

4. Шостакович Б. В., Горинов В. В. // Агрессия, агрессивное поведение и психопатология: постановка проблемы // Агрессия и психическое здоровье / Под ред. Т. Б. Дмитриевой и Б. В. Шостаковича. — СПб: Юридический центр Пресс, 2002. — С. 10–22;
5. Arch. Gen. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Psychiatry*. 2000. 57, 494–500;
6. Bjorkly S. Empirical evidence of a relationship between insight and risk of violence in the mentally ill—a review of the literature. *Aggress Violent Behav* (2006) 11::414–423;
7. Bjorkly S. Empirical evidence of a relationship between insight and risk of violence in the mentally ill—a review of the literature. *Aggress Violent Behav* (2006) 11::414–423
8. Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, Noffsinger SG, Resnick PJ, Camlin-Shingler K: Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1712–1714;
9. Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect. *Crim. Behav. Ment. Health*. 2001; 11, 6–26.
10. Wallace C, Mullen P, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* (2004) 161::716–727

NOȚIUNEA DE PSIHOZĂ ÎN PSIHIATRIA MODERNĂ

Grigore Garaz, Alisa Crețu, Zina Hotineanu, Svetlana Copeica, Lidia Grigorieva

(Coordonator științific – dr. în medicină, asistent universitar Inga Deliv)

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală U.S.M.F. „Nicolae Testemițanu”

Summary

The notion of psychosis in modern psychiatry

The concept of acute psychosis remains to be contemporary, being one of the basic notions in the ordinary day work of psychiatry doctor and essential in taking the decision of intake in the psychiatric hospital. There is a practical interest in understanding the evolution of this concept on the way of psychiatric progress giving the opportunity of easier approach of the patients with mental disorders.

Rezumat

Noțiunea de psihoză acută rămâne actuală fiind una din noțiunile de bază în lucrul cotidian al psihiatrului și indispensabilă în momentul deciziei internării în staționarul de psihiatrie. Este de un interes practic înțelegerea evoluției acestui concept pe parcursul dezvoltării psihiatrie permițând abordarea mai ușoară a pacienților cu patologie psihică.

Actualitatea și gradul de studiere a temei investigate

Studiul temei a fost controversat pe de o parte de lipsa elucidării adecvate a noțiunii de psihoză acută, precum și prin tendința acesteia de a fi dispersată în clasificări la nivelul fiecărei nozologii în particular.

Luând în considerare statutul renegat al noțiunii este dificil de a oferi date privind epidemiologia, frecvența sau alte date cu caracter cuantificat.

Prezintă câteva modele de tratare a noțiunii de psihoză. *Psihoză* – (psih + oz) – stare patologică a psihicului, ce se manifestă în totalitate sau preponderent prin reflectarea eronată a lumii obiective cu tulburări de comportament, schimbări în diferite sfere ale activității psihice, de obicei cu apariția unor fenomene necaracteristice psihicului sănătos (halucinații, delir, tulburări afective și psihomotorii etc) [5].

Grecescul psyche („viață” sau „suflet”) azi poate fi tradus ca „minte”. Suffixul „-osis” înseamnă „orice boală a”.

Dicționarul Oxford Englez definește psihoza ca: Orice tulburare mentală, în special una ce nu poate fi calificată ca leziune organică sau nevroză. În abordare modernă, orice boală mentală sau tulburare care este acompaniată de halucinații, iluzii sau confuzie mentală și pierderea contactului cu realitatea externă, atribuită ori nu unei leziuni organice [1].

Boală psihică (psihoză) – numim afecțiunile activității psihice (sistemului nervos central) însoțite de tulburarea reflectării lumii reale, dereglarea procesului de cunoaștere a ei, tulburări care pot fi condiționate atât de factori interni cât și de cei externi.

În boala psihică ca urmare a tulburării activității creierului se alterează evoluția normală a proceselor psihice, a sferei de percepție, de conștiință, se tulbură memoria, procesele de abstractizare și generalizare, comportamentul bolnavului devine neadecvat, reacțiile la diferiți excitanți atât interni cât și externi au un caracter patologic, se pierde capacitatea de a diferenția obiectele din mediul ambiant [4].

Întrebarea pe cât psihoza este o stare organică a corpului sau creierului a fascinat psihiatrii de la originea noțiunii acum un veac și jumătate în urmă.

Originea termenului.

Poetul austriac al anilor 1800, politician și psihiatru Feuchtersleben a introdus „psihoza” pentru a remarca o stare mentală gravă în care era afectată personalitatea, era o subcategorie a nevrozelor (lui Cullen).

Psihoza rapid a ajuns să cuprindă mai mult decât nebunia și handicapul mintal, incluzând și stări psihologice minore și tulburări organice majore.

Feuchtersleben a creat termenul de „psihoză” și „psihopatie” ca termeni identici „fiindcă erau patologii ale personalității” – și nu a corpului, cu atât mai mult a sufletului ori a minții separat.

Disputa psihoză-nevroză.

Nevroza era un termen deja bine cunoscut și popular și psihoza rapid a ajuns să fie privită împreună cu ea. Psihoza era privită ca aspectul psihologic al nevrozei – adică psihonevroza. Iată de ce imaginea confuză a fost prezentă până la mijlocul veacului nouăsprezece, fiind trei termeni – psihoză, psihonevroză și psihopatie – pentru una și aceeași stare; către sfârșitul veacului douăzeci în contrast acești termeni ajung să definească stări diferite. Evoluția schimbării pe parcursul a unui veac va fi ulterior explicată împreună cu diferite tipuri de psihoză descrise.

Spre sfârșitul veacului nouăsprezece au fost încercări de a găsi substratul organic/cerebral al bolilor mintale. Tendința de „organicizare” a crescut și a culminat cu descoperirea în 1905 că paralizia generală este cauzată de un agent fizic (sifilis). Totuși rămâneau multe tulburări mintale care nu aveau nici o cauză organică cunoscută. Termenul de „funcțional” a fost aplicat acestor psihoze în 1881 de către psihiatrul german Fuerstner. Totuși, compatriotul său, anatomistul Nissl, declara că „în orice psihoză, indiferent de ce tip mereu există substrat pozitiv cortical” (adică evidențierea patologiei anatomice). Deci se ajungea la faptul că prin patologie funcțională se presupunea că e una ce are o origine fizică, dar care nu a fost încă descoperită.

La mijlocul anilor 1920, în absența descoperirilor cauzelor fizice pentru dementia praecox (schizofrenia) lui Kraepelin sau nebuniei maniaco-depresive, Bumke, succesorul său, ca profesor de psihiatrie la mondial faimoasa catedra din Munich, univoc a etichetat aceste patologii ca funcționale comparativ cu bolile organice. Psihiatrul de o influență mare și filosoful Jaspers includea în psihoze funcționale schizofrenia, nebunia maniaco-depresivă și epilepsia.

Astăzi, folosind tehnice computerizate de imagistică, știm că psihozele funcționale sunt acompaniate de schimbări funcționale în creier. Aceasta a determinat ca utilizarea termenului de „psihoză funcțională” să fie inutil. În veacul al nouăsprezecelea, multe tulburări mintale erau considerate ca consecința degenerării, astfel „fiind predispus către o maladie ce finisa cu deteriorare sau în individul dat sau în generațiile ulterioare”. Aceste tulburări au fost numite ca „endogene”, ce putea fi atribuite ambelor, și psihozei și tulburării de personalitate (psihopatiilor).

În 1881 psihiatrul degenerativ german Schuele a început procesul de detașare a psihozei ca patologie mai gravă organică – cerebropsihoza – iar psihonevroza fiind mai puțin severă. Freud a accentuat și popularizat „psihonevrozele” către sfârșitul veacului și tratamentul reușit al soldaților de altfel sănătoși ce sufereau de contuzii (tulburare post-traumatică acută) în primul război mondial și a stabilit entitatea de nevroză, care ulterior a devenit binecunoscută.

Către 1925 Bumke scria că „nu au fost depistate de foarte mult timp psihonevrozele. Ele au fost reclasificate ca reacții nervoase (nevroze), stări constituționale nervoase, psihopatii și psihoze funcționale”. Jaspers ulterior a delimitat mai departe nevroza de psihoză fiindcă „ele nu includ în totalitate individul însăși, pe când cele ce înglobează în totalitatea sa individul sunt numite psihoze ... [și] mereu sunt privite ca cele de deschid un abis între sănătate și boală”.

În prima jumătate a veacului douăzeci, diferiți termeni au fost utilizați pentru stările care se considerau psihoze, dar care nu era nici nebunia maniaco-depresivă nici schizofrenie, dar de bază aceste două au rămas „boli mintale” recunoscute. Unii au propus noțiunea de psihoze atipice.

Psihoza unică.

În mijlocul veacului al nouăsprezecelea, teoria unității psihozei se referea la o continuitate de stări psihice de la sănătate la boală și era bazată pe importanța simptomelor. În veacul al douăzecilea, ca contrast, termenul de psihoză unitară era referit la cele două psihoze, schizofrenia și nebunia maniaco-depresivă care erau cuplate de psihoza atipică. Psihiatria britanică contemporană s-a despărțit în două în modul de abordare a problemei. Unii, cei ce analizau simptomele și accentuau baza genetică a tulburărilor au pledat pentru conceptul de psihoză unitară. Alții, în baza neuroimagingului au refuzat această teorie în favoarea a trei categorii de psihoze: demenția praecox congenitală cu prognoză rezervată, schizofrenie la adult cu prognoză pozitivă și tulburarea afectivă bipolară [1].

În perioada clasică a psihiatriei (de la sfârșitul sec. XIX la jumătatea sec. XX), patru noțiuni au stat la baza cercetării, înțelegerii și tratamentului bolilor psihice. Acestea au fost: psihozele, nevrozele, psihopatiile și demențele. De fapt aceste noțiuni sunt încă funcționale. Ele denumesc universuri patologice destul de distincte, motiv pentru care Gavril Cornuțiu, crede că aceste noțiuni sunt achiziții definitive, indiferent de avatarurile modelelor teoretice. Prin psihoze, menționează el, înțelegem un grup de boli psihice, pe parcursul cărora există, episodic sau definitiv, pierderea funcției realului, o distorsionare cognitiv comportamentală și afectivă, care falimentează relația bolnavului cu realitatea și a căror suferință nu o înțelegem în normalitatea ființei umane. Prin *nevroze* înțelegem un grup de boli psihice a căror cogniție se desfășoară în termeni neeronți cu realitatea, nu au niciodată afectată relația cu normele sociale, a căror simptome le putem înțelege, până la o limită, psihologic și, mai mult, le putem înțelege empatic. Trăirile nu sunt complet străine normalității umane [2].

Nu poate fi exclusă abordarea psihodinamică/ psihanalitică a psihozei, Sigmund Freud aliniind psihoza la nevroză și perversiune ca parte structurală a aparatului psihic. Inițial Freud contrapunea psihoza și nevroza (articolul din anul 1923) stipulând: „nevroza este rezultatul conflictului dintre Id și Ego, atunci când psihoza este rezultatul analog al unei tulburări asemănătoare dintre Ego și lumea înconjurătoare”. Deși ulterior, chiar în anul următor 1924 scrie: „și nevroza și psihoza sunt manifestarea protestului dintre Ego și lumea înconjurătoare”. („Pierderea realității în nevroze și psihoze”) [6].

Scopul lucrării este de a studia literatura de specialitate cu trecerea în revistă a celor mai elocvente momente ce fundamentează actualitatea și necesitatea noțiunii de „psihoză acută”. În favoarea alegerii acestei teme, cât și formulării scopului a servit lipsa unui studiu de așa gen în Republica Moldova.

Obiectivele lucrării

Definirea conceptului de psihoză acută, aprecierea actualității, evoluției istorice a noțiunii acesteia și modului de obiectivizare.

Material și metodele de cercetare

Au fost utilizate multiple izvoare pentru a putea face o analiză și ulterior o sinteză a materialului ce ține de tematica psihozelor acute. S-a încercat de sistematizat și ulterior de sintetizat informații științifice utile pentru abordarea cât mai corectă a subiectului.

Rezultate și discuții

Sistematica psihiatrică în CIM 10 a suferit schimbări comparativ cu clasificările anterioare. Schimbările presupun apariția de noi rubrici, micșorarea limitelor schizofreniei, refuz de la dihotomia în psihoze și nevroze.

În CIM 10 nu se folosește diferențierea tradițională între nevroze și psihoze, care a fost utilizată în CIM 9 (deși, a fost lăsată intenționat, fără a fi încercări în definirea acestor noțiuni) [7]. Cu toate acestea, termenul „nevrotice” încă se mai păstrează în unele cazuri particulare, de exemplu, în denumirea unei grupe mari de tulburări F40-F48 „Tulburări nevrotice corelate cu stresul și tulburări somatoforme”.

În această grupă sunt plasate majoritatea tulburărilor ce sunt referite ca nevroze de cei ce utilizează acest termen cu excepția nevrozelor depresive și clasificate în alte grupe de tulburări nevrotice. Pentru a nu merge pe calea dihotomiei nevroză-psihoză, tulburările au fost grupate după caracteristicile lor generale și similitudinea descrierii ce face ca clasificarea să fie mai ușor utilizabilă.

În urma analizei multiplelor izvoare se creează impresia că noțiunea de psihoză în general și cea de psihoză acută în particular a suferit largi schimbări pe parcursul timpului, culminând cu o involuție oficială (ICD 10) ce pare a fi aparent comodă pentru statisticieni și mai puțin pentru medicii practicieni.

Sunt anumite probleme în utilizarea „psihozei” în psihiatria contemporană. În primul rând, însăși definiția este dificilă fiindcă criteriile nu sunt specifice [3]. „Deficit de autoapreciere” este dificil de definit. Dacă „severitatea bolii” este utilizat ca criteriu apare problema că doar patologii cu forme severe și medii pot fi psihoze. Și totuși, stări non-psihotice așa ca tulburarea obsesiv-compulsivă la fel poate fi severă. „Afectarea contactului cu realitatea evidențiat prin iluzii și halucinații” a fost considerat ca dificil de aplicat. În al doilea rând, condițiile la care se referă termenul au puține în comun, în special din punctul de vedere etiologic. De exemplu unele psihoze pot avea ca cauză factori organici cunoscuți, pe când altele pot prezenta o stare depresivă severă. În al treilea rând, poate fi mai bine de clasificat o condiție individuală așa ca schizofrenia, decât ca membru al unui termen umbrelă ca psihoza. Iată de ce, clasificările recente au redenumit psihoza paranoidă în tulburare paranoidă și psihoza afectivă în tulburare afectivă bipolară. În al patrulea rând, CIM 10 nu face diferența dintre psihoză și nevroză [7].

Argumentele pentru a menține termenul sunt următorii. În primul rând, psihozele sunt ușor de recunoscut – cum CIM 10 propune – la prezența iluziilor și halucinațiilor fără ca pacientul să înțeleagă natura morbidă a acestora. În al doilea rând, la un nivel pur practic, psihoza a fost utilizată cu mai puțină stigmatizare decât alternativa „nebunie”. În al treilea rând, este foarte dificil de a folosi termenul „tulburare” ca alternativă la psihoză. De exemplu, când e cazul psihozelor atipice termenul „tulburare atipică” sau „nebunie atipică” este nesatisfăcător. În al patrulea rând, utilizarea adjectivală a psihozei este utilă ca termen. Aceasta poate fi în „simptom psihotic” (iluzie, halucinație) sau tratament „antipsihotic”. Să folosim „depresie unipolară severă cu iluzii, halucinații și pierderea autoaprecierii” ca înlocuitor pentru „depresie psihotică” este neadecvat și inconvenient.

În sens clinic și pragmatic definirea psihozei ca „afectarea severă a capacității de a reflecta corect realitate obiectivă” și evidentă posibilitate în practica clinică de a diferenția psihoza de normalitate, face ca psihoza ca termen să fie accesibil și acceptabil, și totuși fără încărcătura lungă terminologică și conotația indiscutabilă a membrului înrudit „nebun”. Deci pentru clinician și omul de pe stradă, o persoană psihotică diferă calitativ de la normă, în timp ce alții suferind de o patologie nevrotică inteligibilă sau tulburare emoțională uzual diferă doar

cantitativ de la normal. Psihiatria ar trebui să continue utilizarea noțiunii, dar limitările conceptuale să nu fie ignorate [1].

Criterii ale psihozei acute:

- Simptomatologia pozitivă:

Halucinații

Iluzii

Tulburări ale gândirii/ vorbirii

Tulburări psihomotorii și comportamentale – excitație/ inhibiție catatonică

- Simptomatologia negativă:

Aplatizare emoțională

Anhedonie

Asocialitate/ izolare

Hipoprosexie

Avoliție

Alogia

Obiectivizarea psihozei acute se propune a efectua cu ajutorul scalei scurte de evaluare psihiatrică (Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS) calculându-se punctajul se poate aprecia cuantificat gradul/ nivelul psihotic.

Această scală este o scală de evaluare a simptomelor psihiatrice și a fost dezvoltată de Overall și Gorham (1963) cu scopul de a măsura schimbarea în severitatea simptomelor psihiatrice sub diferite intervenții. Ea este o scală de observație, semistructurată și poate fi un ghid de interviu cu subiectul, unii itemi referindu-se la timpul evaluării, respectiv “aici și acum”, iar alți itemi acoperă ultimele 72 de ore (respectiv itemii: 2 - anxietate psihică, 10 - ostilitate, 11 - suspiciozitate, 12 - comportament halucinator, 15 - conținut neobișnuit al gândirii și 16 - afectivitate neadevătată sau tocită). Ea a fost dezvoltată pornind de la Scala de evaluare multidimensională a lui Lorr și cuprinde 16 sau 18 arii simptomatologice (în funcție de versiune) evaluate pe o scală cu 7 ancore (absent, foarte ușor, ușor, moderat, moderat sever, sever și extrem de sever).

Itemii au o definiție destul de sumară, fără criterii operaționale. Cu toate acestea, ei corespund consensului semiologic și diagnostic larg acceptat internațional. Ei sunt: preocupări somatice, anxietate, retragere emoțională, dezorganizare conceptuală, sentimente de vinovăție, tensiune, manierisme și posturi, grandiozitate, dispoziție depresivă, ostilitate, suspiciozitate, comportament halucinator, încetinire motorie, necooperare, gândire conceptuală neuzuală, tocire afectivă, excitație și dezorientare. După cum se poate constata, scala BPRS este o scala de observație și se completează ușor după un interviu clinic psihiatric.

Completarea ei nu ia mai mult de 30 de minute. Ea este folosită mai ales să măsoare simptomele psihotice și un scor mare indică severitatea psihozei. Este foarte potrivită pentru evaluarea severității schizofreniei. Dacă se folosește versiunea cu 18 itemi pentru a evalua severitatea, un scor de 0-9 indică “nici un sindrom”, 10-20 un “sindrom minor” și un scor de 21 și peste un “sindrom major”.

Prin analiza factorială s-au conturat cinci factori: tulburări de gândire (itemii 4, 12, 15), retragere emoțională (itemii 3, 13, 16), anxietate-depresie (itemii 2, 5, 9), agresivitate (itemii 10, 11, 14) și agitație (itemii 6, 17).

Concluzii

Este necesar a diferenția conceptul de psihoză ca noțiune ce încerca să întrunească câteva nozologii de starea psihotică sau psihoza acută ce se poate întâlni în limite largi ale CIM 10. Noțiunea de psihoză acută întrunește un criteriu de bază: cel al imposibilității discernerii realității obiective din cauza stării psihice alterate cu afectarea posibilității interacțiunii adecvate psihosociale și autodeservirii având ca consecință punerea în pericol a vieții proprii și a celor din jur. Noțiunea se apropie ca conținut de lipsa discernământului și afectarea conștiinței, dar având o conotație nouă, ea nu poartă un caracter nozologic specific, servește delimitării urgenței

psihiatrice de starea non-psihotică, ușurează aprecierea gradului de afectarea a funcționalității pacientului și posibilității acestuia de a interacționa cu alții.

Bibliografie

1. Berrios, G. E. and Beer, M. D. . Unitary psychosis concept. In A history of clinical psychiatry. The origin and history of psychiatric disorders, (ed.) G. E. Berrios and R. Porter. Athlone Press, London, 1995;
2. Gavril Cornuțiu. Breviar de Psihiatrie. Editura Imprimeriei de Vest, Oradea, 2003;
3. Michael G Gelder, Juan J Lopez Ibor, Nancy Andreasen, Oxford Textbook Of Psychiatry, Oxford University Press, USA, 2000;
4. Nacu A. – Psihiatria judiciară, F.E.P. „Tipografia Centrală”, Chișinău, 1997;
5. Вадим Моисеевич Блейхер, Инна Вадимовна Крук – Толковый словарь психиатрических терминов, 1995 г;
6. Владимира Ховхуна, Генри Фринье, Психоанализ - Фрейд и Лакан, Невроз и психоз (1923), <http://www.freudlacan.org/index.php/2006/01/20/54-1923>;
- Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина, МКБ-10, «Сфера», 2005;

SINDROMUL NEUROLEPTIC MALIGN

**Ghennadi Rusev, Lilia Grecu, Alisa Crețu, Zinaida Hotineanu,
Svetlana Copeica, Grigore Garaz**

(Coordonator științific – dr. în medicină, asistent universitar Inga Deliv)

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Neuroleptic malignant syndrome

The results of literature on specialty as epidemiological results, risk factors, clinical and diagnostic results, the pathogenesis and the treatment, concerned with neuroleptic malignant syndrome (NMS) were shared in this work paper. On discussed points was deduced and presented the most essential information.

Rezumat

În lucrarea de față sunt prezentate datele literaturii de specialitate în privința problemei sindromului neuroleptic malign (SNM) - date epidemiologice, factorii de risc, datele clinice și diagnostice, patogeneza și tratament. În privința aspectelor menționate mai sus a fost dedusă și prezentată informația cea mai semnificativă.

Actualitatea temei

Una din complicațiile cele mai periculoase ale terapiei neuroleptice este *sindromul neuroleptic malign (SNM)*, descris pentru prima dată de către J. Delay și coautorii săi în anul 1960. După datele diferitor autori în dependență de aplicarea unor sau altor metode de tratament, cazuri letale în rezultatul SNM constituie de la 2,94% până la 38%. Până în anul 1980, cazuri letale în urma SNM se apreciau în jurul 28%-30%, iar în perioada de după anul 1980, se observă scăderea cazurilor letale la SNM în jur de până la 10-11,6%. După datele publicațiilor străine, frecvența dezvoltării SNM la toți bolnavii internați în staționar, cărora li se administra terapia neuroleptică, constituie de la 0,02% - până la 3,23%. În ultimii ani, majoritatea autorilor indică scăderea frecvenței de dezvoltare a SNM. De exemplu, A. Gelenberg și coautorii săi (1988, 1989) observă că la bolnavii cărora li se indică terapia neuroleptică, SNM s-a dezvoltat numai la 1 din 1470 de bolnavi, ce constituie 0,07 % din toți pacienții tratați cu neuroleptici [9,10]. P. Keck și coautorii săi (1991) descriu 4 (0,15%) cazuri de SNM, apărute în perioada tratamentului cu remedii neuroleptice a 2695 de bolnavi.