



Conceptul de psihoză la începutul celui de-al doilea deceniu al secolului XXI

Perspectiva spectrului psihiatric

Profesor Mircea Lăzărescu

Clinica Psihiatrică “Eduard Pamfil” Timișoara

Curs

Iași - Octombrie 2012

Planul prezentării

- Conceptul de psihoză înainte de DSM III
- Conceptul de psihoză în DSM III (1980)
- Dezvoltarea psihopatologiei clinice în marginea conceptului de psihoză după 1980
 - Ideea spectrelor maladive; spectrul psihotic;
 - Ideea “primului episod de psihoză” (early psychosis), a prodromului și cursului longitudinal al vieții psihoticului
 - Reactualizarea în marginea psihozei, a conceptului de “tulburări formale” de către cognitivismul contemporan

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

Conceptul de psihoză înainte de DSM III (1980)

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

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

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

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

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

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

În sec. XX, până la DSM III (1980) conceptul de **psihoză** s-a utilizat în psihiatrie în primul rând cu înțelesul unei tulburări psihice grave în care subiectul își pierde conștiința bolii (insight-ul) fapt ce o deosebește de nevroze.

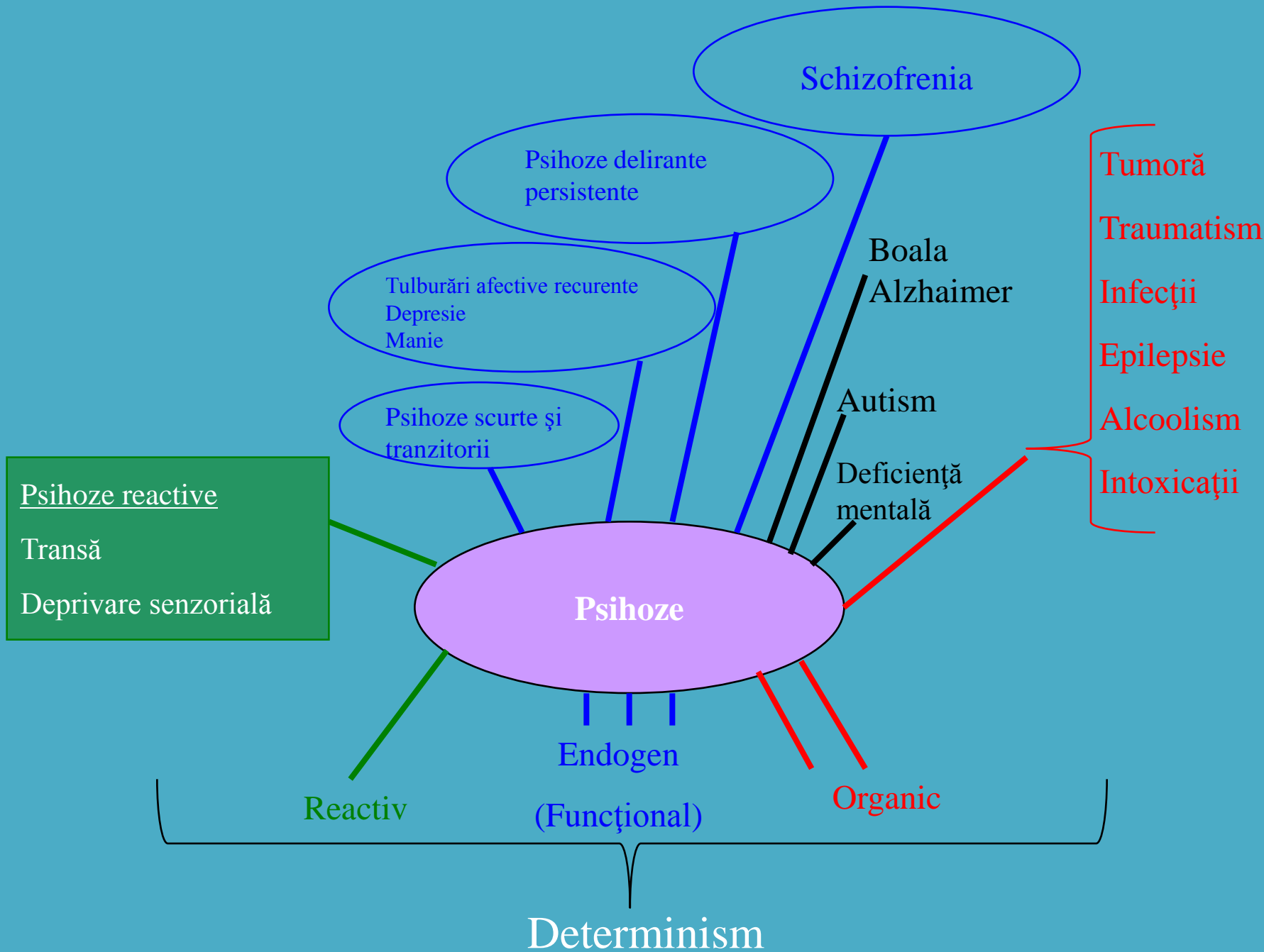
Psihoticul nu mai poate evalua corect realitatea umană ambientală, devine perturbator pentru sine și pentru alții și trebuie internat pentru tratament.

Simptomatic, în prim plan se situează delirul, halucinațiile, dezorganizarea, depersonalizarea, autismul deficitar, apatia, catatonă cu negativism. Psihoza se diferențiază de delirium, de nedezvoltarea psihismului (deficiențe mentale, autism) sau de deteriorarea cognitivă organică (demența).

Etiopatogenic s-au evidențiat trei clase de cauze:

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

Sinteza răspândirii psihozei între diverse clase nosologice e sistematizată într-o recentă carte.



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

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

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

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

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

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

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

Conceptul de psihoză în DSM III (1980)

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

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

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

- Psihozele delirante persistente
- Psihozele scurte (cu durată sub o lună)
- Scurte episoade psihotice de peste 1 ora dar sub 1 zi ce apar la tulburări de personalitate
- Se acceptă psihoza schizo-afectivă
- În cursul consumului de alcool și droguri
- În cursul tulburărilor psihice din diverse condiții medicale generale și suferințe somatice.

Dar ce este psihoza în DSM IV TR?

DSM-III

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

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

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

• A

- Deliruri si halucinatii accentuate
- (halucinatii criticate?)

• B

- Alte simptome ale schizofreniei pozitive accentuate
- Vorbire dezorganizată, comportament grav dezorganizat sau cataton

- “pierderea limitelor eului”?
- alterarea testării realității?

• Delir halucinator

• Dezorganizare

Definiția din DSM-IV-TR

Comentarii

Definiția din DSM-IV-TR e simptomatică și nu conceptuală;

Ea face trimitere explicită la schizofrenia pozitivă pe care o sugerează ca referențial de bază;

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

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

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

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

Conceptul de psihoză după DSM III (1980)

Ideea de spectru malativ

spectru afectiv (bipolar/monopolar depresiv)

spectru delirant (neschizofren)

Există psihoză afectivă nedelirantă?

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

- a) Dublarea abordării categoriale de cea dimensională. Perspectiva dimensională subliniază continuitatea între tulburările psihice grave, cele ușoare și normalitate; precum și continuitatea, tranziție prin cazuri intermediare, între unele sindroame sau stări psihopatologice (e.g. manie - depresie);
- b) Atenție crescută acordată abordării longitudinale a tulburării psihice, a succesiunii lor – cu diverse forme și intensități - de-a lungul vieții;
- c) Interes crescut pentru teren, pentru fundamentul personalistic pe care se manifestă tulburările: temperament, personalitate, familie, încărcătură genetică.

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

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

DECONSTRUCTING PSYCHOSIS

Refining the Research Agenda for DSM-V

Edited by

Carol A. Tamminga, M.D.

Paul J. Sirovatka, M.S.

Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.

Jim van Os, M.D., Ph.D.

Conceptul de spectru maladiiv

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

Doar în unele cazuri – cum ar fi schizofrenia și tulburările dispoziționale – se au în vedere episoadele succesive ce condiționează o tulburare psihică.

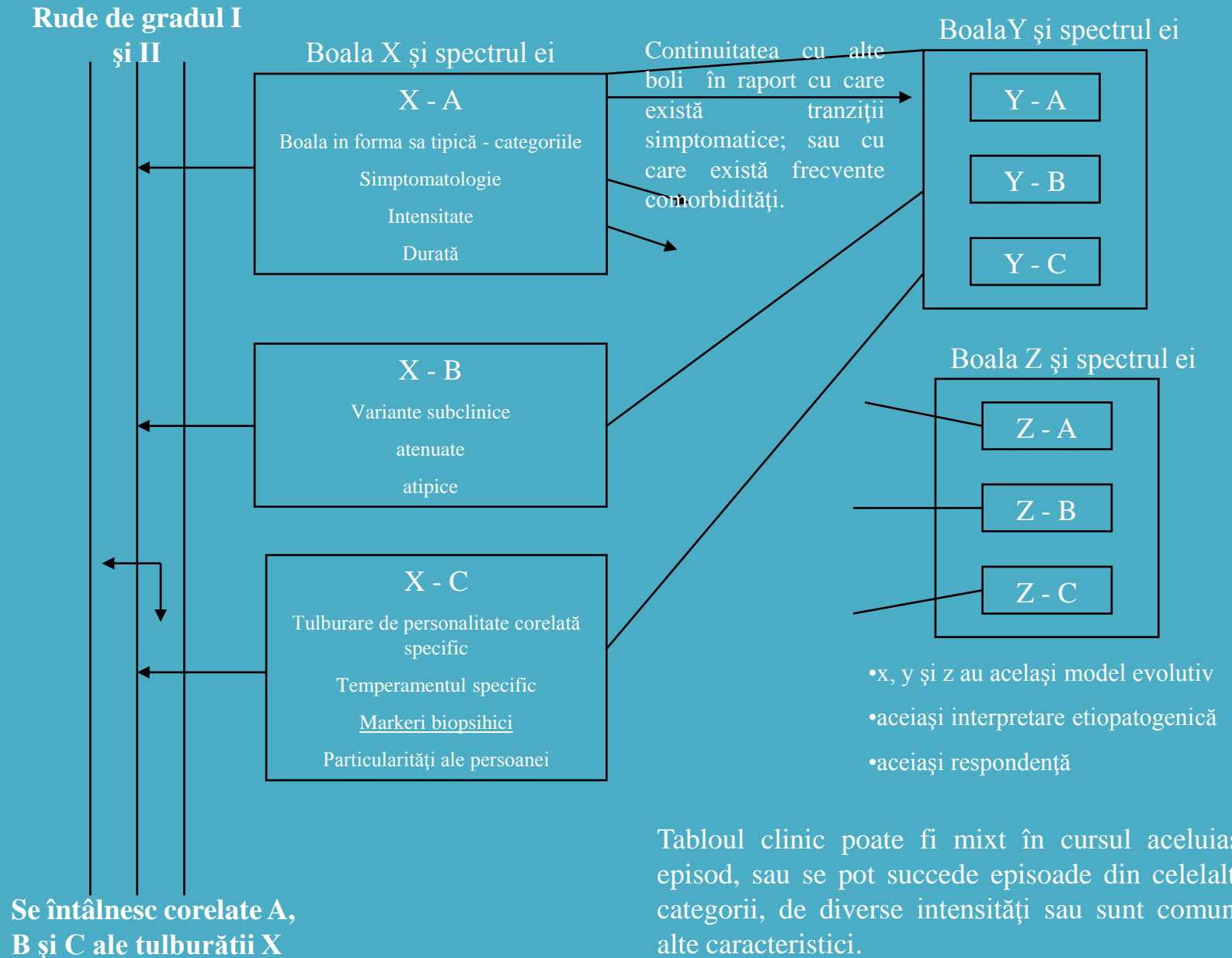
Dezvoltarea după 1980 a psihopatologiei developmentale a demonstrat că, deși se urmărește cursul vieții din copilărie la vârsta adultă și apoi la vârsta a treia, se *constituie* deseori o echifinalitate: adică, diversele tulburări din copilărie conduc la aceste tulburări psihice la vârsta adultă. Iar pe de altă parte, prezența unei anumite tulburări la vârsta infantilă poate să participe la diverse tulburări ale adultului.

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

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

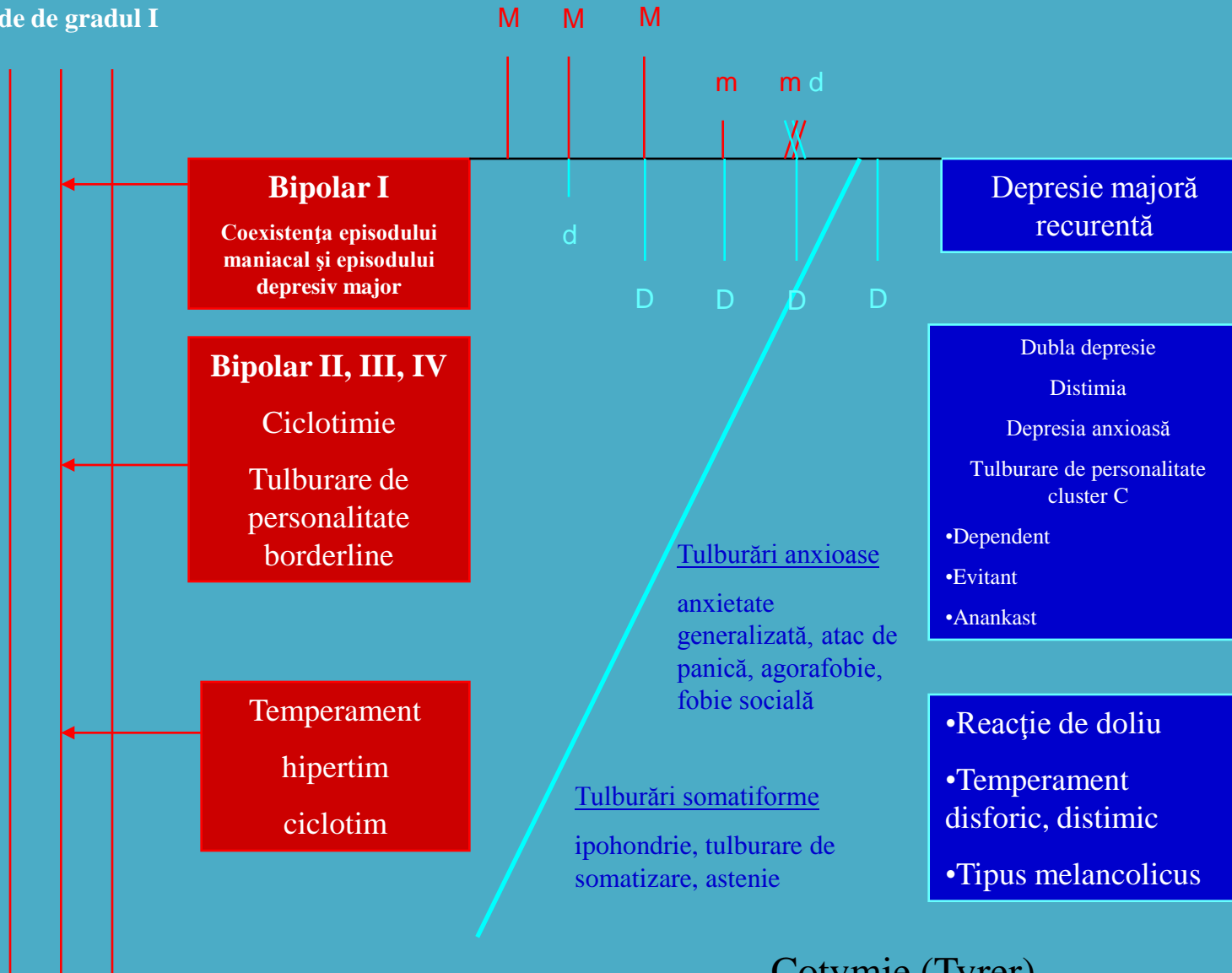
S-a ajuns astfel la ideea de spectru maladiiv.

Schema unui spectru maladiv X



Spectrul tulburării bipolare și ipoteza spectrului monopolar depresiv

Rude de gradul I



Cotymie (Tyrer)

Tulburarea bipolară și ipoteza spectrului monopolar depresiv

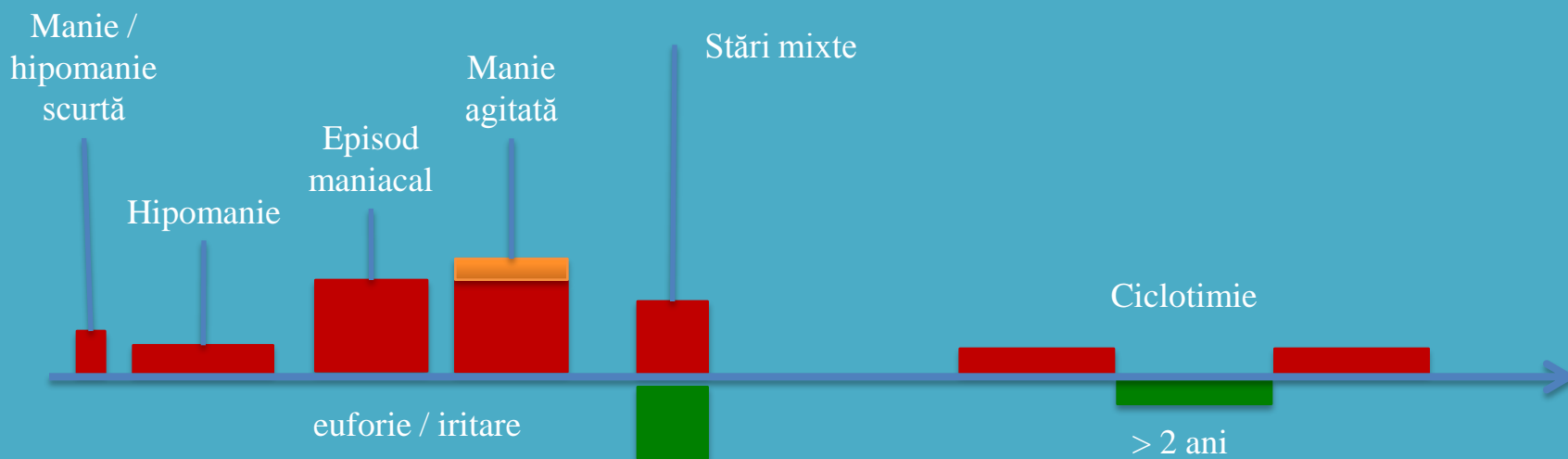
- Tulburarea monopolar maniacală este considerată o variantă a tulburării bipolare; episoade exclusiv maniacale se întâlnesc la sub 10% din bipolari; este de presupus un temperament hipertim.
- Stările mixte și cele alterne fac parte din spectrul bipolar împreună cu alte modalități clinice particulare; Cu cicluri rapide, cu temperament hipertim și ciclotim; e apropiat de spectrul bipolar și t.p. Borderline.
- Tyrer a imaginat un spectru monopolar depresiv care cuprinde pe lângă episoadele depresive, tulburările de personalitate din clusterul C, temperamentul distimic, tulburări anxioase și somatoforme.

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

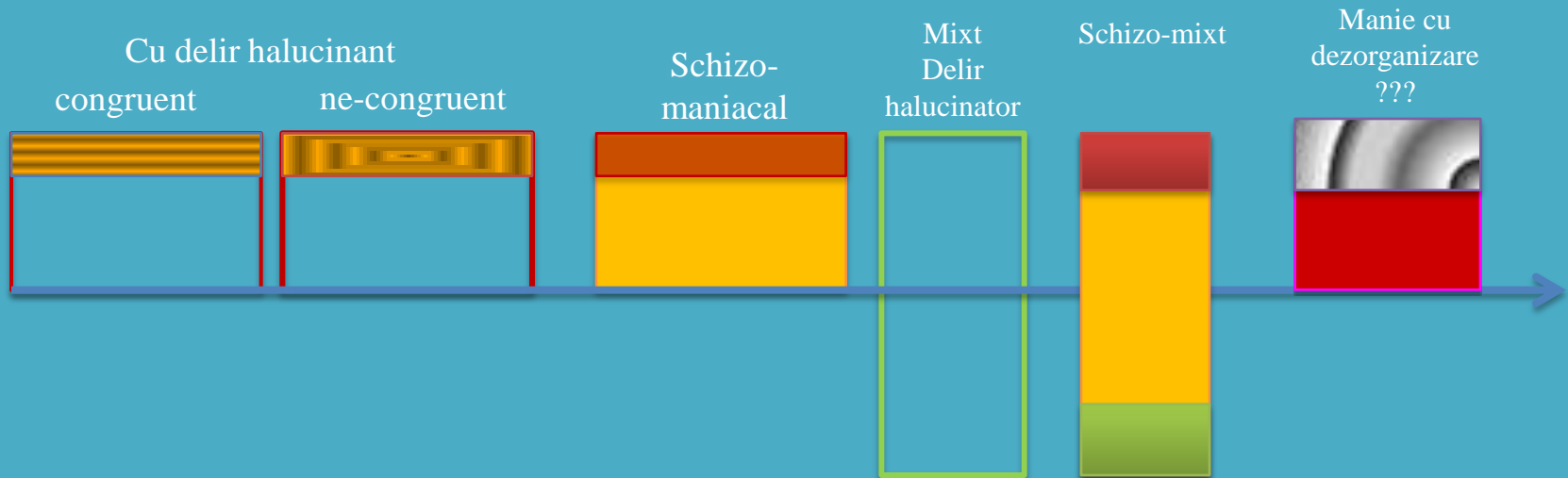
Ce se poate spune însă despre aspectul psihotic al episoadelor din TB și TDR?

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

Episoade maniacale și bipolare



Interferența episoadelor maniacale și bipolare cu psihoza



Episoade depresive de diverse intensități

Depresie scurtă
(\approx 3 zile)

Stare subdepresivă

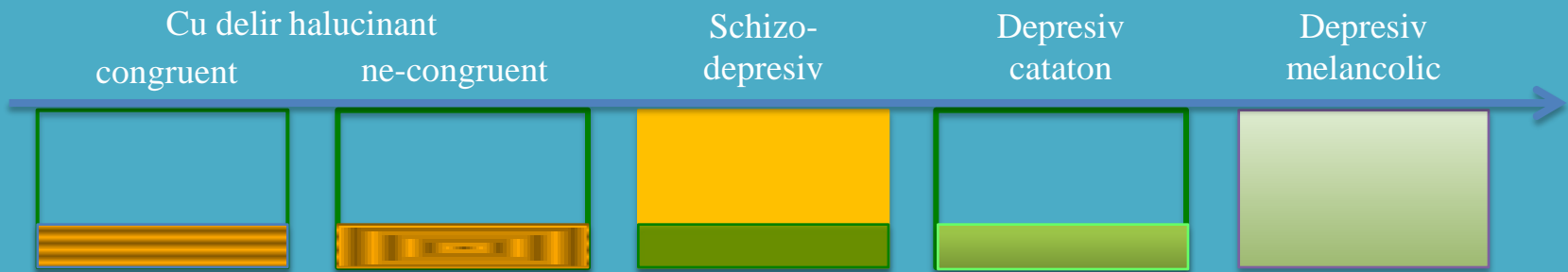
tristețe / inhibiție / iritare

Stare distimică

insomnie / hipersomnie; inapetență / hiperfagie

> 2 ani

Episoade depresive cu aspecte (mixturi) psihotice



Un posibil spectru delirant neschizofren

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

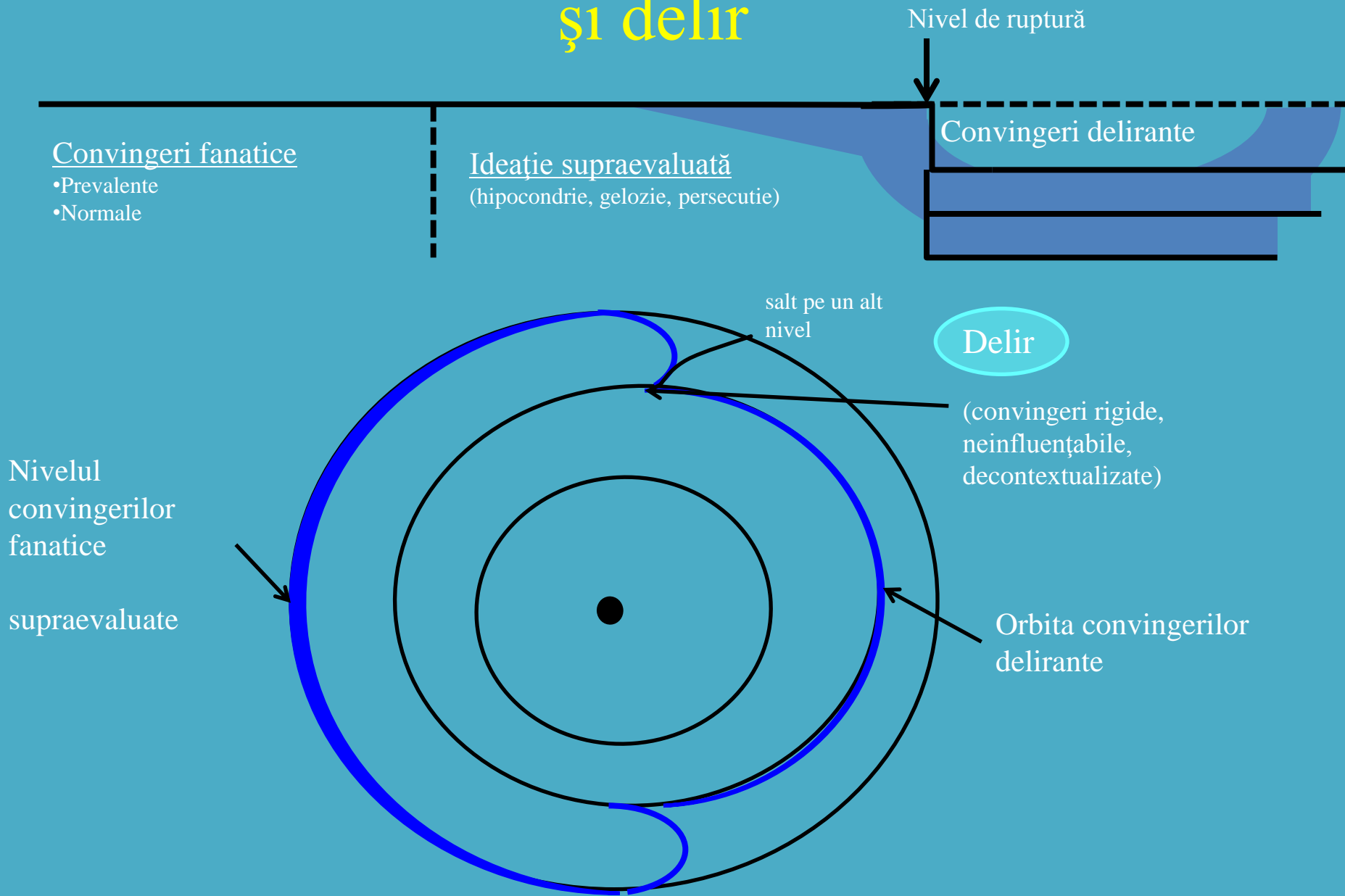
Delir monotematic nehalucinator
(somatic, de gelozie, senzitiv-relațional, de
prejudiciu, mistic)
Delir împărtășit

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

Temperament anxios, senzitiv

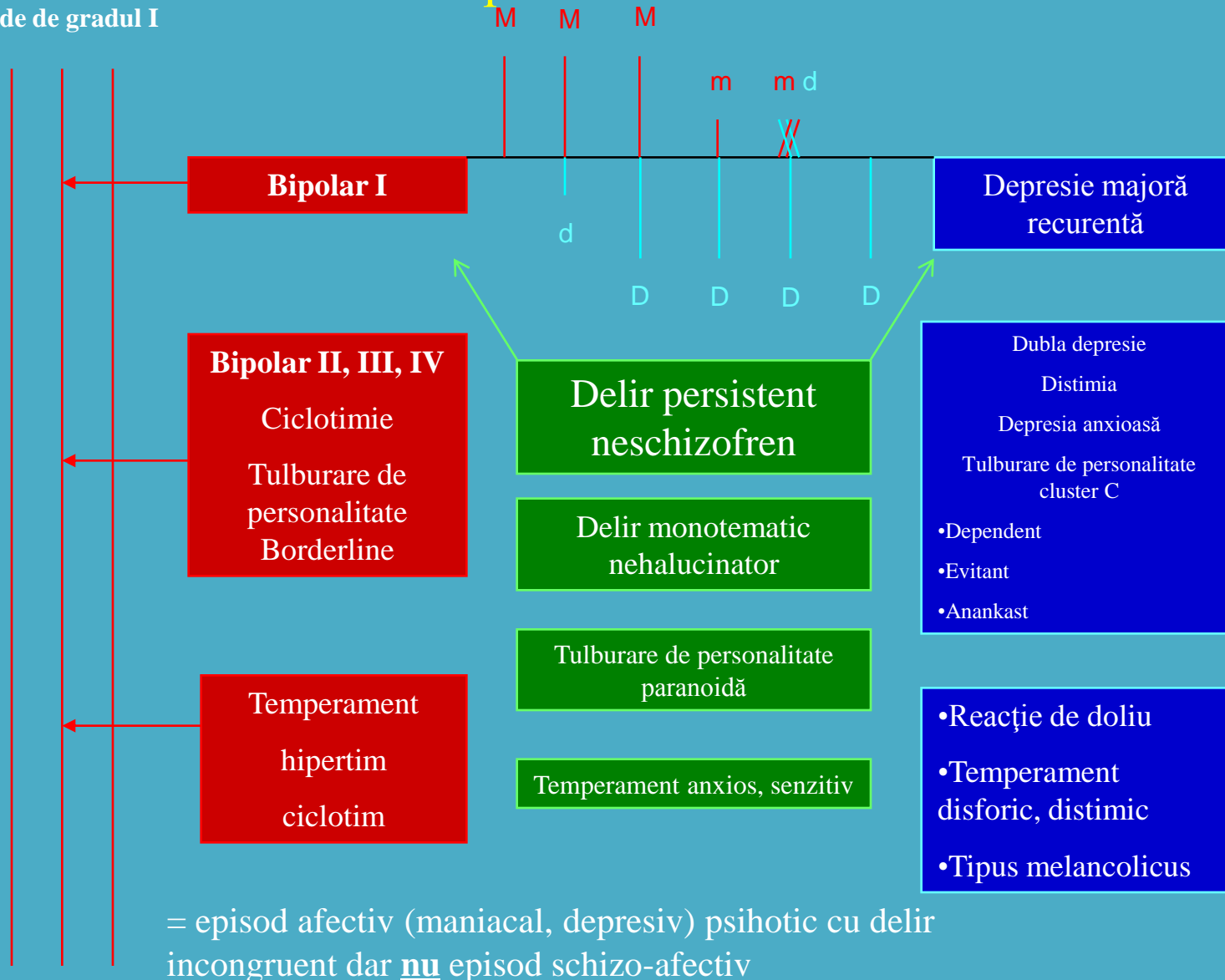
Cercetări epidemiologice (van Os) au găsit prezente în populația generală din spectrul delirant neschizofren, în proporție de 3-17% (cifra de 5% este cea mai des invocată și plauzibilă).

Problema continuumului între normalitate și delir



Intersecția dintre spectrul dispozițional afectiv și spectrul delirant neschizofren = rezultă episoade afective delirante neschizofrene

Rude de gradul I



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

- DSM III-IV comentează faptul că episoadele maniacale și depresive, din cadrul tulburării bipolare și monopolar depresive, se pot manifesta cu simptome delirante. În cazul unui delir necongruent poate fi adusă în discuție intersecția cu spectrul delirant neschizofren.
- Aceste episoade sunt evaluate în DSM IV TR (și în ICD-10) ca distincte de episoadele schizo-afective.
- Cazuistica afectivă cu episoade (psihotice) delirante pot fi studiată distinct de patologia schizo-afectivă.
- Intersecția dintre cele două spectre se poate face și în sensul unei pozitive predominări în tablou clinic al delirului persistent (paranoid), patologia bipolară fiind la nivelul ciclotimiei sau depresiei de intensitate medie.
- Mai ales patologia depresiv-paranoidă poate fi considerată ca având o individualitate clinică.

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

- Delirul este o tulburare psihopatologică considerată ca reprezentativă pentru patologia psihotică. Dar, deși există o definiție clasică caracterizarea sa psihopatologică structurală e în curs de elaborare. Astfel, preocuparea megalomană a maniacalului și cea micromană (autodepreciativă și de vinovăție) a depresivului, nu sunt delirante, decât dacă îndeplinesc anumite condiții. De exemplu un delir megaloman maniacal trebuie să prezinte:
 - ❑ O intensitate a convingerii exagerată, anormală.
 - ❑ O formulare discursiv verbală a tematicii, ce e comunicată altora; și nu doar o convingere intimă neformulabilă tematic.
 - ❑ Un comportament corelat convingerii
 - ❑ O neglijare a altor preocupări în afara tematicii delirante.
- Psihismul delirant e simplificat și decontextualizat, așezat pe o orbită inferioară de funcționare; faptul e în egală măsură valabil pentru tematica megalomană, micromană sau paranoidă.
- Mania și depresia au însă și alte modalități decât cea delirantă prin care se pot manifesta psihotic:
 - ❑ Prin dezorganizare psihică dată de tahipsihie;
 - ❑ Prin depersonalizarea melancolicului și prin inhibiția sa stoporoasă.

Manifestări psihotice în episoadele depresive și maniacale

Depresia melancolică se poate manifesta psihotic prin:

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

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

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

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

Depresia psihotică fără delir



Anhedonie
Depersonalizare
Gol interior
Lipsă de sentimente



Stupor
Nemișcare
Negativism

Mania psihotică fără delir



Fugă de idei cu
asociații bizare și
jocuri de cuvinte



Agitație psihomotorie
cu stereotipii

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

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

Spectrul schizofren și tema continuumului psihotic

Caracterizarea actuală simptomatologică a schizofreniei

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

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

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

Se consideră caracteristic pentru schizo + delirul bizar, definit ca având un conținut imposibil pentru comunitatea culturală respectivă.

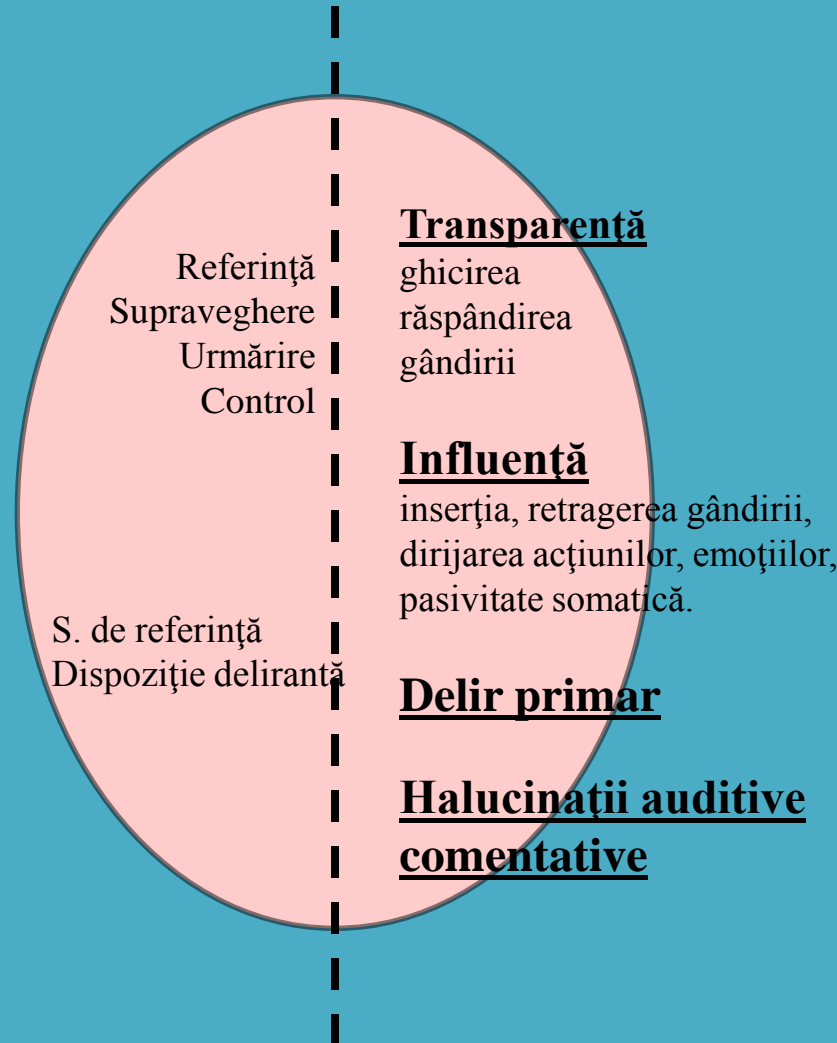
Pe lângă bizarerie, delirul (paranoid) schizofren se mai caracterizează prin:

- Expunerea sa neinteligibilă datorată dezorganizării ideo-verbale și deficitului de comunicare.
- Conținutul marcat de devitalizare depersonalizantă, de derealizate și abstracții.
- Prezența simptomelor de prim rang Schnaider (s.p.r. S) pe care tradiția europeană a psihopatologiei le plasează ca trăiri aflate în marginea delirului.

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

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

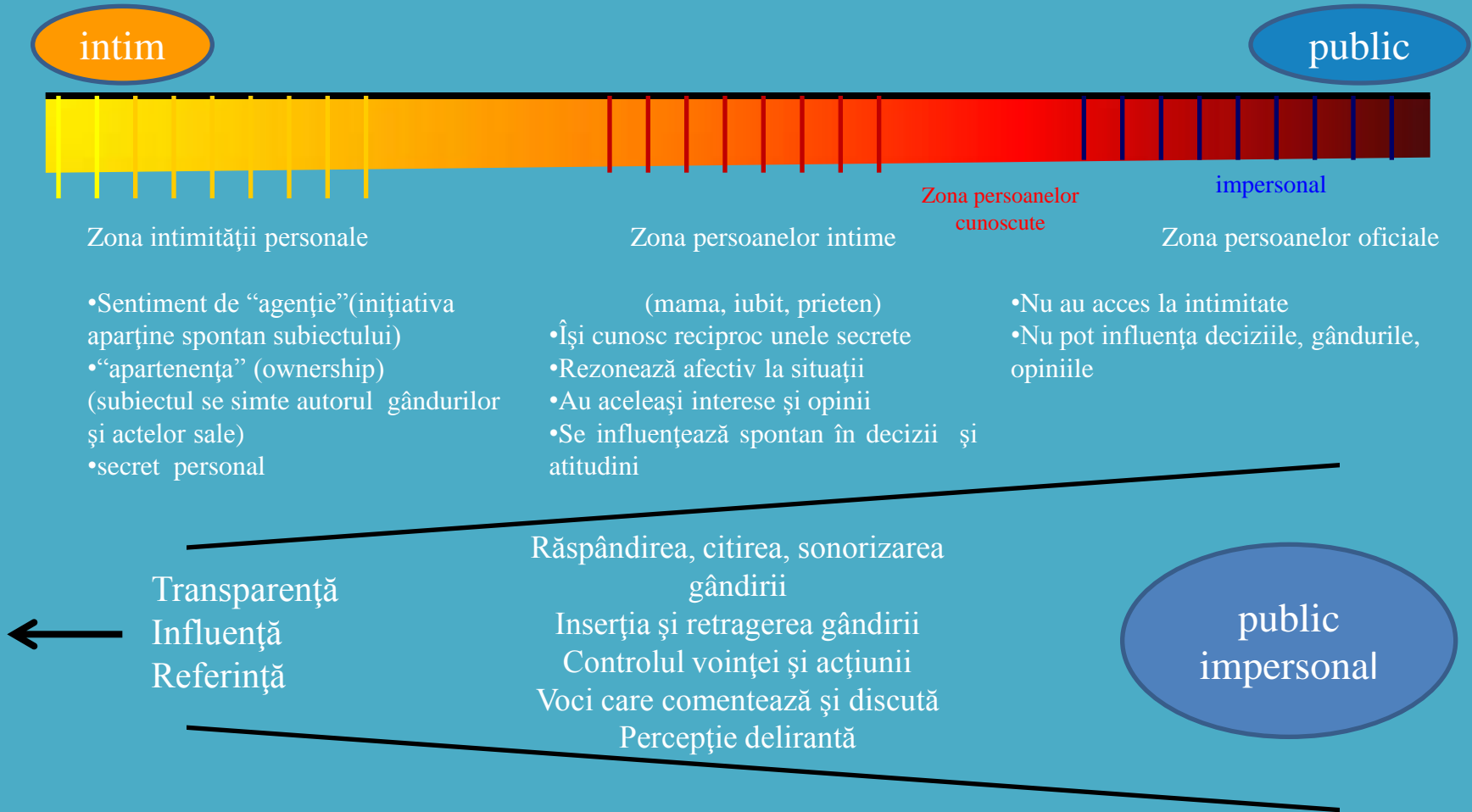
simptomatologie
conexă
simptomelor
nominalizate



simptome
nominalizate de
K. Schneider

s.p.r. S

Apectul esențial al tulburării spr. S constă în perturbarea arhitectonicii de relaționare la alte persoane pe diagrama intim-public, în rezolvarea problemelor actuale.



Disfuncția sinelui nuclear actual se manifestă și prin simptomatologie conexă, nenominalizată de K. Schneider, exprimă perturbarea raportului interior/exterior.

Spectrul schizofren

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

Ideea spectrului schizofren a apărut în jurul anilor '70 și anume:

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

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

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

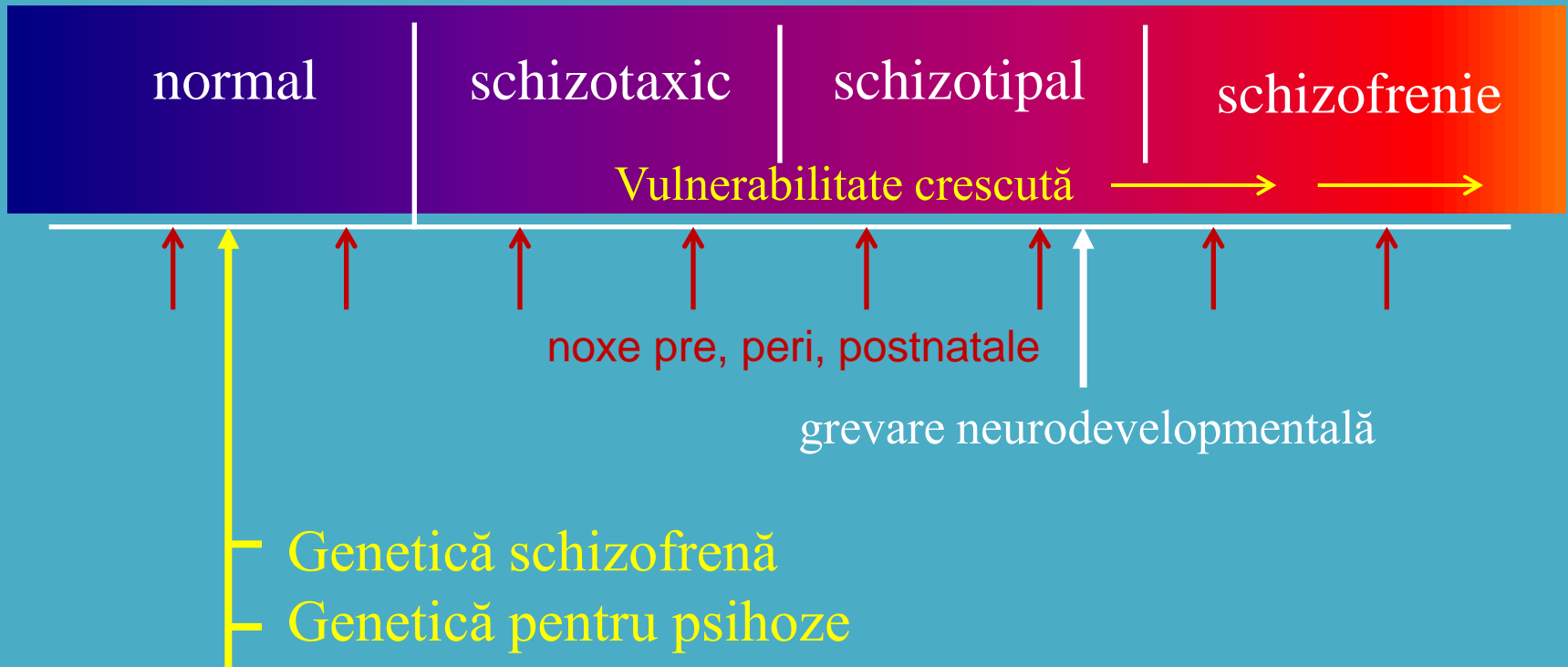
Ideea spectrului schizofren se corelează în această concepție cu doctrine, vulnerabilitate/stres lansată de Spring (1979) pentru înțelegerea etiopatogeniei schizofreniei.

Schizotipia

(personalitatea schizotipală DSM IV TR)

- A. Un ansamblu constant de deficiențe privind relațiile apropiate cu alții, de distorsiune perceptivă și cognitive și excentricități ale comportamentului, începând din perioada adultului tânăr, care se manifestă în variate contexte, exprimând cel puțin 5 din următoarele:
1. Idei de referință (excluzând delirul de referință);
 2. Convingeri ciudate sau gândire magică ce influențează comportamentul și sunt inconsistente cu normele subculturale (e.g. superstiții, credința în clarviziune, telepatie sau al șaselea simț; la copii și adolescenți fantezii și preocupări bizare);
 3. Experiențe perceptuale neobișnuite, incluzând iluziile corporale;
 4. Gândire și vorbire ciudate (e.g. vagi, aluzive);
 5. Suspiciune și ideea paranoidă;
 6. Afect neadecvat, incongruent;
 7. Comportament și aspect bizar, excentric sau ciudat;
 8. Lipsă de prieteni apropiați sau confidenți, alții decât rudele de rangul I;
 9. Anxietăți sociale excesive care nu diminuează în prezența unor persoane cu valențe protective.
- B. Să nu apară cu timpul schizofrenie sau alte tulburări psihotice.

Spectrul schizofren



Intersecția spectrului schizofren cu spectrul afectiv

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

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

Sx -

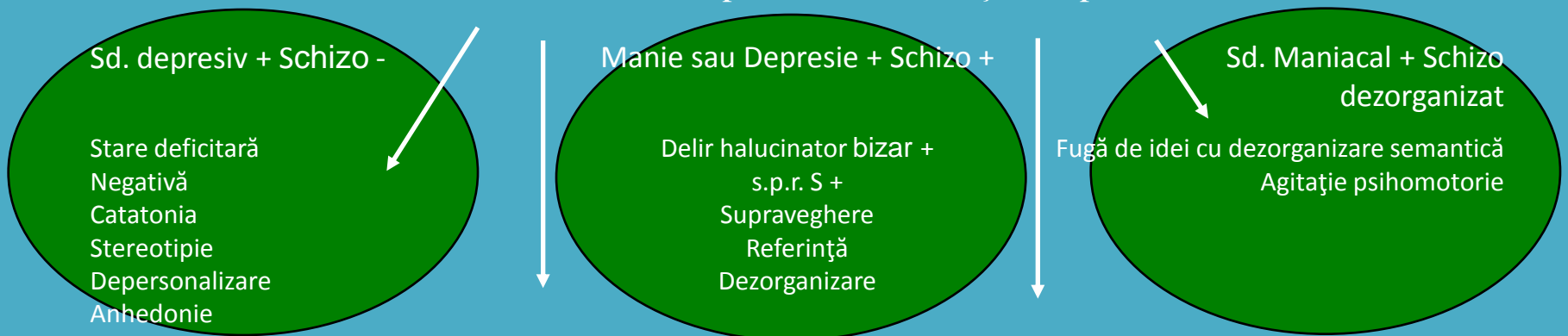


Sx dezorganizat

Sx +

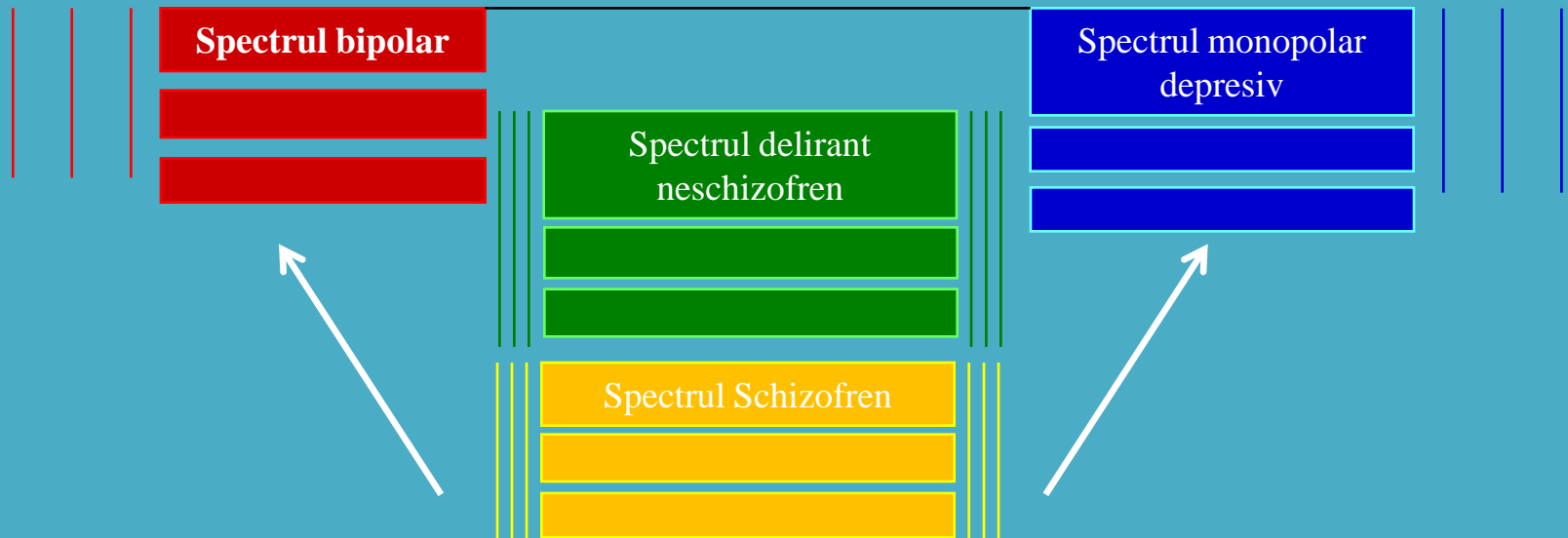
halucinații, delir

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



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

Interferența între spectrele patologiei afective și spectrele delirant/schizofren



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

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

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

Spectrul schizofren după Andreasen (1995)

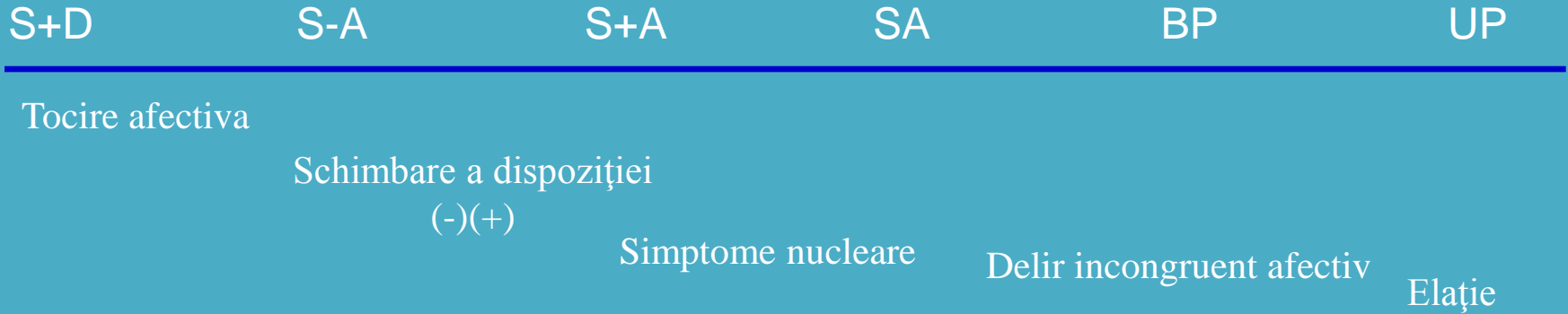


Schizofrenia nucleară
Psihozele schizofreniforme
Tulburările schizotipale
Schizofrenia simplă
Tulburare schizo-afectivă
(schizo-maniacală, schizo-depresivă)
Mania și Depresia delirantă neschizofrene

Alte episoade afective psihotice

Această tendință este spre reactivarea ideii de Continuum Psihotic.

Continuum psihotic după Crow



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

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

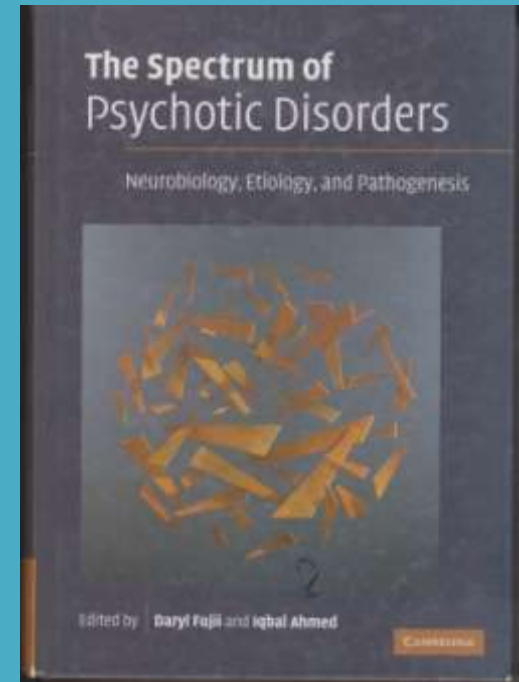
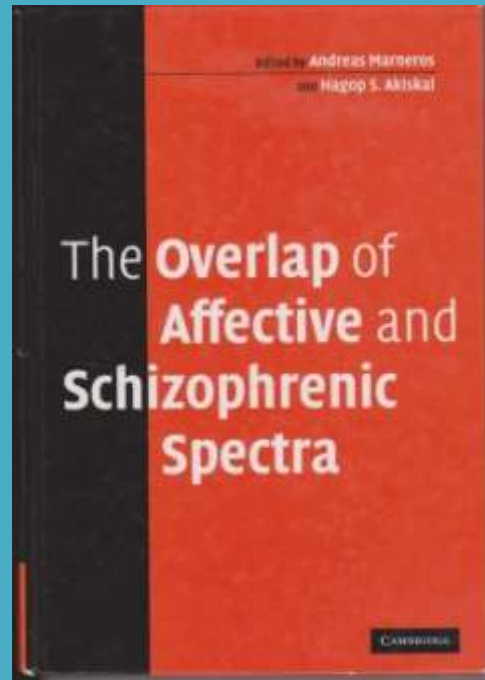
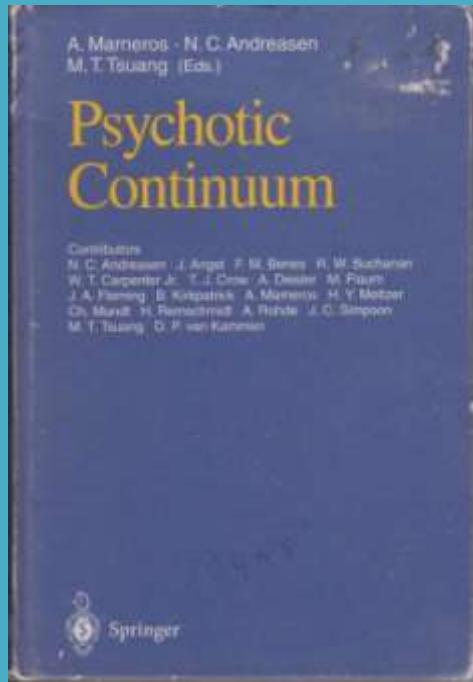
Crow a dezvoltat în ultimii 30 de ani o teorie evoluționistă a psihozelor, susținând ca aceste tulburări sunt un preț plătit de umanitate pentru dezvoltarea rapidă a “crescendo social”, începând cu 150.000 de ani în urmă, când a început dezvoltarea mai rapidă a limbajului articulat.

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

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

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

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



Recapitulare a conceptului de spectru în studierea psihozelor

- Conceptul de spectru este extrem de util în înțelegerea clinică a psihiatriei și pentru cercetare. Dar el nu este încă foarte clar și nu are reguli suficient de precise pentru o utilizare metodologică, euristică.
- Problema devine extrem de complexă – deși rămâne intuitivă – atunci când este vorba de interferența dintre spectre: e.g. interferența între spectrul afectiv și cel schizofren. În acest ultim caz se cere inițial o clarificare a articulațiilor dintre spectrul delirant și ipoteticul spectru al unei schizofrenii predominant dezorganizate.
- La fel de complexă apare problema în cazul unor generalizări așa cum este în cazul ideii de “spectru psihotic”, care continuă ideea “continuumului psihotic”.
- Aceste idei sugerează un nivel de tranziție – de salt - pentru unele forme de patologie între o variantă nepsihotică și una psihotică.
- La acest nivel se reactivează vechea idee a “tulburărilor formale” și a “procesului psihopatologic”.

Recapitulare II

Circumscrierea conceptului de psihoză în DSM IV este ambiguă deoarece:

- problema intensității și nivelului tulburării e doar sugerată; - este exclusă simptomatologia deficitară, depresivă, maniacală gravă, nedelirantă psihotică .



THE CONCEPTUAL EVOLUTION OF DSM-5



EDITED BY
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.
William E. Narrow, M.D., M.P.H.
Emily A. Kuhl, Ph.D.
David J. Kupfer, M.D.

Orientarea dimensională spre DSM V în domeniul psihozelor

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

Acesta derivă din concepția dimensională a lui Kay și Lindenmayer.

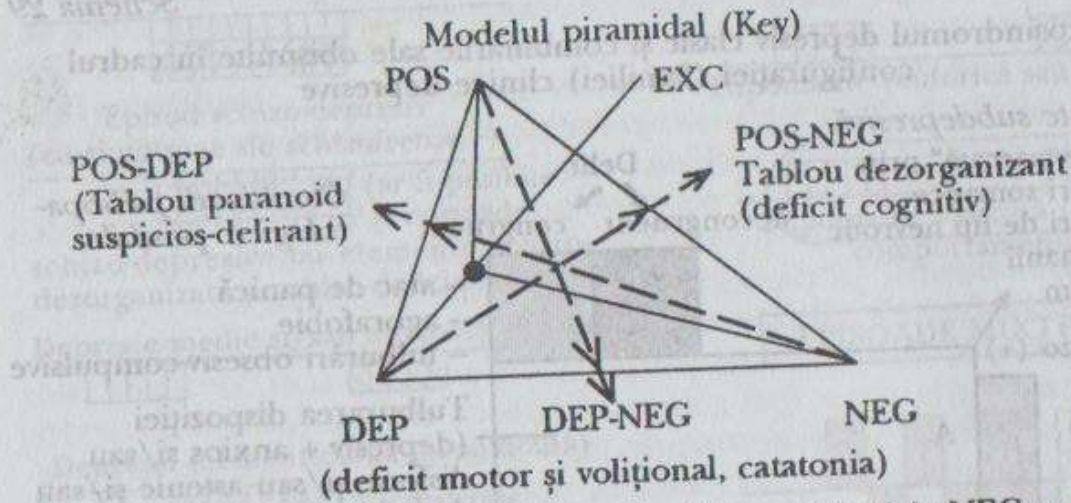
Kay, elabotând instrumentul de evaluare PANSS (1989) a imaginat un model piramidal al psihozelor;

197

Table 11-11. Syndromal models of schizophrenia

Model	Description	Reference(s)
Two-dimensional	Positive and negative dimensions, independent of each other	Crow et al. 1986
Three-dimensional	Positive and negative dimensions and symptoms of poor relating	Strauss et al. 1974
Four-dimensional	Positive, negative, and disorganization dimensions, which include thought disorder, poor attention, and inappropriate affect	Arndt et al. 1991; Bilder et al. 1985; Liddle 1987
Five-dimensional	Positive, negative, excitement, and depression dimensions	Kay and Sevy 1990; Peralta et al. 1992
Six-dimensional	Positive, negative, excitement, depression/anxiety, and cognitive dimensions	Lindenmayer et al. 1994

... dimensional syndrome DSM-IV-TR places



LEGENDĂ: POS=macrosindrom schizo-positiv (+); NEG=m.s. schizo-negativ (-); DEP=depresie; EXC=excitație. Concepția lui Key e interesantă sugerând posibila și variata combinație dintre m.s. depresiv și de excitație cu tablourile clinice specifice schizofreniei, în afara clasicelor episoade schizo-afective; în mod special e remarcabilă sugestia combinării dintre schizo (-) și depresie în cadrul catatoniei, care a fost susținută de mai multe studii. Totuși, nu se acordă un statut de independență (relativă, cel puțin) tulburărilor dezorganizante și celor delirante.

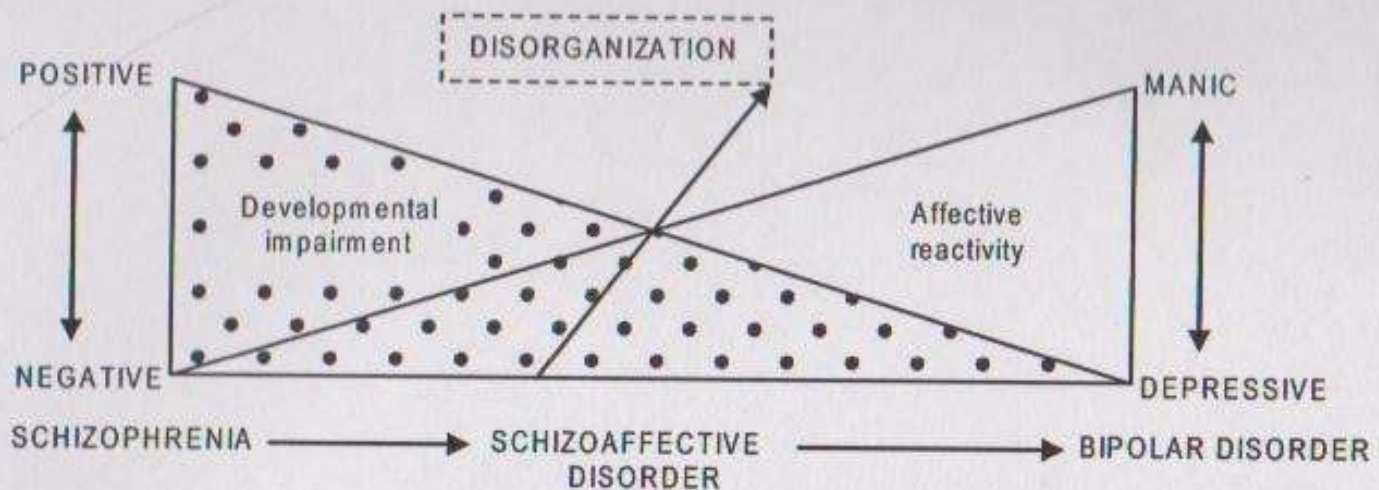
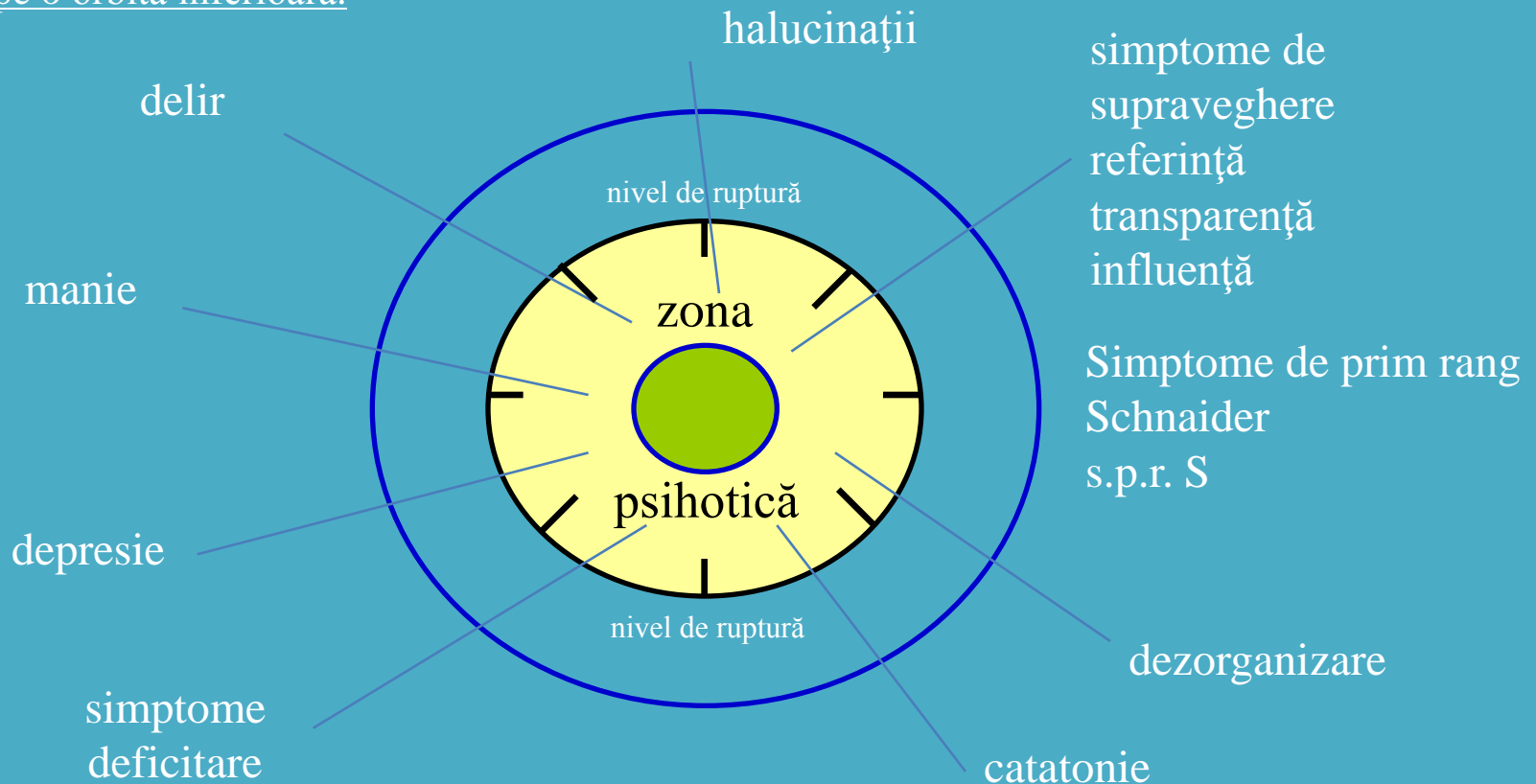


FIGURE 2-2. Schema incorporating five dimensions (after van Os et al.⁶³) and explaining the "spectrum" of syndromes from schizophrenia through to bipolar disorder.

Dimensiuni psihice, spectre, boli, nivele de patologie

Datele cercetărilor actuale efectuate în ideea spectrelor malade, care combină psihopatologia categorială cu cea dimensională, arată că ideea identificării psihozei pe baza simptomatologiei – așa cum indică DSM III-IV – nu mai este sustenabilă.

Data fiind continuitatea dintre simptomatologia dintre formele standard, sursa lor în normalitate și formele grave, se pune problema unui nivel de “ruptură”, al unui salt sau cădere pe o orbită inferioară.



Una din întrebările de bază, actuale ale psihopatologiei este:

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

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

Problema corelației dintre spectrele maladive generale și problema spectrului psihotic, se evidențiază pregnant în cadrul unuia dintre cele mai studiate teme ale psihiatriei actuale:

Primului episod de psihoză și prodromul său.

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

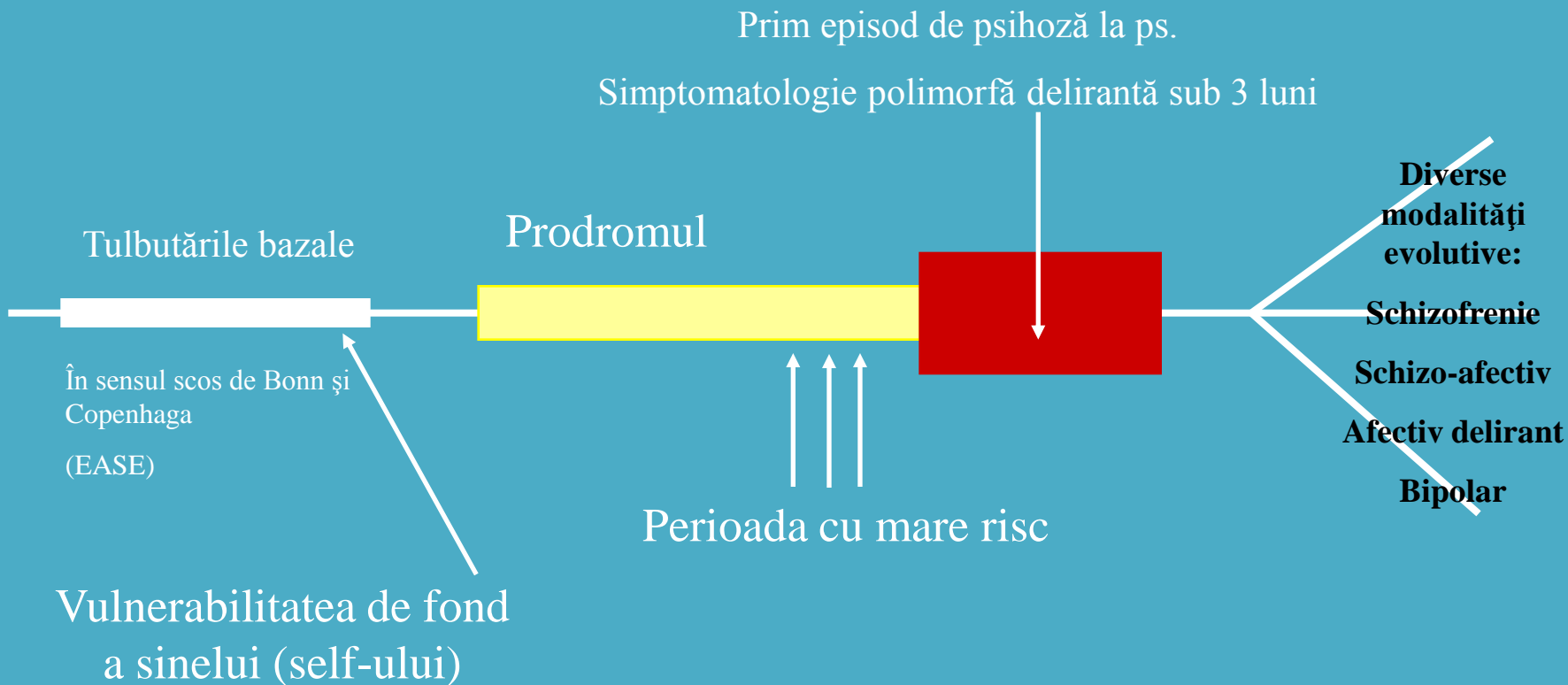
Cazurile de psihoză scurtă – e.p., B.d. – prezintă atât simptome halucinator delirante cât și simptome afective și motorii variate; pot fi prezente și s.p.r. S, oscilații rapide ale simptomatologiei și uneori denivelări ale vigilității conștienței.

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



Psihoza timpurie, prodromul și vulnerabilitatea de bază

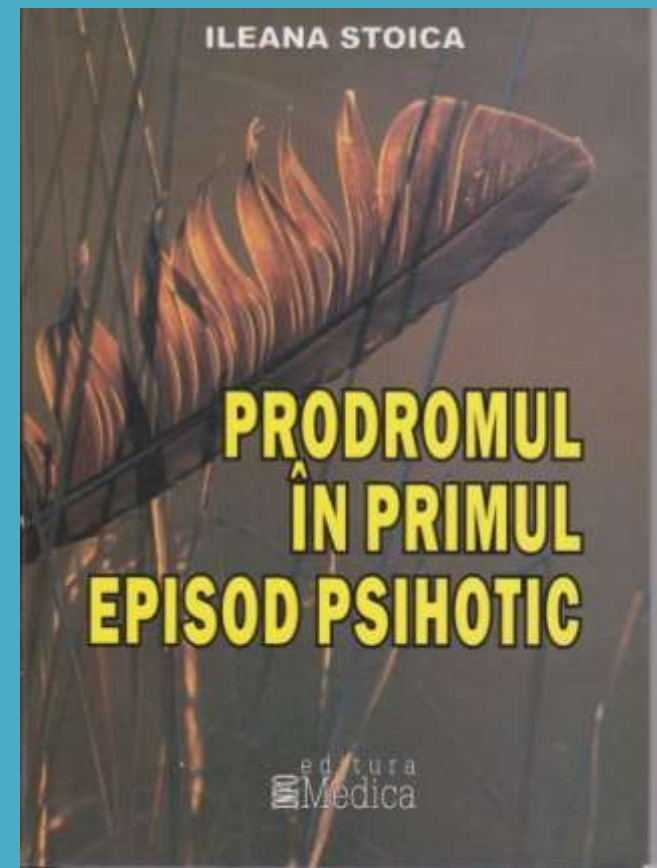
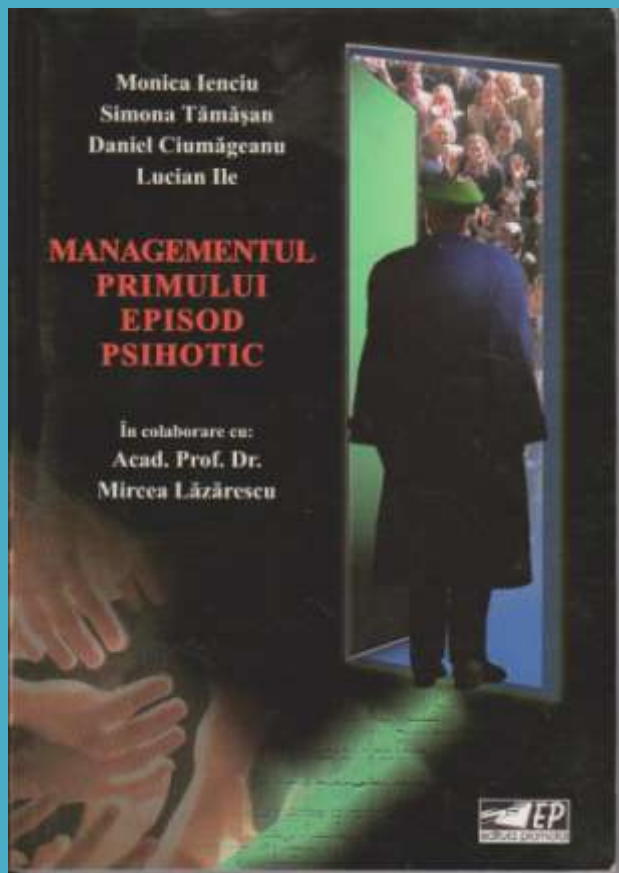
O problemă clinică specială îl ridică însă primul episod de psihoză – la ps. – care e precedat de prodrom; acesta a fost studiat mai ales din perspectiva schizofrenă.



O temă amplu dezbătută în psihiatria actuală și care preocupă intens echipele de elaborare a DSM V și ICD-11, este

prodromul în primul episod psihotic.

Această temă se corelează cu cea a psihozelor scurte și tranzitorii a ICD-10 și cu debutul schizofreniei.



Încă din sec. XIX au fost descrise episoade psihotice scurte, care se remit; și pe care francezii le-au numit “Buffé délirante”.

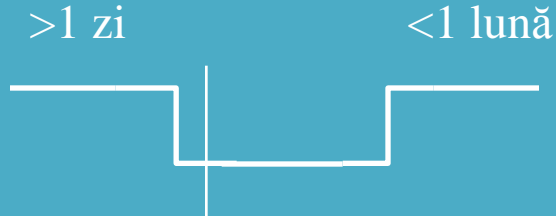
Se consideră că acestea apar mai frecvent la persoane particulare – “dègenerés superieurs” – și au caracter repetitiv.

În sec. XX astfel de cazuri au fost descrise ca “psihoze schizofreniforme”, “psihoze reactive”, “psihoze cicloide”.

Ele se reflectă diferit în DSM-IV-TR și ICD-10.

În DSM IV TR se acceptă

Psihoza scurtă



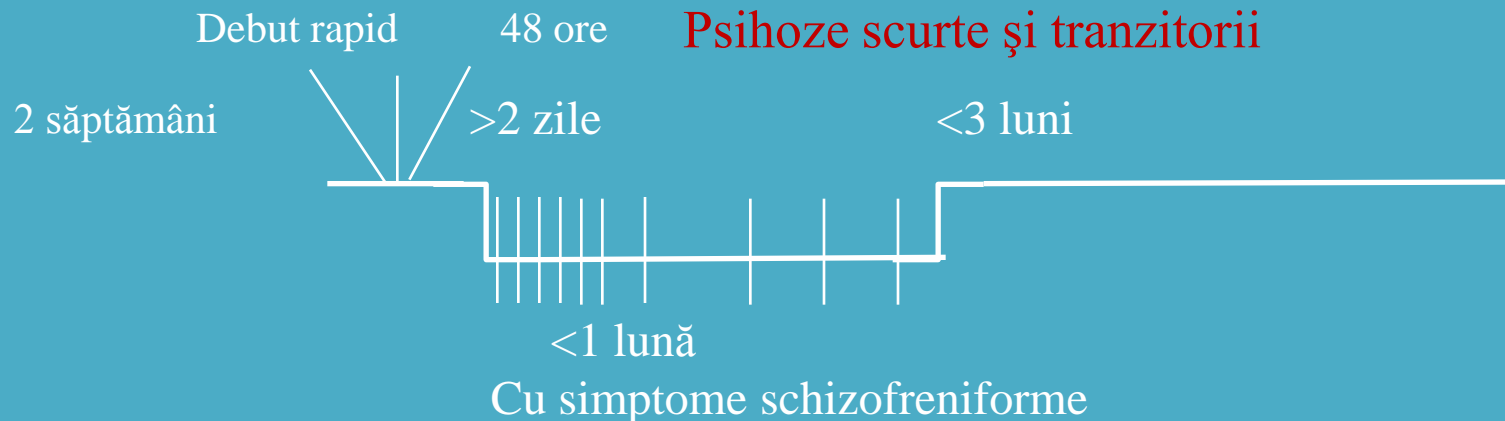
Psihoza schizofreniformă



Durata include prodomul/perioada activă/perioada rezolutivă

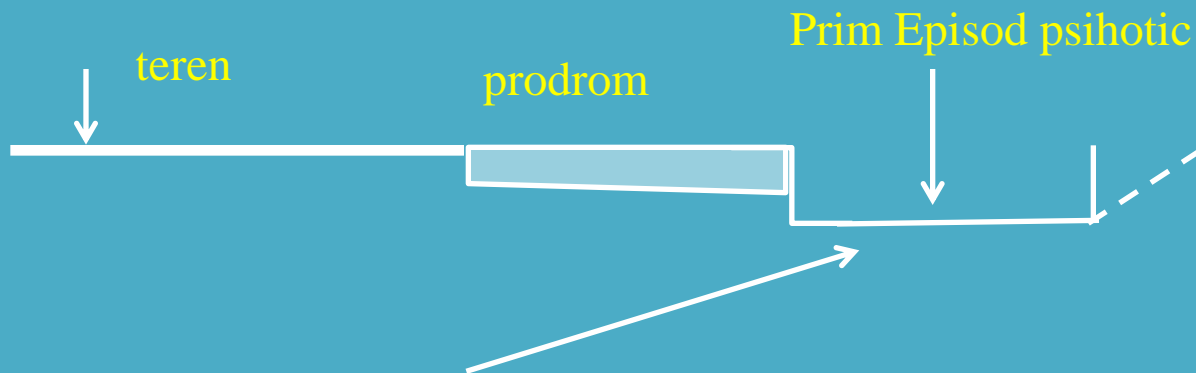
- nu e comentat terenul pe care aceste episoade apar!!!

În ICD-10 se acceptă



Observațiile ultimelor 2 decenii indică că e important:

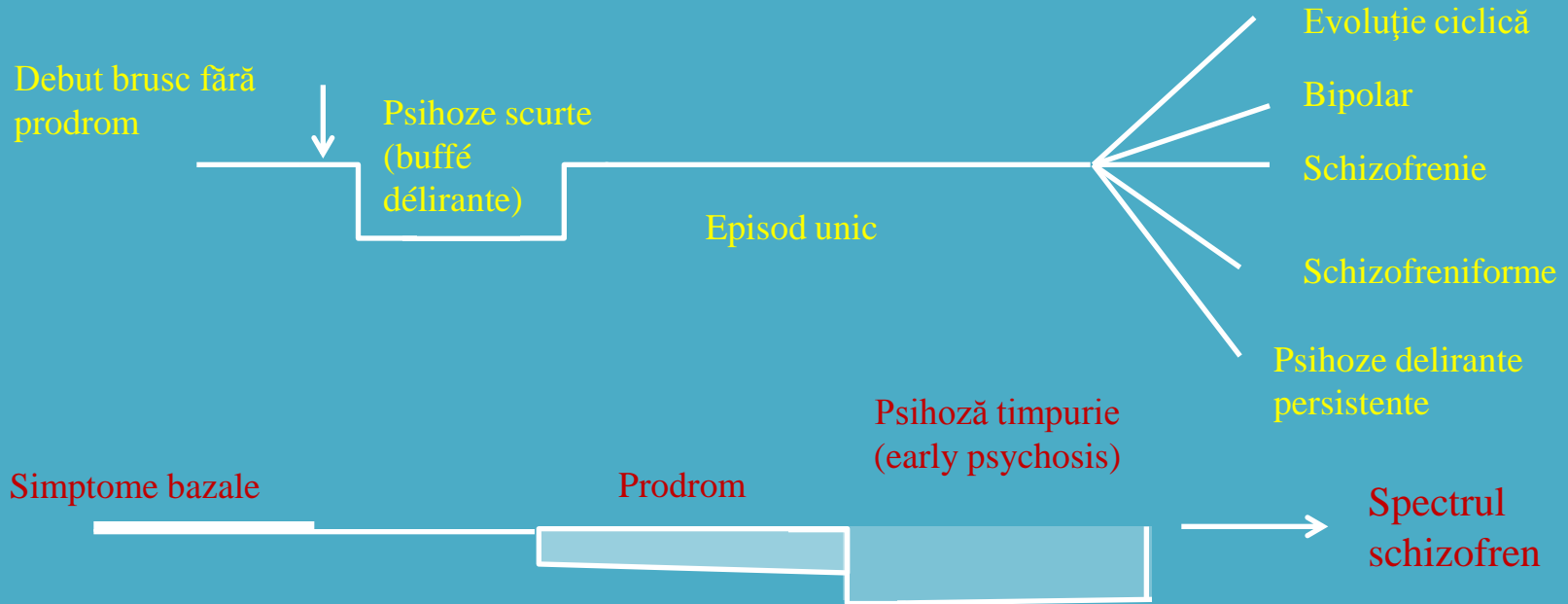
- Să se țină seama de teren (e.g. Tulburare de personalitate din cluster A, schizotipie, încărcare genetică);
- Să se analizeze cu atenție perioada prodromală, de durată manifestărilor clinice și subclinice.



Durata primului episod psihotic devine, în prezent, dificil de evaluat în condițiile tratamentului neuroleptic precoce.

... dar, simptome de intensitate subclinică sunt prezente deseori cu săptămâni sau luni de zile înainte de internare.

Cazurile cu debut brusc, pe un teren echilibrat, fără prodrom, fac parte probabil dintr-o categorie clinică aparte, cea a psihozelor scurte (buffé délirante) a căror evoluție ulterioară e foarte variată.



Cazurile cu prodrom îndelungat par să facă parte din spectrul schizofren (prim episod de schizofrenie?).

Se rediscută ideea “psihozei unice”.

Simptomele prodromale care pot apărea cu multe luni înainte de episodul clinic.

Nespecifice (psihotic)

anxietate, neliniște, iritabilitate, depresie, anhedonie, culpă, ideeație suicidară, apatie, pierdere ireversibilă, astenie, atenție scăzută, ruminații, blocajul gândirii, acuze somatice, apetit scăzut, tulburări de somn.

Specifice (psihotic)

anormalități perceptuale, suspiciozitate, schimbare în reprezentarea de sine, simptome obsesiv-compulsive, senzitivitate, retragere socială, impulsivitate, bizarerii, deteriorare funcțională

Cu cât prodromul e mai lung, nedepistat și netratat, cu atât evoluția ulterioară este mai problematică, mai deficilă.

Prodrom lung



Prodrom scurt



Prodromul cu înalt risc

(McGlashan: Structured Interview for Prodromal Symptoms
New Haven CR 2002)

A

Simptome psihotice

- Conținut neobișnuit al gândirii (conțin simptome de prim rang Schnaider);
- Suspiciune, persecuție sau grandoare;
- Tulburări de percepție halucinatorii;
- Vorbire neinteligibilă;

Evoluție pe o durată a 6 zile

Riscul are 3 categorii:

- Simptome clar psihotice dar recente și scurte;
- Simptome psihotice atenuate recent;
- Simptome + risc genetic + deteriorare socială;

Risc crescut!

Risc genetic – rudele de gradul I cu psihoze

– prezența la pacient a caracteristicilor pentru tulburarea schizotipală

Durată perioade prodromale!!!

B

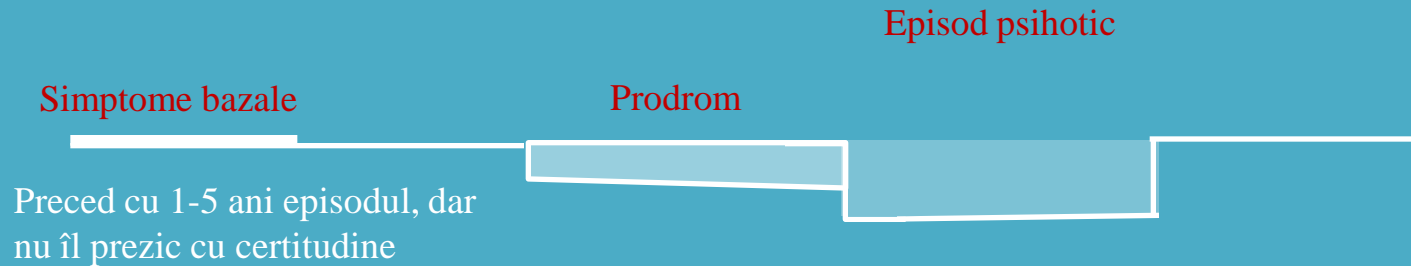
Simptomele A să aibă intensitate și importanță

Cel puțin 1 simptom să apară constant >1h/zi, 4 zile/săptămână de-a lungul unei luni.

Simptomul e serios implicat în dezorganizarea vieții zilnice

Pierderea în ultimele luni a 30% din nivelul de funcționare în ultimul an.

Simptome bazale descrise de școala din Bonn



Simptomele bazale se identifică prin interviul BSAAPS (a școlii Bonn, Huber, Gross, Klorterkötter) și se bazează pe simptome subiective; unele subtile astfel că se cer clarificate cu răbdare.

A. – deficiențe dinamice (extenuare, scăderea inițiativei)

B. – Simptome negative indirecte: scăderea răspunsului la solicitări, hiperreflexie

C. – Tulburări cognitive: de percepție, a configura părțile într-un tot semnificativ.

D. - ceneștopatii, pierderea spontaneității corporale

E. – Tulburări vegetative

F. – Eforturi conștiente de a se controla și a depăși simptomele

World Psychiatry

OFFICIAL JOURNAL OF THE WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA)

Volume 10, Number 3



October 2011

2011

EDITORIAL

- Report on the implementation of the WPA
Action Plan 2008-2011 161
M. Maj

SPECIAL ARTICLES

- Prediction and prevention of schizophrenia:
what has been achieved and where to go next? 165
J. KLOSTERKÖTTER, E. SCHULTZE-LUTTER,
A. BECHDOLF, S. RUHRMANN
- Intellectual developmental disorders: towards
a new name, definition and framework for
"mental retardation/intellectual disability"
in ICD-11* 175
L. SALVADOR-CARULLA, G.M. REED,
L.M. VAEZ-AZIZI, S.-A. COOPER,
R. MARTINEZ-LEAL ET AL

FORUM: THE BENEFITS AND RISKS OF BROADENING THE CONCEPT OF BIPOLAR

- The continuum of unipolar depression -
bipolar II depression - bipolar I depression:
different treatments indicated? 196
W.A. NOLEN
- At the edge of the bipolar spectrum: primacy
of affective over psychotic symptoms or vice versa? 197
H. GRUNZE
- A renovation of psychiatry is needed 198
T. KATO

RESEARCH REPORTS

- Self-experience in the early phases of
schizophrenia: 5-year follow-up of the
Copenhagen Prodromal Study 200
J. PARNAS, A. RABALLO, P. HANDEST, L. JANSSON,
A. VOLLMER-LARSEN ET AL
- A randomized controlled effectiveness trial of
cognitive behavior therapy for post-traumatic stress
disorder in terrorist-affected people in Thailand 205
R.A. BRYANT, S. EKASAWIN, S. CHAKRABHAND,

Prediction and prevention of schizophrenia: what has been achieved and where to go next?

JOACHIM KLOSTERKÖTTER¹, FRAUKE SCHULTZE-LUTTER², ANDREAS BECHDOLF^{1,3}, STEPHAN RUHRMANN¹

¹Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Cologne, Kerpener Strasse 62, 50924 Cologne, Germany; ²University Hospital of Child and Adolescent Psychiatry, Research Department, Bern, Switzerland; ³Department of Psychiatry, University of Melbourne, Australia

In modern medicine, vigorous efforts are being made in the prediction and prevention of diseases. Mental disorders are suitable candidates for the application of this program. The currently known neurobiological and psychosocial risk indicators for schizophrenia do not have a predictive power sufficient for selective prevention in asymptomatic patients at risk. However, once predictive basic and later pre-psychotic high risk symptoms of psychosis develop into the five-year initial prodrome, the impending outbreak of the disease can be predicted with high accuracy. Research findings suggest a differential strategy of indicated prevention with cognitive behavioral therapy in early initial prodromal states and low dosage atypical antipsychotics in late initial prodromal states. The most important future tasks are the improvement of the predictive power by risk enrichment and stratification, as well as the confirmation of the existing and the development of new prevention strategies, with a stronger focus on the etiology of the disorder. In addition, the prediction and prevention approach would benefit from the inclusion of risk symptoms in the DSM-5 criteria.

Key words: Schizophrenia, risk factors, early course, basic symptoms, high risk symptoms, risk staging, differentiated prevention

(World Psychiatry 2011;10:165-174)

Since the traditional clinical paradigm has been replaced by the modern molecular one, medicine set off into new directions. "Prediction", "prevention" and "personalization" are the programmatic key words of this new approach. Like other medical disciplines, psychiatry has broadened its focus from diagnosis and treatment to the detection and estimation

of risk. This has led to the development and application of "selective" prevention measures targeting asymptomatic persons at risk. For neuropsychological risk factors, this has just become evident in the large-scale attempt of the North American Prodrome Longitudinal Study (NAPLS) group to improve their multivariate model by integrating the examined neurocogni-

PERSPECTIVE

The core Gestalt of schizophrenia

JOSEF PARNAS

Psychiatric Center Hvidovre and Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Njalsgade 142, 2300 Copenhagen S, Denmark

The recent debate in *World Psychiatry* on prototypes versus operational criteria (1) invites a prototypical reassessment of the clinical-phenomenological presentation of schizophrenia, especially in the light of recent developments in phenomenological psychopathology (2).

Although schizophrenia has been intensively studied for more than a century, with a bewildering accumulation of empirical data, we have still only a very partial understanding of its diagnostic boundaries (3) and pathogenetic mechanisms (4,5). This epistemic resistance motivates a variety of responses: e.g., shortcutting the phenotype-related problems by studying more easily graspable proxy variables; attempts to convert schizophrenia into a dementia-like neurocognitive disease; proposals of further simplification of psychopathological diversity (e.g., the notion of a "unitary psychosis"); or

are founded on the abnormalities of experience, belief and expression, i.e. abnormalities of consciousness.

Historically viewed, the notion of schizophrenia crystallized itself as an end-achievement of successive phenomenological descriptions (2). These descriptions may be seen – in retrospect – as a reiterative quest for a characteristic phenotypic pattern, prototype or Gestalt. This search clearly transpires in a famous passage from a Dutch psychiatrist, Rümke, claiming that certain hallucinations and delusions are diagnostic of schizophrenia, but only if they exhibit a certain characteristic schizophrenic taint; a tautological claim, which Rümke himself qualified as "a scientific absurdity", yet absurdity "familiar to every experienced clinician" (8).

The notion of Gestalt refers to a *salient unity or intrinsic organization* of diverse phenomenal features, based on re-

Deși simptomele bazale sunt dificil de evaluat cerând mult timp și un examinator antrenat, și deși ele nu prevestesc sigur psihoza, existența acestui fenomen a fost recent identificată frecvent la grupele de risc: e.g. rudele de gradul I a schizofrenilor, chiar în lipsa simptomelor ce ar putea indica schizotipia.

Școala din Copenhaga (Parnas, Raballo) au elaborat o variantă prescurtată a chestionarului Bonn – EASEA – care evaluează trăiri subiective anormale, subtile, ce indică o slăbiciune a eului (self-ului).

Doctrina fenomenologică (Parnas, Sass) consideră că psihozele schizofrene se cer înțelese în sensul lui Bleuler , ca având la bază o tulburare fundamentală, care configurează ansamblul simptomelor; iar acestea constau în:

- Slăbiciunea self-ului (a ipseității, a conștiinței de sine nucleare) însoțită de o hiperreflexie.

Subiectul esenței schizofreniei este în prezent în dezbatere interminabilă.

Merită reținut că, în paralel cu psihopatologia clinică cantitativă, cognitivist comportamentalistă pe care a promovat-o DSM III-IV, se dezvoltă, în ultima perioadă, ca o reacție, o psihopatologie clinică care ține seama de: constituția subiectivă a eului, de ipseitate, de structura self-lui.

Continuarea cercetărilor în această direcție, care se articulează comprehensibil cu neuroștiințele, s-ar putea să ne conducă spre o înțelegere mai adâncă a fenomenului psihozei.

Ce înseamnă psihoza?

Ce înseamnă această boală a existenței omenești, care se deosebește de tulburările de comportament ale animalelor.

Studierea psihozelor are importanță nu doar pentru psihiatrie ci și pentru antropologia generală.



*Vă mulțumesc pentru
atenție!*

Materialul cursului este accesibil pe site-ul:
<http://demo.imageright.ro/lazarescu/>