

Monica Ienciu
Simona Tămășan
Daniel Ciumăgeanu
Lucian Ile

MANAGEMENTUL PRIMULUI EPISOD PSIHOTIC

În colaborare cu:
Acad. Prof. Dr.
Mircea Lăzărescu



ANEXA Nr. 4

STUDIUL CATAMNESTIC AL TULBURĂRILOR PSIHOTICE ENDOGENE REALIZAT ÎN CLINICA PSIHIATRICĂ TIMIȘOARA

Mircea Lăzărescu

INTRODUCERE

Circumscrierea nosologică și modelul evolutiv al “psihozelor endogene”, atât din perspectivă conceptuală cât și din cea a studiilor empirice, nu este suficient lămurită nici în prezent. Distincția clară între *episod și boală* nu este realizată nici în ICD-10 și nici în DSM-IV, cele două nebazându-se pe studii prospective realizate fără aplicarea unor criterii diagnostice de cercetare (RDC), cu înregistrarea cât mai fidelă a episoadelor psihopatologice și a defectelor, fără criterii de excludere, fapt care nu a făcut loc și cazurilor “atipice”. De aceea, o mare parte din nosologia și ideile lui Leonhard, Roth, Perris și a altor autori nu au căpătat “drept în cetate”, trebuind să se supună unor criterii operaționale rigide (în raport cu care plasarea extrem de vagă în categoria “altele”). Preocupările față de nosologia reală au ridicat problema dimensională a continuum-ului în cazul unor tipuri de “psihoză endogenă”, cum este, de exemplu, ideea lui Akiskal privitor la plasarea tulburărilor bipolare - în diversele lor configurații - între polul depresiei monopolare și cel al maniei monopolare. De asemenea, aceste dispute nosologice au readus în discuție problema psihozei unice (*Einheitspsychose* a autorilor germani). Acest fapt a și condus la studiile tot mai ample din ultimii 5 ani privitoare la *primul episod de psihoză - first episode psychosis* și, respectiv, *psihoză timpurie - early psychosis* (concepte delimitate în partea întâi a lucrării). Această nouă orientare vizează înregistrarea cât mai exactă, în conformitate cu un instrument de lucru definit (*The Royal Park Multidiagnostic Instrument for Psychosis*, vezi anexa nr. 2) a caracteristicilor primului episod psihotic, cazul respectiv fiind analizat fără prejudecăți, retrospectiv și prospectiv.

IDEILE DIRECTOARE ȘI PROIECTUL STUDIULUI

Între ideile directoare menționăm următoarele :

1. Distincția între episodul psihopatologic și boala (tulburarea malativă) psihică. Această distincție este schematizată în figura 1, care se referă la elementele ce ar

**Anexa 4 - Studiul catamnestic al tulburărilor psihoice
endogene realizat în clinica psihiatrică Timișoara**

caracteriza o boală psihiatrică standard de un anumit tip determinat.

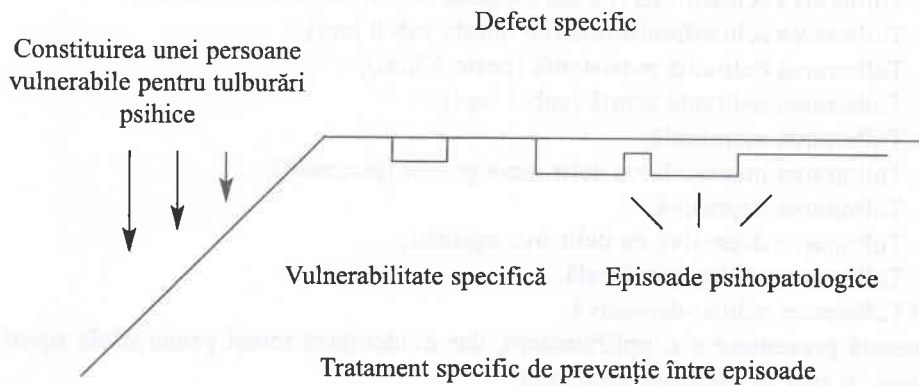


Fig. 1 - Elementele unei boli (tulburări) psihice

În acest model se presupune că, în cazul unei boli psihice standard, toate elementele menționate fac parte dintr-o anumită categorie (clasă), distinctă de altele. Desigur, în realitatea clinică doar o parte din cazistică îndeplinește criteriile de mai sus. În cazurile în care încărcătura genetică și markerii de vulnerabilitate nu sunt suficient de specifici, se au în vedere caracteristicile semiologice ale episoadelor, respondența terapeutică și defectul identificat. În ceea ce privește episoadele psihopatologice (E.P.) succesive, e posibil ca ele să facă parte din aceeași clasă sau din clase diferite. De aceea, în perspectiva longitudinală, nu totdeauna primul E.P. definește boala.

2. În conformitate cu cunoștințele acumulate în secolul XX, atât E.P. cât și bolile tipice standard (B.S.) se pot agrega în jurul a trei poli. Urmărim această polarizare mai ales în raport cu criteriile formulate de școala vieneză pentru psihozele endogene.



Fig. 2 - Cei trei poli de agregare a psihozelor endogene

Anexa 4 - Studiul catamnestic al tulburărilor psihoice endogene realizat în clinica psihiatrică Timișoara

Ținând cont și de stările mixte, am avut în vedere următoarele tipuri de patologie, în funcție de caracterul *episoadelor*, atât pentru debut cât și în cursul evoluției bolii:

1. Tulburarea schizofrenă (cu durata peste 6 luni, după DSM-III/IV);
2. Tulburarea schizofreniformă (cu durata sub 6 luni);
3. Tulburarea delirantă persistentă (peste 3 luni);
4. Tulburarea delirantă scurtă (sub 3 luni);
5. Tulburarea maniacială;
6. Tulburarea maniacială cu delir incongruent (paranoid);
7. Tulburarea depresivă;
8. Tulburarea depresivă cu delir incongruent;
9. Tulburarea schizo-maniacială;
10. Tulburarea schizo-depresivă.

Această prezentare e simplificatoare, dar evidențiază totuși principalele tipuri de episoade ce apar în *psihozele endogene*.

Episoadele amintite se succed și se combină într-o anumită modalitate în cazul bolilor psihice. Dacă abordăm psihiatria din perspectiva evolutivă a bolilor, atunci, în conformitate cu nosologia actuală, se pot menționa:

- ◆ Schizofrenia și tulburarea schizofreniformă - ultima nu apare explicit în ICD-10, dar credem că e înțelept să se păstreze distincția existentă în DSM-III/IV, mai ales când se întreprind studii longitudinale;
- ◆ Psihozele delirante scurte și cele persistente;
- ◆ Tulburările afective periodice, în care se diferențiază cea bipolară și cea monopolar depresivă;
- ◆ Tulburarea schizoafectivă.

Ținând cont de prezentarea de mai sus a tipurilor de episoade, dacă o cercetare e inițiată fără idei preconcepționate, se poate accepta la nivelul bilanțului longitudinal și următoarea eventualitate:

- ◆ Tulburare delirant-afectivă (sau afectiv-delirantă) în cadrul căreia sunt frecvente sau predomină episoade afective mixtate cu delir incongruent, fără a se întruni criteriile suficiente pentru o tulburare schizoafectivă (aceasta ar putea fi bipolar-delirantă sau monopolar-depresiv-delirantă).

Punctele de vedere menționate mai sus au stat la baza unui studiu prospectiv realizat în Clinica Psihiatrică Timișoara.

METODĂ, CAZUISTICĂ, DESIGN

În Clinica Psihiatrică Timișoara (care are 100 de paturi) au fost înregistrate anual toate cazurile noi de *psihoză endogenă*, pe o perioadă de timp de 10 ani, între anii 1985-1994. Menționăm că acestea nu reprezintă totalitatea cazurilor noi din Timișoara

Anexa 4 - Studiul catamnestic al tulburărilor psiotice endogene realizat în clinica psihiatrică Timișoara

(oraș cu peste 300.000 de locuitori), unii dintre subiecți internându-se cu ocazia primului episod în alte spitale de psihiatrie din zonă sau din țară. Totuși, cazuistica are și o semnificație epidemiologică, pe care însă nu o vom discuta aici.

În cei 10 ani au fost înregistrate 734 cazuri, care au fost ulterior urmărite prin *management de caz* în ceea ce privește internările, starea intercritică, tratamentul psihofarmacologic administrat, complianța la terapie, schimbările de viață etc. Fiecare caz a beneficiat de cel puțin o vizită anuală de bilanț. La începutul anului 1999 s-a făcut o analiză a cazurilor care au fost accesibile la acea dată, reprezentând un total de 447 de cazuri, ceea ce reprezintă 61% din lotul inițial. Această cazuistică a fost împărțită în două subloturi:

1. Cazuri ce au debutat în perioada 1985 - 1989 și care aveau deci în 1999 o perioadă medie de catamneză de 13 ani: 190 cazuri (lotul A).

2. Cazuri cu debut în anii 1990-1994, cu o perioadă medie de catamneză de 7 ani: 257 cazuri (lotul B).

S-au analizat următorii parametri:

◆ Structura cazuisticii în conformitate cu diagnosticul pus la debut (cu ocazia primei internări) și evaluată la un an de la data internării. S-au avut în vedere tipurile de episod menționate mai sus (primele 8). S-a studiat și repartizarea acestora în raport cu cei 3 poli amintiți anterior (Fig.2);

◆ Structura cazuisticii la bilanțul din 1999, în funcție de tipurile de boală înspre care s-a configurat fiecare caz în această perioadă;

◆ Stabilitatea sau schimbarea diagnosticului de la debut și direcțiile de boală înspre care au evoluat aceste episoade;

◆ Analiza cazurilor de boală stabilite la bilanț din perspectiva diagnosticelor de la primul episod;

◆ Analiza nu are semnificație pentru cazurile cu episod unic - acestea au fost puține (nesemnificative statistic).

Ipoteza de lucru a fost că, pe lângă cazurile descrise în manuale ca și constituind anumite boli tip, există și o atipie evolutivă în ambele sensuri. Adică, pe de o parte, cazuri cu un anumit diagnostic la debut pot evolua spre un alt tip de boală și, pe de altă parte, la același diagnostic de boală se ajunge pornindu-se de la diferite diagnostice formulate la debut.

Rezultate:

Cazurile care au avut la debut un episod schizoafectiv au fost incluse categoriei schizofrene, ele au fost însă puține: 4 pentru lotul A și 5 pentru lotul B. Se constată un procent net mai mare în grupul schizofren în lotul A decât în lotul B. Grupul psihozelor delirante este apropiat procentual între cele două loturi. În schimb, procentul tulburărilor afective la primul episod este net mai mare în lotul B decât în lotul A. Această

Anexa 4 - Studiul catamnestic al tulburărilor psiotoice endogene realizat în clinica psihiatrică Timișoara

Tabelul nr. 1 - Situația loturilor la debut. Diagnosticul de prim episod

Episod	Număr cazuri		Grupuri	Număr cazuri și procente		Total
	Lot A	Lot B		Lot A	Lot B	
Schizofren	64	55	Grup schizofren	82	75	157
Schizofreniform	18	20		43,1%	29,8%	35,5%
Delirant persistent	21	36	Grup delirant	63	90	153
Psihoze scurte	42	54		33,2%	34,5%	33,7%
Manie cu delir incongruent	7	9	Grup afectiv	45 23,7%	92 56,2%	137 30,7%
Manie și bipolar	15	22				
Depresie cu delir incongruent	11	26				
Depresie majoră	12	35				

situație este concordantă până la un punct cu constatarea frecvent repetată în ultimii ani, potrivit căreia incidența schizofreniei ar fi în scădere. Totuși, e interesant să comparăm acest tabel cu cel în care se înregistrează diagnosticul de boală la momentul catamnezei.

Tabelul nr. 2 - Situația loturilor la catamnestic. Diagnosticul de boală (număr de cazuri)

Boală (Tulburare maladivă)	Lotul A	Grupare	Lotul B	Grupare	Total
Schizofrenă	65	Grup schizofren 107 55%	67	Grup schizofren 105 56,3%	212
Schizofreniformă	5		11		
Schizoafectivă	37		27		
Delirantă persistentă	28	Grup delirant 33 17%	52	Grup delirant 52 20,1%	85
Delirantă scurtă	5		0		
Bipolară	26	Grup afectiv 50 27,5%	47	Grup afectiv 101 39,3%	151
Monopolar depresivă	21		7		
Depresiv delirantă	3				

Cazurile cu tulburare schizofreniformă și cele cu tulburare psihotică scurtă care au rămas în evidență sunt cazuri cu episod unic. În ansamblu, cazurile cu diagnostic de psihoză delirantă scad procentual (după cum se va vedea, mai ales pe seama celor cu psihoze scurte). Grupul schizofren crește net în raport cu cel afectiv, mai ales prin diagnosticul de psihoză schizoafectivă. Faptul sugerează că, pe măsura evoluției în timp, grupajul schizoafectiv crește. Rămâne de analizat dacă toate aceste cazuri pot intra în

**Anexa 4 - Studiul catamnestic al tulburărilor psihoice
endogene realizat în clinica psihiatrică Timișoara**

grupul schizofreniei sau dacă unele se plasează pe un continuum între aceasta și tulburările afective, ca și cazuri intermediare.

Datele prezentate mai sus reprezintă o introducere față de principala preocupare a cercetării, cea a modificării în timp a diagnosticilor din cadrul psihozelor endogene. Începem prin a prezenta datele privitoare la discuția legată de evoluție nosologică a cazurilor înregistrate cu un prim episod din clasa celor din tabelul nr. 1.

Tabelul nr. 3 - Metamorfoza în timp a diagnosticilor de episod. Diagnosticul de boală la catamneză, comparativ, pentru ambele loturi

Diagnosticul de episod la debut	Lotul A								Lotul B									
	Nr. cazuri	Schizofrenie	Schizofreniform	Schizoafectiv	Delirant persistent	Psihoze scurte	Bipolar	Monopolar depresiv	Depresiv paranoid	Nr. cazuri	Schizofrenie	Schizofreniform	Schizoafectiv	Delirant persistent	Psihoze scurte	Bipolar	Monopolar depresiv	Depresiv paranoid
Schizofrenie	64	42		22						55	39		14					
Schizofreniform	18	9	5	3				1		20	3	13	2			1	1	
Psihoze delirante persistente	21	6			13		1	1		36	8			24		4		
Psihoze scurte	42	7		5	14	4	5	6	1	54	15		5	24		7	3	
Manie cu delir incongruent	7	1		3		3				9			2			7		
Manie bipolară	15				1		14			22			1			2		
Depresie cu delir incongruent	10				2		2	5	1	26	1		1	4		3	13	4
Depresie	12					2	2	8		35			2			5	28	

În analiza metamorfozei în timp, diagnosticul inițial de schizofrenie pare a fi stabil, cu precizarea că un număr important de cazuri devin schizoafective. Tulburarea schizofreniformă e mai puțin stabilă și predictibilă. În afara unui număr de cazuri care au un episod unic, restul se transformă predominant în schizofrenie sau tulburare schizoafectivă. Se constată totuși, ca excepție, cazuri ce virează spre patologia afectivă.

Psihoza delirantă persistentă este un diagnostic destul de stabil, dar un număr important de cazuri devin schizofrene iar altul, mult mai mic, virează în zona afectivă.

Psihoza scurtă se dovedește a fi cel mai instabil diagnostic, putând vira spre orice patologie (în afară de cea schizofreniformă). Principalele direcții sunt spre psihoza

**Anexa 4 - Studiul catamnestic al tulburărilor psirotice
endogene realizat în clinica psihiatrică Timișoara**

delirantă persistentă și schizofrenie (inclusiv tulburare schizofreniformă). De asemenea, un număr important devin bipolar și monopolar depresivi.

Mania cu delir incongruent virează în egală măsură spre zona schizoafectivă și spre cea bipolară (cu o excepție, devenită schizofrenie).

Depresia cu delir incongruent este și ea un diagnostic instabil, cazurile virează spre polul afectiv dar și spre cel delirant persistent, schizoafectiv și schizofrenie.

Depresia majoră evoluează spre polul monopolar depresiv și bipolar, cu puține excepții (spre psihoza delirantă).

Tabelul nr. 4 a - Metamorfoza în timp a diagnosticului de episod

DIAGNOSTICUL DE BOALĂ LA CATAMNEZĂ - LOT A									
Diagnosticul de episod la debut	Nr. cazuri	Schizofrenie	Schizofreniform	Schizoafectiv	Psihoză delirantă persistentă	Psihoză scurtă	Bipolar	Monopolar depresiv	Depresiv cu delir necongruent
Schizofrenie	64 33,7%	42		22					
Schizofreniform	18 9,5%	9	5	3				1	
Psihoză delirantă persistentă	21 11%	6			13		1	1	
Psihoză scurtă	42 22,1%	7		5	14	4	5	6	1
Manie cu delir necongruent	7 3,7%	1		3			3		
Manie, bipolar	15 7,9%			1			14		
Depresie cu delir necongruent	11 5,8%	1			2		2	5	1
Depresie	12 6,3%					2	2	8	
Total	190 100%	66 34,7%	5 2,6%	34 17,9%	29 15,3%	6 3,2%	27 14,2%	21 11%	2 1%

Analiza cazuistică din perspectiva finală a diagnosticului de boală relevă o relativă similitudine între cele două loturi, grupajul schizofren scăzând la lotul B în raport cu lotul A, iar grupajul afectiv crescând. Se constată aceeași pondere importantă a tulburării schizoafective. Diagnosticul final de schizofrenie (pură) derivă net din cel inițial de schizofrenie dar și din tulburări schizofreniforme și delirante (persistente și scurte). Ca o excepție, apar și câteva cazuri cu diagnosticul de episod la debut cu

**Anexa 4 - Studiul catamnestic al tulburărilor psihoice
endogene realizat în clinica psihiatrică Timișoara**

tulburări afective cu delir necongruent.

Tulburarea schizoafectivă are diverse surse. Cele mai multe cazuri derivă din diagnosticul inițial de schizofrenie și tulburare schizofreniformă. Dar un număr apreciabil de cazuri derivă dintr-un prim diagnostic de episod delirant scurt (câte 5 în fiecare lot) și un număr mai restrâns dintr-un prim episod afectiv.

Psihoza delirantă persistentă derivă din același diagnostic la primul episod, dar în egală măsură și din cel de psihoză scurtă. Se mai notează câteva cazuri diagnosticate ca prim episod de depresie cu delir incongruent (dar nu manie).

Tulburarea bipolară derivă dintr-o mare varietate de diagnostice la primul episod, este adevărat că majoritatea sunt episoade maniacale (o parte orientate de la început spre bipolari), dar derivă și din cazuri cu un prim diagnostic de psihoză delirantă (predominantă scurtă, dar ca excepție și persistentă).

Tulburarea monopolar depresivă derivă predominant din depresie, dar și din câteva cazuri cu episod psihotic delirant (predominant scurt).

Tabelul nr. 4 b - Metamorfoza în timp a diagnosticului de episod

DIAGNOSTICUL DE BOALĂ LA CATAMNEZĂ - LOT B									
Diagnosticul de episod la debut	Nr. cazuri	Schizofrenie	Schizofreniform	Schizoafectiv	Psihoză delirantă persistentă	Psihoză scurtă	Bipolar	Monopolar depresiv	Depresiv cu delir necongruent
Schizofrenie	55 21,4%	39		14					2
Schizofreniform	20 7,8%	3	13	2			1	1	
Psihoză delirantă persistentă	36 18,9%	8			24		4		
Psihoză scurtă	54 21,0%	15		5	24		7	3	
Manie cu delir necongruent	9 3,5%			2			7		
Manie, bipolar	22 8,5%			1			21		
Depresie cu delir necongruent	26 10,1%	1		1	4		3	13	4
Depresie	35 13,6%			2			5	28	
Total	257 100%	66 25,7%	13 5,0%	27 10,5%	52 20,2%		48 18,7%	45 17,5%	6 2,4%

CONCLUZII

Primul episod psihotic este doar parțial predictiv pentru tipul de boală care poate fi înregistrat ca o catamneză de 7 și, respectiv, 13 ani. Diagnosticul de psihoză delirantă scurtă e cel mai puțin stabil. La fel, este instabil diagnosticul de depresie cu delir incongruent, pe când mania cu un astfel de delir are o dispersie mai mică.

Pe măsura trecerii timpului, crește ponderea tulburărilor schizoafective iar cea a tulburărilor strict schizofrene scade ușor. Diagnosticul de tulburare bipolară poate debuta cu o gamă variată de diagnostice la primul episod, la fel - de altfel - ca și tulburarea monopolar depresivă.

În concluzie, rezultatele studiului susțin că diagnosticul la primul episod de psihoză este unul provizoriu. El nu poate fi considerat ca fiind suficient pentru studii epidemiologice, trebuind să se aștepte bilanțul de la 2 sau chiar de la 5 ani.

Toate datele prezentate și comentate mai sus sugerează că actualul program de studiere riguroasă a primului episod psihotic și de urmărire longitudinală a acestuia este deosebit de important pentru clasificări nosologice, epidemiologice și prognostice.

Tipul de boală	Diagnostice la primul episod	Ușor	Moderat	Sever	Extrem	Diagnosticul la primul episod	Diagnosticul la 2 ani	Diagnosticul la 5 ani
Psihoză delirantă
Depresie cu delir incongruent
Mania cu delir incongruent
Tulburare bipolară
Tulburare schizoafectivă
Tulburare schizofrenică
Tulburare monopolară depresivă