

ASPECTE CLINICO—EVOLUTIVE ALE SCHIZOFRENIEI PARANOIDE

*Gh. Grecu, Marieta Grecu-Gaboş, M. Ardeleanu, I. Grecu-Gaboş,
A. Nireşteanu*

Schizofrenia, atit prin polimorfismul ei psihopatologic (dislocarea și dezagregarea facultăților mintale, pierderea contactului cu realitatea pe care o devitalizează, trăind și acționind la periferia realului, dar nu în fantasticul visului; raționalismului morbid, pierderea simțului utilității și a logicii operațiilor, apragmatismul, conduite paradoxale, impene-trabilitate în conversație: incoerentă, derutantă, pseudologică, paradoxuri, baraje, digresiuni, neologisme ezoterice etc.; manifestări afectiv-emoive paradoxale: pustiire afectivă, indiferentism, ambivalență, inversiune a-fectivă, ură, minie, impulsuri violente fără motiv etc.; autism, deperso-nalizare, derealizare, desocializare, bizarerii, grimaserii, manierisme, stereotipii, agitație sau inhibiție catatonică, halucinatii, idei delirante iraționale, abstracte, lipsite de logică și desfășurare cronologică, și altele), cît și prin evoluția ei capricioasă, de obicei de lungă durată, întretăiată de perioade de remisie și reactivizări, este considerată ca fiind, încă, una dintre cele mai grave tulburări psihice.

În general, schizofrenicul este la fel de rupt de realitatea propriului EU, desocializat, lipsit de noțiuni de timp și spațiu în SINEA lui, ca și de realitatea lumii exterioare. Datorită faptului că viața lui interioară

este la fel de perturbată și „dereală“ ca și restul funcțiilor psihice care sînt dissociate, el este singurul bolnav la care putem întîlni „ambivalența“ și „autismul“. În acest sens putem spune că variabilitatea formelor psihopatologice pe care ni le oferă schizofrenia în perioada sa de debut, de stare și de evoluție acoperă aproape tot cîmpul operațional al psihiatriei.

Datorită lui *Bleuler* (8) și *Schneider* (42) care, bazîndu-se pe simptome „primare“ și „secundare“, sau de rang „prim“ și „secund“, au elaborat în mod succesiv criteriile de diagnostic și prognostic ale schizofreniilor, s-a ajuns la o diminuare evidentă a caracteristicii de „deficiență longitudinală“ emisă de *Kraepelin* (32) și alți autori clasici.

Studiile catamnestice, recente, au demonstrat că diferitele forme de schizofrenie, deși sînt posibile virări între ele și amestec de simptome, pot prezenta evoluții și prognostice diferite. Aceste constatări au stimulat interesul căutării și identificării unor criterii simptomatice și non-simptomatice (trăsăturile personalității premorbide, biotipurul, ereditatea biologică și „socială“ etc.), proprii evoluțiilor favorabile și nefavorabile.

Pornind de la ideile amintite, dublate de faptul că schizofrenia paranoidă este întîlnită cel mai frecvent (35—40%) și că are un debut tardiv (de obicei, după vîrsta de 30 ani) față de celelalte forme, ne-am decis să elaborăm această lucrare cu profil catamnestic.

Material și metodă

Lucrarea noastră se bazează pe studiul clinico-evolutiv și statistic efectuat asupra unui număr de 171 bolnavi neselectați (92 femei și 79 bărbați), diagnosticați pentru prima dată ca suferind de schizofrenie paranoidă între ani 1969 și 1978 cînd au fost spitalizați în clinica noastră. Acest studiu catamnestic a început o dată cu prima internare. Diagnosticul de schizofrenie paranoidă s-a stabilit pe baza criteriilor clasice (8 și 42), D.S.M. III (17) și I.C.D.-10 (26), care pe lîngă schimbarea insolită a comportamentului și a relațiilor bolnavilor cu lumea, prevăd un tablou clinic dominat de: — idei delirante cu conținut paranoid xenopatic (persecuție, control, otrăvire, urmărire, influență, filiație, gelozie transformare etc), relativ stabile, dar cu o sistematizare imprecisă în care bizarul și nonlogicul sînt prezente și care pot fi acompaniate și de alte fenomene psihopatologice printre care un loc important îl ocupă halucinațiile auditive (comutarea gîndurilor și acțiunilor, discuții despre bolnav, jigniri, risete, amenințări etc) și mai rar cele olfactiv-gustative, tactile, cenezice și vizuale;

— experiențe subiective anormale (ecoul gîndirii, furtul, difuzarea, retragerea sau înregistrarea gîndurilor);

— afectivitatea, deși este puțin decolorată comparativ cu alte forme de schizofrenie, este dominată de iritabilitate, anxietate, suspiciune, neîncredere și furie;

— prezența altor simptome întîlnite în alte forme de schizofrenie sînt discrete, iar fenomenele psihopatologice proeminente sînt date de ideile delirante și halucinațiile auditive.

Aprecierea evoluției s-a făcut în raport cu manifestările de debut, eficiență terapeutică, recidive, reinscrierea socio-familială și profesională,

și a stării în care se aflau bolnavii la întocmirea prezentei lucrări. Durata studiului catamnestic, adică perioada de timp parcursă de la debut și până în momentul redactării prezentei lucrări este cuprinsă între 10 și 20 ani, în medie 14 ani.

Rezultate și discuții

Din totalul celor 171 bolnavi internați în clinica noastră între anii 1969 și 1978 cu diagnosticul de schizofrenie paranoidă 53,8% au fost femei și 46,2% bărbați, cu o proveniență de 64,5% din mediul urban și 35,5% din cel rural; 59,7% căsătoriti, 18,8% divorțați sau separați și 14,2% necăsătoriti; cu limitele de vîrstă între 21 și 70 ani și o vîrstă medie de 45 ani; la 18% debutul schizofreniei s-a făcut în a III-a decadă de vîrstă, la 39% în decada a IV-a la 27,5% în decada a V-a, și la 15,5% în decada a VI-a de vîrstă.

După *Kraepelin* (32), schizofrenia desemnează o maladie psihică severă cu o evoluție îndelungată și un prognostic incert și defavorabil, cu toate că aproximativ 10—15% din bolnavi prezintă o vindecare completă. *Leonhard* (35), era de părere că remisia fenomenelor schizofrenice înainte de 6 ani de evoluție presupune că nu ar fi vorba de schizofrenie, ci de o schizofomie; iar *Langfeldt* (33) și *Kleist* (30,31) susțin că „absența deteriorării după 10 ani sau mai mult ridică problema revizuirii diagnosticului de schizofrenie”.

Clinicienii care au adoptat acest sens restrictiv al schizofreniei aveau drept criterii în diagnosticarea bolii:

- aspectul schizoid al personalității premorbide bolnavului;
- caracterul nesemnificativ al evenimentelor de viață precipitate,
- debutul insidios și înșelător al bolii;
- apătizarea afectivității;
- prevalența bolii la rudele probanzilor cu schizofrenie.

Dimpotrivă, *Bluler* (9) dă o accepțiune mai largă conceptului de schizofrenie nuanțându-i și criteriile de diagnosticare, postulînd existența simptomelor primare (gîndire autistică, ambivalență, tulburări afective etc) și secundare (halucinații, idei delirante etc); primele fiind absolut necesare în precizarea diagnosticului în timp ce secundarele puteau lipsi.

Din studiile realizate de: 6, 10, 11, 12, 14, 20, 21, 24, 25, 38, 40 și 41 asupra unui număr semnificativ de pacienți, s-a ajuns la concluzia că sub aspectul evoluției pe termen lung se constată existența unor:

— bolnavi cu prognostic relativ defavorabil, diagnosticăți convențional ca avînd: „schizofrenie nucleară”, „schizofrenie procesuală”, „schizofrenie nonremitentă” sau „schizofrenie cronică”; și

— bolnavi cu prognostic relativ favorabil, pentru care formularea diagnosticului era de: „psihoză schizofreniformă”.

În acest sens, amintim că în urma descrierilor lui *Crow* (15,16) și a altor autori (1-3, 28, 36, 37, 39) s-a încetățenit ideea că tabloul clinic al schizofreniei este constituit din simptome pozitive și negative, în funcție de care se disting două tipuri de schizofrenie:

— primul caracterizat prin: debut acut cu elemente productive de tip delirant și halucinator, care reacționează bine la neuroleptice; și

— al doilea caracterizat prin: debut insidios, pustiire afectivă, sărăcirea limbajului, inițiativei, spontaneității și motivației, cu ameliorări slabe la neuroleptice. Prezența acestor simptome negative la bolnavi relevă deja un prognostic defavorabil. După autorii de mai sus, debutul schizofreniei cu o simptomatologie mixturală (pozitiv-productivă și negativă) ar caracteriza schizofreniile procesuale.

De fapt, schizofrenia recunoscută ca cea mai frecventă psihoză întâlnită în asistența psihiatrică, cu o prevalență de 0,24-0,85% și o incidență de 0,05—0,27⁰/₀ (cazuri noi pe an) în populația generală, atît prin instalarea acută sau insidioasă și înșelătoare, cît și prin evoluția ei capricioasă reprezintă o problemă de mare importanță în terapia și recuperarea sistematică a acestor bolnavi.

Kraepelin, a delimitat în 1896 schizofrenia paranoidă al cărui debut se instalează, de obicei, după a treia decadă de vîrstă, reprezentînd aproximativ 35—40⁰/₀ din totalul schizofreniilor, fiind cea mai frecventă formă. Contribuții la delimitarea acestei forme au fost aduse de mulți autori (5, 7-9, 13, 22, 27, 30, 31, 35, 43), iar 30 și 35 au descris în cadrul acestei schizofrenii următoarele cinci subforme:

- Fantaziofrenia cu idei absurde, grandoare și halucinații;
- Confabuloza progresivă cu idei fantastice și stări extatice;
- Halucinoza progresivă cu halucinații verbale, foneme, cenestezice etc;
- Somatopsihoza progresivă cu fenomene hipocondriace și halucinații;
- Autopsihoza cu idei de influență și de relație.

Mai recent, în cadrul D.S.M. — III (17) se vorbește de „Schizofrenie paranoidă” (295. 3x), iar în cadrul I.C.D. — 10 (26) se menține termenul de „Schizofrenie paranoidă” (F. 20.00) fără alte subforme. Schizofrenia paranoidă este caracterizată prin prezența variatelor idei delirante, halucinații, automatisme mintale și printr-o evoluție capricioasă și lungă, fiind întretăiată de episoade delirante acute și perioade de ameliorări. Ameliorările le întîlnim la bolnavii care la un moment dat prezintă o evoluție regresivă a fenomenologiei psihopatologice, rămînd totuși uneori fenomene „cicatriceale”, cum ar fi: tulburări de caracter, acuze hipocondriace, fenomene obsesivofobice și anxioase care le diminuează posibilitățile adaptative la condițiile de existență socială.

Începînd cu cea de-a doua jumătate a secolului nostru s-a impus în mod tot mai evident reducerea caracterizării schizofreniei ca prezentînd o deficiență evolutivă longitudinală, studiîndu-se cu mai multă atenție combinarea diferitelor forme de debut cu variatele lor modalități evolutive.

Referîndu-ne la debutul schizofreniei paranoide la bolnavii noștri, semnalăm faptul că a fost destul de direct, fără semne patognomice predictive spre o formă evolutivă oarecare, stabilirea diagnosticului s-a făcut numai după o perioadă de cel puțin șase luni de observare, evitînd astfel unele încadrări gresite cu implicații tridimensionale: bolnav, sociofamiliale și deontologice. În cazul debutului insidios sau pseudonevrotic întîlnit la 41⁰/₀ din bolnavi, pe lîngă o serie de simptome înșelătoare nevrotico-depresive, oboseală nemotivată, reducerea interesului profesional și scăderea randamentului în muncă, ceea ce-i făcea pe aparți-

nători să-i considere „leneși”, plictisiți, visători, nepăsători, îndrăgostiți etc., am constatat că după câteva săptămâni sau luni a înmugurit într-o măsură mai mare sau mai mică și o simptomatologie paranoid-discordantă (inchiderea în sine, întreruperea relațiilor cu prietenii, repleierea autistică, claustrare, dezordine ideativă, idei ciudate, indispoziție, anxietate, neîncredere, depersonalizare și derealizare, fenomene xenopatice, ostilitate și agresivitate față de cei apropiați, inversiune afectivă, fuga de acasă, acuzații brutale și nemotivate, și bineînțeles idei paranoide și halucinații auditive, olfactive, tactile și cenestezice) cu invazia și organizarea progresivă a unor relații patologico--delirante și de comunicare cu lumea și cu el înșuși.

Debutul subacut și acut întilnit la restul bolnavilor (59⁰%) s-a exteriorizat prin episoade polimorfe dominate de schimbări rapide ale caracterului dispoziției și ale sistemului relațional cu lumea și cu el înșuși.

Aceste modalități de debut depresiv (16⁰%), maniacal-atipic (11%) și interpretativ-paranoid cu elemente depresiv-anxioase (32⁰%) au de obicei un caracter reactiv, ceea ce ne cere multă prudență și răbdare pentru stabilirea unui diagnostic precis. După cum se vede debutul subacut și acut l-am întilnit mai frecvent (59⁰%) față de cel insidios sau cronic (ce depășește durata de 6 luni pînă la conturarea nucleului schizofreniei paranoide) întilnit la 41⁰% din bolnavi.

Dintre combinațiile simptomice un loc important a fost ocupat de fenomenele interpretativ-xenopatice induse de depersonalizare, derealizare și dezintegrarea personalității, dublate de o dispoziție trist-anxioasă sau de exaltare (soldate cu tentative autolitice, 15 cazuri; fuga de acasă și claustrare 8 cazuri), plus comiterea unor agresivități brutale asupra părinților (3 cazuri) și crime (3 cazuri). Referitor la actele medico-legale, întilnite la cei 29 bolnavi, semnalăm că alături de claustrare, scandaluri, nesupunere, abandonarea locului de muncă, dezertare, precum și automutilările, sinuciderile și mai rar crimele, sînt cele mai frecvente acte antisociale întilnite, de obicei, în perioadele floride ale schizofreniei paranoide. Aceste acte sînt induse de conținutul fenomenelor halucinator-delirante și se desfășoară în mod brusc, insolit, impulsiv și violent, realizîndu-se la „rece”, fiind explicate de bolnavi prin detalii rău și neadecvat motivele.

Ideile delirante paranoide (persecuție, otrăvire, urmărire, relație, posedare, influențe xenopatice, transformare etc.), deși polimorfe, erau destul de slab organizate. Huber și colab. (25) susțin că debutul schizofreniei este precedat de un „prodrom de avantpost” necaracteristic, a cărui durată variabilă cuprinde între 3 și 10 ani, se caracterizează printr-o diminuare a elanului vital și a resurselor energetice, exprimate prin: oboseală, astenie, tulburări neurovegetative, cenestopatii cu elemente depresive și mai rar cu cele obsesivo-fobice și de exaltare euforică. La bolnavii noștri acest sindrom de „avantpost” a fost prezent la 37% din ei.

Analizînd datele anamnestice am evidențiat faptul că la 51% din familiile acestor bolnavi au fost prezente o serie de îmbolnăviri psihice (schizofrenii, depresii monopolare și bipolare, psihopatii, alcoolism, suicid, paranoia și alte psihosindroame organice), în timp ce 40,3% au pierdut cîte un părinte (sau ambii părinți 8,7%) înainte ca ei să fi implinit vîrsta de 16 ani, de unde se poate desprinde ideea că alături de factorii

predispozanți familiali direcți și pierderea părinților în copilărie poate constitui un factor favorizant al dezvoltării unui proces schizoparanoic de mai târziu.

Pe lângă cele amintite, din prelucrarea datelor referitoare la personalitatea premorbidă, rezultă că ea se caracteriza prin unele trăsături hipoparanoice (tensiune afectivă persistentă, suspiciune, tendințe critice și interpretative exagerate, ostilitate de fond, dificultăți în crearea și menținerea relațiilor armonioase interpersonale) și chiar perioade subclinice de autism și depersonalizare.

Indiferent de conținutul delirului prezent la peste 70%, din bolnavi încă din tinerețe și până aproape de perioada premorbidă au prezentat tendințe de supraapreciere a propriei personalități, a capacităților profesionale sau psihofizice, timp în care își subapreciau colegii de muncă și chiar aparținătorii. Odată apărute ideile de supraestimare, bolnavii au încercat să le impună și celor din jur, dar după un timp mai mult sau mai puțin îndelungat observând că nu li se dă atenția dorită, încep să se considere „neînțeleși“ și „neapreciați“ la valoarea lor „reală“, acuzându-și colectivul că le-ar fi ostil. De obicei, la început delirul a fost în drept împotriva unor persoane străine de bolnavi, care, după părerea acestora au produs o oarecare pagubă societății sau au desfășurat o „activitate dușmănoasă“. Odată apărută certitudinea delirantă, ea se dezvoltă treptat prin noi argumente și fapte care-l angajează pe bolnav într-o „ofensivă paranoică“. Am constatat că acest delir a fost precedat de o etapă prelungită de supraestimare, perioadă în care majoritatea bolnavilor s-au ridicat împotriva unor neajunsuri reale (cu tendințe de generalizare), atrăgând atenția celor din jur printr-o activitate neobosită și inflexibilă dar exagerată.

În general, o dată cu instalarea tabloului veritabil al schizofreniei paranoice, evoluția ulterioară poate îmbrăca modalități variate de desfășurare: oscilatorie, progresiv-continuu (sau simplă continuă lineară) și în cazuri rare „catastrofală“ (schizocarie; 18).

La 65,5% din bolnavii observați evoluția ulterioară s-a desfășurat sub forma oscilatorie, caracterizată prin faze de reactivare, urmate apoi de perioade mai mult sau mai puțin apropiate de cele normal-obișnuite, dar cu unele reziduuri deficitare mai mult sau mai puțin discrete. O evoluție foarte bună cu o apropiere marcată de condiția psihofizică anterioară îmbolnăvirii am constatat-o la 33,9% din bolnavi. Fazele prezentate de acești bolnavi sînt cuprinse între una până la șapte, dar paralel cu creșterea numărului de faze, defectele reziduale sînt mai frecvente. Peste 40% din acești bolnavi fiind capabili să trăiască în familie și să-și execute activitatea profesională anterioară, sau alta la un nivel corespunzător, îi apreciem ca fiind vindecați.

Un procentaj de 32,2% din bolnavi au prezentat o evoluție progresivă sau simplă continuă (lineară) cu o mare stabilitate a fenomenelor psihopatologice pe parcursul mai multor ani și la care chiar perioadele de ameliorare au fost prezente defectele reziduale care le diminuează posibilitățile readaptării familiale și socio-profesionale; 16% fiind incapabili să desfășoare o activitate organizată. Această diminuare și stabilizare progresivă a procesului psihopatologic are o strînsă legătură cu alterarea profundă a personalității bolnavului. În aceste situații comportamentul

lor se caracterizează printr-o instalare treptată a autismului, răcirii emoționale, rigidității, pedanteriei exagerate, singurătății și claustrării, trăsături care le îngustează foarte mult posibilitățile adaptative, ajungând până acolo încât relațiile lor familiale sînt strict formale și lipsite de orice interes. O altă trăsătură o constituie reticența, susceptibilitatea și singurătatea pe care o preferă relațiilor cu cei din jur.

O evoluție precipitată, aproape „catastrofală“ au prezentat 2,30% din bolnavi, care pe parcursul a 2—3 ani au ajuns la o stare de decădere completă, aflîndu-se permanent în condiții de spitalizare. Această evoluție am întîlnit-o mai ales în cadrul schizofreniilor paranoide cu elemente heboido-catatonice și la cele instalate sub formă unor psihoze acute, ajungînd destul de rapid la stări terminale grave.

Cu toate acestea, bolnavii acceptă ajutorul și grija rudelor pe care-i și acuză cînd nu sînt atenți cu ei. De obicei, bolnavii se îngrijesc singuri, au grijă de lucrurile și veniturile lor, cumpărîndu-și îmbrăcăminte mai mult sau mai puțin adecvată vârstei și sezonului. Procurarea alimentelor și pregătirea lor (de multe ori unilaterală: alimentarea numai cu lapte, conserve, legume, prăjituri etc.) și le aranjau singuri, iar o parte din ei, cei care locuiau în familie preferau să-și pregătească singuri alimentele sau să fie prezenți și să vadă tot ceea ce se pregătește. Cu toate acestea, o parte restrînsă, după ce erau serviti, „așteptau pînă unul din cei apropiați (sotie, copil, părinte) consumau jumătate din alimente cînd îi lua furelia și continuau să mănînce ei. Tot în acest context semnalăm și faptul că în timp ce 34% din bolnavi își petreceau timpul în casă și eventual în curțile și grădinile proprii, 28% îl petreceau plimbîndu-se prin parcuri sau împrejurimi.

Locuințele lor în care, de obicei, nu primeau pe nimeni erau totdeauna bine închise și zăvorîte, geamurile acoperite cu hîrtie sau perdele groase pentru a împiedica „privirea dușmanilor“. Deși bolnavii se interesau și erau, în mare măsură, la curent cu problemele cotidiene (citeau ziare și reviste, urmăreau emisiunile TV), dar cu excepția acelor aspecte care se legau oarecum de delirul lor, erau complet dezinteresați în privința celorlalte evenimente. Pe măsura înaintării în vîrstă, și a îngustării și stabilizării procesului, activitatea lor delirantă și halucinatorie se reduce, lucru demonstrat și prin faptul că ei nu-și enunțau în mod spontan delirul și nu se mai adresau cu memorii și plîngeri delirante organelor de stat, iar în cazul în care înaintau așa ceva, nu se mai interesau de rezolvarea lor. De exemplu, un bolnav mergea bilunar la procuratură cu cite un denunț sau cerere pe care le dădea la registratură și o dată cu primirea numărului de înregistrare pleca fără să se mai intereseze dacă dorințele lui au fost sau nu rezolvate.

În această perioadă, de obicei, tabloul clinic era dominat de automatisme cenestopatico-senzoriale (amețeli, vertij, paretezii, cefalee etc.), iar pseudohalucinațiile auditive, o dată cu reducerea intensității lor apăreau mai rar, ajungînd în cele din urmă ca bolnavii să vorbească despre ele ca despre ceva neesențial, care nu-i mai deranjează („m-am obișnuit cu ele“).

Absența „ofensivei paranoide“ determinată de delir și predominarea unei „apărări pasive“ a fost una din trăsăturile principale care a determinat la aparținătorii și vecinii bolnavilor o atitudine mai pozitivă, dar

În același timp trebuie semnalat și faptul că la rîndul ei, atmosfera familială constituie un factor important în crearea unor posibilități mai bune în adaptarea lor.

După *Ey (18)* „schizofrenia indiferent de formă, se caracterizează întotdeauna printr-o regresie mai ermetică în lumea ideilor, sentimentelor, percepțiilor și credințelor din ce în ce mai impenetrabile“, ceea ce o deosebește de „parafrenie“, termen folosit în scopul denumirii unui delir cronic sistematizat-halucinator saturat emoțional (29), în care după *Lehman (34)* parafrenicul cu tot conținutul fantastic, ireal, bizar și incredibil, își păstrează în bună măsură posibilitățile de adaptare și rezolvarea problemelor de viață. Observațiile noastre ne-au demonstrat că la 12,8% din bolnavii studiați după o perioadă medie de 11 ani, tabloul clinic a virat în mod lent spre unul de tip parafrenic. La 9,3% din acești bolnavi schizofrenia paranoidă a debutat după 45 de ani, realizînd după ani de zile o evoluție distinctivă aproximativ superpozabilă parafreniei, cu excepția unor manifestări disociative de tip autistic și ambivalent, care le-a diminuat legăturile cu realitatea.

Legat de această evoluție parafrenoidă am observat prezența unei simptomatologii mixturale dominată de halucinații auditive perseverente și tactile (cu conținut sexual); idei delirante paranoide mai concrete, mai sistematizate, restrînse și axate pe mediul ambiant apropiat, în conținutul cărora sînt încorporate și temele psihotraumelor premorbide (situațiile conflictuale familial-profesionale cu mare încărcătură tensional-afectivă), dublate de elemente depresiv-anxioase și parafrenice la peste jumătate (52%) din cei 73 bolnavi cu trăsături premorbide hipoparanoice și distimice la care boala și-a făcut apariția după vîrsta de 40 ani.

Această formă de boală, are la bază următoarele criterii:

- instalarea după vîrsta de 40 ani;
- fenomenologia psihopatologică asemănătoare schizofreniilor cu debut anterior vîrstei de 40 ani;
- absența unor suferințe organo-cerebrale și a sindromului amnestic;
- o remisie socio-familială mai bună fără defecte terminale grave; *Bleuler (8,9)* o denumesc „schizofrenie paranoidă tardivă“.

Referindu-ne la ideile delirante prezente la restul de 48% din cei 73 bolnavi cu schizofrenie paranoidă tardivă fără evoluție parafreniformă, amintim că delirul de persecuție, a fost întîlnit cel mai frecvent (58%), urmat apoi de delirul de gelozie (22%) și cele de urmărire, otrăvire și revendicativ (20%), dublate sau nu de idei delirante micromanice sau expansive. Caracterul concret al acestor idei delirante acompaniate și de halucinații (în special auditive și tactile) se rezumă mai frecvent la un cerc restrîns de persoane, de obicei, apropiate bolnavului. Pe măsură ce bolnavii au înaintat în vîrstă delirul a devenit tot mai concret și oscilant (în funcție de care își modifică și comportamentul). Dezvoltarea ideilor delirante a fost stimulată și accentuată de o serie de conflicte prepsihotice, uneori chiar cu o vechime de peste 10 ani, cărora bolnavul la vremea respectivă nu le-a acordat nici o importanță, dar care în prezent dau delirului nu numai o notă concretă, legată de propriul EU cu lumea, ci și o coloratură anxios-depresiv-reactivă. La 30% din bolnavii de mai sus am întîlnit perioade lungi, de ani de zile, cînd fenomenologia delirantă avea o tendință evidentă de organizare și dezvoltare continuă, dar după

treccrea acestor perioade, și în special pe măsura înaintării în vîrstă, manifestările delirant-halucinatorii și-au redus intensitatea, fără ca să se ajungă însă la dispariția lor totală. De obicei, o dată cu accentuarea acestor manifestări, bolnavii deveneau neliniștiți, agitați, anxioși și chiar impulsivi, trecînd la așa zisele „măsuri de apărare” și de „ofensivă paranoidă”, ajungînd uneori chiar la „sindromul găurii de șarpe” în care se comiteau acte de heteroagresivitate și de autoagresivitate (suicid.), întilnite la 16,9% din totalul celor 171 bolnavi.

La bolnavii la care delirul se referea la infidelitatea partenerului, întilnit mult mai frecvent la bărbați decît la femei (raportul dintre sexe fiind de 2 la 1), am constatat într-o formă mai mult sau mai puțin manifestă, prezența geloziei încă din tinerețe. Dar, deși la început delirul de gelozie se manifesta monosimptomatic, la 7 bolnavi el s-a complicat ulterior și cu idei delirante de persecuție, otrăvire, urmărire și de ponegrire.

De menționat faptul că în evoluția schizofreniei paranoide nu este vorba de o progresie continuă spre o stare deficitară și chiar în cazul evoluției linear-progresive cu defecte reziduale de lungă durată am întilnit rareori, un al „doilea val” al bolii, care prin retragere realiza o diminuare evidentă a fenomenologiei delirant-halucinatorii. Dacă anterior anilor 1950 schizofrenia era considerată ca o boală foarte gravă ce tindea în mod „natural” spre cronicizare, în a doua jumătate a secolului nostru ameliorarea evoluției și a prognosticului ei poate fi atribuită efectelor benefice ale noilor mijloace terapeutice. Comutarea opțiunii spre redresarea schizofreniei se leagă în cea mai mare măsură de îmbogățirea arsenalului terapeutic prin introducerea neurolepticilor și în special a celor deosebiți, care prin economicitatea și administrarea lor pe cale injectabilă la intervale de 3—4 săptămîni au dat o mare eleganță terapiei, îmbunătățind în același timp evoluția și prognosticul schizofreniei.

Prezența inițială a depersonalizării, derealizării, fenomenelor depressive a delirului și a halucinațiilor vizuale, precum și debutul acut după 40 de ani, evoluția oscilantă, declansarea psihoreactivă, duratele scurte și rare ale spitalizărilor înainte de 45 ani, la care mai putem adăuga adaptarea familială și socio-profesională premorbidă bună, căsătoria armonioasă și absența abuzului, constituie unele criterii de prognostic favorabil, a căror valori cresc și mai mult printr-o terapie adecvată și dispensarizare (4, 10, 12, 20, 41). Debutul cronic-insidios, autismul, eșecurile școlare, indiferentismul, celibatul, ambivalența, inversiunea afectivă și absența terapiei din timpul primelor manifestări psihotice constituie criterii defavorabile. În aprecierea prognosticului e bine să ținem cont atît de ereditatea directă, adică de predispoziția genetică care este de peste 20 de ori mai mare la descendenții schizofrenici față de probabilitatea de 0,5% întilnită în populația generală, cît și de „ereditatea socială”, mai bine zis de atmosfera mediului familial în care s-au născut și au crescut; apoi de modul de debut (stiut fiind că debutul acut are un prognostic mai bun) și de ameliorările mai mult sau mai puțin complete și de recidivele frecvente sau rare. Tendințele precoce de întoarcere, repliere, răceală afectivă, logică precoce, realizarea și menținerea cu dificultate a relațiilor interpersonale, precum și biotipul leptosomic sînt elemente aproximativ nefavorabile ale diagnosticului. Buna adaptare socio-familială

și profesională premorbidă, realizarea pregătirii profesionale, dorite, căsătoria armonioasă, debutul acut sînt elemente de apreciere favorabilă a prognosticului.

Schizofrenia paranoidă se caracterizează prin idei delirante, halucinații, automatisme mintale și episoade acute delirante care se repetă în cursul evoluției. În general, evoluția este capricioasă, puțînd fi întretăiată de perioade de mai scurtă sau mai lungă durată, în care încadrarea în existența socio-familială și profesională se poate realiza într-o formă mai mult sau mai puțin apropiată de cea avută în perioada premorbidă. În acest sens putem spune că ea nu merge în mod ineluctabil spre o deteriorare progresivă și că destul de frecvent înțîlnim vindecări cu un oarecare deficit, dar cu posibilitatea unei inserții socio-familiale bune. De fapt, schizofrenia paranoidă este întretăiată de remiteri cu oprirea evoluției și o regresie parțială sau aproape totală a simptomelor. Această evoluție este mai frecventă în cazul în care boala a debutat acut și la o vîrstă mai înaintată, fiind declanșată de psihotraume sau alte suferințe organice. În cazul în care recidivele sînt frecvente, prognosticul este mai rezervat, iar deficitul posibilităților adaptative se accentuează ducînd la o deteriorare a personalității.

Practica clinică legată de fenomenologia psihopatologică atît de diversificată, variabilă și disociată a schizofreniei ispititor de abstractă, ne demonstrează cu certitudine că avem încă multe de făcut pînă vom reuși să-i descifrăm mecanismele etiopatogenetice și, în consecință, să putem apela la un tratament causal.

Concluzii

1. Evoluția favorabilă a schizofreniei paranoide depinde în mare măsură atît de structura armonioasă și echilibrată a personalității, independență de predispozițiile sale constituționale, cît și de debutul acut, intens și polimorf, la care mai putem adăuga și relațiile protective ale mediului ambiant.

2. Schizofrenia paranoidă ca cea mai tipică formă, ocupă cel mai ridicat procentaj (35—40%) din totalul formelor de schizofrenie, dar prin interferența evolutivă a ideilor delirante paranoide și în cadrul celorlalte forme, ea este destul de greu de diferențiat. Caracteristica ei generală se rezumă la predominanța ideilor delirante dublate de halucinații, mai ales auditive.

3. Prognosticul depinde de mai mulți factori: de recunoașterea precoce a debutului (mai bun în cazurile de debut acut); de predispoziția eredoconstituțională și familială; de personalitatea premorbidă a bolnavului; de corectitudinea tratamentului aplicat; de dispensarizare; și de reabilitarea familială, profesională și socială.

4. Schizofrenia paranoidă cu debut tardiv are o evoluție lent progresivă, dar de obicei, pe măsură ce bolnavii înaintează în vîrstă se înțîlnește o reducere a intensității simptomatologiei paranoide și halucinațiilor, fenomen semnalat și de alți autori (19, 23, 35, 38).

5. În ansamblu, evoluția schizofreniei paranoide nu se realizează în mod progresiv spre o stare deficitară gravă, chiar dacă uneori ea rămîne staționară de-a lungul unor perioade mai mult sau mai puțin îndelungate.

te. Descori, în special după o terapie adecvată, întâlnim perioade de ameliorări caracterizate printr-o regresie a fenomenelor psihopatologice, iar altelei putem întâlni redresări spontane, parțiale sau complete, însoțite de îmbunătățirea adaptării socio-familiale și profesionale.

Bibliografie

1. *Andreasen N. C.*: Arch. Gen. Psychiat. (1982), 39, 784; 2. *Andreasen N. C.*: Scale for the assesment of negative symptoms. Univ. Iowa Press, Iowa, 1984; 3. *Bachrach L. L.*: Amer. J. Psychiat. (1981), 138, 1449; 4. *Barry D. S., Winstead K. D.*: Biol. Psychiat. (1988), 23,3; 5. *Bini L., Bazzi T.*: Trattato di Psichiatria, Francesco Vallardi, Milano, 1967; 6. *Bland R. C., Orn H.*: Brit. J. Psychiat. (1980), 137,63; 7. *Bleuler E.*: Dementia præcox oder die Gruppe der Schizophrenien. In: Handbuch der Psychiatrie, von G. Aschaffenburg, Deuticke, Leipzig, 1911; 8. *Bleuler E.*: Lehrbuch der Psychiatrie, Springer, Berlin, 1983; 9. *Bleuler M.*: Die schizophränen Geistesstörungen im Lichte lang-Jähriger Kranken — und Familiengeschichten. Thieme, Stuttgart, 1972; 10. *Carpenter W. T., Bartko J. J., Strauss J. S., Hawk A. B.*: Amer. J. Psychiat. (1978), 135,8; 11. *Ciampi L.*: Brit. J. Psychiat. (1980), 136,413; 12. *Ciampi L.; Müller C.*: Méd: et Hyg. (1979), 4463; 13. *Claude H.*: Concours Méd. (1936). 152,147; 14. *Constantinescu G.*: Psihozele paranoide de involuție. Teză de doctorat, I.M.F., București, 1970; 15. *Crow T. J.*: Brit. Med. J. (1980), 280, 66; 16. *Crow T. J.*: Brit. J. Psychiat. (1983), 143,80; 17. D.S.M. — III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, D. C.: American Psychiatric Association, 1980; 18. *Ey H., Bernard P. Brisset C.*: Manuel de Psychiatrie, Masson, Paris, 1974; 19. *Greču G., Csiky K.*: Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie, (1977), 22,267; 20. *Greču G.*: Neurol. Psihiat. și Neurochir. (1985), 30,241; 21. *Gregory I., Smeltzer J. D.*: Psychiatry. Little, Boston, 1983; 22. *Guiraud P.*: Encephale (1925), 9,663; 23. *Hirsch S. R.*: Brit. Med. J. (1983), 286, 1600; 24. *Hogarty, G. E.*: Schizo. Bull. (1977), 3,587; 25. *Huber G., Gross G., Schüttler R.*: Schizophrenie. In: Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie 21, Springer Verlag, Berlin, 1978; 26. I.C.D. — X. O.M.S., Geneva, 1987; 27. *Kasanin J.*: Amer. J. Psychiat. (1933), 97; 28. *Kay S.R., Opler L.A.*: Psychiatric Developments (1987), 2,79; 29. *Kerbikov O., Korkina M., Nadjarov R.*: Psychiatrie. Izdatelstvo Mir, Moskva, 1972; 30. *Kleist K., Leonhard K., Faust E.*: Arch. Psychiat. Neurol. (1950), 185, 773; 31. *Kleist K.*: Nervenarzt (1947), 18,481; 32. *Kraepelin E.*: Psychiatrie. Barth, Leipzig, 1899; 33. *Langfeldt G.*: The schizophrenicform states. Munksgaard, Copenhagen, 1939; 34. *Lehmann H. E.*: Amer. J. Psychiat. (1981), 138, 1104, 1153; 35. *Leonhard K.*: Aufteilung der endogenen Psychosen. Akademie-Verlag, Berlin, 1957; 36. *Lindenmayer J. P.*: Comprehensive Psychiatry (1986), 27,276; 37. *Martenyi F., Harangozó J.*: Idegyógyászati Szle. (1989), 42,1; 38. *Müller C.*: Manuel de geronto-psychiatrie. Masson, Paris, 1969; 39. *Pfohl B., Winokur G.*: Brit. J. Psychiat. (1982), 141,567; 40. *Pope H.C., Lipinskis J. F., Cohen B. M.*: Amer. J. Psychiat. (1980), 137,921; 41. *Predescu V.*: Psihiatrie, Ed. Medicală, București, 1976; 42. *Schneider K.*: Fortschr. Neurol. (1957), 25,487; 43. *Tanzi E., Lugaro E.*: Trattato della malattie mentali. Soc. editrice libraria. Milano, 1923.