supraveghere.

Pacientul e convins că: comportamentul său este observat, supravegheat, înregistrat cu diverse instrumente (optice sau de altă natură tehnică) de la distanță; că îi sunt ascultate telefoanele, e filmat cu camere de luat vederi, înregistrat cu microfoane, că îi sunt implantate cip-uri în cap; i se controlează în absență lucrurile intime, în casă, în dulapuri, sertare, birouri, acte. O formă specială e sindromul Capgras (iluzia sosiilor și Fregoli) cu convingerea că persoane intime au fost substituite deși își păstrează aspectul, pentru a-l spiona; sau anumite persoane iau variate înfățișări pentru a fi mereu în apropierea sa și a-l supraveghea.

Supravegherea poate fi atribuită unor persoane apropiate sau uneia cunoscută care îl spionează; sau subiectul crede că ea e organizată de persoane speciale, instituții și organizații internaționale, forțe supranaturale etc.(deci uneori mai puțin personalizate).

Delirul de urmărire (fără punere sub supraveghere) este în legătură strânsă cu cel de punere sub supraveghere sau a celui relațional, uneori putând fi considerat ca o parte a acestora. Pacientul are impresia sau e convins că pe stradă sau în diverse locuri este urmărit de alții, sunt organizate acțiuni speciale de urmărire, din mașini, elicoptere, avioane, sateliți, etc.

12) Tematica de transparență- influență interpretată delirant. Subiectul e convins că alții îi cunosc prin diverse mijloace gândurile, intențiile, i le supraveghează, i le modifică. Se mai notează: răspândirea gândirii, sonorizarea, extragerea, furtul gândirii ; influențarea, dirijarea, inserția gândirii; impunerea de sentimente și emoții; dirijarea comportamentului; inducerea de dureri și disfuncții corporale; modificarea formei corpului.

Trăirile pot fi interpretate ca realizate prin mijloace fizice (unde radio, laser,

calculatoare, aparate speciale) prin mijloace psihologice speciale (telepatie, hipnoză la distanță), prin fenomene supranaturale. Ca și în restul delirurilor, subiectul poate preciza persoanele care acționează sau acestea nu sunt cunoscute, intră în joc organizații abstracte sau acționează forțe supranaturale.

Trăirile delirante paranoide se însoțesc frecvent de halucinații diverse. Mai particulare sunt halucinațiile auditive care comentează subiectul sau care discută între ele, de obicei despre subiect.

Delirurile paranoide se pot adăuga altor stări psihopatologice, centrate de diverse dispoziții afective cum ar fi: starea maniacală sau depresivă. Specifică este însă dispoziția afectivă anxioasă și iritabil-ostilă.

Delirurile paranoide se pot însoți cu sindromul de depersonalizare-dezorganizare și cu sindromul amotivațional, în cazul schizofreniei.

Paranoidia delirantă se orientează spre doi poli:

a) Polul delirant centrat pe tematica relațională, de urmărire, de atitudine și comportament ostil.

b) Un pol în care intervine o anumită formă de depersonalizare și în care se manifestă: **-dispoziția delirantă (eventual cu delir primar)**

-forme de punere sub supraveghere

-fenomenele de transparență-influență interpretate delirant

-halucinațiile comentative

Aceste trăiri indică o vulnerabilizare a limitelor și structurii (coerenței) persoanei, cu o relativă confuzie între interiorul și exteriorul acesteia. Supravegherea delirantă semnalează o apropiere periculoasă de intimitatea persoane, distanța între intim și public fiind pusă în tensiune. Iar fenomenele de transparență-influență indică faptul că limitele au fost depășite și că exteriorul (alte persoane) au ajuns să invadeze interiorul, intimitatea subiectului, substituindu-se deciziilor acestuia, libertății sale interioare. Halucinațiile auditive comentative despre subiect pot fi interpretate ca

având aceeași semnificație

Acest delir depersonalizant e cunoscut prin sintagma simptomelor de prim rang al lui Schneider. Ele se pot adăuga oricărei tematici delirante, inclusiv delirurilor ce apar pe fond dispozițional maniacal și depresiv.

Delirul depersonalizant (simptomatologia de prim rang a lui Schneider) nu trebuie confundată cu simptomatologia sindromului de dezorganizare-depersonalizare care stă la baza delirului bizar din schizofrenie. De asemenea sindromul amotivațional reprezintă o altă linie de patologie psihotică. (6)

Bibliografie

Grover S, Gupta N, Kumar S. Delusional Disorders: An overview. German Journal of Psychiatry 2006; 9: 62-73.

Manschreck TC. Delusional and Shared Psychotic Disorder. 7th ed. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry.; 2000:1243-64.

Manschreck TC. Delusional disorder: the recognition and management of paranoia. J Clin Psychiatry. 1996;57 Suppl 3:32-8; discussion 49.

Manschreck TC, Petri M. The paranoid syndrome. The Lancet 1978; 251-253.

Watt JAG. The relationship of paranoid states to schizophrenia. American Journal of Psychiatry 1985; 142: 1956-1958

Lăzărescu, M. Curs oral pentru rezidenți. Timișoara, 2007

Tratament

Încă există o viziune pesimistică printre medici asupra responsivității terapeutice a cazurilor cu tulburare delirantă deși literatura de specialitate din ultima perioadă susține contrariul. Problema principală la aceste cazuri nu o reprezintă responsivitatea terapeutică ci convingerea pacientului de necesitatea

urmării unui astfel de tratament.

Aspecte generale ale tratamentului delirului

În general se urmărește tratarea afecțiunii care conține delirul, dar există evidențe care susțin tratarea delirului ca și simptom, ca și în cazul halucinațiilor, printr-o abordare psihologică. Bineînțeles abordarea psihologică urmează de obicei terapiei medicamentoase, și constă în abordarea cognitiv-comportamentală în special și într-o mai mică măsură, prin psihoterapie convențională. Însă această abordare psihoterapeutică nu este de așteptat să aducă eliminarea totală a delirului.

După cum s-a sugerat și mai sus, abordarea inițială a delirului se realizează medicamentos prin abordarea afecțiunii din care face parte simptomatologia delirantă (tulburarea delirantă, schizofrenia, tulburarea schizo-afectivă). În cadrul terapiei medicamentoase prima linie o reprezintă neurolepticele, la care se pot asocia antidepresivele sau stabilizatorii afectivi. O opțiune terapeutică o constituie și terapia electro-convulsivantă.

Rata responsivității terapeutice a simptomelor în cadrul unei afecțiuni psihotice nu este uniformă. De exemplu halucinațiile se remit mai repede spre deosebire de delir. Chiar și sub tratament intens, delirurile pot persista luni multe, iar în cazul unor pacienți nu se vor remite total niciodată.

În prezent se consideră că toate subtipurile de tulburări delirante sunt responsive terapeutic. Non-responsivitatea terapeutică trebuie considerată în primul rând ca o non-complianță terapeutică.

Abordarea terapeutică

Medicul care tratează cazuri de tulburare delirantă are nevoie de multă răbdare și tact, în primele ședințe urmărind să câștige încrederea individului pe parcursul uneia sau a mai multe sesiuni. La final se convinge pacientul să încerce medicația psihotropă. Multi dintre ei argumentează vehement și cu o pseudo-logica bine organizată împotriva premisei că ar avea o tulburare psihiatrică și utilizează o

bogata și sofisticată argumentație ca să nege nevoia unui neuroleptic, dar o abordare calmă și insistență va obține cooperarea pacientului într-o bună proporție din cazuri.

Ca urmare a existenței unui număr foarte mic de studii sistematizate care să urmărească tratamentul acestor tulburări, în general majoritatea textelor sunt vagi în ceea ce privește aspectul tratamentului. O literatură mai bogată pentru acest aspect găsim pentru subtipul somatic, puțină pentru subtipul erotoman, de gelozie, de persecuție și parafrenie, și inexistentă pentru subtipul de grandoare. Se menționează în primul rând utilizarea neurolepticelor, deoarece, încă, literatura privitoare la utilizarea noilor neuroleptice atipice este încă foarte săracă. Astfel de primă intenție este considerat pimozidul, un neuroleptic diphenylbutylpiperidinic, neuroleptic ce nu se găsește în prezent, în țara noastră.

Cum pimozida pare să aibă cea mai bună rată de succes raportată, utilizarea sa este recomandată, însă în cazul oricărui neuroleptic prescris, este esențial să se înceapă cu cea mai mică doză eficientă (pimozida 1-2mg /zi, haliperidol 1-2mg/zi). Această doză este crescută doar dacă e necesar și atunci în mod gradual, pentru a se evita efectele secundare care garantat ar conduce la întreruperea tratamentului. Internarea pacienților nu este frecvent indicată, deși cazurile forensice aproape întotdeauna vor fi monitorizate în mediu instituționalizat.

Nu e neobisnuit să se observe ameliorări minore în câteva zile, cum ar fi reducerea agitației, o ușoară creștere a “stării de bine”, creșterea calității somnului și mai puțină preocupare pentru delir. În medie durează aproximativ 2 săptămâni până când sistemul delirant este semnificativ ameliorat, dar în cazul altor pacienți aceasta poate necesita până la 6 săptămâni sau chiar mai mult.

Destul de des, această ameliorare poate face ca pacientul să decidă ca tratamentul nu mai este necesar în continuare și să îl întrerupă. Inevitabil, în decurs de câteva zile delirul se reintensifică, acompaniat de agitație și preocupare. Acela

este momentul cand medicul curant trebuie sa fie disponibil ca sa incurajeze continuarea tratamentului. Desi in acest stadiu pacientul este convins inca de ideile delirante, experienta ameliorarii urmate de recadere are un impact puternic si, data fiind increderea in terapeut, poate frecvent sa conduca la co-operare pe termen lung.

Este de notat ca o buna recuperare este deseori relativ rapida si poate surprinzator de completa, chiar cand tulburarea a fost prezenta timp de mai multi ani. Unii pacienti se intorc la un grad de functionare intrapsihica, interpersonală si ocupationala. De asemenea, multi pacienti necesita surprinzator de putina consiliere sau psihoterapie pentru a-si relua viata in parametri rezonabili.

In cele mai multe situatii, tratamentul trebuie sa fie continuat pentru o perioada nedefinita, din moment ce tulburarea deliranta este potential o tulburare pe toata viata. Fireste, dozele medicamentului trebuie sa fie cele minime care tin simptomatologia sub control, si aceste doze de intretinere sunt intr-adevar, deseori, foarte mici (de ex, pimozida 1-2mg/zi). Poate pana la o treime din pacienti pot fi scosi cu succes de pe medicatie, dar nu avem nici un mijloc de a prognoza care sunt acestia, astfel ca orice reducere a tratamentului trebuie facuta cu mari precautii. Din pacate, o proportie din recaderi se cauzeaza de reducerea injudicioasa a tratamentului de catre medicul curant, si trebuie sa presupunem ca necesitatea tratamentului este permanenta, daca nu se demonstreaza altfel. Este interesant faptul ca pacientii tratati cu succes, fie ca au doze de intretinere sau nu, se monitorizeaza pentru detectarea eventualelor simptome, si pot raporta ca unele circumstante generatoare de tensiune provoaca o reaparitie a simptomelor. Acesti pacienti ar putea cere ca medicatia sa fie crescuta sau reintrodusa.

Daca, in ciuda tratamentului, ideile delirante sunt in continuare intruzive, terapia cognitiv-comportamentala si consilierea ar trebui sa fie disponibile.

Pe parcursul tratamentului, o atitudine optimista si incurajatoare din partea

medicului este esentiala. La inceput, sunt necesare intalniri frecvente si acestea scad in frecventa pe masura ce apar imbunatatiri. Pe termen mai lung este esential ca pacientii cu tulburare deliranta sa fie monitorizati. Un medic de familie este excelent pentru aceasta, dar se recomanda consulturi psihiatrice periodice.

10% sau mai multi dintre pacienti cu tulburare deliranta a caror boala raspunde la neuroleptice, traiesc grade semnificative de tulburari afective in timpul remisiuni, uneori foarte severe si cu risk suicidar. Asemenea depresie postpsihotica a fost documentata in remisiunea din schizofreniei sau, in cateva cazuri, din manie.

Mai multe explicatii au fost propuse, cum ar fi efecte secundare ale medicatiei sau dobandirea insightului, care este o experienta dureroasa. In general, se presupune ca ar fi o cauza neurochimica, date fiind schimbarile rapide in echilibrul neurotransmitatorilor.

Când neurolepticul este scos, depresia tinde sa se amelioreze, dar delirul reapare. De aceea, abordarea corecta este sa se continue cu doza minima eficienta de neuroleptic si sa se adauge un antidepresiv in doza terapeutica normala. Ocazional, in cazuri extrem de severe, terapia electroconvulsivanta este indicata. Se continua neurolepticul, dar, in cele mai multe cazuri, antidepresivul poate fi eliminat treptat.

Toate cazurile de tulburare deliranta ar trebui monitorizate pentru aparitia posibilelor simptome afective in timpul remisiunii, si tratamentul trebuie imediat instituit. Daca simptomele suicidare apar, internarea pacientului in clinica si tratamentul sunt recomandate.