

# Interferențe între spectrul afectiv bipolar și cel schizofren

Prof.Dr .Mircea Lăzărescu  
Clinica Psihiatrică Timișoara  
Mai, 2010

# Interferențe între spectrul afectiv bipolar și cel schizofren

- Psihopatologia clinică actuală operează tot mai dificil cu concepția categorical prototipică a DSM-III-IV – și care va continua și în DSM-V – datorită mării comorbidități sincrone și diacrone a cazurilor reale (aproximativ > 70%) dacă se așteaptă suficient timp.
- Ideea de dimensionalitate psihopatologică în sensul său inițial de tranziție printr-un continuum de la o categorie la alta, nu s-a putut impune. Se prevede ca în DSM-V ea să fie aplicată în interiorul Axelor secundare.
- O soluție ce se impune tot mai mult în ultimul timp, promovată atât de oameni de știință cât și de clinicieni, este cea a luării în considerare a „spectrelor malade”. Prin această viziune se realizează o combinație particulară între modelul categorial și cel dimensional.

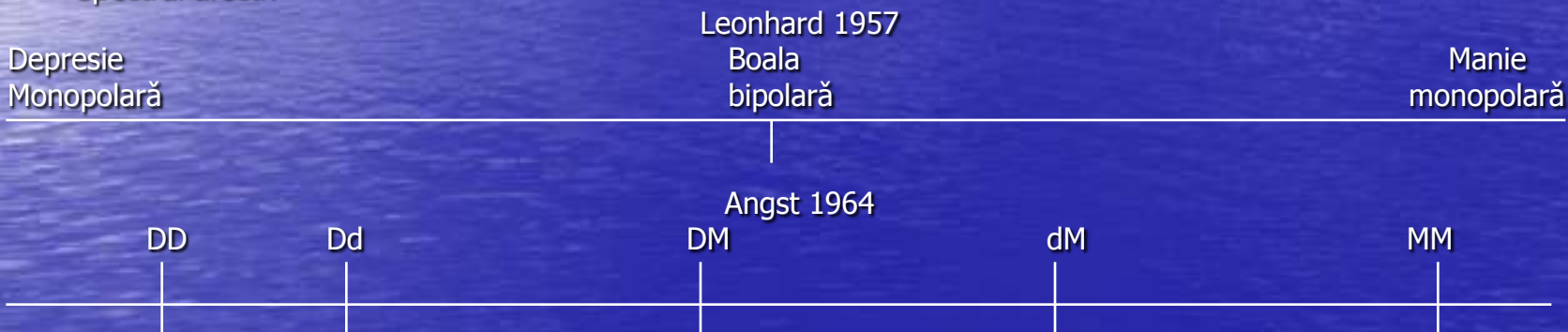


# Interferențe între spectrul afectiv bipolar și cel schizofren

- Caracterizarea de ansamblu a unui spectru psihopatologic
- Un spectru maladiv – de ex. cel bipolar, autist, schizofren, anxios, obsesiv-compulsiv etc se caracterizează prin:
- reunește mai multe tulburări centrate de o tulburare index care se exprimă pregnant (e.g.: tulburare bipolară I, autismul Kanner etc.).
- aceste tulburări sunt asemănătoare cu tulburare index dar cu mai mică expresivitate clinică sau cu tendința de a evolua într-o anumită direcție nosologică specială
- sunt prezente și particularități ale terenului din aceeași clasă, așa cum ar fi: tulburări ale personalității, temperamentul, vulnerabilitatea.
- prezența la rudele apropiate a manifestărilor clinice, subclinice și de teren, din același spectru
- În ceea ce privește „tulburările asemănătoare” (2) acesta poate fi din categorii nosologice diferite dar în comun cu tulburarea index:
- simptomatologie similară sau până la un punct apropiată de tulburarea index;
- asemănări în ceea ce privește parametrii demografici ai debutului și modelul evolutiv;
- respondența terapeutică similară;
- presupuse mecanisme etiopatogenetice similare.

# Interferențe între spectrul afectiv bipolar și cel schizofren

- Ideea de spectru se referă la două mari direcții ale continuumului:
- continuumul spre normalitate
- continuumul spre alte clase sau spectre patologice
- În cele ce urmează va fi trecută în revista actuala înțelegerea a interferenței între spectrul tulburărilor afective-centrate de „spectrul schizofren”.
- Pentru aceasta e necesar inițial să se comenteze însuși înțelegerea acestor spectre.
- Problema spectrului tulburării afective bipolare s-a impus imediat ce a apărut ideea tulburării monopolar depressive (MD) ca entitate nosologică distinctă, promovată de Leonhard și apoi de Angst și Perris.
- Spectrul afectiv



- Angst acceptă, între formele monopolare pure, diverse combinații de intensitate și manifestare între depresie și manie.
- Studiile efectuate în ultimele decenii au ajuns însă la concluzia că mania monopolară este o realitate dar rară (8% după Goodwin, 2009) și cu caracteristici clinice similare cu TB, motiv pentru care de obicei e inclusă în aceasta.



# Interferențe între spectrul afectiv bipolar și cel schizofren

- Atât Leonhard (1957) cât și Angst (1964), Perris (1964) și Winokur (1969) care au diferențiat TB de MD au avut în vedere studii familiale.
- Dihotomia TB – MD a indicat inițial o proporție mare a MD. Balanța a început să se încline în favoarea TB după ce s-a ținut seama de formele subclinice și s-a reactualizat reactualizeze problema stărilor mixte (alterne și concomitente) care fusese comentată de Kraepelin și ulterior de școala din Viena a lui Berner. S-a impus astfel ideea de Bipolar II (Dunner, 1983)

- Tulburarea Bipolară II
  - episoade depresive clinice
  - episoade hipomaniacale
  - stări mixte alterne și concomitente

- Depresia monopolară
- Spectrul afectiv bipolar
  - Bipolar II
  - Bipolar I
  - Manie monopolară

# Interferențe între spectrul afectiv bipolar și cel schizofren

- O etapă ulterioară care a mai rupt o parte din cazuistica MD a fost reconsiderarea episoadelor hipomaniacale care apar la sfârșitul unor stări depresive tratate cu antidepresive și a celor care apar după diverse medicamente nepsihiatrice sau evenimente biologice.

## Stări hipomaniacale fruste

Episod hipomaniacal  
ce apare la sfârșitul  
unui episod depresiv

Episoade  
hipomaniacale induse  
de medicamente și  
evenimente somatice





# Interferențe între spectrul afectiv bipolar și cel schizofren

- Încă un pas în lărgirea concepției de spectru bipolar l-a constituit luarea în considerare a terenului (Akiskal, 1979,1998). Au fost invocate două aspecte :
- Tulburarea de personalitate borderline a fost considerată (Akiskal, 1985) ca fiind apropiată de TB și deci ca făcând parte din spectrul acesteia.
- Caracterul hipertim, care este descris din antichitate (Angst,1999) a fost inclus în sec.XX între personalitățile psihopate ale lui Schneider și operaționalizat de către Zerssen (1996 ) a fost și el inclus în spectrul bipolar. Dacă o persoană cu un astfel de temperament face doar episoade depresive, cazul ar urma să fie inclus la TB.
- În plus, Akiskal (2005) considera că tipul de temperament joacă un rol important în manifestarea stărilor mixte.

# Interferențe între spectrul afectiv bipolar și cel schizofren

- Datele menționate au condus la o concepție despre un spectru bipolar larg, concept dezvoltat mai ales de Akiskal(2007) care include și multe subdiviziuni și prevede o tranziție spre spectrul schizofren.
- O schizofrenie
- BP1/2 schizo-bipolar
- BP1 manie
- BP1 ½ hipomanie „extrasă” (protracted)
- BPII hipomanie spontană
- BPII ½ depresie/ciclotimie
- BPIII hipomanie asociată antidepresivelor
- BPIII ½ schimbări ale dispoziției consecutive abuzului de substanțe psihoactive
- BPIV depresie hipertimică
- BPV stări unipolare mixte recurente
- BPVI instabilitatea dispoziției în depresia recurentă



# Interferențe între spectrul afectiv bipolar și cel schizofren

- Ideea de spectru malativ s-a aplicat și schizofreniei, atât în sens restrâns cât și în sens lărgit. În prezent se comentează interferența între spectrul afectiv și spectrul schizofren.
- Pornindu-se de la ideea inițială, conform căreia unui spectru malativ ar exprima o penetranță și exprimare de intensități și forme diferite a acelorași factori etiopatogenetici. S-a făcut apropierea între schizofrenie și tulburările de personalitate (t.p.) din clusterul A.
- Schizofrenie
- Tulburare de personalitate
  - Schizotipală
  - Schizoidă
  - Paranoidă
- De fapt conceptul de t.p. schizotipală a fost introdus în DSM-III – conform relațiilor lui Spitzer – pe baza faptului că în familiile schizofrenilor s-a constatat prezența unei astfel de persoane care nu ajungeau la o tulburare episodică care să permită diagnosticul categorial de schizofrenie.
- În același sens în ICD-10 este diferențiată ca entitate nosologică distinctă „tulburare schizotipală” care, evident face parte din spectrul schizofren.

# Interferențe între spectrul afectiv bipolar și cel schizofren

- Cercetările recente (Tsuang,2005) au reluat și ideile lui Mehl(1969) privitoare la „schizotipie”. Acesta se referă la persoane din rândul populației nepsihiatrice care prezintă unele particularități de manifestare ce sugerează patologia schizofrenă (Vraști, 2009). Se constată că la relativii schizofrenilor se identifică o frecvență crescută a tp. din clusterul A și a schizotipiei.
- Sunt astfel reluate, atât în cazul bipolarității cât și în cel al schizofreniei ideile lui Kretschmer din prima jumătate a sec.XX.



# Interferențe între spectrul afectiv bipolar și cel schizofren

- Privitor la spectrul schizofren persistă însă unele confuzii. Astfel tulburările delirante nu își găsesc un comentariu special sau distinct în perspectiva conceptului de spectru maladiv.
- Atât DSM-IV-TR cât și ICD-10 acceptă ca entitate distinctă o tulburare delirantă persistentă. (Conceptul acesteia e chiar destul de larg în ICD-10 text pentru cercetare). Autorii sunt de acord cu delirurile sistematizate monotematice și chiar destul de multe deliruri halucinatorii – mai ales la adult și vârsta a III-a , nu se pot include în schizofrenie.
- În ultimul deceniu s-a acordat o importanță deosebită studierii „ideii supraevaluate” care apare ca intermediară între tulburarea delirantă și normalitate, reluând vechea idee de dezvoltare prevalențială patologică pe care au comentat-o Wernike și Jaspers. Multiple cercetări au relevat existența destul de frecventă a tulburărilor delirante – și halucinatorii – la persoanele normale.
- În acest context, t.p. paranoidă și-ar găsi un loc mai firesc într-un spectru al tulburărilor delirante. Spectru care însă nu e descris și susținut de autori de prestigiu, patologia respectivă fiind inclusă într-un cadru lărgit și vag al schizofreniei.

# Interferențe între spectrul afectiv bipolar și cel schizofren

- O altă problemă a spectrului schizofren este aceea că s-a descris și acceptat un spectru autist, care gravitează în jurul autismului Kanner
- Într-un sens lărgit, spectrul autist s-ar putea extinde și asupra t.p. schizoidă și a schizotipiei lui Mehl; și, în final, asupra formei simple de schizofrenie, așa cum a comentat-o Bleuler, ca schizofrenie neproductivă. În această direcție o poziție tot mai solidă câștigă școala fenomenologică a lui Parnas din Copenhaga care susține că aspectul esențial al schizofreniei nu constă în fenomenele productive ci într-o slăbiciune a eului caracterizată prin hiperreflexivitate. Se reiau astfel studiile lui Blankenburg (1978) actualizate și prin cercetările actuale în această direcție a lui Stanghellini (2004).
- Problemele pe care le ridică spectrul schizofren arată faptul că în prezent conceptul clinic de spectru maladiiv nu e încă suficient de ferm conturat. Totuși, însăși aceste dezbateri indică un important avans în psihopatologia clinică.



# Interferențe între spectrul afectiv bipolar și cel schizofren

- Psihopatologia clinică actuală își concentrează eforturile și cercetările, dincolo de studierea comorbidității, asupra interferenței dintre spectrele malade. În această direcție e semnificativă abordarea intersecției între spectrul schizofren și spectrul afectiv, care preocupă comunitatea științifică de peste 20 ani, mai ales prin promovarea pe care o constituie tulburarea schizoafectivă.
- O recentă carte este dedicată sintezei datelor actuale în acest domeniu.  
A.Marneros, H.S. Akiskal - The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectrum, Cambridge 2007
- Corelația între aceste două spectre are în spate o tradiție importantă, care se referă la psihoza unică „Einheitspsychose” și la „continuul psihotic”. Această tradiție este anterioară DSM-III, deci din vremea în care patologia maniaco-depresivă era considerată o psihoză și nu o tulburare ce se poate manifesta „cu sau fără elemente psihotice”.

# Interferențe între spectrul afectiv bipolar și cel schizofren

- Într-o carte cu titlul „Psychotic continuum” (Ed A.Marneros et al, 1995) .N.Andreasen concepe spectrul schizofren prin cuprinderea următoarelor entități:
- Schizofrenia nucleară
- Tulburările schizofreniforme
- Tulburarea schizotipală
- Schizofrenia simplă
- Tulburarea schizo-afectivă (în varianta monopolară și bipolară)
- Mania și depresia cu delir incongruent
- După cum se observă, Andreasen cuprinde în spectrul schizofren multe entități care presupun și TA.



# Interferențe între spectrul afectiv bipolar și cel schizofren

- Ideea continuumului psihotic s-a reactualizat odată cu dezvoltarea psihiatriei evoluționiste, unul din autorii săi de marcă fiind Crow. Crow susține – alături de alți psihiatri ca Brune și Burns – ca „psihoza” – recte schizofrenia, care e considerată ca prototipul psihozei – e un by-produs al evoluției, un cost plătit de oameni pentru câștigurile evoluționiste. Mutația esențială s-ar fi produs în urmă cu aproximativ 150.000 ani când omul în devenire a început să migreze din savana africană în restul continentelor. Ea s-ar corela cu dezvoltarea limbajului articulat și deci cu lobul occipital și lobii prefrontali, fiind implicată asimetria interemisferică ce s-a dezvoltat de atunci mult la om. În transmisia vulnerabilității pentru psihoză un rol esențial l-ar juca cromozomii sexuali. Psihoza ce devine astfel posibilă se întinde în continuumul unui spectru ce cuprinde și schizofrenia și tulburarea bipolară și cea monopolar depresivă, împreună cu tulburările delirante și alte tulburări psihotice funcționale.

# Interferențe între spectrul afectiv bipolar și cel schizofren (II)

- Spectrul psihotic după Crow

● S+D                      S-A                      S+A                      SA                      BP  
   UP

- afect tocit
- schimbare a dispoziției
- (+) (-)              Simptome nucleare

Delir incongruent  
Afectiv

Elație

- UP=tulburare unipolară; BP=tulburare bipolară; SA=tulburare schizoafectivă și tulburare afectivă cu delir incongruent; S+D =prezența afectului tocit și a stării defective



# Interferențe între spectrul afectiv bipolar și cel schizofren

- Rămânând la ideea intersecției între spectrul schizofren și cel afectiv, se poate menționa că Akiskal plasează la periferia spectrului afectiv cazurile în care tulburarea afectivă se combină cu tulburarea delirantă (necongruentă) și cazurile schizo-afective, cu tranziție astfel spre schizofrenie.
- Tot în direcția intersecției dintre cele 2 spectre, Marneros, care s-a concentrat mult timp asupra patologiei schizo-afective, comentează două înțelegeri extreme ale acesteia:
  - Înțelegere episodică – din DSM-IV – în care în cadrul aceluiași episod se întâlnesc criteriile pentru un episod afectiv complet și suficiente criteriile pentru schizofrenie.
  - Înțelegerea diacronă – pe care o adoptă în studiile sale – în care la același caz se pot succeda episoade schizofrene, schizomaniacale, schizodepresive, maniacale și depresive cu delir incongruent și maniacale și depresive nedelirante.
- Analizând o cazuistică din acest punct de vedere Marneros optează pentru o apropiere dintre patologia schizoafectivă și cea bipolară. De asemenea, împreună cu alți autori ce au făcut studii longitudinale, diferențiază între o patologie schizobipolară și schizo monopolar depresivă.

# Interferențe între spectrul afectiv bipolar și cel schizofren

- Tot Marneros(2005) într-un studiu longitudinal efectuat pe cazuri cu diagnostic de „tulburare scurtă și tranzitorie – ICD-10”, interpretează această cazuistică ca intermediară între patologia schizofrenă și cea afectivă ,dar la alt nivel decât tulburarea schizo-afectivă.
- Din păcate așa cum deja s-a menționat cercetările actuale în majoritatea lor tind să considere schizofrenia într-un sens global și inclusiv, atașându-se acesteia și alte zone de patologie, cum ar fi cea delirantă. Nu e exclus ca patologia afectivă, MD, BP cu delir incongruent să fie o subclasă diferită de cea care se polarizează clar în direcția schizo-afectivă. De asemenea, cazuistica ce ar fi atașată spectrului autist – în manifestările sale ușoare – ar putea realiza o clasă de interferențe diferită de cea care are în vedere doar continuitatea dintre episoadele afective și simptomatologia schizo-productivă.



# Interferențe între spectrul afectiv bipolar și cel schizofren

Există deci suficiente probleme deschise studiului, atât teoretic cât și practic. Două ni se par a apărea în prim plan:

- Încercarea de a clarifica conceptul de psihoză care să poată asimila, ca în vremea lui Kraepelin și patologia afectivă BP-MD. Și aceasta, chiar cu condiția de a se introduce o altă noțiune decât cea utilizată unilateral de DSM-III-IV.
- Diferențieri operaționale a unor tipuri ideale de entități clinice și spectre malade, distincte între ele și nuanțate, care să ghideze observația și cercetarea clinică. Astfel de ghiduri ar face loc, așa cum se menționa, și patologiei sau spectrului delirant și autist, în conjuncție cu un înțeles larg și cu unul restrâns al conceptului de schizofrenie.

Există deci în prezent orizonturi stimulante de cercetare teoretică și practică în aria patologiei bipolare în conjuncție cu cea ce tradițional și în prezent se consideră a fi patologie psihotică.

Vă mulțumesc pentru atenție!