

# SCHIZOFRENIE PARANOIDĂ ȘI TULBURARE DE PERSONALITATE INSTABIL IMPULSIVĂ PREZENTARE DE CAZ CLINIC

ADELA MAGDALENA CIOBANU, CAMELIA POPA,  
LAURA DIANA GHERMAN, MIHNEA MANEA

**Relationship between Two Psychiatric Disorders.** The purpose of this study was to offer the mental health specialists a set of rules of good practice, based on clinical evidence. We present the relationship between paranoid schizophrenia and unstable personality disorder – impulsive type. Individuals with this personality disorders are characterized by: social incompetence, emotional dysfunction and poor problem-solving style. The professional inadequacy is one of the most important consequences of social incompetence.

**Keywords:** paranoid schizophrenia, unstable personality disorder – impulsive type, clinical features.

Schizofrenia paranoidă este cel mai comun tip de schizofrenie. Pacientul are convingeri false că o persoană sau mai multe persoane complotază împotriva lui pentru a-l prejudicia. Cei astfel diagnosticați prezintă, adeseori, halucinații auditive (aud lucruri care nu sunt reale) și au iluzii de grandoare. Această tulburare psihotică antrenează modificări marcante ale percepției și înțelegerii lumii. Ea reprezintă o urgență psihiatrică și necesită internarea. Pacientul cu schizofrenie afișează un comportament neadecvat, secundar delirurilor, la care se pot adăuga sau nu halucinațiile proeminente, respectiv percepțiile lipsite de obiect. Afectul său este inadecvat, înregistrează o deteriorare clară în activitățile sale, se retrage din viața socială. Tulburările de personalitate preexistente amplifică patologia din schizofrenie, alături de anxietatea socială, dezorganizarea cognitivă, denaturarea realității și stresul psihologic puternic. S-a demonstrat că vulnerabilitatea emoțională, ale cărei baze sunt puse în copilărie, se numără și printre factorii psihosociali de risc ai schizofreniei (Ciobanu&Popa, 2013; Cohen *et al.*, 2010).

Un studiu clinic realizat la Centrul de Sănătate Mintală din Craiova pe 81 de pacienți diagnosticați cu schizofrenie paranoidă a demonstrat că factorii sociali și familiali influențează semnificativ evoluția acestei tulburări (Pirlog și Marinescu, 2013). Printre acești factori au fost identificați: inversiunea afectivă față de mamă, dispariția sentimentului de independență socială și acțiunile inadecvate, alimentate de delir.

## Prezentare de caz

Pacienta C.A., în vârstă de 27 de ani, este necăsătorită, fără copii. A suferit o operație estetică la nas, la vârsta de 20 ani. Locuiește cu mama sa într-un apartament

cu două camere și are o relație tensionată cu aceasta. Cu tatăl întreține relații bune. A avut o relație stabilă timp de 3 ani, care s-a finalizat cu câteva luni înaintea debutului bolii. Adaptarea și integrarea în mediul școlar au fost dificile („Am avut o viață cruntă până la 20 ani, eram batjocorită și toți colegii râdeau de mine fiindcă am nasul mare, iar mama îmi spunea că asta e, așa e în liceu și trebuie să mă duc în continuare, că doar n-o să vină ea la școală”). A absolvit Academia de Științe Economice și a lucrat în diverse domenii. Din 2011 nu s-a mai angajat („Nu vreau să am șefi care să-mi spună ce să fac, nu mă interesează să evoluez”). În adolescență, consuma alcool în mod excesiv și cheltuia banii necontrolat. În prezent, C.A. neagă consumul de alcool și de droguri. Fumează un pachet de țigări pe zi. Ea a mai avut o internare la psihiatrie în urmă cu 4 ani, timp de 20 de zile, pentru o simptomatologie psihotică acută cu idei delirante de urmărire și persecuție, bizarerii comportamentale și retragere socială. Sub tratament, evoluția ei a fost favorabilă. La externare s-a recomandat continuarea tratamentului, însă nu a fost compliantă la tratamentul prescris.

**Episodul actual.** Pacienta este adusă la Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Al Obregia” cu Salvarea, în urgență, pentru: tentativă de suicid, agitație psihomotorie, izolare socială, inversiune afectivă față de mamă, bizarerii comportamentale, impulsivitate, auto și heteroagresivitate, insomnii mixte. Din afirmațiile mamei reiese că simptomele ei s-au accentuat progresiv în ultimii 4 ani. C.A. a ieșit foarte rar din casă iar comportamentul i s-a schimbat radical – este confuză, agitată, își provoacă autovătămări prin lovituri repetate, se trage de păr, face baie timp de câte 4 ore, refuză să se alimenteze, nu mai iese din cameră, nu vorbește cu nimeni, are un comportament imprevizibil și impulsiv, intră ușor în conflicte violente. Chiar înainte de internare a încercat să se sinucidă în fața mamei sale („M-a strâns în brațe apoi a mers în bucătărie și, fără să-mi spună nimic, a luat un cuțit, și l-a pus în dreptul gâtului. Am intervenit și, la insistența mea, l-a lăsat ca apoi să-l ia din nou și să încerce să se împungă cu el”).

**Diagnosticul** stabilit la internare este: „Tulburare de personalitate. Comportament suicidar”.

**Examenle clinic și paraclinic** au avut rezultate în limite normale. Pacienta prezenta echimoze la nivelul zonei lombare. A negat faptul că și le-ar fi provocat singură, afirmând că le-a dobândit făcând gimnastică. Examinarea la computer-tomograful cerebral (CT) nu a evidențiat modificări tomodensitometrice vasculare recente și nici procese înlocuitoare de spațiu vizibile la nivel nevaxial infra sau supratentorial.

**Examenul psihologic** a oferit următoarele rezultate: capacitatea de fixare și de evocare imediată și de lungă durată ușor scăzută; scăderea importantă a capacității de concentrare, mobilitate și distributivitate a atenției; lentoare severă în efectuarea sarcinii, distractibilitate; vocabular și volum informațional de nivel mediu; asociații logice slăbite, capacitate de abstractizare absentă, nu sesizează absurdul; interpretativitate, circumstanțialitate.

În ceea ce privește structura personalității, aceasta are trăsături accentuate de instabilitate și impulsivitate. Testul Szondi a relevat: pasivitate, neimplicare,

iritabilitate, descărcarea liberă în comportament a furiei și a ostilității, toleranță scăzută la frustrare, tulburări de comportament, apatie sau indiferență relațională, dificultăți în stabilirea și menținerea relațiilor de atașament, rezonanță afectivă redusă, dificultăți majore de adaptare și de integrare, imaturitate. La nivelul Eului s-au evidențiat: lipsa prizei de conștiință, absența insightului și gândirea nerealistă. Un alt chestionar de personalitate a arătat cote crescute la scalele schizofrenie și imaturitate afectivă.

Concluziile examinării psihologice au fost următoarele: eficiență cognitivă globală inferioară nivelului mediu; trăsături accentuate de personalitate instabil-impulsivă; iritabilitate, toleranță scăzută la frustrare, slabă rezonanță afectivă, tulburări de comportament, auto și heteroagresivitate, retragere socială, bizarerii comportamen-tale, interpretativitate, stare de ambivalență, circumstanțialitate, inconsistență a discursului, lipsă de hotărâre, imaturitate afectivă, capacitate de adaptare și de integrare reduse semnificativ, funcționalitate socio-ocupațională sever scăzută, dificultăți în luarea deciziilor și în asumarea responsabilităților.

**Examenul psihiatric.** Pacienta se prezintă la examenul psihiatric în ținută de spital îngrijită. Are o igienă corespunzătoare, mimică și gestică mobile, stabilește contactul vizual și verbal, are un dialog spontan coerent, dar atitudinea ei este necooperantă. Neagă tulburări de percepție de intensitate psihotică în momentul examinării. Ulterior, după 2 săptămâni de la internare, pacienta își recunoaște halucinațiile auditive („Am voci în cap care mă învață de bine”; „Eu cred că sunt de la extraterestri”; „Așa cum au venit în America, au venit și la mine, îmi dau sfaturi și ordine: mută lucrul ăla acolo, că așa o să fie bine, fă asta, nu fă asta”; „Prima dată i-am auzit la serviciu în timp ce lucram și m-am speriat atât de tare încât l-am sunat pe unchiul meu, am vrut să mă duc la Romană să mă arunc în fața metroului”; „Nu mă mai puteam concentra la serviciu din cauza lor, mă opreau din ce făceam”; „Vocile vin și din exterior și din interior, și de bărbați și de femei, uneori sunt voci cunoscute, ale unor prieteni”; „Odată m-am spălat pe dinți atât de bine și atunci vocile m-au pus să fac trei tumbă că o să mă simt foarte bine”; „Mă dădeam cu capul de pereți când nu ascultam vocile, odată m-au pus să sparg lucruri prin casă și n-am vrut, așa că am început să mă dau cu capul de pereți”; „Vocile mă relaxează și mă învață de bine, îmi dau sfaturi. Dacă nu le voi mai avea, cine mă va mai ajuta să iau decizii?!”). Pacienta a prezentat, de asemenea, halucinații olfactive („Simțeam un miros de petrol când nu făceam ceva bine”) și halucinații tactile („Simțeam ceva ciudat în corp și aerul era ciudat, vedeam și simțeam lucrurile mai altfel”).

În sfera atenției se constată o hipoprosexie spontană, voluntară, iar în cea a memoriei – o ușoară hipomnezie de fixare, însă pacienta este orientată temporo-spațial auto și allopsihic și are o conștiință lucidă. În ceea ce privește gândirea, ritmul și fluxul ideoverbal sunt ușor accelerate. Pacienta a negat ideea suicidară, afirmând că tentativa de suicid a fost un impuls cu scop demonstrativ.

Discursul pacientei este destul de organizat, fiind axat pe o idee de persecuție („Eu sunt foarte bună, așa m-am născut și simt bunătaea cum iese din mine și este în mine iar oamenii profită de acest lucru”; „Am avut o viață cruntă, mi-

*a fost foarte greu. Mă gândeam să mă dau cu capul de bordură să-mi sparg nasul că să mă opereze gratis la nas”; „Mama mă scuipa și râdea de mine că am nasul mare și mă înjura. După ce m-am operat, nu s-a mai purtat chiar așa”; „Aș vrea să lucrez, dar am avut multe joburi și nu mi-au plăcut. Poate aș putea să încep să lucrez part-time câteva ore, dar acum vreau să mă odihnesc și să mă relaxez și să nu mă mai piseze nimeni cu lucrul. Cei 2 ani în care am lucrat au fost ani iroșiți. Nu regret cei 4 ani în care am stat acasă, m-au făcut bine, mi-au limpezit creierul”; „Creierul meu uman e zdrobit de la depresii și bătă”; „Ar trebui să spun că tot răul a început cu grădinița că și acolo am primit o palmă și o simt și acum peste nas”; „Eu i-am ajutat pe toți și am fost bună cu toți și nici măcar o broșă de 20 lei n-am primit de ziua mea de la vreun prieten, să mă sune măcar să mă întrebe ce mai fac, să mă ajute să-mi găsesc un serviciu”; „Mi-ar fi greu să lucrez într-un magazin și să aranjez lucrurile și apoi să vină șefa să-mi spună că nu am pus eticheta bine. A, păi vine ea și-mi spune mie, care am lucrat în marketing, cum trebuie să stea eticheta?! Nu suport!”; „Nu există om mai nefericit ca mine”). Discursul este totuși unul ambivalent și inconsistent („Nu-mi place să fiu răsfățată, să am totul”; „Scopul meu în viață este să ajut oamenii”; „Eu sunt activă, nu pot să stau în casă”). Pacienta prezintă și automatism mental („Vocile îmi fac plăcere, sunt bune, mă relaxează, mă ajută să iau decizii. Îmi spun ce să fac, îmi dau sfaturi. Mă obligă să fac unele lucruri care să mă ajute să-mi îndeplinesc scopul în viață. Dacă aranjez lucrurile cum îmi spun ele, asta îmi aduce noroc. Nici nu pot lua decizii fără ele”; „Când nu le ascult sunt nevoită să mă lovesc”; „Îmi spun să fac tumbe și diverse sărituri prin casă”).*

Pacienta prezintă inversiune afectivă față de mamă, dar discursul ei este ambivalent („Mama e teroarea pământului. Am ajuns la concluzia că e mai bine să nu mă iubească”; „Vine cu capul ăla sec al ei să-mi aducă supă, că i-am zis că îmi e poftă de supă, nu știe ce să-mi mai facă să-mi fie bine, dar eu n-am nevoie de așa ceva, eu am nevoie doar de o mamă și atât”; „Nu-mi cumpără haine, nu-mi dă bani să ies în oraș. Cum să ies în oraș doar cu 10 RON sau 20 RON, eu am nevoie de 100 RON sau mai mult și de haine frumoase, nu pot să ies așa să mă fac de râs iar ea nu vrea să-mi dea bani”; „Îmi este și frică să nu o pierd pentru că atunci cine ar mai avea grijă de mine și nu vreau să rămân singură fără să aibă cineva grijă de mine”; „Mă deranjează că vorbește ca la ușa cortului și mă înjură”; „Îmi era frică să nu ajung ca mama, că mama mă iubește prea mult și îmi putea lua sufletul”).

Asociațiile logice sunt laxe, capacitatea de abstractizare este absentă. Pacienta prezintă tangențialitate, circumstanțialitate, suspiciozitate, interpretativitate. La nivelul dispoziției se remarcă anxietatea psihică („Îmi era mereu frică că voi face o tâmpenie și nu-mi voi îndeplini scopul și din cauza asta nu ieșeam din casă, trăiam mereu în frică”). Rezonanța afectivă este scăzută, iar în ceea ce privește ritmul nictemeral se constată prezența insomniilor mixte. Afîșează iritabilitate, irascibilitate, toleranță redusă la frustrare, impulsivitate. În sfera activității se constată agitație psihomotorie, auto și heteroagresivitate. Randamentul util este scăzut. Instinctul alimentar este perturbat; din afirmațiile mamei reiese că pacienta nu mănâncă, însă C.A. neagă acest lucru, susținând că mama sa o urmărește la fiecare înghițitură.

### Diagnosticul

Diagnosticul stabilit a fost cel de schizofrenie paranoidă (Axa I) și tulburare de personalitate instabil-impulsivă premorbidă (Axa II).

Pacienta îndeplinește criteriile DSM IV pentru schizofrenie paranoidă: halucinații, idei delirante de persecuție, automatism mental și un comportament bizar, dezorganizat, cu izolare socială și rezonanță afectivă scăzută, fără afect plat sau inadecvat, fără dezorganizarea limbajului și fără comportament catatonie. De asemenea, pacienta se confruntă cu disfuncții socială și profesională semnificative, și-a întrerupt serviciul și a ieșit foarte rar din casă. Aceste simptome au fost prezente timp de 4 ani. În această perioadă nu au fost semnalate episoade depresive majore, maniacale sau mixte. Pacienta nu prezintă o condiție medicală generală și nu a făcut abuz de droguri sau de medicamente. Totodată, criteriile ICD-10 pentru schizofrenie sunt îndeplinite, pacienta având halucinații auditive comentative, olfactive, idei delirante, automatism mental, retragere socială și comportament bizar.

C.A. îndeplinește, în același timp, criteriile DSM IV pentru tulburare de personalitate instabil-impulsivă: relații interpersonale instabile, impulsivitate marcantă, perturbare de identitate (pe parcursul examinării pacienta afirmă despre sine că „*Sunt mult mai deșteaptă că restul oamenilor*” și apoi „*Eu sunt o proastă, sunt cea mai proastă*”), discurs ambivalent, gesturi sau amenințări recurente de suicid, instabilitate afectivă, mânie intensă, inadecvată și dificultăți în a o controla („*Când am dreptate sau mi se face o nedreptate pierd controlul, nu suport nedreptatea*”), idee paranoidă, teamă de abandon. Dispoziția depresivă pe care pacienta o acuză nu satisface criteriile pentru un episod depresiv și nu este constatată de examinator, fiind mai degrabă încadrată în ideile delirante de persecuție ale pacientei. C.A. nu satisface criteriile pentru tulburarea delirantă, întrucât delirul ei nu este suficient de sistematizat.

### Tratament și prognostic

Pacientei i s-a administrat un tratament antipsihotic, sedativ și timostabilizator. În urma acestuia, halucinațiile auditive s-au redus ca frecvență și intensitate. La externare, i s-a recomandat continuarea tratamentului psihiatric antipsihotic și terapia cognitiv-comportamentală. Printre factorii favorabili de prognostic se numără: lipsa antecedentelor familiale de schizofrenie, funcționarea premorbidă socială și profesională bună și suportul familial. Factorii de prognostic defavorabil sunt: statusul marital (necăsătorită), debutul insidios al tulburării, absența criticii bolii și tulburarea de personalitate premorbidă. Deși răspunsul terapeutic a fost foarte bun, instabilitatea emoțională, imaturitatea în gândire și neasumarea responsabilităților prezic o complianță redusă la tratament care ar putea determina recăderi.

### **Bibliografie**

- Ciobanu, A.M., Popa, C., *Boala psihică și eșecul social*, Editura Universitară, București, 2013.
- Cohen, A.S., Emmerson, L.C., Mann, M.C. et al., *Schizotypal, schizoid and paranoid characteristics in the biological parents of social anhedonics*, în "Psychiatry Res.", 178, 1, 2010, p. 79-83.
- DSM-IV. *Manual pentru Diagnosticul și Statistica Tulburărilor Mintale*, editat de Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2000.
- Pîrlog, M.C., Marinescu, D., *1915 – Social risk factors in the evolution of schizophrenia - Try to a new assessment*, în "European Psychiatry", 28, Suppl. 1, 2013.
- World Health Organization, *International Classification of Diseases*, 10th edition (ICD-10), 2007.

Acest studiu a fost realizat în cadrul Acordului de Parteneriat încheiat între Institutul de Filosofie și Psihologie „Constantin Rădulescu Motru“ al Academiei Române și Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Al. Obregia” din București (Programul de cercetare nr. 2 „Sănătate mentală și stare de bine: implicații și modalități de intervenție moderne”, Departamentul de Psihologie).