


# Psihoza acută și tranzitorie

- particularități clinico-evolutive longitudinale -

Asist. Univ. Dr. Bredicean Cristina

Radu Romoșan – preparator universitar  
Mihai Andrei Roșu – medic rezident psihiatrie



Tulburarea psihotică acută și tranzitorie  
– perspectiva actuală -

Există câteva întrebări cu privire la acest concept:

- *Ce este psihoza acută și tranzitorie?*
- *Este o formă de Schizofrenie sau de Tulburare afectivă?*
- *Care este semnificația reală a acestui concept, pentru psihiatria clinică dar și pentru cea teoretică?*

Ce este psihoza?  
- concepte actuale -




Nosologia psihiatrică se împarte în 2 categorii:

”psihoză” și ”nevroză”.

Există în prezent un consens: psihoza presupune prezența delirului și a halucinațiilor.

În ultimii ani există următoarele problematice legate de psihoză:


- spectrul tulburărilor de psihoză;
- primul episod de psihoză;
- conținutul psihotic.



Tulburarea psihotică acută și tranzitorie  
- istorie și concepte -

Conceptul de psihoză acută a fost prezentat sub mai multe denumiri:

- psihoze cicloide -> Germania;
- psihoze reactive -> Norvegia;
- „bouffee” delirante -> Franța;
- psihoze atipice -> Japonia;
- psihoze emoționale -> Suedia;
- schizofrenie cu prognostic favorabil -> SUA.




Tulburarea psihotică acută și tranzitorie  
- viziunea lui Emil Kraepelin -

E. Kraepelin a împărțit psihozele endogene în două grupe:

1. demențe praecox (schizofrenice)
2. psihoza maniaco-depresivă (tulburări afective).

Majoritatea cazurilor de psihoză acută le-a încadrat în grupul psihozelor maniaco-depresive.

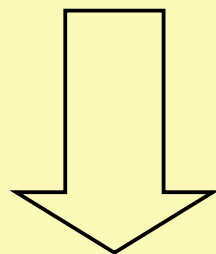
Recunoaște că există "un grup de tulburări nu tocmai mic" care nu poate fi încadrat în nicio categorie.



Tulburarea psihotică acută și tranzitorie  
- conceptul de psihoze cicloide -


A fost dezvoltat de către "cei trei Karl":

Wernicke | Kleist | Leonard.



Psihoza cicloidă are următoarele caractere:

- este mai frecventă la femei;
- debut la vârstă tânără;
- încărcătură genetică familială de psihoză;
- prognostic favorabil.



Tulburarea psihotică acută și tranzitorie  
- conceptul de „bouffee” delirant -

## Valentin Maynard:


- a descris pentru prima dată, în anul 1880, o stare psihopatologică pe care a denumit-o „buffee delirante des degeneres”.

## Pichet a enunțat caracteristicile clinice:

- debut subit;
- idei delirante cu tematică diversă și schimbătoare  
+/- halucinații;
- simptome afective diverse;
- evoluție favorabilă cu revenire la nivelul anterior bolii.

Peril și colegii săi au elaborat criteriile operaționale ale bufeului delirant acut, în anul 1983:

1. Vârsta debutului: 20-40 ani;
2. Debut acut, fără istoric psihiatric;
3. Absența cronicizării;
4. Simptome caracteristice: idei delirante, halucinații de orice tip, depersonalizare, derealizare, depresie, anxietate, exaltare;
5. Simptomele variază de la o zi la alta;
6. Absența tulburării mentale organice, alcoolism sau consum de substanțe.




Tulburarea psihotică acută și tranzitorie  
- conceptul de psihoze atipice -

Inițial, în Japonia, termenul folosit a fost:

- cel de psihoză Mitsuda, ulterior a fost cel de psihoză atipică.

Hatotani (1983) a descris caracteristicile clinice ale psihozei atipice:

1. Debut acut;
2. Simptom reprezentate de: tulburări emoționale, psihomotorii și alterări ale conștiinței;
3. Simptomele alternează între manifestări maniaco-depresive sau stupor-agitație;
4. Personalitatea premorbidă este încadrată în normalitate;
5. Prognostic favorabil;
6. Tendințe la recădere.




Tulburarea psihotică acută și tranzitorie  
- conceptul de psihoze reactive -

Baza conceptului a fost realizată de Karl Jaspers care a clarificat reacțiile în mai multe moduri:

1. Conform factorilor precipitanți; de ex.: - psihoza din închisoare; - psihoza consecutivă catastrofelor.
2. Conform structurii psihice a persoanelor; de ex.: - reacții psihastenice; - reacții impulsive; - reacții paranoide acute.
3. Conform tipului de constituție psihică ce determină reactivitatea; de ex.: - persoane care au o reactivitate persistentă.

Ströne a clarificat psihozele reactive după cum urmează:

1. sindroame emoționale: - depresie; - exaltare; - paralizii emoționale.
2. sindroame cu perturbări ale conduitei: - stare delirantă; - stare disociativă.
3. starea paranoidă: - idei senzitiv-relaționale; - idei de depersonalizare; - psihoza din închisoare; - psihoza în urma izolării lingvistice; - psihoza delirantă.



Tulburarea psihotică acută și tranzitorie  
- conceptul ICD-10 -

În prezent:

Nu există suficiente date clinice care să susțină criteriile definitive necesare clarificării acestei tulburări.


În ICD-10 aceste tulburări sunt introduse la capitolul F23.

Criteriile, în ordinea priorității, sunt:

1. debut acut (în două săptămâni);
2. prezența sindroamelor tipice (delir, halucinații, modificări dispoziționale rapid schimbătoare);
3. prezența unui factor stresant de viață.

Tulburarea psihotică acută și tranzitorie se divide în 5 subgrupuri:

1. Tulburare psihotică acută polimorfă cu simptome de Schizofrenie;
2. Tulburare psihotică acută polimorfă, fără simptome de Schizofrenie;
3. Tulburare psihotică acută Schizofrenia-like;
4. Alte tulburări psihotice acute, predominant delirante;
5. Alte tipuri de tulburări psihotice acute;
6. Tulburări psihotice acute și tranzitorii nespecifice.



Tulburarea psihotică acută și tranzitorie  
- conceptul DSM-IV-TR -

DSM-IV propune termenul de: Tulburare psihotică scurtă.

Criteria de diagnostic:

- A. Debut brusc și cel puțin unul din următoarele simptome psihotice: idei delirante, halucinații, limbaj dezorganizat, comportament cataton sau dezorganizat;
- B. Episodul durează cel puțin o zi și cel mult o lună, iar ulterior individul revine la nivelul anterior de funcționare.
- C. Episodul nu este explicat mai bine de o altă tulburare psihică sau de o altă condiție medicală.

Pe baza prezenței sau absenței de stresori precipitanți tulburarea psihotică scurtă poate fi:

1. Cu stresori marcanți

- simptomele clinice apar în scurt timp după un eveniment stresant;

2. Fără stresori marcanți

- simptomele clinice nu au legătură cu evenimentele stresante;

3. Cu debut postpartum

- simptomele apar în primele 4 săptămâni după naștere.



# ICD-10 versus DSM-IV-TR

- Tulburările psihotice scurte din DSM-IV înglobează tulburările psihotice acute polimorfe cu simptome de schizofrenie și tulburările psihotice acute schizophrenia-like din ICD-10;
- Durata debutului este precizată în ICD 10 ca maxim 2 săptămâni – pe când în DSM IV TR nu;
- Polimorfismul tabloului clinic este descris în ICD 10 pe când în DSM IV TR nu.

# Epidemiologie



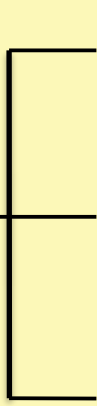
- Sunt realizate puține studii pentru Tulburarea psihotică acută.

Incidența și prevalența nu sunt cunoscute cu exactitate.

Incidență anuală: 3,9/100.000 locuitori (Singh, 2004)

Prevalența life-time: 0,07% (Peralta, 2007)

- Frecvența mai ridicată în țările în curs de dezvoltare decât în țările industrializate.

- Vârsta de debut:  la orice vârstă  
mai frecvent în jurul  
decadei a III-a de vârstă  
mai scăzută la femei

- Frecvența mai ridicată la femei comparativ cu bărbații (Singh, Marneros);
- Nivelul instinctiv este mai ridicat comparativ cu Schizofrenia;
- Nivelul socio-economic scăzut;
- Experiențele de viață tip dezastru natural;
- Persoanele care emigrează;
- Risc mai crescut pentru psihoza acută.

# Etiopatogenie

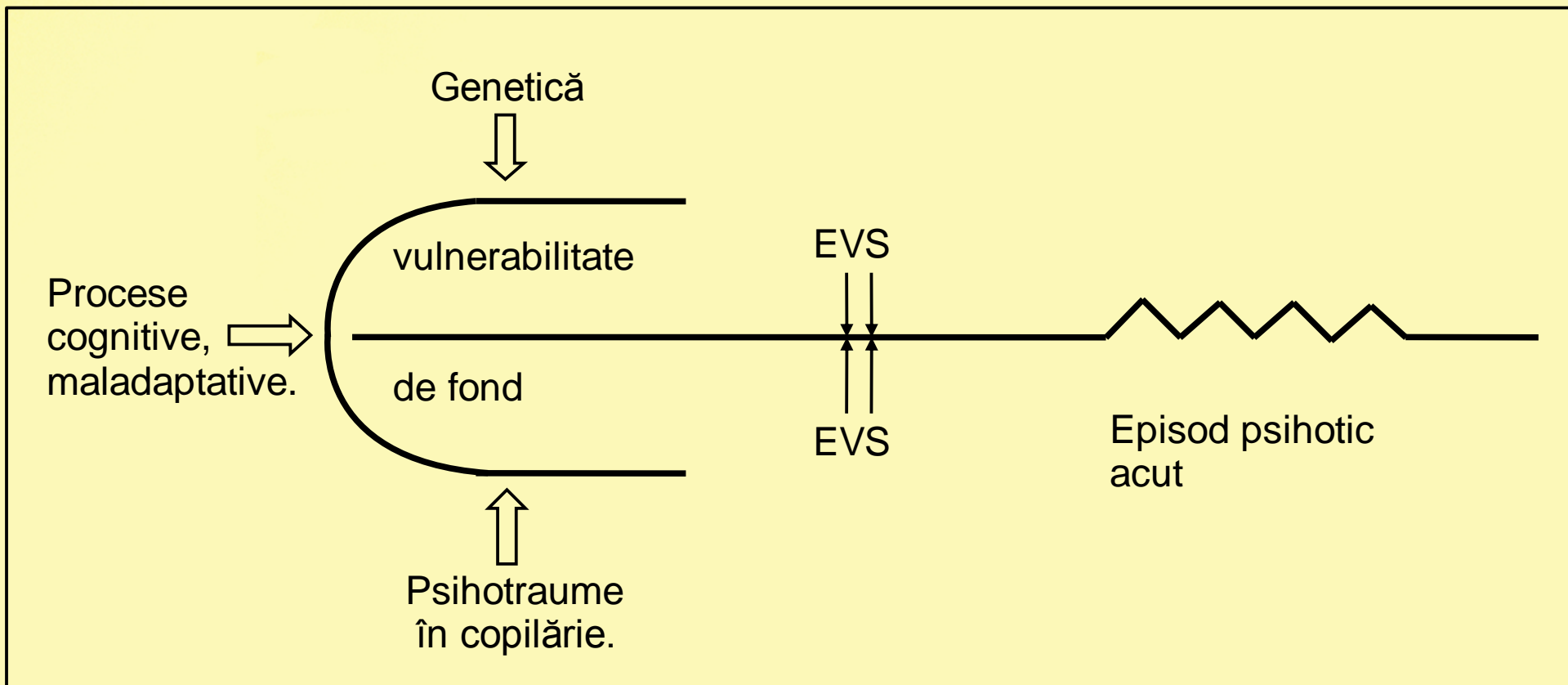


Psihoza acută are o etiopatogenie particulară sau este cea a psihozelor în general?

Acest tip de patologie aparține spectrului schizofren sau celui afectiv?

Determinism plurifactorial.

# Teoria dezvoltării:



## Vulnerabilitatea de fond:

- determinată genetic în studii familiale;
- psihotraume în copilărie: abuz sexual sau emoțional;
- procese cognitive maladaptative: stil de coping evitant, deficit în înțelegerea situațiilor sociale.

# Teoria psihodinamică

Simptomele psihotice sunt:

- defense față de fantezii interzise;
- încercări de realizare a unei dorințe de neatins;
- mijloc de ieșire dintr-o situație stresantă socială

Apar la persoane vulnerabile cu mecanism de coping neadecvat.

**Tablou clinic**



## Factori precipitanți

- sunt reprezentați de EVS negative (deces, catastrofe, eșecuri) foarte rar sau pozitive (căsătoria, avansare la locul profesional);
- au o legătură temporală cu episodul de boală în sensul că simptomele apar în primele două săptămâni după EVS.

## **Modalități de debut (2 tipuri):**

### 1. acut

- perioadă de timp mai mică sau egală cu 2 săptămâni;

### 2. abrupt/brusc

- perioadă de timp mai mică sau egală cu 48 ore.

## **Simptome prodromale:**

- insomnie, anxietate, tristețe, izolare socială, comportament anormal.

Niciunul dintre cele 2 tipuri de debut nu este specific pentru psihoza acută.

Frecvență crescută în psihoza acută a debutului abrupt.

Aceste 2 modalități de debut apar și la celelalte tipuri de psihoză.

## Simptome clinice:

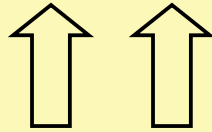
- idei delirante cu diverse teme: persecuție, otrăvire, referință, mistic, culpabilitate, bogăție;
- halucinații: auditive, vizuale, kinestezice, pseudohalucinații;
- modificări ale dispoziției: tristețe, exaltare, anxietate.

## Simptome clinice:

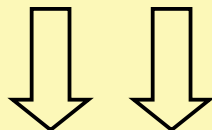
- perioade diferite de denivelare a conștienței: stări confuzionale sau subconfuzionale;
- insomnie;
- comportament bizar, inhibat sau agitat cu agresivitate;
- tulburări de vorbire: presiunea vorbirii sau stupor, mutism.

## Durata episodului:

- scurtă de la câteva zile la câteva săptămâni;
- există subtipuri la care durata este de o lună;



Depășirea aceste perioade presupune schimbarea diagnosticului.



- există subtipuri la care durata este de 3 luni.

## Particularități ale tabloului clinic:

- debut acut → maxim 2 săptămâni;
- polimorfism → schimbare rapidă a manifestărilor clinice chiar și în cursul aceluiași zile;
- prezența unui EVS.

# Evaluarea



## Evaluarea implică următoarele:

- interviu clinic → anamneză;
- scale de evaluare:
  - BPRS;
  - CGI.

# Evoluție



## Evoluția:

### = pe termen scurt =

- remisiune completă a simptomatologiei psihotice;
- revenire la nivelul anterior de funcționare;

### = pe termen lung =

- apariția unor episoade de psihoză cu schimbarea diagnosticului;
- apariția unui alt episod se produce cel mai frecvent în primii 5 ani.


# Din perspectivă longitudinală:

Episod psihotic acut

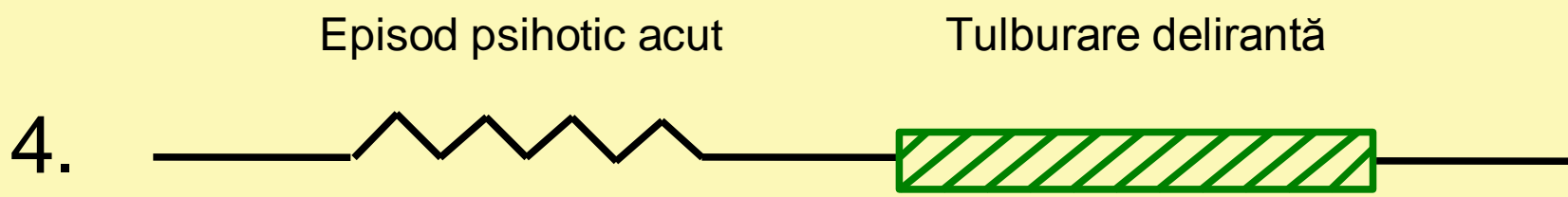
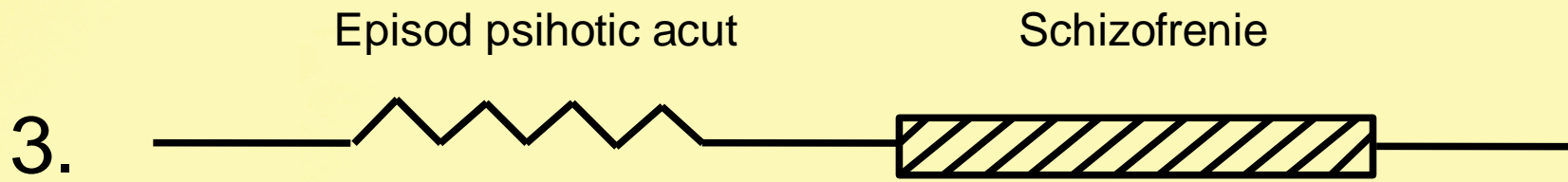
1.  Un singur episod.

Episod psihotic acut

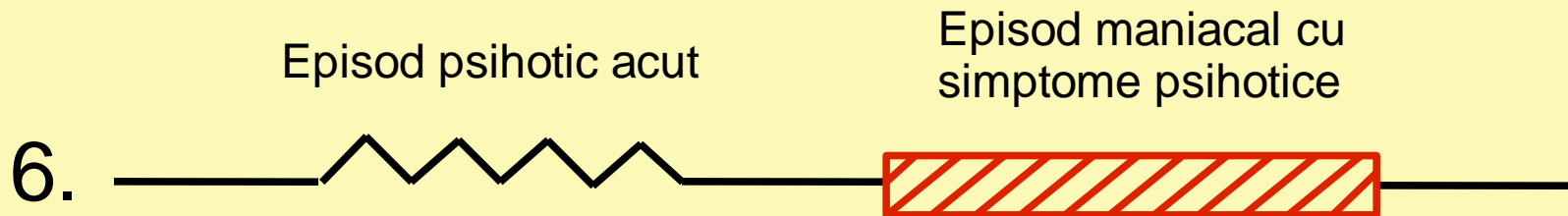
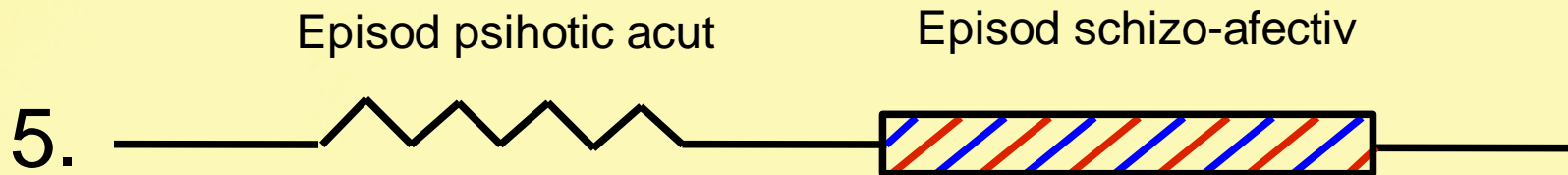
Episod psihotic acut

2.  2 episoade de  
psihoză acută  
sau mai multe

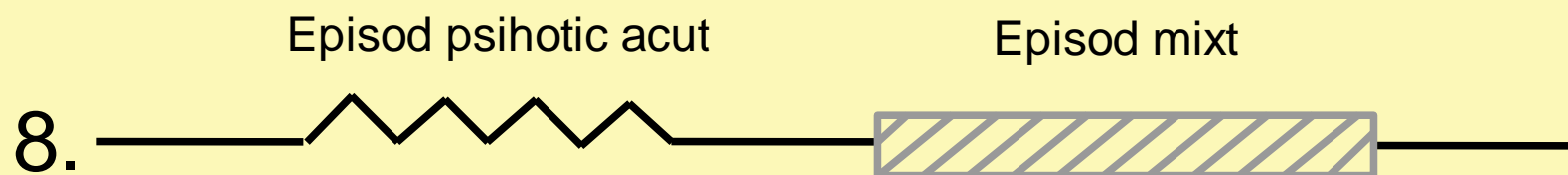
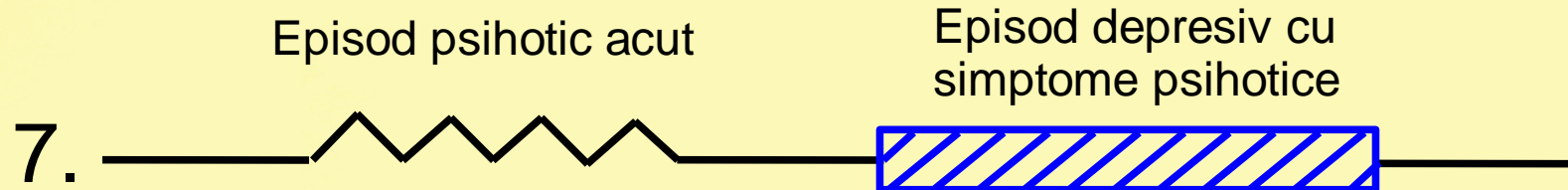
# Din perspectivă longitudinală:



# Din perspectivă longitudinală:



# Din perspectivă longitudinală:



## Factori de prognostic favorabili:

- prezența EVS;
- debut brutal (48h);
- prezența elementelor afective și confuzionale;
- absența tulburărilor de personalitate;
- funcționare globală premorbidă bună;
- absența încărcăturii genetice.

## Factori de prognostic nefavorabili:

- debut acut (2 săptămâni);
- prezența tulburărilor de personalitate de tip schizoid;
- absența EVS;
- debut la vârstă tânără;
- sex masculin;
- istorie familială de Schizofrenie;
- funcționare premorbidă deficitară.

# Personalitate premorbidă



- există multe studii; majoritatea sunt pentru patologia schizofrenă și cea afectivă;
- opinii divergente;
- persoane cu trăsături ca: labilitate emoțională, impresionabilitate, reacții afective disproporționale.

# Diagnostic diferențial



1. Episod psihotic acut determinat de:

- boală organică;
- consum de substanțe.

2. Schizofrenie.

3. Tulburare delirantă.

4. Episod schizoafectiv.

5. Episod depresiv/maniacal cu simptome psihotice.

Tratament



# Strategiile terapeutice

Sunt:

- flexibile;
- individualizate;

Cuprind:

- intervenția farmacologică → medicamentoasă;
- intervenția psihoterapeutică.

## Obiectivele terapeutice:

- reducerea simptomatologiei → obținerea remisiunii;
- prevenirea recăderilor;
- revenirea la funcționarea socială anterioară episodului;
- reducerea duratei de spitalizare;
- reducerea substanțială a costurilor.

## Intervențiile psihoterapeutice:

- ocupă un rol esențial în abordarea terapeutică;
- rolul lor este de a:
  - facilita achiziția sau să permită o bună adaptare a persoanei la modul de viață;
  - creșterea complianței la tratamentul medicamentos;
  - obținerea unei remisiuni de calitate.

## Intervențiile psihoterapeutice:

- propun programe specializate dar flexibile de psihoterapie individuală / de grup;
- ele cuprind:
  - terapie cognitiv-comportamentală;
  - terapie familială;
  - psihoeducație.

Conclusie



## Psihoza acută:

- este un diagnostic instabil, reprezentând o „poartă” de intrare în psihiatrie către patologia psihotică;
- poate vira ulterior către altă patologie psihotică: schizofrenie, tulburare delirantă, tulburare schizoafectivă, tulburare afectivă.

