

Aspecte clinice ale sindroamelor de debut în schizofrenie

Clinical aspects of syndroms in the beginning of schizophrenia

Dr. LUCIAN TRAIAN, Prof. Dr. V. CHIRIȚĂ, Dr. MARIA MAIDANIUC,
Șef Lucr. Dr. ADORATA COMAN, Prof. Dr. RODICA PETROVANU

Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași
Spitalul Clinic Universitar de Psihiatrie „Socola”, Iași
Ambulatoriu Specialitate „Sf. Spiridon”, Iași

REZUMAT

Autorii prezintă rolul factorilor endogeni și exogeni la debutul schizofreniei.

Material și metodă. Studiul a fost realizat pe un număr de 100 de pacienți adulți în cadrul Spitalului clinic Universitar de Psihiatrie „Socola” din Iași, la care boala a început să se manifeste înainte de 25 de ani (lotul de bază) și pe 100 de pacienți (lotul martor), cu debutul schizofreniei între 26 și 40 de ani.

Rezultate. Rezultatele obținute au fost sistematizate și ne oferă criterii de diagnostic ale manifestării simptomelor și sindroamelor în fazele inițiale de schizofrenie.

Cuvinte cheie: schizofrenie, sindrom, faze inițiale

ABSTRACT

The authors present the role of endogenous and exogenous factors in the beginning of schizophrenia.

Material and method: The study included a number of 100 adult patients of “Socola” University Psychiatric Clinic in Iasi at whom the disease manifested till 25 years old (main group) and 100 patients (following group) with schizophrenia, who have this disease till 26-40 years.

Results: The obtained experience within work was systemized and is offering as diagnostical criteria of the initial manifestation symptoms and syndromes of schizophrenia.

Key words: schizophrenia, syndrome, initial states

INTRODUCERE

Schizofrenia reprezintă o psihoză gravă care survine la adultul tânăr, de obicei cronică, din punct de vedere clinic caracterizată prin semne de disociere mentală, de discordanță afectivă și de activitate delirantă, incoerentă, care, în general, determină o rupere a contactului cu lumea exterioară și o repliere autistă.

Tratamentul uzual al schizofreniei, bazat pe modelul biopsihosocial, presupune prescrierea de antipsihotice, intervenții psihoterapeutice și sprijin familial și social (1).

Lucrarea are drept scop clasificarea tipurilor de debut ale schizofreniei, prezentarea particularităților specifice acestora și poate servi în calitate de ghid diagnostic atât pentru psihiatri, cât și pentru medicii de profil general.

MATERIAL ȘI METODĂ

Ne-am propus să identificăm câteva indicii „cheie” care să permită medicilor de familie o justă orientare și opțiune în fața unui pacient care prezintă elemente ale sindromului de debut în schizofrenie.

Lucrarea a fost efectuată în cadrul Spitalului Clinic Universitar de Psihiatrie „Socola”, Iași, în baza a două loturi de pacienți. Primul lot de studiu a fost format din 100 de pacienți (50 bărbați și 50 femei) cu debutul schizofreniei sub 25 ani. Al doilea lot, martor, a fost format din alți 100 de pacienți (50 bărbați și 50 femei) cu debutul schizofreniei între 26 și 40 de ani. Metodele de cercetare au fost clinice, anamnestic și statistice. A fost evidențiat rolul vârstei, antecedentelor premorbide, factorilor interni (endogeni) și externi (exogeni) în declanșarea schizofreniei. □

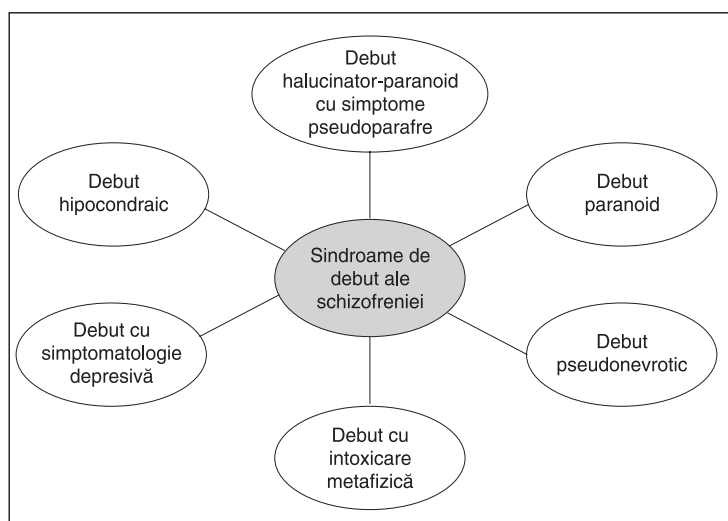


Figura 1. Sindroame de debut ale schizofreniei

CAZURI CLINICE

Debutul lent cu stări pseudonevrotice a fost stabilit la un număr de 7% dintre cazurile studiate în această lucrare. S-a constatat următoarea expresie psihopatologică: sindrom anxios-fobic,

anxios-hipocondriac, depresiv-fobic, dismorfofobic, tulburări de somatizare.

Simptomatologia pseudonevrotică nu este florentă, nu provoacă inadaptare socială și apare cu mult timp înainte de declanșarea stării psihotice. La femei, ca și la bărbați, de altfel, debutul pseudonevrotic se manifestă cu structuri dizarmonice de tip schizoid și anankast, evoluând lent. Pacientele acuzau cefalee, vertij, fatigabilitate, anxietate, dispoziție diminuată, tremor general, simptome de depersonalizare. La femei, delirul hipocondriac la etapa de debut este mai simplu și mai verosimil. Pe parcurs, aceste trăiri se transformă în delir de influență, persecuție și otrăvire (1).

Debutul acut pseudopsihopatic a fost constatat la 6% dintre pacienți cu tip de personalitate impulsiv. Spre deosebire de bărbați, femeile nu prezentau irascibilitate marcată, mai rar foloseau băuturi alcoolice și aveau un comportament mai adecvat. Toate pacientele au avut în antecedente traumatisme craniocerebrale, fapt care a contribuit probabil la fenomenul de hipersexualitate și comportament impulsiv autolitic (2). Sindromul de „intoxicare metafizică”, a fost depistat doar în trei cazuri, evolua lent, avea conținut hipocondriac sau religios sărac, rudimentar spre deosebire de bărbați, care au prezentat acest sindrom mai frecvent, mai florent și mai bine sistematizat. La femei, interpretările delirante se transformau în delir cu structură polimorfă, idei de influență, persecuție, otrăvire sau grandoare. La pacientele cu particularități de tip impulsiv frecvent se constata debutul precoce. Declanșarea etapei psihotice în aceste cazuri se manifesta cu simptomatologie halucinator – paranoidă cu sau fără sindrom (incomplet) Kandinski-Clerambault. Structura delirantă complexă persista în continuare în tabloul clinic.

Debutul acut cu sindrom halucinator-paranoid, cu sau fără sindrom Kandinski-Clerambault, s-a constatat în 24% dintre cazuri, cu preponderență la pacientele cu structurare

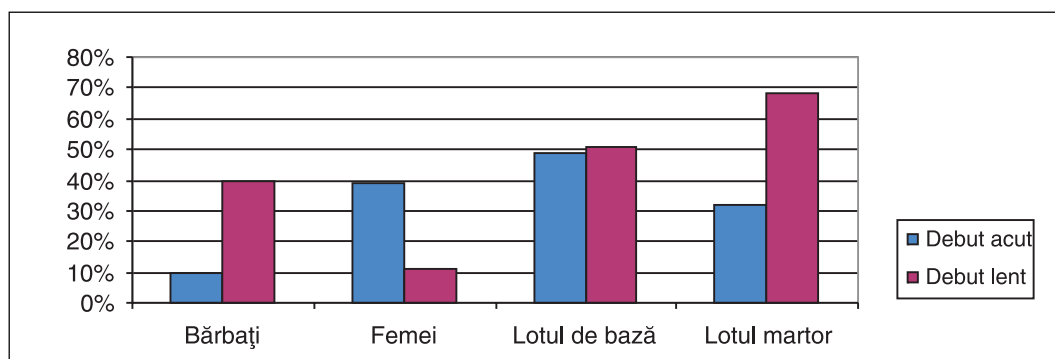


Figura 2. Evoluția debutului în schizofrenie (bărbați și femei).

dizarmonică de tip schizoid. Maladia s-a declanșat acut, cu disomnii, instabilitate a dispoziției, cu predominare a stării depresive, derealizare, anxietate, uneori agitație psihomotorie, irascibilitate, comportament bizar, dificultăți de concentrare a atenției, mentism. În continuare, se asociau delirul de persecuție, influență, otrăvire, halucinații olfactive sau gustative dezaprobante, pseudohalucinații, delir hipocondriac care putea evolua către sindromul Cotard (3). Uneori, ideile hipocondriace se asociau cu dismorfofobii, substituind astfel, spre deosebire de adulți, etapa paranoică la acest lot de paciente. Sindromul paranoic la etapa de debut este rar depistat, apare pe fundalul structurării dizarmonice de personalitate, și are un conținut legat de trăirile pacientului. În 12% dintre cazuri, debutul acut în schizofrenia paranoică a coincis cu graviditatea, perioada postpartum și de lactație. La aceste paciente, în structura tabloului psihopatologic s-a depistat triada depresivă asociată cu simptomul de derealizare.

Debutul paranoic s-a constatat în rândul a 6% dintre cazuri, acesta apărând, ca și la bărbați, la vârsta de 17-25 ani, dar se dezvoltă mai acut. Pe un fundal depresiv sever se constată o stare de anxietate pronunțată, insomnie, dificultăți de concentrare, senzația de „gol ideativ“, simptome de depersonalizare. Interpretările delirante de tip hipocondriac și otrăvire evoluează spre delirul hipocondriac și de otrăvire. Pe parcurs se asociază delirul de relație, persecuție și influență.

Debutul cu simptomatologie depresivă a fost stabilit în 5% dintre cazuri. Ca regulă, boala se declanșă acut după intervenția unor factori stresanți sau în perioada postpartum. La prima internare a fost constatat sindromul depresiv, depresiv-hipocondriac și depresiv-delirant. În etapa inițială a maladiei, personalitățile de tip anankast prezentau tulburări afective pronunțate exprimate prin tristețe, anxietate, senzație de vinovăție, idei de autoacuzare, autoumilire sau tendințe autolitice. Vectorul ideilor depresive, în majoritatea cazurilor, era însuși pacientul. Afectul depresiv se asocia cu sindrom de derealizare și depersonalizare. În cazurile când depresia era asociată cu anxietate și agitație, erau manifeste reacții distimic – disforice ale pacienților. Alt tip de evoluție al acestui tip de debut s-a manifestat cu simptomatologie depresiv-hipocondriacă în cadrul căreia, inițial, pe fundalul deprimat – anxios se conturau ideile hipocondriace evoluând, în continuare, până la sindromul Cotard. Acest tip de debut este specific personalităților de tip schizoid. În continuare, simptomatologia se transforma în sindrom halucinator-paranoic.

Stările depresive în debutul schizofreniei paranoice la pacienții tineri debutează cu sindromul astenoanergic manifestând tulburări afective, disforii, idei de autoacuzare, diverse idei prevalente, dismorfofobii, idei de depersonalizare, stări psihastenice și cenesopatii. □

REZULTATE

Rezultatele obținute ne-au permis să comparăm între lotul de pacienți bărbați și lotul de paciente de sex feminin a particularităților clinico-evolutive:

1. Conform rezultatelor obținute, debutul pseudonevrotic, pseudopsihopatic acut și cu sindrom halucinator-paranoic se constată aproximativ în egală măsură pentru femei și pentru bărbați.

2. Debutul cu simptomatologie depresivă este mai des întâlnit la femei, iar debutul cu „intoxicare metafizică“ la bărbați.

3. În funcție de acuitatea debutului în lotul studiat, s-a stabilit debutul cu evoluție acută în rândul a 23% dintre pacienți și debutul cu evoluție lentă în rândul a 27% dintre pacienți.

4. Prezintă interes sindromul diagnosticat la prima internare și cadrul nozologic în care a fost încadrat. Încadrarea nozologică în ambele loturi nu a prezentat diferențe semnificative. S-au constatat diferențe sindromologice la prima internare în ambele loturi.

5. Debutul cu evoluție acută este constatat mai frecvent la femei – 39% dintre paciente, iar debutul cu evoluție lentă s-a depistat mai frecvent la bărbați – 40% dintre pacienți. În lotul de bază, la spitalizare predomina sindromul halucinator-paranoic și Kandinski-Clerambault – 23% dintre cazuri, iar în lotul martor acest sindrom a constituit doar 13% dintre cazuri.

6. Sindromul paranoic a predominat în lotul martor – 18% dintre cazuri, iar în lotul de bază frecvența a fost de două ori mai mică – nouă cazuri. Sindroamele pseudonevrotic și pseudopsihopatic la prima spitalizare au predominat de 6 ori mai mult la pacienții în lotul de bază comparativ cu lotul martor.

7. În cazul celorlalte sindroame, datele sunt aproximativ egale. În lotul de bază la femei în debutul maladiei predomină simptomatologia halucinator-delirantă (48%). La bărbați, această simptomatologie se depistează doar în 26% dintre cazuri, iar sindromul halucinator-delirant la ei se combină cu simptome de pseudoparafrenie – 6%, ceea ce nu este tipic sexului feminin.

8. La femei, la debutul maladiei în 10% cazuri s-a constatat simptomatologie depresivă, ceea ce nu este tipic bărbaților în lotul de bază.

9. Debutul cu intoxicare metafizică a fost constatat la bărbați în 22% dintre cazuri, iar la femei doar în 4%. Conform cu opiniile unor autori, la bărbați schizofrenia paranoidă debutează în general mai devreme decât la femei și evoluează mai malign.

10. În cazurile investigate n-au fost obținute rezultate semnificative referitor la debutul bolii în funcție de vârstă sau sex în ambele loturi. La intervalul de vârstă 19-25 ani, în lotul de bază predominau ușor bărbații (raportul 33 la 30). Vârsta medie la bărbați a fost de 20-22 ani, iar la femei 20-26 ani. □

DISCUȚII

Analizând datele obținute, am ajuns la concluzia că, în majoritatea cazurilor, declanșarea schizofreniei paranoide la bărbați sub vârstă de 25 de ani are un debut predominant lent, cu simptomatologie pseudonevrotică pseudopsihopatică, sindrom de „intoxicare metafizică”. Debutul acut se constată mai rar și se manifestă cu simptomatologie halucinator-delirantă cu sau fără sindrom Kandinski-Clerambault (2).

Au fost depistate particularități în raportul tipul de debut – tip de personalitate în ambele loturi. Pentru tipul impulsiv de personalitate, debutul schizofreniei se manifestă cu simptome psihopatoide sau pseudonevrotice, „intoxicare metafizică”, simptomatologie halucinator-paranoidă, inclusiv cu simptome parafrene. În cazul tipului schizoid au predominat sindroamele paranoide, halucinator-paranoide, halucinator-paranoide cu simptome pseudoparafrene, mai rar sindromul pseudonevrotic, depresiv și sindromul de „intoxicare metafizică”. Pentru tipul anankast, este tipic debutul halucinator-paranoid și pseudopsihopatic, iar pentru cel hipertim, debutul paranoid (4). Debutul cu „intoxicare metafizică” s-a stabilit la persoanele de tip impulsiv și s-a manifestat mai frecvent cu delir religios, mai rar

hipocondriac. Sindromul de „intoxicare metafizică” și structurările dizarmonice de personalitate substituie parțial etapa paranoică a schizofreniei paranoide în lotul de bază. Debutul pseudopsihopatic se constată mai frecvent la personalitățile de tip impulsiv, iar cel pseudonevrotic la pacienții cu trăsături premorbide anankaste. Debutul acut cu sindrom Kandinski-Clerambault predomină la persoanele cu particularități schizoide.

Etapa incipientă a schizofreniei paranoide la femeile tinere sub 25 de ani este asociată adeseori cu structurări dizarmonice de tip anankast și diferă de manifestările preclinice la bărbați, care prezintă, cu preponderență trăsături de tip impulsiv și schizoid (5).

În majoritatea cazurilor, la femei maladia debutează acut cu tulburări cognitive și simptomatologie depresivă, idei de autoacuzare, dismorfofobii, depersonalizare, manifestând polimorfism clinic, pe când schizofrenia paranoidă la bărbați are mai frecvent un debut lent și insidios. Ideile dismorfofobice, derealizare și 55 depersonalizare, depresiile atipice schizofrene la femeile din lotul de bază substituie etapa paranoică a schizofreniei paranoide.

Personalitățile cu structurări de tip impulsiv prezentau de asemenea, debut preponderent halucinator-paranoid și pseudopsihopatic, mai rar tipul paranoid și pseudonevrotic, însă n-a fost constat debutul halucinator-paranoid cu simptome pseudoparafrene și „intoxicare metafizică”.

Se poate concluziona că debutul halucinator-paranoid și psihopatoide este tipic pentru persoanele tinere cu particularități caracteriale de tip impulsiv (5). Tipul schizoid în lotul martor a prezentat debut halucinator-paranoid, inclusiv cu simptome parafrene, mai rar pseudonevrotic, depresiv sau „intoxicare metafizică”. Pentru tipul anankast, debutul tipic a fost halucinator-paranoid și pseudonevrotic. Pentru lotul martor au fost

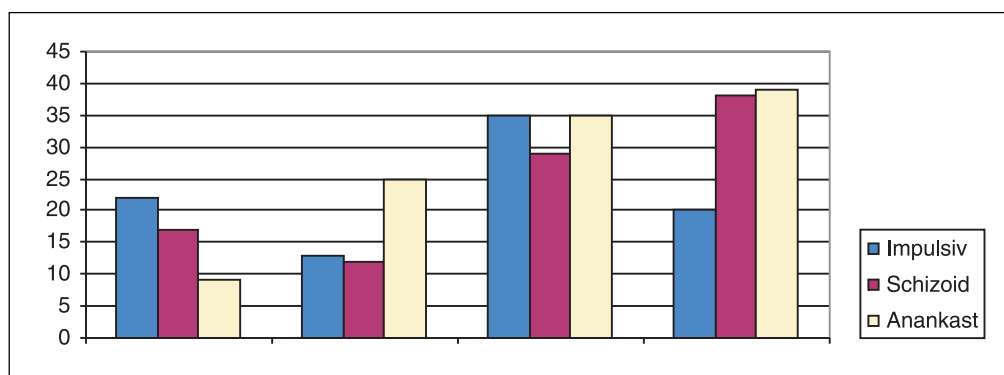


Figura 3. Tip de personalitate în funcție de apartenența sexuală în ambele loturi (lotul de bază și lotul martor).

tipice debutul paranoid, depresiv și cu „intoxicare metafizică”.

Simptomatologia nespecifică și polimorfă în etapa incipientă a schizofreniei paranoide la pacienții sub vârsta de 25 de ani favorizează apariția mai multor tipuri de debut (6). Cele mai frecvente sunt următoarele:

1. debut cu „intoxicare metafizică” – 13% cazuri.
2. debut cu stări pseudonevrotice – 16% cazuri.
3. debut cu stări pseudopsihopaticice – 13% cazuri.
4. debut paranoid – 13% cazuri.
5. debut acut cu sindrom halucinator-paranoid – 37% cazuri.
6. debut halucinator-paranoid cu simptome pseudoparafrene – 3% cazuri.
7. debut cu 56 de simptome depresive exprimate prin idei de autoacuzare și tendințe autolitice – 5% cazuri. □

CONCLUZII

1. În mod caracteristic, schizofrenia debutează cu simptomatologie depresivă la persoanele de sex feminin, iar la bărbați cu „intoxicare metafizică”.
2. Debutul lent al bolii a predominat în lotul de studiu.
3. Etapa incipientă a schizofreniei paranoide la femeile tinere sub 25 de ani este asociată adeseori cu structuri dizarmonice de tip anankast și diferă de manifestările preclinice la bărbați, care prezintă cu preponderență trăsături de tip impulsiv și schizoid.
4. Debutul halucinator-paranoid și psihopatoid este tipic pentru persoanele tinere cu particularități caracteriale de tip impulsiv. □

BIBLIOGRAFIE

1. **Tomorug EP** – Despre rolul factorului endocrin în schizofreniei și contribuția școlii Românești în această problemă. Unitatea societăților de științe medicale. Societatea de psihiatrie. Conferința națională de psihiatrie. București, 19-21 noiembrie, 1964: 74-75.
2. **Șelaru M, Donciu D, Boișteanu P, Chiriță V** – Studii de psihiatrie. Schizofrenia, Edit. Dosoftei Iași, 1997.
3. **Light GA, Hisu JL, Hsieh MH et al** – Gamma band oscillations reveal neural network cortical coherence dysfunction in schizophrenia patients. *Biol. Psychiatry*, 2006, vol. 60 : 1231-1240.
4. **Parker S, Jews S** – Identification of young people at risk of psychosis. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2006, vol. 12 : 249-255.
5. **Mihăilescu A, Neicu N, David E et al** – Aspecte Clinice ale Formelor de Debut în Schizofrenie. Unitatea Societăților de Științe Medicale. Societatea de psihiatrie. Conferința națională de psihiatrie. București, 19-21 noiembrie, 1964: 39-40.
6. **Chiriță A, Arsene S** – Tulburarea depresivă, marker al evoluției pe termen lung în schizofrenie. Terapie și management în psihiatrie, Editura Medicală Universală Craiova, 2006: 41-43.

Vizitați site-ul

SOCIETĂȚII ACADEMICE DE MEDICINĂ A FAMILIEI

www.samf.ro