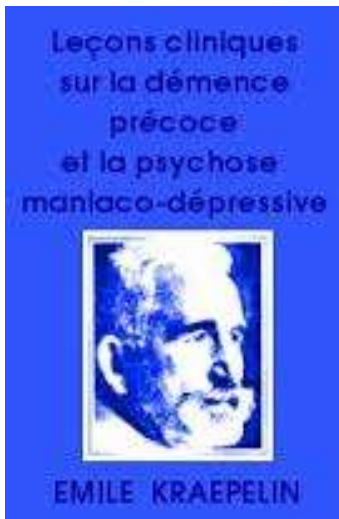


Mania, depresia majoră și tulburările dispoziționale în contextul psihozei



Prof. Mircea Lăzărescu

26.11.2014



- În sistemul nosologic tradițional al psihiatriei, cel fundat de **Kraepelin**, se aveau în vedere două **“psihoze endogene”** principale: **schizofrenia** și **boala maniaco-depresivă**. După apariția **DSM-III** (1980) episoadele maniacale și depresive majore nu au mai fost considerate prin definiție încadrabile în grupul psihozelor, introducându-se ca “specificator” pentru acestea: **“cu aspecte psihotice”**. Aceasta înseamnă prezența unor simptome delirant halucinatorii, congruente sau necongruente (paranoide). Ulterior s-a acceptat și diagnosticul de episod – sau Tulburare – schizoafectivă, fapt ce presupune prezența unui “delir bizar”, în primul rând marcat de simptome de prim rang Schneider. În cadrul patologiei schizoafective nu s-a comentat explicit corelația între simptomatologia episoadelor dispoziționale și cea dezorganizantă sau “negativă” (depersonalizantă, deficitară) care sunt și ele caracteristice schizofreniei.



- Nu există un comentariu explicit și studii sistematice nici pentru cazuistica clar psihotica (conform DSM-IV-5), stările dispoziționale depresive și de tip maniacal care nu întrunesc condițiile pentru diagnosticul de episod maniacal sau de depresie majoră și nici o clarificare pentru cazuistica ce longitudinal prezintă episoade diferite: e.g. un prim episod de psihoză scurtă și tranzitorie sau de schizofrenie și episoade ulterioare succesive ce necesită diagnosticul de Tulburare Bipolară sau Tulburare Depresivă monopolară. În clinică toate aceste cazuri merită însă să fie înregistrate corect și nuanțat.

- Tradiția și concepția de psihopatologie actuală sugerează și susțin faptul că episodul maniacal și depresia majoră, chiar dacă nu sunt prezente în lista etichetată ca psihotică în DSM IV-TR și DSM-5, fac parte totuși din aceeași clasă psihopatologică, adică se desfășoară la nivelul aceleiași “orbite” psihopatologice cu simptomatologie etichetată oficial ca psihotică. De aceea sunt posibile mixările menționate, care fac parte din clinica tradițională actuală a psihozelor. Aceasta nu susține automat ideea “psihozei unice”; dar obligă clinicianul, psihopatologul și cercetătorul să fie atenți și să studieze “orbita psihopatologică specifică a psihozei”, incluzând și psihopatologia dispozițională.

Episodul maniacal, depresia majoră și tulburările dispoziției după DSM-5

- Episodul maniacal se caracterizează prin: o perioadă distinctă de cel puțin o săptămână, în care cea mai mare parte din fiecare zi e prezentă o dispoziție elevată, expansivă sau iritabilă și o anormală, persistentă, creștere a energiei și activitate orientată spre scop. E necesară spitalizarea și prezența a cel puțin 3 din 7 simptome ca:

1. Stimă de sine crescută, grandiozitate;
2. Nevoie scăzută de somn (e.g. se trezește după 3 ore);
3. Presiunea vorbirii, vorbește mai mult ca de obicei;
4. Fugă de idei, sentimentul că gândurile nu pot fi controlate;
5. Distractibilitatea atenției;
6. Creșterea activității orientată spre scop sau agitația;
7. Implicarea în activități cu mare potențial de consecințe negative.

Tulburarea creează tulburări în funcționarea socială și nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unor substanțe/medicamente sau altor condiții medicale.

- Episodul depresiv major se caracterizează prin cel puțin 2 săptămâni a unor simptome (mai mult de 5 din următoarele 9, primele 2 obligatorii) care reprezintă o schimbare a (trăirii și) funcționării anterioare:

1. Dispoziție depresivă zilnică, cea mai mare parte din zi, raportată subiectiv sau prin observația altora;
2. Scăderea marcată a interesului și plăcerii pentru toate (sau aproape toate) activitățile;
3. Scăderea marcată a greutateii în afara unor diete – sau creșterea apetitului;
4. Insomnie sau hipersomnie;
5. Agitație sau inhibiție psihomotorie;
6. Oboseală sau lipsa de energie;
7. Sentiment de lipsă de valoare sau vinovăție excesivă sau neadevărată;
8. Abilitate scăzută de a se concentra sau gândi sau indecizie;
9. Gânduri recurente de moarte (nu doar frica de moarte), ideație recurentă suicidară cu sau fără plan specific, tentativă suicidară. S

imptomatologia creează o important stare neplăcută sau deficiențe în funcționare și nu e o consecință directă a consumului de substanțe/medicamente sau a altor condiții medicale.

Sistematizarea simptomelor maniei și depresiei în vederea unui diagnostic comprehensiv

1. Simptome bio-psiho-logice predominant observabile

MANIE

- Dezinhibiție extroversă și tahipsihie globală (instinctivă, decizională, comportamentală, ideo-verbală, relațională)
- insomnie fără oboseală
 - energie crescută
 - motricitate crescută și rapidă
 - decizie rapidă și hiperactivitate, activități hazardante, cu risc
 - libido crescut, dezinhibiție sexuală
 - hipersociabilitate gregară cu reducerea reticenței
 - logoree
 - fugă de idei, asociații superficiale
 - atenție mobilă, percepție crescută
 - hipermnemie nefuncțională

DEPRESIE

- Inhibiție introversă și bradipsihie globală
- insomnie nocturnă și trezire matinală rău matinal
 - oboseală, anergie
 - inapetență, scădere în greutate
 - reducerea libidoului
 - lentoare motrică
 - lipsă de motivație și reactivitate
 - inactivitate, stupor, negativism
 - izolare socială
 - reducerea vorbirii, mutism
 - ideatie redusă, lentă perseverare ideatică
 - atenție, percepție, memorie reduse

2. Simptome psihoantropologice subiective detectabile prin interviu

MANIE

Stima de sine crescută

- sentiment de valoare și capacitate crescută
- încredere în sine, asertivitate, optimism nerealist
- grandiozitate, afirmare de sine

Viitorul e deschis (totul se va rezolva bine)

- participare hedonică la prezent, fără acțiuni realizatoare eficiente

Stare afectivă dispozițională pozitivă

- veselie, bună dispoziție, euforie ce se transmite celorlalți

DEPRESIE

Stimă de sine scăzută

- sentiment de capacitate și valoare redusă
- neîncredere în sine, indecizie, problematizare
- vinovăție, negație de sine

Viitorul e închis (lipsit de speranță)

- nu poate adera la prezent (nimic nu-l atrage)
- incapacitate de a se bucura
- Inactivitate

Stare afectivă dispozițională negativă

- tristețe, proastă dispoziție afectivă, disforie, anxietate, preocupare față de boală și moarte

Notă: trăirea subiectiv afectivă dispozițională este doar unul din aspectele tulburărilor dispoziționale din manie și depresie.

3. Convingeri subiective tematizabile delirant

MANIE

- se consideră o persoană de excepție ce poate rezolva orice, cu calități și capacități deosebite
- realizări și poziție socială aparte (invenții, creații, misiuni speciale)
- noi identități megalomane (om istoric, legende mitico sacrale, relații deosebite, descendență specială)
- stârnește invidia și atitudinea ostilă a celorlalți

DEPRESIE

- se consideră o persoană fără valoare, care nu merită să trăiască
- e vinovat pentru suferințele altora și ale umanității
- ruină și catastrofă generală
- are boli grave și incurabile
- negație: organele nu funcționează, e mort, condamnat să sufere în eternitate
- alții îl consideră vinovat pe bună dreptate

Tulburări dispoziționale după DSM-5



- **Tulburarea bipolară (TB)** e definită în 2 variante, I și II. TB I presupune, pentru diagnostic, prezența unui episod maniacial; acesta poate fi precedat sau urmat de episoade depresive majore și/sau hipomane. TB II presupune pentru diagnostic prezența cel puțin a unui episoade depresiv major și a unor episoade hipomane, dar nu a unui episoade maniacial clinic.
- **Episodul hipomaniacial** e definit prin aceeași simptomatologie ca cel maniacial, dar durata poate fi de (cel puțin) 4 zile, iar din lista de simptome adiacente sunt necesare doar 3 (4 dacă dispoziția e iritabilă).
- **Tulburarea ciclotimă** presupune pentru diagnostic ca în 2 ani (1 la tineri și adolescenți) să existe numeroase episoade hipomaniacale și depresive, fără un interval liber mai mare de 2 luni.

- Pentru diagnosticul de TB sunt menționate în DSM-5 următoarele “specificări”:
- 1. Prezența anxietății, în diverse intensități;
- 2. Episoade mixte, maniacale – hipomaniacale – depresive;
- 3. Cicluri rapide, cel puțin 4 în 12 luni;
- 4. Episoade depresiv cu trăsături melancolice, lipsa plăcerii și reactivității, calitate aparte a dispoziției depresive cu gol interior, rău și trezire matinală, agitație și inhibiție psihomotorie, sentiment de neadekvare și vinovăție;
- 5. Cu aspecte atipice creștere în greutate, hipersomnie, rejecție și senzitivitate interpersonal;
- 6. Cu aspect psihotice : deliruri și halucinații congruente sau incongruente, cu anhedonie; 7. Cu debut peripartum; cu pattern sezonal.



- Tulburarea Depresivă (recurentă) - TD, se caracterizează prin manifestarea unor episoade depresive (cel puțin o depresie majoră), fără să fie prezente episoadele maniacale, hipomane sau stări ciclotime. Specificările menționate la TB se mențin

DSM-5 menționează și Tulburarea Depresivă persistent (Distimică) care presupune o dispoziție depresivă ce se menține constant cel puțin 2 ani, cu cel puțin 2 din 6 simptome depresive, fără un interval liber mai mare de 2 luni.

Mai sunt menționate:

- depresia scurtă de 3,4 zile;
- episoadele hipomaniacale ce apar la sfârșitul unei stări depresive sau sunt incluse de antidepressive sau alte medicamente;
- episoadele hipomaniacale scurte (de 2.3 zile) sau cu insuficiente simptome; ciclotimia scurtă (sub 24 luni).

