

PSIHOPATOLOGIA STĂRILOR REZIDUALE ÎN SCHIZOFRENIE

Larisa Boronin*, A.A. Nacu, A.G. Nacu, M.Revenco, Igor Nastas, Emilia Boșneaga**

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

* - IMSP Spitalul Clinic Psihiatrie

** - Centrul Medical „Fluid”

Summary

Psychopathology of defective conditions in schizophrenia

The concept of residual state in schizophrenia doesn't have a well-established definition according to up-to-date principles. The clinical description limits its attention to the recognition of the classic triad of symptoms revealed by Kraepelin in 1913 as: intellectual decay, aboulia and prostration, pseudo-psychopathic disturbances. In the development of residual states three factors were observed: clinical-dynamic, exogenous and endogenous factors. As syndromes 16 types of residual states were distinguished. The development of the residual states comprises three continuous stages: the primary stage, the stage of determination of “negative” symptoms, the stage of constant residual disturbances. In conclusion, we should remark that this concept needs a continuous investigation, because the present bibliography doesn't assess the definitive adequate clinical-dynamic for these conditions present in schizophrenia.

Rezumat

Noțiunea de stare reziduală în schizofrenie, în concepțiile actuale nu are o definiție bine structurată. Descrierea clinică se reduce la constatarea triadei clasice de simptome elaborată de Kraepelin în 1913: Scădere intelectuală, abulie și anergie, tulburări pseudopsihopatice. În evoluarea stărilor reziduale se pot constata 3 factori: clinico-dinamici, endogeni și exogeni. Sub aspect sindromologic se deosebesc 16 tipuri de stări reziduale (Leonhard, 1957). Evoluția stărilor reziduale reprezintă 3 etape consecutive: Etapa inițială, etapa stabilirii simptomelor „negative”, etapa tulburărilor reziduale constante. În concluzii, sursele bibliografice nu oferă suficiente criterii definitorii și clinico-evolutive asupra acestor stări evolutive din schizofrenie, fapt pentru care necesită investigații în continuare.

Actualitatea temei

Noțiunea de stare reziduală (defect psihic, defectualitate psihică) în bibliografia de profil nu este suficient de bine evaluată și are diferite interpretări clinice. Nu s-au constatat criterii clare care să interpreteze noțiunea de „defect psihic”. Deasemeni nu există interpretări bine definite și de diferențiere în privința noțiunilor „deficit psihic”, „stare reziduală”, „schizofrenie reziduală (ICD-10)”, „defect schizofren”, „defect psihic”. În ICD-10 există criterii de diagnostic în schizofrenia reziduală (F 20.5) care poate fi echivalată cu noțiunea de „defectualitate psihică” în schizofrenie: a) Simptome schizofrene „negative” ca lentoare psihomotorie, hipoactivitate, tocire afectivă, pasivitate și slabă comunicare non-verbală prin mimica facială, privire, modulare voce, dificultăți de autoîngrijire, performanță socială scăzută. b) Existența în trecut a cel puțin unui episod psihotic care întrunește criteriile pentru schizofrenie. c) O perioadă de minim un an în care intensitatea și frecvența simptomelor cum ar fi delirul sau halucinațiile au fost minime sau reduse, iar simptomele „negative” prezente. d) Absența demenței, patologiei organice cerebrale, depresiei cronice sau hospitalismului care a explica simptomele negative.

Criterii de diagnostic conform DSM-IV: A - Lipsa ideilor delirante, halucinațiilor, tulburărilor de gândire, tulburări evidente comportamentale sau catatonice. B - Durata

simptomelor, simptome negative sau două și mai multe simptome din p. „A” pentru schizofrenie într-o formă mai atenuată.

Așadar, criteriile avute la dispoziție pentru stările reziduale par a fi insuficiente.

Scopul lucrării

Structurarea tabloului clinic și stabilirea criteriilor de diagnostic a stărilor reziduale în schizofrenie

Material și metode

Lucrarea se bazează pe datele bibliografice cu referință la psihopatologia, clasificarea, tabloul clinic al stărilor reziduale în schizofrenie. Deasemeni, studiul se bazează pe pe criteriile de diagnostic PANSS, BPRS, SANS, GAF și propriile investigații.

Rezultate și discuții

Starea reziduală în schizofrenie se poate stabili pe parcursul la mulți ani, având o evoluție progresivă și cu predominanța simptomelor negative. Dar simptomele deficitare se pot manifesta atât în stadiul evolutiv al bolii, cât și în stadiul final postprocesual, iar noțiunea de stare reziduală (defect psihic) include în asemenea situații nu doar simptomele „negative”, dar și pe cele „pozitive” (B.Ю. Воробьев, 1988; Вомов, 2007). Huber (1966) evidențiază noțiunea de „defect pur” adică lipsa simptomelor psihoproductive (pozitive). Noțiunea de „defect mixt” autorul o atribuie stărilor cu simptome „negative” asociate cu simptome reziduale „pozitive”. В.М. Морозов, 1956; Еу 1985 relatează 2 tipuri de stări reziduale, В.А. Внукон, 1937; Снежневский, 1983 – 10 tipuri, Краепелін, 1913 - 8 tipuri, К. Leonhard, 1957 – 16. В.Ю. Воробьев, 1988 propune următoarea clasificare a stărilor reziduale: 1. tip astenic 2. cu deficit emoțional-volitiv 3. schizoid 4. tip „verschroben” 5. tip oligofren. Г.В. Логвинович, 1996; Акимова, 2005 au divizat simptomele deficitare la pacienții cu schizofrenie în trei nivele: I nivel – simptome deficitare ușoare emoțional – volitive și asociative, scăderea gradului de funcționare socială, dar fără dezadaptare socială; II nivel – simptome enumerate pronunțate care crează dezadaptare socială; III nivel – aplatizare afectivă, tulburări pronunțate de gândire, deficit volitiv sever și invalidizarea pacienților. În conformitate cu relatările diferitor autori (В.А. Жмуров, 1986; А.С.Тиганов, 1988; Jackson, 1958) simptomele deficitare se clasifică în 2 tipuri: 1. Fără simptome psihoproductive 2. Asociate cu simptome psihoproductive. В.А. Жмуров, 1986 relatează că procesul schizofren se dezvoltă conform unor regularități cu dezvoltarea simptomelor „negative” care sunt reversibile. Simptomele postprocesuale sau de defectualitate psihică (atât negative cât și pozitive) sunt mult mai stabile, iar posibilitatea de reducere este puțin probabilă. La ziua de astăzi nu sunt suficiente criterii de stabilire a trecerii de la stadiul procesual la cel postprocesual. Acest fapt cauzează dificultăți de diagnosticare clinică a stărilor reziduale. Medicii psihiatri stabilind diagnosticul de stare reziduală se orientează la prezența simptomelor deficitare, tabloul clinic în general și necesitatea protecției sociale prin atribuirea gradului de invaliditate. Simptomele deficitare pot fi la toate etapele de evoluție a schizofreniei: La etapa de debut, floridă sau procesuală și la etapa stării reziduale. Ca rezultat adeseori starea deficitară constatată la pacient nu reprezintă ca atare etapa reziduală, dar una din etapele precedente.

Constituirea tabloului clinic al stărilor reziduale în schizofrenie este cauzat de mai mulți factori: Conform cu datele bibliografice (С. В. Кузнецов, 2009) și propria experiență (Larisa Boronin, I.Nastas et al., 2006; Larisa Boronin, 2007) se pot evidenția următorii factori: 1. Factori de aspect clinico-dinamic. Aici se referă etapele de apariție procesuală, durata și tipul de evoluție, progrediența bolii, etapa de vârstă la care a apărut starea reziduală, forma clinică a schizofreniei, frecvența recăderilor, vârsta actuală a pacientului, complianța terapeutică. Acești factori influențează tabloul clinic și dinamica evolutivă a bolii. 2. Factori endogeni: Apartenența sexuală, prezența antecedentelor heredocolaterale, structurare patologică a personalității 3. Factori exogeni care țin de influența factorilor sociali ca: Traumatisme, psihogenii, consum substanțe psihoactive, gradul de vulnerabilitate socială a pacientului, spitalizări îndelungate. А.С.

Тиганов, 1999 relatează că apariția stărilor reziduale este mai devreme la bărbați decât la femei. Probabil, la aceasta contribuie și bagajul afectiv inițial mai bogat în general la sexul feminin decât la cel masculin. La etapa prepubertară, pubertară și juvenilă stările reziduale se dezvoltă mai rapid comparativ cu perioada adultă.

În schizofrenie starea reziduală are anumite particularități evolutive: В.Ю. Воробьев, 1988 evidențiază 3 etape de stabilire: 1. Etapa inițială (defect tranzitoriu) 2. Etapa de stabilire preponderentă a simptomelor deficitare 3. Etapa de stabilizare a simptomelor (de manifestare maximă a simptomelor reziduale).

Revenind la etapa kraepeliniană starea reziduală presupunea următoarele criterii: 1. scăderea performanțelor intelective 2. Deficit volitiv și energetic 3. Tulburări pseudopsihopatie. Debutul stării reziduale nu este manifest, iar simptomele deficitare se pot manifesta deja la etapa de debut a schizofreniei : structurare patologică a personalității, tulburări de comportament cu regresia abilităților comportamentale, infantilism secundar, tulburări prosexice. Снежневский, 1969 relatează că simptomele „negative” în schizofrenie evoluează. La etapa finală (de stabilire a stării reziduale) se constată simptomele „cheie” a stărilor reziduale de aspect deficitar – scăderea „potențialului energetic” și dizarmonizarea structurii de personalitate. G. Huber în cadrul acestor tulburări deficitare relatează scăderea suportului motivațional, inițiativei, capacității de concentrare și a vitalității în general.

În bibliografia de profil (Г.Е. Сухарева, 1933; А.В. Снежневский, (1969, 1983); А.С. Тиганов, 1985; Г.П. Пантелеева, М.Я. Цуцуйковская, Б.С. Беляев, 1986) apariția stărilor reziduale se caracterizează prin instalarea simptomelor deficitare la nivel de structură de personalitate, evoluând spre scăderea performanțelor intelective și psihice. Sumând datele bibliografice se ajunge la următoarea clasificare a stărilor reziduale în schizofrenie: 1. Tipul apato-abulic (emoțional-volitiv) 2. Astenic 3. Pseudonevrotic 4. Pseudopsihopatic 5. Pseudoorganic 6. Timopat 7. Hiperstenic 8. Autist 9. Cu evoluție lentă (activitate monotonă) 10. Halucinator (cu simptome halucinatorii neactuale) 11. Paranoid

В.Ю. Воробьев, 1988 evidențiază 2 tendințe în evoluția stărilor reziduale în schizofrenie: 1. Modularea structurii de personalitate 2. Diminuarea activității psihice. Cu referință la stările reziduale autorul invocă următoarele postulate: 1. Starea reziduală (defect psihic) include 2 tipuri de simptome deficitare - schizoide , care sunt specifice schizofreniei și nespecifice pseudoorganice 2. Asociat simptomelor deficitare se pot constata simptome pozitive reziduale 3. În starea reziduală se constată polimorfism simptomatic, instabilitatea, dinamicitatea și nediferențiere simptomatologică

Concluzii

1. În stabilirea stărilor reziduale se conturează influența factorilor endogeni, exogeni și clinico-dinamici
2. Se constată particularități generale comune în apariția și evoluția diferitor tipuri de stări reziduale
3. Starea reziduală are o structură mixtă și poate include atât simptome deficitare cât și psihoproductive reziduale

Bibliografie

1. Bomov P.O. The appearance of negative symptoms in schizophrenic patients with onset in old age / P.O. Bomov, V.G. Budza // European Psychiatry, March 2007. – Vol. 22. – Suppl. 1. – P. 105.
2. Boronin Larisa, I.Nastas, I. Coșciug, V. Oprea. Particularitățile stărilor reziduale în schizofrenia paranoidă cu debut până la 25 de ani. USMF „ Nicolae Testemițanu”, Catedra de Psihiatrie și Narcologie, Facultatea de Perfecționare a Medicilor, Chișinău, Republica Moldova. Culeg. rezumate „Terapie și management în psihiatrie ”, Ed. Medicală Universitară, Craiova 2006. pp. 29-31.

3. Larisa Boronin, " Clinica și evoluția schizofreniei paranoid cu debut până la vârsta de 25 de ani", Teza de doctor în medicină, Chișinău, 2007
3. Nacu Al., Nacu An. Psihiatrie judiciară, - Chișinău, 1997, p.106-107.
5. Oprea N., Nacu An., Oprea V. Psihiatrie, - Chișinău, 2007, p.56.
6. Воробьев В.Ю. Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств) - Москва, 1988, канд.дисс. 128 с.
7. Кузнецов С.В., Демчева Н.К.. Негативные расстройства при параноидной форме шизофрении//Ж. Психическое здоровье – 2009 - № 1(32) - С. 38-42
8. Тиганов А.С. с соавт. Руководство по психиатрии в 2-х томах. М. «Медицина», 1999, т. 1. СС. 469-471

IERARHIA FACTORILOR DE RISC CE FAVORIZEAZĂ UTILIZAREA SUBSTANȚELOR PSIHOACTIVE

**Mircea Revenco, Svetlana Condrațiu, Larisa Spinei, Anatol Nacu,
Valentin Oprea, Inga Deliv**

Laboratorul de Narcologie pe lângă Catedra de Psihiatrie, Narcologie și Psihologie
Medicală USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Hierarchy of risk factors favoring the use of psychoactive substances

We examined 2061 adolescents aged 12-17, from 31 secondary schools in Chișinău and Bălți. We performed a survey made according to international standards of anonymous questioning. The survey included questions which revealed directly or indirectly the risk factors of adolescents' involvement in using narcotics. A comparative analysis of research data was carried out. By means of the discriminant analysis, the risk factors of adolescents drug - involvement were established.

Rezumat

Au fost investigați 2061 adolescenți în vârstă de 12-17 ani ai 31 școlilor de învățământ mediu general din municipiile Chișinău și Bălți. A fost utilizată metoda de anchetare anonimă, întocmită conform cerințelor internaționale înaintate pentru respectarea anonimatului. Chestionarul includea seturi de întrebări, care direct sau indirect determinau factorii de risc ai antrenării adolescenților în consumul de droguri. A fost efectuată analiza comparativă a datelor cercetării elevilor din ambele municipii. Prin analiza discriminantă au fost stabiliți factorii de risc în antrenarea consumului de droguri de către adolescenți.

Actualitatea temei

În literatură științifică atenție deosebită se acordă specificului de utilizarea a narcoticelor de către abiturienți și tineret [1, 2, 4, 5]. Problema narcomaniei a devenit o serioasă și extrem de dificilă problemă de sănătate publică cu consecințe psihopatologice, somatopatologice, familiale, profesionale, sociale, economice și foarte frecvent criminogene [3, 6, 10, 11, 12]. Actualmente, utilizarea de SPA manifestă tendințe de creștere impunătoare, în special evidente, printre reprezentanții tinerii generații - adolescenți și chiar copii. Sindromul de dependență narcomanică la copii și adolescenți, comparativ cu adulții, se formează considerabil mai rapid, fenomenul fiind explicat de alte particularitățile specifice organismului adolescentului [13].

Cel mai des pentru evaluarea utilizării de către tineret a alcoolului și narcoticelor se folosesc cercetările asupra contingentelor de elevi [1, 7, 8, 9]. Studiul elevilor în calitate de subgrupă a populației au priorități esențiale în formă de ușurință a creării alegerilor extinse, mediocritatea comportamentului, simplitatea asigurării anonimității și posibilității examinării