

Simptomele de de prim rang ale lui Schneider.

Abordare din perspectiva psihopatologiei clinice

*Schneider's first rank Symptoms.
Approach of clinical psychopathology (I)*

Mircea Lăzărescu

Clinica Psihiatrică Timișoara

Abstract

Schneider's first rank symptoms. A clinical psychopathology approach

The article is aimed at presenting and commenting the first-rank symptoms recommended by Schneider for the diagnosis of schizophrenia (FRS), from several perspectives. A brief history is made and an overview of this symptomatology is discussed in terms of descriptive psychopathology and nosological classification. Once the FRS are located in the area of the psychopathology of the Self, as it is interpreted by the current phenomenological psychopathology, the following aspects are analyzed: - on the one hand, the correlation with symptoms of schizomorphic paranoia; - on the other, the correlation with schizomorphic depersonalization. Between these two areas, the correlation with the duplication of the Self, with obsessionality and dissociative states of possession are discussed. The FRS correlation with depersonalization is approached from the perspective of the studies from the Bonn and Copenhagen schools of thought. Furthermore, some phenomenological and cognitive studies are reviewed. One of the conclusions is the need for a more rigorous methodology to identify the FRS casuistry required for research purposes. In this regard, a rating scale is suggested.

Keywords: Schneider's first-rank symptoms, Self, schizophrenia, phenomenology, cognitivism

Rezumat

Articolul are ca obiectiv prezentarea și comentarea simptomelor de prim rang recomandate de Schneider pentru diagnosticul schizofreniei (SPR), din mai multe perspective. Sunt făcute un scurt istoric și o prezentare comentată a acestei simptomatologii din punctul de vedere al psihopatologiei descriptive și al încadrării nosologice. După ce se localizează SPR în aria psihopatologiei sinelui (self), așa cum e aceasta interpretată de psihopatologia fenomenologică actuală, este analizată: pe de o parte, corelația cu simptomatologia paranoidei schizomorfe; pe de alta, cea de depersonalizarea schizomorfa. Între aceste două planuri e adusă în discuție corelația cu dedublarea sinelui, cu obsesionalitatea și stările disociative de posesiune. Corelația SPR cu depersonalizarea este abordată din perspectiva studiilor școlii din Bonn și a celei din Copenhaga. Se trec ulterior în revistă câteva studii fenomenologice și cognitive. Una din concluzii este necesitatea unei metodologii mai riguroase în identificarea cazuisticii cu SPR în vederea cercetărilor. În acest sens se propune o scală de evaluare.

Cuvinte-cheie: simptome de prim rang Schneider, sine, schizofrenie, fenomenologie, cognitivism

Aspecte istorice ale psihopatologiei descriptive

Kurt Schneider, profesor de psihiatrie la Heidelberg, a opinat intuitiv că, din multitudinea de simptome atribuite pe vremea sa schizofreniei, câteva pot fi considerate „de prim rang”, în sensul că au o pondere deosebită în diagnosticarea pozitivă și diferențială a acestei tulburări, mai ales în raport cu ciclomimia (= tulburarea bipolară, maniaco-depresivă). Prezența unuia din aceste simptome în lipsa unei patologii organice cerebrale (psihoze alcoolice, epilepsie, suferințe cerebrale și general organice) ar indica schizofrenia. Schneider a publicat lista sa în 1939 într-un text scurt dedicat medicilor generaliști (Bürgy).⁽¹⁾ Aceste simptome – așa cum sunt ele prezentate în ultima ediție a cărții sale Psihopatologia clinică⁽²⁾ – sunt: sonorizarea gândirii; – halucinații auditive: apelative, comentative, constând în mai multe voci ce vorbesc despre pacient; voci care acompaniază propriile acțiuni cu comentarii,

observații; trăiri de influențare a corpului; furtul gândirii și alte moduri de a influența gândirea; răspândirea gândirii; percepții delirante și influențarea trăirilor, a voinței, a instinctelor și a activității.

Simptomul înregistrării gândirii a fost introdus doar în ediția din 1958, iar cel al pasivității somatice în 1958. De remarcat că Schneider nu menționează „*expressis verbis*” inserția gândirii, care în trecut și în prezent e considerată nucleul acestei liste. Și nu precizează durata acestei simptomatologii, necesară pentru diagnosticul de schizofrenie.

Lista lui Schneider se referă doar la diagnostic, motiv pentru care a și fost adoptată cu căldură în ultimele decenii, când au început să fie utilizate în psihiatrie definițiile operaționale. Aceste simptome nu au o semnificație patogenică la fel ca „simptomele fundamentale” ale lui Bleuler, care erau considerate că eliberează simptome secundare, între care se afla și delirul. „Simptome fundamentale” pe care Schnei-

der nici nu le menționează, lăsând la o parte la acest nivel „cei patru A“: autism, ambivalență, relaxarea asociației de idei și avoliție/anafectivitate. Și la fel nu se menționează delirul primar schizo-paranoid, care e invocat indirect prin percepția delirantă ce duce la delir.

Simptomele de prim rang Schneider (SPR) nu au atras de la început atenția comunității internaționale. După traducerea lor în engleză și în contextul în care unii psihiatri germani au emigrat în Marea Britanie, psihiatrii din această țară au devenit atenți la problematica ridicată de Schneider⁽³⁾. Impunerea în plan internațional a SPR s-a produs prin studiul internațional pilot asupra schizofreniei, condus de OMS⁽⁴⁾, care a utilizat manualul de definiții și chestionare PSE-9, redactat sub conducerea britanicului Wing⁽⁵⁾. Manualul pune în centrul diagnosticării schizofreniei SPR. Prin acest demers s-a confirmat prezența acestei simptomatologii și implicit a schizofreniei pe care ea o indica peste tot în lume.

OMS și-a menținut și în perioada redactării ICD-10 (publicat în 1994)⁽⁶⁾ punctul de vedere privitor la importanța acestei simptomatologii pentru diagnosticul de schizofrenie. Acesta este circumscris acum în două categorii de simptome, prima referindu-se la SPR. Astfel, se consideră a fi necesară prezența unui simptom din (1.a.b.c.): continuu, cel puțin o lună: a) ecoul, inserția, retragerea sau înregistrarea gândirii; b) delir de control, influență și pasivitate ce se referă clar la corp sau mișcarea membrilor sau la gânduri, acțiuni și senzații; percepția delirantă; c) halucinații auditive sub formă de voci ce comentează comportamentul pacientului sau discută despre el; d) deliruri bizare de orice fel (inadecvate cultural sau complet imposibile). Proiectul pentru ICD-11⁽⁷⁾ propune prezența obligatorie a cel puțin două din aceste simptome.

În această listă, cu excepția 1/d, sunt invocate SPR, care însă nu sunt considerate prin ele însele delirante, delirul impunându-se tematic doar odată cu interpretarea lor. Faptul e clar formulat în manualul pe care OMS l-a dezvoltat pentru diagnosticarea categoriilor din ICD-10, adică în SCAN⁽⁸⁾. Acesta cuprinde un capitol (secția 18) intitulat: „Tulburări de gândire descrise subiectiv și experiența înlocuirii voinței“, în care sunt incluse: dispoziția delirantă și perplexitatea; citirea gândirii; inserția gândirii; înregistrarea („broadcast“) gândirii; comentarea gândirii; blocarea gândirii; retragerea gândirii; înlocuirea controlului vocii de către forțe externe; înlocuirea controlului vocii, scrierii, acțiunilor, înlocuirea controlului gândurilor. Delirul primar și percepția delirantă sunt menționate separat, în capitolul privitor la deliruri. Tot în capitolul delir e menționată explicarea (delirantă) a experiențelor anormale, ca inserția și înregistrarea gândirii prin fenomene paranormale sau fizice. Această diferențiere nu se mai păstrează în psihiatria americană. Scala pentru simptome pozitive a schizofreniei a lui Andreasen⁽⁹⁾ menționează printre alte deliruri: delirul de control (al sentimentelor și acțiunilor); delirul de citire a gândurilor; difuzarea gândirii; inserția gândirii;

retragerea gândirii. Scala menționează și idei delirante de referință, care nu sunt incluse în SPR. Necesitatea ca „trăirea“ (inserției, retragerii gândirii etc.) să fie „interpretată“ pentru a fi delirantă nu se păstrează. Faptul e prezent și în DSM IV TR⁽¹⁰⁾, argumentat prin dificultatea de a explica pacientului aceste simptome.

SPR sunt în prezent privite ca un ansamblu sindromatic important în psihoze, ce se cere în primul rând identificat cu grijă de diagnostician, urmând ca sinteza diagnostică de categorie nosologică să țină cont de mai mulți parametri.

Sindromul pe care-l reprezintă SPR reunește simptome din zona patologiei percepției, cursului gândirii, deciziei și acțiunii. Halucinațiile auditive care comentează persoana și propriile acte sau intenții țin de psihopatologia perceptivă. Ele se exprimă într-o modalitate impersonală, diferită de halucinațiile apelative, injurioase și imperative. (De reținut că Schneider nu ignoră halucinațiile apelative). Recent, unele cercetări sugerează că halucinațiile auditive reprezintă un cluster distinct în cadrul SPR⁽¹¹⁾, poate tocmai datorită faptului că prezintă multe variante ce se pot combina și cu alte sindroame. De ele se apropie și pseudohalucinațiile verbale în sensul Kandinski - Seglas (după Berrios)⁽¹²⁾, care nu sunt incluse în SPR, neexprimând clar un fenomen relațional. Pe de altă parte, sonorizarea gândirii ce se manifestă în continuitatea ecoului gândirii ține și ea de problematica percepției. Resimțirea propriilor gânduri ca „audibile“ ridică problema cunoașterii acestora de către alții. Tot în această arie a fost comentat sentimentul „împărtășirii“ și „difuzării“ gândirii. Sentimentul generic al cunoașterii gândurilor proprii de către alții, a intuirii sau ghicirii gândirii, este de altfel curent și firesc, mai ales în contextul relațiilor intime.⁽¹³⁾ Încadrarea sa printre SPR se face de obicei cu precizarea impresiei xenopatică de cunoaștere a gândurilor intime de către persoane străine, publice. Expresia de „citire a gândirii“, care nu implică universul perceptiv halucinator, se referă de obicei la privirea pătrunzătoare a celorlalți. În psihopatologie, simptomul s-ar corela cu trăirile senzitive de relație în care subiectul se simte privit în mod special; dar fără ca „alții“ să transgreseze bariera care delimitează interioritatea subiectivă a sinelui de exterioritatea acestuia.

Fenomenele de control și impunere din partea altora în aria gândirii, voinței și comportamentului se corelează firesc cu relaționarea intimă interpersonală. Dar și cu sentimentul de pasivitate relațională în raport cu altul/alții. Sugestia ce vine din partea unor persoane dominatoare, care fascinează și manipulează, determină gânduri, atitudini și comportamente care, deși sunt în cele din urmă asumate de către subiect, sunt în același timp resimțite ca impuse. Retragerea gândirii se poate corela însă cu sentimentul de gol consecutiv barajului mental, fenomen ce face parte din tulburările formale de gândire și nu are caracteristici relaționale. De altfel, și impunerea gândirii poate fi corelată cu fenomenele de interferență și presiune a gândirii, cu mentismul, care e și el o tulburare formală

Tabelul 1 Cele două aspecte ale paranoidei schizomorfe

Intenția ostilă, acțiunea nocivă a altora (a „cuiva” din exterior) asupra subiectului	Atenția specială acordată subiectului, supravegherea apropiată și continuă
Ostilitatea altora, persecuția, subminarea autorității, prejudiciu moral, defăimarea (subminarea poziției sociale), prejudiciu material (bani, bunuri), privare de drepturi, de libertate, înșelare, atac asupra sănătății, asupra corporalității, otrăvire, gazare, intenții diverse de omorâre. (Subiectul dezvoltă de obicei o pronunțată suspiciune față de alții).	Atenție specială acordată prin priviri, comentarii, urmărire directă sau cu diverse mijloace, supravegherea locuinței, vizite inopinate, control în casă, plasare de aparate care-l fotografiază, camere video, ascultarea convorbirilor telefonice, supraveghere prin TV sau calculator, substituirii de persoană.

de gândire. Mișcări automate, necontrolate voluntar, sunt descrise în psihopatologie și în afara SPR (de ex. în tulburările disociative). Fenomenele de pasivitate somatică ar putea fi corelate cu trăirea unor cenestopatii, în cadrul depersonalizării devitalizante. Toate aceste intersecții psihopatologice nu anulează însă originalitatea acestui sindrom, care exprimă o dezorganizare a structurii eului, în direcția relaționării interpersonale; o permeabilizare a limitelor sale față de intervenția unor instanțe personale străine, care au acces la nucleul intimității sale. Deci, o perturbare a diagramei de relaționare intim/public.

Istoria mai recentă a SPR aduce în prim plan relativitatea specificității lor pentru schizofrenie. Această problemă ține de mai mulți factori. În primul rând, când a introdus ideea SPR, Schneider nu a făcut referință la liste de simptome și la durata simptomatologiei. Cercetarea psihopatologică din SUA care a condus la apariția DSM III (1980) a fost legată în primul rând de introducerea unor criterii explicite de diagnostic prin definiții operaționale, în direcția drumului deschis de criteriile Feighner și aparatul conex al interviurilor structurate și semistructurate. Acestea au pus însă accent și pe durata simptomatologiei. În acest sens, DSM III-IV a diferențiat între schizofrenie - cu durata de peste 6 luni - și tulburarea schizofreniformă, cu durata între 1 și 6 luni. Iar ICD-10 a conturat diagnosticul unor tulburări psihotice scurte și tranzitorii, cu durata între 2 săptămâni și 3 luni, care pot prezenta SPR dacă acestea durează sub o lună. Atât DSM IV, cât și ICD-10 au acceptat o tulburare (episod) schizoafectivă, care, de asemenea, include SPR.

Astfel, SPR s-au văzut incluse în mai multe categorii diagnostice. Dar treptat ele au fost acceptate și în tulburările dispoziționale, mai ales în cea bipolară. Faptul a devenit posibil tot datorită perspectivei temporale diacrone, care ține cont de durata și intensitatea simptomelor în cadrul unor episoade succesive, înregistrate longitudinal de-a lungul cursului vieții

Focalizarea SPR la nivelul psihopatologiei sinelui

Această eterogenitate clinică în care se pot manifesta SPR ridică problema localizării lor neuro-psihopatologice, în sensul identificării unei structuri funcționale bazale a psihismului persoanei, a cărei

perturbare o exprimă. În ultimii ani, mai ales prin eforturile cognitiștiștilor și neofenomenologilor, această funcție este considerată a fi cea a sinelui („self-ul”) reflexiv (= eu conștient de sine), invocat uneori prin expresia „ipseitate”. Mai ales două funcții ale sinelui sunt aduse în discuție: funcția de agenție, adică sentimentul subiectului că el este autorul actelor sale intenționale (gândire, dorință, atitudine, intenții de act etc.); și funcția de apartenență la sine a propriilor trăiri („ownership”) („meiness”). Se poate susține că SPR se plasează la mijloc, între patologia delirantă, exprimată în schizofrenie prin delirul paranoid schizomorf, și cea depersonalizantă - dezorganizantă, exprimată în schizofrenie mai ales prin tulburările formale de gândire.

SPR și delirul paranoid schizomorf

Delirul paranoid schizomorf are, pe lângă SPR, două componente distincte care, deși sunt întreșesute, evoluează paralel: a) intenția ostilă și acțiunile nocive pe care alții intenționează să le facă sau le-au făcut subiectului, fapt ce susține tematica specifică paranoidei și b) sentimentul atenției sporite și supravegherii de către alții, subiectul simțind că este în centrul unor evenimente speciale ce i se adresează. Acest sentiment de „centralitate” e prezent și în percepția delirantă, care e specifică „delirului primar”.

Legătura SPR cu paranoidia schizomorfă e realizată de Schneider în primul rând prin includerea în listă a simptomului percepției delirante. Dar și prin faptul că o parte a acestor simptome apar ca o replică „în interiorul sinelui” a fenomenelor de atenție și supraveghere, care sunt resimțite „în afara sinelui”. Delirul primar și percepția delirantă ocupă însă un loc aparte în acest comentariu.

Delirul primar e un construct psihopatologic ale cărui elemente, deși cunoscute de mult, au jucat un rol important în psihopatologia lui Jaspers. Acesta e diferențiat între delirul (schizofren) adevărat, ce se instituie „nemijlocit”, inducând o tulburare incomprehensibilă, și delirul secundar, care derivă relativ comprehensibil din alte simptome psihopatologice; sau printr-o tranziție, printr-un continuum cu dezvoltările reactive prevalențiale ale persoanelor vulnerabile, așa cum ar fi în cazul geloziei. În spiritul acestei viziuni a lui Jaspers, delirul primar se instituie prin următoarea succesiune:

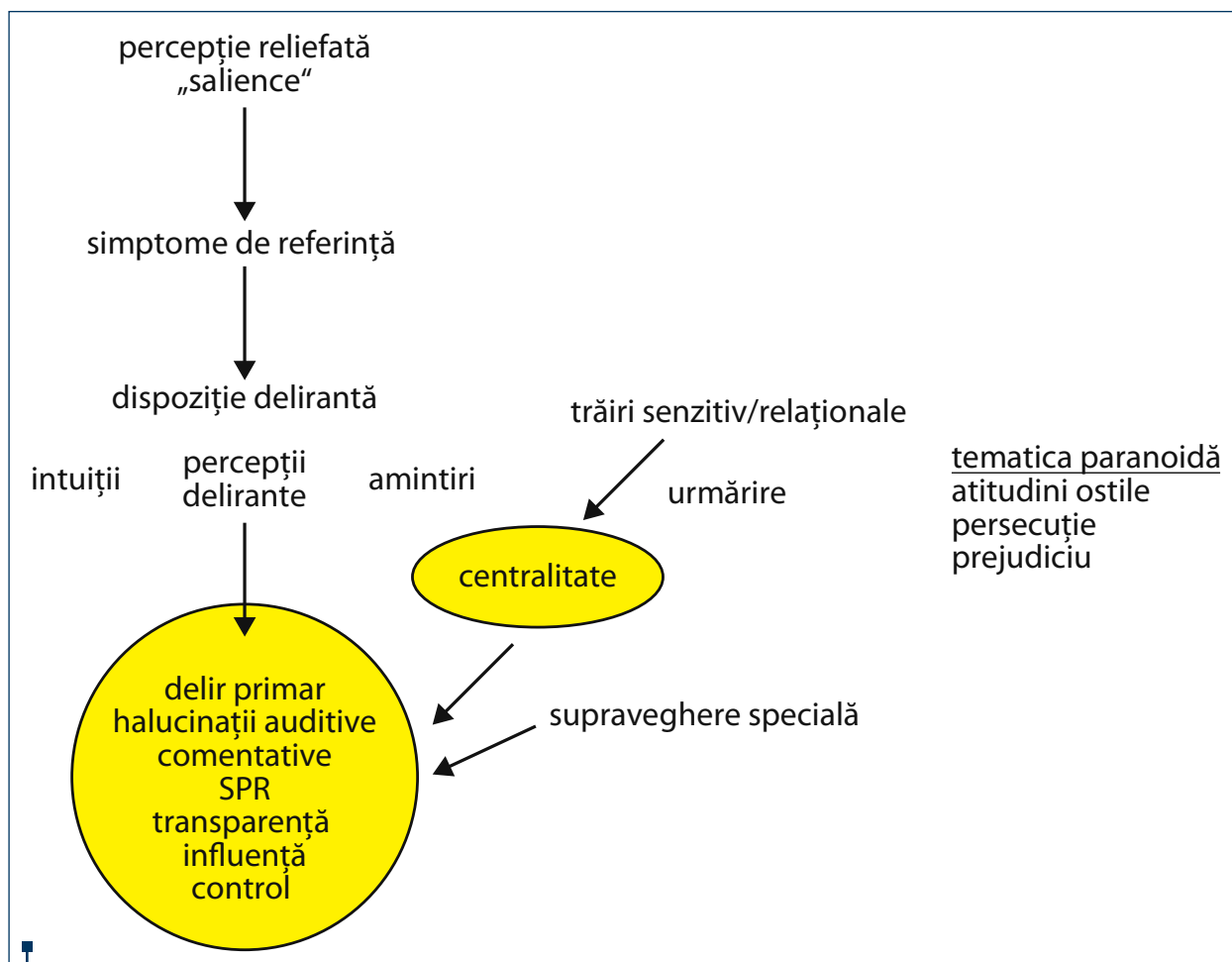


Figura 1. SPR, dedublarea psihismului și depersonalizarea

Trăiri de referință: diverse percepții decontextualizate îi apar subiectului că au o semnificație specială, că se referă la el; acestea pot fi neumane - cifre, culori - sau mesaje umane, de obicei transmise prin radio sau TV.

Dispoziția delirantă: subiectul trăiește tensionat și anxios o „atmosferă” ambientală anormală în care e invadat de mesaje neclare ce i se adresează; uneori expresiile au o dublă semnificație: una explicită și alta ascunsă, destinată lui; subiectul așteaptă să se petreacă un lucru deosebit.

Percepția delirantă constă dintr-o percepție obișnuită ce e decontextualizată și ocazională subiectului clarificarea bruscă a temei delirante; adică a unui scenariu fictiv aberant în care el joacă un rol central; uneori percepția e înlocuită de o amintire sau intuiție delirantă.

Această suită de fenomene era familiară psihopatologilor clinicieni din vremea în care Schneider și-a prezentat lista. În prezent însă, „scenariul” delirului primar se întâlnește foarte rar în varianta sa clasică. De aceea pentru lista SPR se pot avea în vedere, eventual, simptomele de referință, în diversele lor forme de manifestare, înțelese în esență ca percepții cu o semnificație particulară pentru subiect.

Simptomele senzitive de relație pot fi considerate până la un punct simptome de referință. Ele au fost descrise de Kretschmer și constau din convingerea subiectului că este în centrul atenției altora, care-l privesc cu insistență și îl comentează negativ, batjocoritor. Echivalentul lor între SPR ar fi halucinațiile auditive comentative.

Delirul de urmărire, care se petrece de obicei în spațiul public, e un alt aspect al „atenției speciale” pe care subiectul simte că alții i-l acordă. Și mai pronunțat e acest sentiment în convingerea de supraveghere a intimității, care se realizează de obicei prin aparate: ascultarea convorbirilor telefonice, camere de înregistrare video, microfoane, supravegherea prin calculator sau TV. În același sens e supravegherea realizată prin substituiri de persoane în cadrul iluziei Fregoli. Toate aceste trăiri se corelează cu sentimentul subiectului că este în centrul preocupării altora, că persoanele străine se apropie anormal de zona intimității sale, a secretelor și deciziilor proprii, fără ca subiectul să poată ține sub control această apropiere.

Relațiile SPR cu alte elemente ale paranoidiei schizomorfe (Schizo+) sunt rezumate în figura 1.

SPR, dedublarea psihismului și depersonalizarea

În SPR, subiectul resimte trăiri ciudate, care sunt și nu sunt ale sale. Gândul din mintea sa e resimțit ca aflată în minte, dar nu generată de către sine. Deci, parțial, ca nefiind a sa. Mâna care se mișcă e a sa, dar generarea mișcării nu-i aparține, nu el o mișcă. El trăiește o dedublare psihică. În psihopatologie, dedublarea psihismului se mai întâlnește în obsesie și stări disociative.

Obsesivul nu este de acord cu unele idei și intenții de act pe care le resimte ca izvorând, totuși, din sine. Deci, ele sunt resimțite ca ale sale și originat în sine, dar fără acordul său. Obsesiile sunt resimțite ca „un corp străin intrapsihic“, de care pacientul nu se poate debarasa; dar nici nu-l poate integra. În rare cazuri trăirile obsesiv-compulsive și SPR pot coexista, ca în cazurile exemplificate de Silva.

În stările disociative de posesiune, subiectul se simte, de asemenea, dedublat printr-o ființă străină, de obicei diavolul, care se plasează în interiorul său psihocorporal. Subiectul se poate disocia de unele din manifestările sale, atribuindu-le celui ce îl posedă. El afirmă „nu eu am înjurat în biserică, diavolul din mine a făcut-o“. Trăirea este a sa, originarea ei e într-o zonă a sinelui, ocupată de o alteritate. Un aspect particular constă în faptul că, prin posesiune, diavolul are acces favorizat la gândurile și intențiile subiectului. O situație apropiată e cea din delirurile mistice în care subiectul se resimte în mare intimitate cu Dumnezeu. Acesta are, în mod evident și destul de comprehensibil, acces la gândurile, intențiile și deciziile intime ale subiectului.

Obsesionalitatea și posesiunea sugerează că psihismul subiectului trebuie considerat, în constituția sa normală, ca organizat pe mai multe niveluri identitare, ca o realitate de tip „unu-multiplu“. Din această structură fac parte nu doar persoanele intime asimilate prin atașament, în cursul personogenezei și ciclurilor vieții, ci și instanțe de tip personal publice sau culturale.

O altă nuanță rezultă din compararea SPR cu sindromul de depersonalizare/derealizare. Acesta e centrat pe sentimentul pierderii identității și a familiarității cu lumea ambiantă și cu sine. Majoritatea SPR pot fi privite ca instalându-se în două etape. Prima ar fi pierderea familiarității subiectului cu propriul sine, cu propriile gânduri, intenții, decizii. Al doilea, atribuirea accesului la propriile trăiri și la originarea acestora ca a unor persoane (sau instanțe personaliste) din zona publică, care ajung să le cunoască și să controleze la fel ca persoanele intime. Și care acum le manipulează. Această interpretare a făcut obiectul studiilor din ultima perioadă ale școlii din Bonn și ale celei din Copenhaga, care au avut în vedere varianta „apersonalizant-anonimizantă“ a depersonalizării. Faptul trebuie precizat, deoarece sindromul de depersonalizare/derealizare, așa cum e el acceptat prin categoria clinică cu această denu-

mire din DSM IV-V și ICD-10, se referă la o variantă în care subiectul sesizează lucid și reflexiv pierderea identității și a limitelor. Dar fără manifestări obiectivabile comportamentale, expresive, relaționale și corporale. Varianta ce se apropie de stările disociative de dedublare și posesiune.

În SPR e depășită tocmai această barieră, care limitează interioritatea subiectivității personale de exteriorizarea lumii celorlalți. Acum, ceilalți nu mai discută despre subiect în afara sa - la fel ca în trăirile senzitiv-relaționale - pe stradă și la serviciu. Ci discută despre el chiar în interiorul psihismului său, sub forma halucinațiilor auditive comentative. Iar cunoașterea intimității nu se mai rezumă la microfoane și camere de filmat, plasate și ele în lumea exterioară în toate locurile în care el își desfășoară comportamentul zilnic. Ci subiectului îi sunt cunoscute și gândurile cele mai intime pe care microfoanele nu le pot surprinde. În plus, „alții“ pot să se substituie deciziilor proprii și să miște, de la distanță, propriul corp. Limitele specifice ale sinelui, care despart subiectivitatea interioară a conștiinței de obiectivitatea lumii exterioare și a celorlalți, sunt penetrate. Structura relaționării pe axa intim/public este prăbușită.

SPR și tulburările formale de gândire; scala Bonn și scala EASE

SPR au fost delimitate de Schneider pe cazuri clinice cu internare îndelungată. Ele au fost considerate de autor ca putând fi determinate și de suferințe organice cerebrale, care se cereau excluse pentru diagnosticul de schizofrenie. Elevul său Huber s-a preocupat - inițial tot la Heidelberg, apoi la Bonn - de perspectiva longitudinală a acestei tulburări. El a studiat stările defective ale evoluției pe termen lung a schizofreniei. Dar și cele prodromale sau care ar putea indica o vulnerabilitate pentru schizofrenie, cu mult timp înainte ca tulburarea să se manifeste. Astfel a luat naștere „Scala Bonn pentru Simptome Bazale“ (prescurtat BSABS sau BS). Aceasta investighează simptome subiective care ar indica o slăbiciune sau vulnerabilitate a eului (sine-self), pentru psihoză, în general, și pentru schizofrenie, în special. Deși SPR sunt cele avute în vedere de elevul lui Schneider, ele nu sunt cercetate în varianta lor clasică. Prin această scală e urmărită evidențierea tulburărilor precursore ale acestora. Scala are 5 capitole: A/Deficiențe dinamice globale; B/Diminuarea capacității de a face față solicitărilor; C/Tulburări cognitive; D/Cenestezii; E/Tulburări neurovegetative și de somn. Cercetând deficitul energetic global și capacitatea de a face față solicitărilor, SB sesizează și evidențiază ceea ce cognitivismul interpretează ca reducere a capacității de prelucrare a informațiilor, care se corelează și cu tulburări decelabile în prezent prin probe neurocognitive (deci „ne-subiective“, ca SB). Și, de asemenea, ea identifică trăiri pe care neofenomenologii actuali le etichetează ca „hiper-reflexie“ a sinelui, ce însoțește deficitul de autoafirmare. Capitolul C, dedicat tulbu-

rărilor cognitive, abordează și tradiționalele tulburări formale ale cursului gândirii ce se manifestă prin: interferența gândirii, obsesii, mentism (aparitia în minte a unui amalgam de gânduri necontrolabile) și blocaj (întreruperea bruscă a cursului gândirii, urmată de un gol mental și reluarea sa în diverse direcții). Aceste fenomene sunt corelate cu reducerea capacității atenției de a reuni ordonat informațiile sub o semnificație sintetică (Scala Bonn evidențiază și tulburările de semnificare ale gândirii concrete, ale „percepției”, precum și dificultățile de abstractizare). Tulburările formale din seria interferenței gândirii exprimă și o posibilă înstrăinare, o nesolidarizare a subiectului cu propriile trăiri ideatice. De fapt, fluxul ideatic ce submerge și înconjoară gândirea țintită a subiectului atrage date informativ și intențional variate, ce constituie un fel de halou, de ofertă față de intenționalitatea țintită și asumată actual. Din acest material, subiectul poate selecționa și personaliza materialul informativ, ce îi este realmente util în circumstanțele date. Fenomenul parazitării alienante realizat prin această „ideație intruzivă” - care poate fi considerată avântcamera „insertiei gândirii din SPR - a fost studiat recent și în legătură cu obsesionalitatea.

SB comentează apoi destul de detaliat fenomenul blocajului gândirii, care ar putea fi corelat cu trăirea „retragerii gândirii” din SPR. Spre deosebire de aceasta, golul mental al blocajului gândirii e trăit fără un sentiment de intervenție xenopatică.

În SB mai e analizată (C 1.13) „tulburarea inițiativei gândirii, a energiei și intenționalității ideatice”. Acest fenomen de pasivitate ideatică apare și el ca un teren propice pentru „insertia gândirii” din SPR. La capitolul C.3., Tulburările acțiunii (mișcării), e indicat sentimentul „mișcării automate” și al „blocajului motor”, în care subiectul resimte că motricitatea îi scapă de sub controlul voluntar. Din nou, fenomenul e delimitat, fără sentimentul xenopatic al impunerii sau dirijării (în DSM V aceste simptome sunt plasate în capitolul tulburărilor disociative). În schimb, în SB e menționat sentimentul efortului de automobilizare pentru acțiune, pe care neofenomenologii îl studiază ca „hiper-reflexivitate”.

Klosterkötter, membru al echipei de la Bonn, a descris și urmărit tranziția între simptomele bazale și SPR.

În concluzie, SB - pentru care interesul s-a reactualizat în ultimul deceniu - relevă trăiri ale vulnerabilității pentru schizofrenie, în faza prodromală, sau la persoane din spectrul schizofren. Aceste microsimeptome, care sunt în majoritate interpretabile prin deficiența filtrului informativ atențional și a funcției „coerenței centrale”, conduc spre o stare de „pasivitate anonimantă”, ce ar pregăti terenul pentru SPR.

Faptul că SPR sunt trăiri eminentamente subiective, aspect remarcat și cultivat de autorii SB, a atras atenția neofenomenologilor, care consideră că tulburarea bazală („generatoare”) a schizofreniei se

află la nivelul sinelui (Sass, Parnas, Zahavi). Această tulburare ar consta dintr-o perturbare a „sinelui minimal”, a „ipseității”, dintr-o insuficiență a autoafirmării, dublată de o hiper-reflexie blocantă. Prin acest deficit se perturbă funcțiile de bază ale sinelui minimal, cea de „agenție” și de „apartenență” („ownership”, „meiness”). Pornind de la SB a fost astfel construită scala experiențelor anormale (anomalous experience) EASE. Aceasta a fost testată și ea pe persoane aparținând spectrului schizofren. Scala se concentrează asupra simptomelor subiective depersonalizante, devitalizante și anonimante. Dar ea include și tulburările formale de gândire, ce conduc la un sentiment al subiectului de a se simți „anonim”.

Din primul capitol se insistă asupra fenomenului de interferență a gândirii, care e studiat și în SB. Acesta se poate accentua în „presiunea gândirii” și fenomenul de „mentism”. Subiectul resimte că mare parte din gândurile ce le resimte „nu sunt ale sale”, nu sunt marcate de sentimentul „personalizării”, sunt intruzive. Dar nici EASE nu aduce în discuție fenomenul „insertiei gândirii”, care e central în SPR, exprimând clar o acțiune xenopatică. La fel ca în SB se menționează și blocajul gândirii, ce poate fi și el corelat cu SPR. Dar cel mai mult se insistă pe ecoul și sonorizarea gândirii. Acestea sunt incluse în SPR, dar cu conotația că fenomenul e interpretat de subiect, în sensul că pe această cale propriile gândiri devin audibile și pentru alții. În EASE, sonorizarea gândirii e prezentată doar ca o expresie a „spațializării gândirii”, cu plasarea sa în spațiul perceptiv din afara corpului. Dar se menționează că această spațializare poate fi resimțită și intracorporal, gândurile putând fi plasate în diverse locuri ale capului sau corpului.

În ansamblu, EASE urmărește pierderea sentimentului de „personalizare” a ideației, de resimțire a acesteia ca originată în propriul sine (agenție) și aparținând sinelui (ownership). Fenomenul e plasat atât în marginea SPR, cât și în cea a obsesionalității. Accentul este însă pus pe „anonimizarea pasivă”, subiectul resimțind că nu mai are gânduri, opinii, intenții proprii, personalizate, supunându-se opiniei altora sau a celei generale. Această apato-abulie impersonală și pasivă ar premerge și ar face loc SPR în cazul schizofreniei. Dar în joc e pusă acum altă față a schizofreniei, simetrică celei ce vine dinspre paranoia delirantă, căreia îi aparțin de fapt simptomele lui Schneider. De precizat că însăși sentimentul de „centralitate” este comentat în EASE ca un fel de autoreferință bazală, fără a se dezvolta legătura sa cu simptomatologia senzitivă de relație și cu supravegherea intimității din paranoie. Sau, cu interpretarea specială a semnificațiilor din fenomenele de referință, ce se aglomerează apoi în dispoziția (atmosfera) delirantă a delirului primar.

Corelarea SPR atât cu paranoia schizomorfă, cât și cu tulburările formale de gândire este prezentată în tabelul 2. ■

(va urma)

Tabelul 2 Tablou comparativ al SPR alături de tulburările formale de gândire și de simptomatologia delirului paranoid (schiziform)

tulburări formale de gândire	SPR	delir paranoid de prejudiciu, gelozie, falsă identitate etc.
<p>interferența g.</p> <p>intimității</p> <p>ideație intruzivă</p> <p>mentism (presiunea g.)</p> <p>întreruperea g.</p> <p>pierderea inițiativei</p> <p>depersonalizare disociativă de (pierderea limitelor sinelui)</p> <p>mișcări automate (necontrolate) hiper-reflexie</p> <p>cenestopatie</p>	<p>halucinații auditive ce comentează subiectul</p> <p>halucinații auditive ce comentează actele</p> <p>sonorizarea gândirii (ecoul gândirii)</p> <p>răspândirea, difuzarea g.</p> <p>împărtășirea g.</p> <p>ghicirea g.</p> <p>citirea g.</p> <p>cunoașterea g.</p> <p>substituire de persoane (S. Capgras)</p> <p>retragerea g.</p> <p>controlul g.</p> <p>impunerea g.</p> <p>contrafacerea g.</p> <p>controlul voinței</p> <p>acte impuse</p> <p>pasivitate somatică (emoții, impulsuri, senzații corporale)</p>	<p>sindrom senzitiv de relație</p> <p>halucinații apelative, imperative</p> <p>pseudohalucinații</p> <p>supervizarea de la distanță a intimității (cu aparate)</p> <p>dedublare, stări de posesiune control</p>
<p>autoreferința primară</p>	<p>percepție delirantă (delir primar)</p>	<p>interpretări (delirante) semnificații speciale simptome de referință centralitate delirantă</p>

Bibliografie

- Bürgy M (2010), Ego Disturbance in the Sense of Kurt Schneider; Historical and Phenomenological Aspect, Psychopathology 44; 320-328.
- Schneider K. (2007), Klinische Psychopathologie, Thieme Stuttgart, New York.
- Mellor, C.S. (1970), First-rank symptoms of schizophrenia, British J. of Psychiatry, 117, 15-23.
- Sartorius N., Leff J., Jablensky A. et al (1987), The international study of schizophrenia. Five-year follow-up findings, In H.Hafner, W.F.Gratz and W.Janzarik (Eds), Search for the causes of schizophrenia, pp.107-113, Heidelberg Springer.
- Wing J.K., Cooper J.E. and Sartorius N (1974), The measurement and classification of psychiatric symptoms, Cambridge: Cambridge University Press.
- ICD-10. Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament (1998), Ed. All (text original publicat în 1992).
- Gaebel W (2012), Statut of Psychiatric Disorders in ICD-11, Schizophrenia Bull, 38 (5), 895-898.
- World Health Organization, (1992), Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN, Geneva.
- Andreasen, N.C. and Olsen. S. (1982), Negative v. positive schizophrenia. Definition and validation, Archives of General Psychiatry, 39,789-791.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. DSM-IV TR (1994), American Psychiatric Association Washington.
- Hearing H., Haren N.E.M., Derks E.M. (2013) A two-factor structure of first rank symptoms in patients with a psychotic disorder, Schizophrenia Research, 209-274.
- Berrios G.E., (1996), The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century, Cambridge University Press.
- Lăzărescu M. (2011), Atașamentul și Teoria minții în Psihoterapia și Psihopatologia schizofreniei, Romanian J. of Psychiatry, Vol. XIII, No. 4, pp. 157-167.
- Gross G, Huber G, Schüttler R., (1986), Long-term course of Schneiderian Schizophrenia. In:Marneros A., Tsuang M.T. (eds), Schizoafective Psychoses, Springer Berlin, Heidelberg, p.164-178.
- Parnas J., Möller P. et al (2005), EASE: Examination of Anomalous Self-Experience, Psychopathology, 38/5, 236-258.

Simptomele de prim rang ale lui Schneider. Abordare din perspectiva psihopatologiei clinice (partea a II-a)

Schneider's first rank Symptoms. Approach of clinical psychopathology (II)

Abstract

Schneider's first rank symptoms.

A clinical psychopathology approach

The article is aimed at presenting and commenting the first-rank symptoms recommended by Schneider for the diagnosis of schizophrenia (FRS), from several perspectives. A brief history is made and an overview of this symptomatology is discussed in terms of descriptive psychopathology and nosological classification. Once the FRS are located in the area of the psychopathology of the Self, as it is interpreted by the current phenomenological psychopathology, the following aspects are analyzed: - on the one hand, the correlation with symptoms of schizomorphic paranoia; - on the other, the correlation with schizomorphic depersonalization. Between these two areas, the correlation with the duplication of the Self, with obsessionalism and dissociative states of possession are discussed. The FRS correlation with depersonalization is approached from the perspective of the studies from the Bonn and Copenhagen schools of thought. Furthermore, some phenomenological and cognitive studies are reviewed. One of the conclusions is the need for a more rigorous methodology to identify the FRS casuistry required for research purposes. In this regard, a rating scale is suggested.

Keywords: Schneider's first-rank symptoms, Self, schizophrenia, phenomenology, cognitivism

Rezumat

Articolul are ca obiectiv prezentarea și comentarea simptomelor de prim rang recomandate de Schneider pentru diagnosticul schizofreniei (SPR), din mai multe perspective. Sunt făcute un scurt istoric și o prezentare comentată a acestei simptomatologii din punctul de vedere al psihopatologiei descriptive și al încadrării nosologice. După ce se localizează SPR în aria psihopatologiei sinelui (self), așa cum e aceasta interpretată de psihopatologia fenomenologică actuală, este analizată: pe de o parte, corelația cu simptomatologia paranoidei schizomorfe; pe de alta, cea cu depersonalizarea schizomorfă. Între aceste două planuri e adusă în discuție corelația cu dedublarea sinelui, cu obsesionalitatea și stările disociative de posesiune. Corelația SPR cu depersonalizarea este abordată din perspectiva studiilor școlii din Bonn și a celei din Copenhaga. Se trec ulterior în revistă câteva studii fenomenologice și cognitive. Una din concluzii este necesitatea unei metodologii mai riguroase în identificarea cazuisticii cu SPR în vederea cercetărilor. În acest sens se propune o scală de evaluare.

Cuvinte-cheie: simptome de prim rang Schneider, sine, schizofrenie, fenomenologie, cognitivism

Mircea Lăzărescu

Clinica Psihiatrică Timișoara

(urmare din numărul 2/2014)

SPR și psihopatologia fenomenologică actuală

Fenomenologia studiază predominant descriptiv trăirile subiective conștiente ale persoanei, jucând un rol important în filozofie și științele umane. Referința de bază este la opera metodologică-filozofică a lui Husserl; dar și a unor filozofi ca Heidegger, Scheller sau Merleau-Ponty. Jaspers a formulat și acceptat un sens relativ simplu fenomenologiei, ca trăire subiectivă a persoanei. Universul subiectivității poate fi înțeles până la un punct de către alții, prin empatie și reconstrucția genetică a biografiei subiectului. Fenomenologia lui Husserl e mai complexă, invocând un „ego transcendental”, profund, care e în același timp intim și general, în spatele manifestărilor vieții cotidiene (Lebenswelt).

Fenomenologia psihopatologică s-a dezvoltat în prima jumătate a secolului XX, abordând în primul rând psihozele, prin autori ca Binswanger, Minkowski, Tellenbach,

Blankenburg⁽¹⁶⁾. În raport cu fenomenologia tradițională, neofenomenologia se concentrează asupra „sinelui minimal”, a cărui perturbare ar fi centrul patologiei schizofrene. Prin sinele minimal – sau ipseitate –⁽¹⁷⁾ se înțelege sentimentul profund al emergenței din sine (agenție) și apartenența la sine (ownership, meiness) a trăirilor intențional-reflexive⁽¹⁸⁾. Or, tocmai acest aspect e perturbat în schizofrenie, stând la baza SPR. Ar fi vorba de o instanță „prereflexivă” a sinelui, ale cărei subtile tulburări pot fi identificate mai ales în fazele prodromale ale schizofreniei, în faza „simptomelor bazale” descrise de școala din Bonn. Sens în direcția căruia echipa lui Parnas din Copenhaga a creat instrumentul EASE comentat mai sus. Aspectul profund al „sinestății” (selfhood) pe care-l constituie „ipseitatea” este un aspect implicit, prereflexiv al „egoității”, fiind prezent automat în toate manifestările experiențiale. El stă în spatele aspectelor invocate de Jaspers și Scharfetter ca stând la baza schizofreniei: coerență, unitate, identitate temporală, demarcația euului. Toate presupun ipseitatea. De aceea, autorii consideră că tulburarea bazală în

schizofrenie constă într-o „slăbiciune a capacității de asertare (diminish self affection), însoțită de o hiperreflexivitate.^(19,20) Tulburările bazale inițiale din schizofrenie ar consta în: scăderea atașamentului și prezenței la lume (a imersării în lume, a acordării – attunement - cu aceasta); deficiențe în ceea ce privește inserția sinelui în propriul corp; în apartenență la sine a propriului flux al conștiinței, în trecerea la acțiune. SPR, care exprimă subordonarea subiectului în raport cu o acțiune xenopatică, ar avea astfel un precursor în tulburări mai subtile, la însuși nivelul sinelui.

Modele cognitive și ale disfuncției cerebrale în interpretare SPR

Cognitivismul încearcă să elaboreze teorii testabile experimentale pentru fenomenele psihopatologice. În 1989, Frith și Done⁽²¹⁾ s-au concentrat asupra simptomului de control extern al mișcării pe care-l trăiesc unii dintre schizofreni, care au sentimentul că nu ei sunt autorii mișcării pe care o execută. Acest fenomen ar putea fi interpretat printr-un model al anticipării rezultatelor perceptibile ale acțiunii pe care o inițiem și executăm (forward model). Dacă e perturbată această informație, subiectul poate să atribuie mișcarea unuia din membrele sale unui factor extern și nu inițiativii sale. Grupul de cercetare a inițiat modelele experimentale pentru testarea acestei ipoteze, la normali și schizofreni (de exemplu o anumită atingere cu mâna dreaptă a celei stângi, direct sau prin intermediul unui robot). În această direcție de cercetare, care presupune un proces proactiv, unul postactiv și un comparator, continuă să se imagineze modele experimentale și în prezent (Synofzik)⁽²²⁾. Într-un bilanț recent, Frith (2012), menținându-și ideea din 1989, comentează și principala dificultate a problemei: și anume în ce măsură această interpretare poate fi aplicată și inserției gândirii. Faptul ar presupune echivalarea gândirii cu un act motor (ceea ce, spune autorul, a fost propus în trecut). Elaborarea presupune în cazul SPR o insuficiență a delimitării între interioritatea subiectivă și exterioritate. Aceasta ar susține însă și interpretarea halucinațiilor audio-verbale ca exteriorizare a propriei gândiri și vorbiri interioare.

În paradigma de interpretare și cercetare se impune și echipa lui Jannerot⁽²³⁾. Într-unul din articolele sale, Jannerot comentează pe larg fenomenologia acestei teme, pornind de la distincția lui Gallanger între funcția de „agenție“, care se referă la inițierea de către sine a unei mișcări; și funcția de „apartenență“ (ownership), prin care sinele resimte unele trăiri ca ale sale. Astfel, el resimte că membrul său se mișcă; dar poate fi vorba de o mișcare pasivă, pe care o efectuează altcineva manipulând membrul; sau mișcarea poate fi efectuată reflex; sau determinată prin excitarea cortexului cerebral. În nici una din eventualitățile menționate, subiectul nu inițiază el însuși mișcarea propriului braț. Alte aspecte fenomenologice ale problemei constau în: imaginarea unei mișcări pe care subiectul nu o mai execută apoi; coparticiparea tacită la mișcările efectuate de altul sau chiar imitarea acestuia (faptul ar explica învățarea prin observarea comportamentului altuia); coordonarea intențională și efectivă a propriilor mișcări cu ale altuia, cu care subiectul colaborează sau căruia i se opune într-o confruntare. Astfel, proiectarea și monitorizarea propriilor

acțiuni nu sunt doar unele standard, de laborator, ci se înscriu în interacțiunea subiectului cu alții, în viața de zi cu zi, fiind într-o permanentă „acordare“ cu intențiile și acțiunile pe care le desfășoară alții (autorul nu comentează eventualitatea executării unor mișcări în stare hipnotică sau post-hipnotică).

O altă direcție de studiu are la bază concepția evoluționistă a lui Crow, conform căreia psihoza e un preț plătit pentru câștigul psihocerebral filogenetic al antropogenezei, ce constă în primul rând în dezvoltarea limbajului articular în urmă cu 150.000 de ani; fenomen care e strâns legat de asimetria interemisferică⁽²⁴⁾. O insuficiență a acestei diferențieri vulnerabilizează atât limbajul (comunicativ și narativ), cât și capacitatea de diferențiere între spațiul interior și lumea exterioară. Lume ce-i cuprinde și pe ceilalți. SPR sunt incluse de Crow și echipa sa în această paradigmă de cercetare. Studiile cuprind cazuri ce prezintă SPR și cărora li se aplică teste complexe de limbaj, lateralizare și diferențiere interior-exterior^(25,26). Corelația semnificativă între acești parametri - inclusiv evaluarea funcționării cerebrale - a fost evaluată la schizofrenii cu SPR și la rudele de prim rang ale acestora. Una dintre interpretările lui Crow se referă la dezintegrarea componentelor limbajului, ca fundal pe care apar SPR. Aceste simptome ar putea fi interpretate ca tulburări ale tranziției de la gândire la vorbire și de la vorbirea percepută la semnificație; concomitent cu dificultatea de a distinge între sinele subiectului (în momentul în care el vorbește) și sinele interlocutorului, plasat în lumea exterioară.

Interpretările evoluționiste ale lui Crow nu acordă atenție distincției între relaționările intime - în cadrul cărora subiectul se raportează la persoane familiare - și relaționarea față de persoane publice, oficiale, străine.

O ipoteză developmental interpersonală de înțelegere fenomenologică a SPR

SPR pot avea, așa cum susțin fenomenologii, o bază în procesul de depersonalizare care evidențiază, în condiții patologice, manifestarea sinelui minimal implicat în trăirile curente ale vieții cotidiene. Dar SPR exprimă explicit relaționarea interpersonală socială, relația subiectului cu alteritatea. Pacientul resimte cum altcineva, altă persoană sau instanță de tip personal îi cunoaște gândurile intime, i le manipulează, decide în locul său și preia inițiativa propriului său comportament. Acest aspect xenopatic al SPR trimite direct la relațiile interpersonale, care definesc existența oricărei persoane, centrată de sinele său. Persoană angajată într-o existență comunitară, de la naștere până la moarte. Deși prezente de la început, pe parcursul ontogenezei și de-a lungul întregii vieți, aceste relații capătă caracteristici tot mai variate și diferențiate. În cursul primului an, subiectul comunică prereflexiv și prelingvistic cu mama, în cadrul unei intersubiectivități primare⁽²⁷⁾. Procesul privirii împărtășite ajută dezvoltarea sinelui personal în cunoașterea lumii exterioare⁽²⁸⁾. În același timp, împărtășirea privirii subliniază importanța pe care o are matricea psihismului matern care sprijină acest proces, stimulând și impregnând psihismul în formarea copilului. Atașamentul realizează modelul dual de existență prin care mama e reprezentată în psihismul copilului și când nu e

prezentă (prin instanța „internal working“, model descrisă de Bowlby); asigurând din această poziție de interioritate siguranța în explorare și jocurile copilăriei⁽²⁹⁾. Capacitatea reprezentativă de la 18 luni (când copilul poate imita pe cineva neprezent) și fenomenul mentalizării (Theory of Mind) ce se instituie la 3 ani (prin care copilul intuiește intențiile și opiniile celuilalt doar privindu-l) se realizează cu suportul acestei instanțe a reprezentării mamei și a celorlalți în interiorul psihismului personal, ca o prezență constantă, transactuală. Însușirea funcțiilor executive și a limbajului narativ susține relaționarea curentă cu alții, ce se petrece în prima perioadă a vieții în universul intim al celor apropiați. Acest spațiu existențial al intimității, care va persista toată viața, inclusiv după ce persoana își întemeiază o familie proprie și are propriii săi copii, este un mediu psihologic în care secretele, opiniile, intențiile sale se împărtășesc mutual, fără formulare verbală. Înțelegerea și acordul reciproc se realizează de obicei prin expresivitatea feței - a privirii mai ales - în contexte problematice bine cunoscute de cei apropiați suflătește, de cei din familie. Fenomenul poate fi considerat similar în desfășurarea existenței duale a celor îndrăgostiți. La acest nivel nu se pune problema răspândirii sau impunerii gândirii sau cea a controlului comportamental⁽³⁰⁾.

Alta este situația în zona publică și oficială în care copilul se afirmă progresiv. Persoanele cu care el se interrelaționează în aceste zone se află la o importantă distanță psihologică de intimitatea sa. Această distanță poate fi eșalonată gradual: între persoane cunoscute și aflate în relație publică constantă pe de o parte; și pe de altă parte, persoane mai îndepărtate, oficiale, străine. În zona publică funcționează în mod natural acte de limbaj deontice, prin care se formulează din partea celor oficiali ceea ce e obligatoriu, interzis și permis subiectului să facă. În situațiile de conflict și confruntare, subiectul încearcă să-și controleze și să-și mențină în intimitate secretele, intențiile și strategiile, pentru a nu fi la discreția agresorilor. Totuși există suficiente situații normale în care subiectul acceptă sugestiile și influența altora, se lasă dominat și dirijat, în diverse grade. Precum și situații în care el mărturisește persoanelor oficiale, publice și străine sub diverse forme - e.g. în urma torturii sau șantajului - gândurile și intențiile sale intime. O altă situație specială este cea a dominării și fascinării de către o persoană autoritară, a unui subiect cu un eu mai fragil, cu tendința la dependență. În acest caz, ca și în situația hipnozei, e posibilă o importantă manipulare a subiectului din partea celuilalt. În general însă, subiectul poate controla ceea ce hotărăște să mențină în zona strict privată a psihismului său - ca gând, intenție, opinie, decizie - și ceea ce acceptă, exprimă, în diverse modalități, persoanelor mai apropiate, celor oficiale sau oricui⁽³¹⁾. În sfârșit, o condiție aparte - deși bazală și răspândită - este cea a autorității divine. Din principiu, Dumnezeu este atoatecunoscător și puternic, deci, el poate cunoaște gândurile oricui și influența în acele sale pe oricine.

Se poate considera că psihismul persoanei e astfel organizat încât adultul gestionează, cu o anumită libertate, o arie posibilă de raportări interpersonale, ce se distribuie pe o diagramă intim/public. Iar această structură intrapsihică este în mod firesc sub controlul sinelui. În psihopatologie,

acest control se modifică, diminuând în condițiile în care autonomia sinelui scade. SPR apar când această structură se prăbușește dincolo de o anumită limită; iar subiectul pierde de sub control autogestionarea zonei intimității sale. Pentru studierea, din variate perspective, a SPR, ar trebui să se realizeze un model cât mai adecvat al acestei structuri intrapsihice, care gestionează relaționarea interpersonală intrapsihică a subiectului pe diagrama intim/public. Factorii biopsihologici care conduc la depersonalizare de tip schizofren pot fi considerați ca factori care fragilizează acest proces. Dar probabil intervin și alți factori, care scad conturul independenței subiectului, în condițiile în care interrelaționarea cu alții e o constantă a existenței persoanei.

Ar mai fi de adăugat că în ecuație nu intră doar alte persoane concrete. Ci o întreagă structură socio-culturală a relaționării pe diagrama: „eu-voi-ceilalți“. Precum și entitățile ce pot reprezenta „instanța personalistic xenopatică“; poziție pe care se plasează instituții, organizații, personaje cultural-istorice etc. Iar în mod deosebit, ființele supranaturale: Dumnezeu, diavolul și alte personaje ale mitologiei religioase. Toți acești factori și toate aceste instanțe intervin în fenomenologia SPR.

Perspective pentru psihopatologia clinică a SPR

SPR au fost introduse în practica diagnostică psihiatrică cu scopul de a discrimina între schizofrenie și ciclotimie (= tulburarea bipolară). Sintezele clinice ale ultimului deceniu au fost tot mai reținute față de această pretenție. Acest lucru se datorează nu doar acceptării oficiale a categoriei tulburării schizoafective, ci și multiplelor probleme metodologice pe care cercetarea clinico-evolutivă le ridică. Un amplu bilanț al literaturii, realizat în 2007 de Nordgaard et al.⁽³²⁾ subliniază că criteriile de diagnostic ale schizofreniei (și ale altor entități nosologice) joacă un rol mai important decât simpla identificare a SPR. Cel puțin criteriul durată și cel al configurației psihopatologice de ansamblu joacă un rol major. Diverse studii din ultimii ani realizează variate modalități de decupare a cazuisticii analizate, de la relația între SPR și durata psihozei netratate în „primul episod de psihoză“⁽³³⁾ la frecvența SPR la schizofrenii spitalizați⁽³⁴⁾. Există un consens aproape general că SPR se întâlnesc cu o anumită frecvență în tulburarea bipolară, fără ca prin aceasta să se impună diagnosticul de tulburare schizo-bipolară. Ideea că prezența unuia din simptomele centrale ale SPR ar fi suficientă pentru diagnosticul de schizofrenie (dacă se menține peste o lună) nu mai este împărtășită nici de OMS, în proiectul ICD-11.

În aceste condiții, capătă o importanță tot mai mare aspectul sindromatic al SPR și luarea în considerare a unui substrat bio-psiho-antropologic (cerebral) care este afectat în acest caz. Trimiterile tot mai insistente la fragilitatea instanței sinelui (self-ului) merită atenție. Acest fapt ridică însă problema studierii riguroase a acestui sindrom, pe baza unui instrument cuprinzător, deschis spre contextualizări clinice variate.

Sinteza de față a fost făcută cu scopul de a propune un astfel de instrument.

Anexă

Scala de evaluare a expresivității „simptomelor de prim rang Schneider” SRP în psihoze

Instrumentul încearcă să evedențieze prezența SPR în psihoze, ca listă, expresivitate și context psihopatologic. El ar urma să se aplice cazurilor cunoscute și diagnosticate de psihoze care au prezentat SPR. De preferat sunt cazurile aflate în puseu cu care se poate colabora, sau imediat după ieșirea din acesta. Dar poate fi aplicat, cu aproximările de rigoare, și interepisodic. În primul caz, focalizarea e pe episodul în curs, făcându-se însă corelații și cu episoadele anterioare. În al doilea caz se identifică inițial episoadele în care ele au fost prezente și se face un bilanț global.

Prima intenție a instrumentului este calitativă, și nu cantitativă (aceasta poate fi dezvoltată ulterior). Se poate avea în vedere elaborarea unui chestionar semistructurat. Pentru început ar fi însă suficientă o listă cu definiții explicite pentru fiecare item psihopatologic invocat.

Instrumentul (fișa B) are trei coloane și un subsol. Coloana centrală se referă la SPR; cea din dreapta, la simptome delirant halucinatorii, care de obicei sunt corelate; cea din stânga, la tulburări formale de gândire. În subsol ar urma să se noteze sindroamele psihopatologice majore, prezente concomitent și implicate în formularea diagnosticului: e.g. sd. maniacal, depresiv, anxios-disforic, alte deliruri și halucinații, depersonalizare, derealizare, dezorganizare, simptome obsesiv-compulsive, catatoniforme, disociative de conștiință etc.

Coloana din mijloc evedențiază „toate” SPR prezente la cazul în speță, dacă e posibil cu exemplificări. Determinările relaționale se referă și la simptomele delirant halucinatorii din coloana din dreapta.

Fișa A reprezintă doar o listă de rapel a SPR în corelație cu alte simptome schizo+.

Fișa B – instrumentul propriu-zis, constând din cele trei coloane menționate, subsolul în care se trec toate sindroamele psihopatologice concomitente și precizările relaționale.

Fișa C se referă la comentarea și interpretarea cazului; ea poate începe cu precizările relaționale. ■

Fișa A Simptome de prim rang Schneider (SPR)

Percepția delirantă		Delir primar
Ecoul și sonorizarea gândirii		halucinații auditive
Halucinații auditive comentative ale actelor/ale evaluării persoanei		
Difuzarea gândirii (răspândirea, împărtășirea, citirea) înregistrarea, citirea gândirii	transparența gândirii	supravegherea intimității
Blocarea (retragerea, furtul) gândirii, inserția gândirii	influența gândirii	
Controlul voinței impunerea mișcărilor	control	influență xenopatică-control
Impunerea emoțiilor, impulsurilor, senzațiilor		

patologia sinelui

Fișa C Analiza SPR

Precizări relaționale: se notează de câte ori e posibil „cine” e implicat în acțiunea xenopatică: a/ persoane cunoscute din intimitate, zona familială sau vecinătate, serviciu; b/ persoane publice, străini (în cazul persoanelor de la serviciu trebuie decis între aceste două variante); d/ necunoscuți, persoane străine, instituții, organizații (e.g. serviciile secrete); e/ personaje fantastice, „extraterestri” etc.; f/ persoane divine sau din zona scenariilor mitico-sacrale, inclusiv diavolul, mai ales în delirul de posesiune.

Precizările relaționale (a, b, c, d, e, f) sunt importante și pot avea nuanțe; ... mai ales d/ .subiectul poate resimți „impersonal” că este dirijat, fără a putea preciza de către cine; ... și în mod special f/, care e o situație cu totul specială, ce se cere studiată: Dumnezeu este realmente în intimitate și într-o poziție protectoare, poate cea mai intimă persoană; și e firesc să cunoască gândurile și să influențeze acțiunile, la fel ca mama pentru copil; deci nu cu sentiment de anxietate paranoid persecutor, mai ales la schizomaniacali; și la fel diavolul, în măsura în care e trăit în sensul „posesiunii”, deci este plasat intrapsihic: deși în acest caz sentimentul poate fi altul, ceea ce se cere clarificat. ... Precizările relaționale pot constitui un program special de studiu.

Fișa B Simptome de prim rang Schneider (SPR)

Fenomene depersonalizante	SPR detaliate	Fenomene halucinatorii și delirante
	percepția delirantă	atenție acordată detaliilor, percepție reliefată „salience“, interpretări delirante simptome de referință (personalizate/nepersonalizate) dispoziție delirantă (cu anxietate și derealizare „centralitate atmosferică“) delir primar
Limbar interior	ecoul gândirii (g) sonorizarea g. halucinații auditive ce comentează acțiunile halucinații auditive evaluative	halucinații auditive injurioase, apelative imperative, pseudohalucinații, halucinații funcționale simptome de relație senzitivă urmărire
Hiperreflexie	împărtășirea g. difuziunea g. înregistrarea g. ghicirea, citirea cunoașterea g. supravegherea g.	supravegherea intimității (cu aparate) sindrom Capgras (Fregoli, Sosia) transparența g.
Tulburări formale ale cursului gândirii blocaj, interferența presiunea g. (mentism)	blocajul g. extragerea, furtul g. impunerea, contrafacerea g. inserția g.	influența g.
Indecizie dificultatea trecerii la act	controlul voinței, dirijare (automatism mental) mișcări impuse	controlul voinței și corporalității pasivitate
Mișcări automate	emoții, impulsuri	
Cenestopatii	senzații impuse	
Sindroame însoțitoare: Deliruri	depresie	manie
Dezorganizare	anxietate	halucinații

(precizările relaționale: a, b, c, d, e, f se cer menținute și nuanțate)

Bibliografie

- Tatossian, A., (1979), „Phenomenologie des psychoses“, Ed.Mason, Paris.
- Zahavi D. (2003) Phenomenology of self, p.56-106. In:Kircher T., David A. (eds.), The Self in Neuroscience and Psychiatry, Cambridge University Press, in Tilo Kircher & Antony David (Eds).
- Parnas J. (2003) Self and schizophrenia: a phenomenological perspective, pg.217-241. In: Kircher T., David A. (eds.), The Self in Neuroscience and Psychiatry, Cambridge University Press, in Tilo Kircher & Antony David (Eds).
- Parnas J. (2012) DSM-IV and the founding of schizophrenia: are we regressing to a pre-kraepelinian nosology? pp. 237-259.
- Sass L. A. (2003) Self-disturbance in schizophrenia: hiperreflexivitate și diminuare a afectării de sine, pg.242-271 In:Kircher T., David A. (eds.), The Self in Neuroscience and Psychiatry, Cambridge University Press, in Tilo Kircher & Antony David (Eds).
- Frith C. (1992) The cognitive Neuropsychology of Schizophrenia, Hillsdale, NJ Erlbaum.
- Synofzik M, Vosgeran G, Voss M. (2013), The experience of agency : an interplay between prediction and pastiction, frontiers in Psychology, vol.4, Article 127.
- Janeraud M, Farre Ch, Franck N et al () Action regulation in normal and schizophrenic subjects, pp., 380-706.
- Crow T (1999). Is schizophrenia the price that homo sapiens pay for language? Schizophrenia research, 127-141.
- Ceccherini-Neli A, Turpin-Crowther K, Crow T.J. (2007) Schneider's first rank symptoms and continuous performance disturbance as indices of dysconnectivity of left and right hemispheric components of language in schizophrenia, Schizophrenia Research, 90, 203-213.
- Laftus J, Delisi LE, Crow T.J. () Factor structure and familiarity of first symptoms in sibling pairs with schizophrenia and schizoaffective disorders.
- Trevarthen C, Aitkne K. (2001) Infant intersubjectivity: Research, theory and clinical applications. Journal of Child Psychology And Psychiatry, 42:3-48.
- Tomasello M. (1995) Joint attention as social cognition. In: Moore C, Dunham P. (Eds). Joint attention: Its origins and role in development, New York: Hillsdale, Erlbaum, 103-130.
- Bowlby J. (1988) Attachment and loss. Loss sadness and depression, Vol.3, New York: Basic Books.
- Lăzărescu M. (2011) Teoria minții și psihopatologia, Revista Română de Psihiatrie;13 (1):1-6.
- Lăzărescu M. (2011) Psihopatologia delirului în perspectiva structurilor ierarhice a sinelui. Revista Română de Psihiatrie; 2:103-112.
- Nordgaard J, Arnfred SM, Handest P. et al. (2007) The diagnostic Statut of First Rank Symptoms, Schizophrenia Bulletin, vol.34, no1, pf. 137-154.
- Ramperti N, Anwar M et al. (2010) First Rank Symptoms in First Episode Psychosis and Their Relationship to the Duration of Untreated Ullness, The J.of Nervous and Mental Disease, vol.198, Nr.11, Nov.2010, pp.820-865.
- Idrees M, Khan I, Irfan M. (2010) Frequency of First Rank Symptoms in Patients of Schizophrenia: a Hospital Based Study, Gomal J. of Medical Sciences, January-June, vol.8, no.1, pp 50-52.

Charles Bonnet's syndrome: under diagnosed in elderly people with visual hallucinations

Case report

Sindromul Charles Bonnet: sub diagnosticat la persoanele în vârstă cu halucinații vizuale – Prezentare de caz

Letitia Dobranici

consultant psychiatrist Mental
Health Services for Older Adults,
Middlemore Hospital,
Auckland, New Zealand

Abstract

This article presents a case of Charles Bonnet's syndrome in a 83 years old male successfully treated with Gabapentin. Charles Bonnet's syndrome should be considered whenever an older person with significant visual impairment reports visual hallucinations in the absence of delirium, dementia, focal neurological signs, intoxication, metabolic abnormalities or delusional thinking.
Keywords: Charles Bonnet's syndrome, elderly, visual hallucinations, cognitive impairment

Rezumat

Articolul ilustrează un caz de sindrom Charles Bonnet la un bărbat de 83 de ani care a răspuns pozitiv la tratamentul cu gabapentin. Sindromul Charles Bonnet trebuie considerat ca diagnostic posibil în cazul oricărui vârstnic cu deteriorare vizuală semnificativă care acuză halucinații vizuale fără să existe: delirium, demență, semne neurologice de focar, intoxicație, tulburări metabolice sau ideație delirantă.
Cuvinte-cheie: Sindromul Charles Bonnet, halucinații vizuale, bătrânețe, tulburări cognitive

Charles Bonnet's syndrome (CBS) was named by a Swiss natural philosopher who, in about 1760, noted that his 89 years old grandfather, the magistrat Charles Lullin began to experience visual hallucinations. Lullin's vision had been affected by severe cataract over a number of years but he was otherwise healthy with no history of any mental health problems. It wasn't until the 1936 that the term was coined as a medical eponym by the neurologist Georges de Morsier naming this phenomenon after Charles Bonnet in recognition of his remark that visual hallucinations secondary to eye disease are quite distinct from those caused by mental illness.

The prevalence of this condition is difficult to assess due to the under-reporting – 1 of 10 patients seem to report the presence of hallucinations but it is thought to occur in about 10%-15% of patients with moderate visual loss and possibly up to 50% of people with severe visual loss. It tends to occur in elderly individuals due probably to the increased prevalence of visual impairment in this age group.

Initially, the cornerstones features of this syndrome were considered to be: the presence of of visual hallucinations, a significant degree of visual sensory deprivation and preserved cognitive status. Now, there are also described "Atypical CBS" or "CBS Plus" to designate any kind of visual hallucinations that could be considered as a CBS but accompanied by a lower level of insight, a possible cognitive decline, other hallucinatory modalities, presence of a positive personal psychiatric history or a concomitant psychiatric disorder etc.

Generally, people having CBS describe visual hallucinations that are always outside their bodies. They may be

simple hallucinations with a geometrical pattern (e.g. grids, brickstones, circles, shapes) but they are usually complex involving different objects, cartoons, moving vehicles, buildings, landscapes, persons or just faces. The size of people or objects may be normal, larger than life sized or very commonly very small. Patients may report seeing texts or letters but, typically, they can never quite read them when they try to. These hallucinations usually appear and disappear suddenly and can last for seconds, minutes or hours. They occur mostly in condition of dim lighting, early in the morning, at dusk or at night. Unlike the hallucinations from psychosis or temporal lobe epilepsy, the hallucinations from CBS have no personal meaning to the patient. They seem to be more like a movie rather than a dream to the patients and they usually report not being able to form any type of associations between what they see and something related to them, even remotely. The emotional response to these hallucinations can be very different from not being distressed at all to frustration, anger, high levels of anxiety or even terror. People experiencing these visual hallucinations are usually afraid that they are a sign of "madness" or fear that they would be considered to be "mental". At the same time, they maintain a fair degree of insight into the fact that what they are seeing is not real. Another characteristic of these hallucinations is the fact that they can be modified or made to disappear by closing or moving the eyes.

In Charles Bonnet's Syndrome, the visual hallucinations may arise from a peripheral pathology caused by lesions of the optical nerves or an ocular pathology



as in macular degeneration, retinopathy, glaucoma, or cataract. Therefore, it is most often seen in older people as they are more prone to have an ophtalmological condition such as age-related macular degeneration. However, anyone of any age, including children, may develop this condition as any eye condition that causes sight loss can produce CBS.

Hallucinations in dementia, delirium, migraine, epilepsy, or in extreme states of exhaustion or sensory deprivation, as well as hallucinations due to some side effects of drugs, schizophrenia or other psychosis must be excluded. Hallucinations from complicated bereavement must also be excluded although, in my opinion they might share the same mechanism to some extent.

The underlying pathophysiology in CBS is unknown. A widely accepted hypothesis postulates a reduced afferent input causing a “release” with disinhibition of engrams in the visual association cortex that are experienced as hallucinations. fMRI studies of the brain of people with Charles Bonnet’s syndrome have shown an increased activation of the ventral extrastriate cortex. In other words, when a person is seeing real things, the information received from the eyes actually stops the brain from creating its own pictures. When one loses eye sight, the brain is not receiving as much information from the eyes as it used to, causing the brain to fill in these gaps by releasing fantasy pictures, patterns or old pictures that it has stored. When this occurs, the patients experience these images stored in their brain as hallucinations. There are authors suggesting common pathology links in people with CBS, musical hallucination in people with hearing impairment and

people experiencing the “phantom limb” phenomenon.

In this article I report one detailed case of Charles Bonnet’s syndrome in 83 years old gentelman. In diagnosing thim with the Charles Bonnet’s syndrome I used the following criteria:

- The presence of complex visual hallucinations,
- Significant visual impairment preceding the occurrence of visual hallucinations
- The retention of insight
- The absence of hallucinations in other sensory modalities
- The absence of delusions.

Case study. Stanley – “*The neighbor is moving every night*”

First case involves a 83 years old Scottish gentelman seen at his home in response to the referal sent to our service by his general practitioner worried about the occurrence of daily, vivid visual halluciantions in the last couple of weeks. For a better and more comprehensive picture of the case I included most of the initial community assessment leaving aside certain details due to confidentiality issues.

Details of the Assessment

Seen in joint visit with MHSOP psychiatric district nurse on 6/06/2014 at his home where he lives at the moment with his grandson – student at the Auckland University, his old dog and his 13 years cat. Stanley was aware of the reason of the visit, happy to see us, polite, fully mobile. He waited in front of his house smoking a cigarette.

Reason for Referral

Referred by his GP

“Has had 2 weeks of visual hallucinations – had recent retinal artery+vein occlusion -

Visual hallucinations - sees furniture in the driveway which he then goes to touch and his hand falls to the ground, other night sheets in piles and some all over the place, now seeing sheets in the bedroom. All these happen at 9.30 when he takes dog for a walk. Wife of 56 years old died in November 2013, daughter who was looking after them has moved to United Kingdom to live, one daughter in Christchurch, grandson helping out.”

Client’s Account of Present Problems

Stanley said that he had a stroke not too long ago. He felt a sharp pain behind his right eye. That night, when he went for a walk with his dog, he saw many pieces of furniture in the courtyard. He thought his neighbor must be moving out and was sure about this the second morning when he did not see the furniture out anymore. However, that second evening, when going out, he saw again the furniture and was anxious to see that his hand could go “through”. Ever since, he has had every night static visual hallucinations of piles of sheets, glass sheets, and lately people near his bed. As he realizes these images are not real, he turns on a flashlight pointing it to these men and they disappear. He is wondering if he has to try live with these distortions in his perception and he considers they are only related to the stroke “This is my brain playing tricks”. He would want to know if there is a treatment available. Stanley reports that he goes twice a week to Art classes but he doesn’t share with other people this particular aspect, not to be taken as a “lunatic”.

Collateral Information

Grandson resumed in telling us that, in fact his grandfather still watches TV despite his poor vision. He acknowledged that all the information provided by his grandfather was correct.

Drug and Alcohol History

Smoker - more than 20 cigarettes a day
1 glass of wine - Chardonnay daily

Past Psychiatric History

None known

Medical History

Hemorrhoids
Hydronephrosis-none functioning kidney
Hypertensive disease
Other retinal disorders, central retinal vein occlusion
Transient ischemic attack
Vitamin B12 deficiency

Longterm medications

Omeprazole 20 mg cap - 1 od
Dipyridamole 150 mg Sustained Release - 1 bd

Accupril 10 mg daily
Lipitor 10 mg nocte
Hydroxocobalamin Acetate 1000 mcg/1ml inj - one monthly

Personal History

Born in Scotland, has worked as a carpenter, “building and designing houses”. Difficult to remember the names of his brothers and sisters.

Current Living Situation

He lives with his grandson who is a student in Auckland. His son will leave in England. His daughter from Christchurch will come to stay with him and he receives meals on wheels daily. His daughter currently in England will return to New Zealand in a couple of weeks.

Mental Status Examination

Short, thin, 83 years old man, good eye contact, polite and pleasant. Appropriately dressed for the weather. Stains of nicotine on his fingers and dirty nails. Speech normal in r/v/t. Hearing problems - cerumen present in his auricular canal. He presents with distortions in visual perception - hypnagogic hallucinosis seeing every night since he had a stroke two weeks ago, pieces of furniture, piles of sheets and men near his bed. These hallucinations disappear if he turns on the light. Therefore, he keeps a flashlight near him at night time. He has full insight over his visual distortions. There is no important distress associated with these hallucinosis. Short and long term memory problems with fluctuating attention span after getting tired during the interview. ACER III – 73/100. Good insight on his memory problems. Oriented to space but not to time. He had to ask several times a question (also difficult to concentrate due to his hearing impairment). No problems with his logical thinking, judgment or executive functions. Good mood with reactive affect and nice sense of humor and self irony. He reported good appetite with normal bowel movement, good sleep over all night.

Assessment of Risk

- moderate to high risk of recurrent strokes
- risk of further cognitive impairment
- risk of unintentional self harm due to visual and hearing impairment

Diagnostic Formulation

83 years old Scottish man complained to GP about visual hallucinations at night occurred suddenly after stroke affecting his right eye. There is full insight on the abnormal changes in his visual perception and concerned that there is no treatment and about the possible duration of these hallucinations. However, there is no distress or modified behavior due to these hallucinations. There are also some memory problems Stanley is aware of - and cognitive assessment showed a mild cognitive impairment with ACE III 73/100 (Attention and Orientation 13/18, Fluency 10/14,

Table 1 Biological parameters

Haemoglobin	102	g/L	L	130-175
RBC	3.50	x E12/L	L	4.3-6.0
Haematocrit	0.32		L	0.4-0.52
Mean Cel Volume	90	fl		80-99
Mean Cell Haemoglobin	29.1	pg		27-33
RDW	15.1		H	11.5-15.0
Platelets	445	x E9/L	H	150-400
MPV	9.4	fl		9.0-12.2
WBC	8.8	x E9/L		4.0-11.0
Neutrophils	6.2	x E9/L		1.9-7.5
Basophils	0.1	x E9/L		0-0.2
Eosinophils	0.3	x E9/L		0-0.5
Monocytes	1.0	x E9/L		0.2-1.0
Lymphocytes	1.2	x E9/L		1.0-4.0
Immature Granulocytes	0.1	x E9/L	H	0.0-0.06
Sodium	135	mmol/L		135-145
Potassium	4.5	mmol/L		3.5-5.2
Chloride	105	mmol/L		95-110
Urea	10.6	mmol/L	H	3.2-7.7
Creatinine	107	umol/L	H	60-105
C-Reactive Protein	71	mg/L	H	0-5

Language 24/26, Visuospatial 16/16, Memory 10/26).

Stanley gave up driving right after the stroke. However, he continues to smoke a lot. Another concern is that as he gave up driving after the stroke and his grandson will leave in the UK, he wonders how he will manage doing his shopping. At present his mobility is good. There is a risk of another recurrent strokes and further cognitive decline.

Stanley presents with all the symptoms for a diagnosis of Charles Bonnet syndrome. Moderate Cognitive Impairment.

Diagnosis

AXIS I Visual hallucinations due to neurological condition - Charles Bonnet Syndrome . Moderate cognitive impairment.

Initial Management Plan

Gabapentin 300 mg nocte 1 month - script given
Follow up in the community by MHSOP registered nurse.

One week after the visit, on telephone conversation with his grandson, he reported that Stanley was attending his Art club. He has not experienced any side effects from Gabapentin and reported to have less frequent hallucinations in terms of duration. He had no hallucinations the night before.

At the first face to face follow up, two weeks after initiating him on Gabapentin, Stanley reported not having any hallucinations anymore. He seemed however, more muddled, repetitive and forgetful. I suspected increased alcohol intake but Stanley reassured me that he "only drank his usual amount" Grandson confirmed

that his grandfather kept taking the medication as per script, and gave no indication about any alcohol abuse.

Regarding Stanley's laboratory and imagistic work out, it's noteworthy mentioning a mild degree of anemia, trobocitosis, renal function impairment and increased CPR inflammation marker . The CT scan done after a car vs pedestrian impact, when he was hit while trying crossing the street showed generalised parenchymal atrophy suggesting an organic cause for his cognitive impairment, possible an installing dementia.

Technique

Unenhanced CT brain - 2014

Findings

No intracranial haemorrhage.

There is generalised parenchymal atrophy as well as evidence of chronic small vessel disease with confluent periventricular and deep white matter low attenuation change. There are mature lacunar infarcts involving the caudate heads and the anterior limbs of the internal capsules bilaterally. No recent infarct is identified. No mass effect, oedema or hydrocephalus. No skull fracture. Mild mucosal thickening is seen in the ethmoidal air cells.

Interpretation

No intracranial sequelae of trauma.

Discussions

There are a number of implications when failing to diagnose Charles Bonnet's syndrome. Patients rarely volunteer symptoms of this syndrome unless prompted, because they fear that they will be thought to have a psychiatric illness. One of the main reasons for patient's frustration is that, despite reporting the hallucinations, they do not receive a prompt explanation or a plan to manage these when occurring. They frequently ask: "how come you are the first doctor telling me about this syndrome?" Therefore, Charles Bonnet's syndrome should be considered whenever an older person with significant visual impairment reports visual hallucinations in the absence of delirium, dementia, focal neurological signs,

intoxication, metabolic abnormalities or delusional thinking. Insight should be preserved at least partially. Because hallucinations in the elderly can be attributed to a variety of causes, it is important to assess the possible etiology for visual hallucinations.

Patient education and reassurance are the cornerstones of treatment. Other possible treatments are: improving visual acuity and the general physical condition, stopping medication with hallucinogenic side effects, activating the patient, coaching the patient in avoiding hallucination-triggering situations and using stopping strategies. Pharmacological treatment options for Charles Bonnet's syndrome still remain poor and of uncertain benefit for the individual patient. Many of the widely used psychotropic drugs such as benzodiazepines, antidepressant drugs, or classic neuroleptic drugs have shown only modest effect or lack of effect. Only a few reports exist of successful pharmacotherapy with carbamazepine, valproate, gabapentin, ondansetron or cisapride. There is also described successful remission of the visual hallucinations in a patient with dementia after using Donepezil.

In this case, I chose Gabapentin given the success achieved in a number of cases reported in medical literature, and the safer profile of this drug considering the comorbidities this particular patient has and his vascular risk factors. Two german neurologists from a clinic in Munich discussed in a paper the reasoning for use of Gabapentin in patients with CBS. According to them, anticonvulsant drugs in general may influence abnormal neuronal excitations caused by release mechanisms. There is a wide non-epileptic use of gabapentin as well as of conventional anticonvulsant drugs including therapy of peripherally caused "phantom pains", possibly having similar pathophysiology in another modality. Compared with the above mentioned drugs gabapentin seems to have fewer side effects (for example, compared with carbamazepin or neuroleptic drugs, which often cause marked sedation or cognitive impairments) and fewer interactions with comedication, providing a safer application, especially in the predominantly elderly Charles Bonnet's syndrome population.

If medication is felt necessary or requested in a patient with CBS, clinicians should consider Gabapentin. ■

References

1. Batra A, Bartels M, Wormstall H: Therapeutic options in Charles Bonnet syndrome. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96:129-133 .
2. Greener M.: Charles Bonnet syndrome: an enigmatic neurological condition. *Prog. Neurol. Psychiatry* 2014, 18: 6-8. doi: 10.1002/pnp.322.
3. Holroyd S, Rabins PV, Finkelstein D, et al: Visual hallucinations in patients with macular degeneration. *Am J Psychiatry* 1992; 149:1701-1706.
4. Holroyd S, Rabins PV: A three-year follow-up study of visual hallucinations in patients with macular degeneration. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184:188-189.
5. Hori H, Terao T, Shiraishi Y, et al: Treatment of Charles Bonnet syndrome with valproate. *Int Clin Psychopharmacol* 2000; 15:117-119.
6. Jackson ML, Ferencz J: Cases: Charles Bonnet syndrome: visual loss and hallucinations. *CMAJ*. 2009 Aug 4;181(3-4):175-6.
7. Jacob A, Prasad S, Boggild M, et al: Charles Bonnet syndrome--elderly people and visual hallucinations. *BMJ*. 2004 Jun 26;328(7455):1552-4.
8. Manford M, Andermann F: Complex visual hallucinations: clinical and neurobiological insights. *Brain* 1998; 121:1819-1840.
9. O'Farrell, L., Lewis, S., McKenzie, A., Jones, L.: Charles Bonnet syndrome: A review of the literature. *Jr of Visual Impairment and Blindness* 2010 104, 261-274.
10. Paulig M, Mentrup H: Charles Bonnet syndrome: complete remission of complex visual hallucinations treated by gabapentin. *J NeuroNeurosurg Psychiatry* 2001; 70:813-814.
11. Ranen NG, Pasternak RE, Rovner BW: Cisapride in the treatment of visual hallucinations caused by vision loss. *Am J Geriatr Psychiatry* 1999; 7:264-266.
12. Rees, W.D. The hallucinations of widowhood. *BMJ* 1971, 4, 37-41.
13. Russell G: Age related macular degeneration is associated with Charles Bonnet syndrome. *BMJ*. 2010 Mar 24;340:c1611. doi: 10.1136/bmj.c1611.
14. Singh A, Sørensen TL. Charles Bonnet syndrome improves when treatment is effective in age-related macular degeneration. *Br J Ophthalmol*. 2011 Feb;95(2):291-2. doi: 10.1136/bjo.2010.179465. Epub 2010 Aug 23.
15. Terao T, Collinson S: Charles Bonnet syndrome and dementia. *Lancet*. 2000 Jun 17;355(9221):2168.
16. Teunisse RJ, Cruysberg JR, Hoefnagels WH, et al: Visual hallucinations in psychologically normal people: Charles Bonnet's syndrome. *Lancet* 2000; 347:794-797.
17. Teunisse RJ, Cruysberg JR, Verbeek A, et al: The Charles Bonnet syndrome: a large prospective study in the Netherlands. *Br J Psychiatry* 1995; 16:254-257.