

Tulburarea depresiv-delirantă, o subclasă posibilă a patologiei psihotice

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„VICTOR BABEȘ” TIMIȘOARA
FACULTATEA DE MEDICINĂ**

**TULBURAREA DEPRESIV-DELIRANTĂ,
O SUBCLASĂ POSIBILĂ A PATOLOGIEI
PSIHOTICE**

TEZĂ DE DOCTORAT

**CONDUCĂTOR ȘTIINȚIFIC
ACAD. PROF. DR. MIRCEA LĂZĂRESCU**

**DOCTORAND
DR. CĂTĂLINA IULIA GIURGI-ONCU**

2013

CUPRINS

| | | Pag. |
|-----------------------|--|------|
| | Introducere | i |
| | Mulțumiri | iv |
| PARTE GENERALĂ | | |
| I. | Conceptul de psihoză în corelația lui cu depresia | 1 |
| | Schizofrenia și psihoza maniaco-depresivă, între trecut și prezent | 4 |
| | Continuumul psihotic | 7 |
| | Depresia reactivă a lui Jaspers | 8 |
| | Tulburarea delirantă persistentă. Scurt istoric | 9 |
| | Ce este delirul? | 12 |
| | Tulburarea delirantă. Concepții actuale | 15 |
| II. | Scurt istoric al tulburării depresive în psihiatrie | 18 |
| | Depresia fără simptome psihotice | 19 |
| | Depresia cu simptome psihotice | 20 |
| | Depresia din tulburarea afectivă bipolară | 21 |
| | Typus Melancholicus și rolul social | 22 |
| | Conceptul de Cotymie | 24 |
| III. | Ce este spectrul? | 25 |
| | Spectrul psihotic | 27 |
| | Spectrul bipolar | 28 |
| | Spectrul depresiv | 29 |
| IV. | Neurocogniția versus cogniția socială, domenii diferite în psihoză | 32 |
| | Ce este cogniția socială? | 33 |
| | Cogniția socială în continuumul psihotic | 34 |
| | Teoria minții în tulburarea delirantă | 35 |
| | Stilul atribuțional | 37 |
| | Percepția emoțiilor | 38 |
| | Percepția socială | 39 |
| V. | Funcționarea socială – între evaluarea clinică și realitatea de zi cu zi | 41 |
| | Funcționarea socială în paranoia | 43 |
| | Funcționarea socială în depresie | 44 |
| VI. | Percepția emoțiilor în psihoză | 51 |
| | Ce este emoția? | 51 |
| | Rolul emoțiilor în funcționarea socială | 55 |
| PARTE SPECIALĂ | | |
| VII. | Necesitatea și importanța realizării studiului | 60 |
| | Scopul lucrării | 67 |
| | Obiective | 67 |
| | Obiectiv general | 67 |
| | Obiective specifice | 67 |
| VIII. | Material și metodă. Universul studiului | 68 |
| | Date epidemiologice | 68 |
| | Date epidemiologice. Tulburarea depresivă recurentă | 69 |
| | Date epidemiologice. Tulburarea delirantă | 78 |
| | Date din literatură referitor la cogniția socială | 83 |
| | Selecția subiecților | 84 |

| | | |
|-------|---|-----|
| | Criteriile ICD-10 | 85 |
| | Eșantionare. Formarea loturilor de studiu | 89 |
| | Criterii generale de includere | 90 |
| | Criterii generale de excludere | 90 |
| | Metodologie | 91 |
| | Obiective de lucru pe etape | 91 |
| | Ipotezele studiului | 93 |
| | Ipoteză generală | 93 |
| | Ipoteze specifice | 93 |
| | Prelucrarea datelor | 94 |
| | Prezentarea loturilor de studiu | 95 |
| | Lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă | 95 |
| | Lotul cu Tulburare Delirantă Persistentă | 99 |
| | Lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Incongruent | 103 |
| | Lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Congruent | 108 |
| IX. | Rezultate și discuții | 114 |
| | Evoluția clinică | 114 |
| | Rezultate la aplicarea scalei SCL-90 | 116 |
| | Rezultate la aplicarea scalei Gândurilor Paranoide | 121 |
| | Rezultate la aplicarea testului de cogniție socială – Teoria Minții | 123 |
| | Rezultate la aplicarea testului de cogniție socială - GEOPTE | 127 |
| | Rezultate la aplicarea testului de cogniție socială – Capacitatea de interpretare a expresiilor faciale | 130 |
| | Rezultate la aplicarea scalei de funcționare socială – SFS | 132 |
| | Corelații la aplicarea testului Spearman R | 148 |
| | Sinteza rezultatelor | 152 |
| | Descrierea lotului cu Tulburare Paranoid Depresivă | 152 |
| | Descrierea lotului cu Tulburare Delirantă Persistentă | 155 |
| | Descrierea lotului cu Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Incongruent | 157 |
| | Descrierea lotului cu Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Congruent | 159 |
| | Diferențe între loturi referitor la recunoașterea emoțiilor din priviri | 162 |
| | Verificarea ipotezelor | 164 |
| X. | Discuții | 168 |
| XI. | Concluzii | 175 |
| XII. | Originalitatea studiului | 176 |
| XIII. | Contribuțiile studiului la dezvoltarea cunoașterii în domeniu | 177 |
| XIV. | Limitele studiului | 177 |
| | Bibliografie | 178 |
| Anexa | Măsurile pentru respectarea normelor etice de cercetare | 201 |
| 1. | | |
| Anexa | Consimțământ informat | 202 |
| 1.1 | | |
| Anexa | Avizul CECS al UMF Victor Babeș Timișoara | 204 |
| 1.2 | | |
| Anexa | Listă articole publicate | 205 |
| 2. | | |
| Anexa | Giurgi-Oncu, C., Bredicean, C., Bărănescu, R. (2012). Depressive- | 206 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 2.1 | delusional Spectrum: the Impact of Delusional Paranoid Ideas on Social Functioning. Acta Medica Marisiensis, Vol.58, 6:390-392 | |
| Anexa 2.2 | Giurgi-Oncu, C. , Bredicean, C., Romoșan, R., Popovici, Z., Popescu, A. (2013). Particularities of Social Cognition in the Depressive-Delusional pathology. Medicine in evolution, Vol.XIX, 2:274-279 | 212 |
| Anexa 2.3 | Popovici, Z., Lăzărescu, M., Ienciu, M., Bredicean, C., Giurgi-Oncu, C. , Bărănescu, R., Cristanovici, M. (2012). Schizophrenia Spectrum Disorders: Similarities and Differences of Social Cognition. Acta Medica Marisiensis, Vol.58, 1:42-44 | 220 |
| Anexa 2.4 | Romoșan, R.S., Mircea, T., Romoșan, F., Enătescu, V.R., Bredicean, C., Giurgi-Oncu, C. , Ile, L. (2013). Cognitive-emotional regulation strategies in recurrent depressive disorder and bipolar disorder. Medicine in Evolution, Vol. XIX, 2:304-312 | 225 |

CUPRINS DE FIGURI

| FIGURĂ | Pag. |
|---|------|
| LOTUL CU TULBURARE PARANOID DEPRESIVĂ | |
| Fig. Distribuție după sex | 95 |
| Fig. Distribuție după diagnosticul de debut | 96 |
| Fig. Distribuție după antecedente heredo-colaterale | 97 |
| Fig. Distribuție după statutul marital | 98 |
| LOTUL CU TULBURARE DELIRANTĂ PERSISTENTĂ | |
| Fig. Distribuție după sex | 99 |
| Fig. Distribuție după diagnosticul de debut | 100 |
| Fig. Distribuție după antecedente heredo-colaterale | 101 |
| Fig. Distribuție după statutul marital | 102 |
| LOTUL CU TULBURARE DEPRESIVĂ RECURENTĂ CU DELIR INCONGRUENT | |
| Fig. Distribuție după sex | 104 |
| Fig. Distribuție după diagnosticul de debut | 105 |
| Fig. Distribuție după antecedente heredo-colaterale | 106 |
| Fig. Distribuție după statutul marital | 107 |
| LOTUL CU TULBURARE DEPRESIVĂ RECURENTĂ CU DELIR CONGRUENT | |
| Fig. Distribuție după sex | 109 |
| Fig. Distribuție după diagnosticul de debut | 110 |
| Fig. Distribuție după antecedente heredo-colaterale | 111 |
| Fig. Distribuție după statutul marital | 112 |
| COMPARAȚIE ÎNTRE LOTURI PRIVIND NR. MEDIU DE EPISOADE/AN | |
| Fig. Comparație între nr. mediu de episoade/an | 115 |
| Fig. Comparație între scorurile medii la subscalele SCL-90 pentru cele 4 loturi | 120 |
| Fig. Comparație între media scorurilor la Scala Gândurilor Paranoide pentru cele 4 loturi | 122 |
| Fig. Scorurile medii la testul de “Citire a minții din priviri” comparativ între | 124 |

| | |
|--|-----|
| cele 4 loturi | |
| Fig. Distribuția loturilor după scorurile la testul de “Citire a minții din priviri” | 126 |
| Fig. Comparatie între scorurile medii la scala GEOPTE pentru cele 4 loturi | 128 |
| Fig. Comparatie între rezultatele la Testul de Recunoaștere a Expresiilor Faciale pentru cele 4 loturi | 131 |
| Fig. Distribuția loturilor după scorurile la Scala SFS – Subscala Angajării Sociale | 135 |
| Fig. Distribuția loturilor după scorurile la Scala SFS – Subscala Comunicare Interpersonală | 137 |
| Fig. Distribuția loturilor după scorurile la Scala SFS – Subscala Activități Recreative | 139 |
| Fig. Distribuția loturilor după scorurile la Scala SFS – Subscala Activități Sociale | 141 |
| Fig. Distribuția loturilor după scorurile la Scala SFS – Subscala Abilități de Viață Independentă | 143 |
| Fig. Comparatie între mediile scorurilor la subscalele SFS pentru cele 4 loturi | 146 |

CUPRINS DE TABELE

| | |
|--|-----|
| Statutul marital al lotului cu Tulburare Paranoid-Depresivă la debut, comparativ cu evaluarea actuală | 97 |
| Nivelul educațional al lotului cu Tulburare Paranoid-Depresivă la debut, comparativ cu evaluarea actuală | 98 |
| Statutul marital al lotului cu Tulburare Delirantă Persistentă la debut, comparativ cu evaluarea actuală | 101 |
| Nivelul educațional al lotului cu Tulburare Delirantă Persistentă la debut, comparativ cu evaluarea actuală | 102 |
| Statutul marital al lotului cu Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Incongruent la debut, comparativ cu evaluarea actuală | 106 |
| Nivelul educațional al lotului cu Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Incongruent la debut, comparativ cu evaluarea actuală | 107 |
| Statutul marital al lotului cu Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Congruent la debut, comparativ cu evaluarea actuală | 111 |
| Nivelul educațional al lotului cu Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Congruent la debut, comparativ cu evaluarea actuală | 112 |
| Comparație nr. mediu episoade/an evoluție între cele 4 loturi | 114 |
| Comparație între vârsta medie la debut între cele 4 loturi | 115 |
| Comparație a subscalelor SCL-90 între cele 4 loturi | 117 |
| Comparație la Scala Gândurilor Paranoide între cele 4 loturi | 121 |
| Comparație între valorile medii la testul de Interpretare a Privirii între cele 4 loturi | 124 |
| Distribuția scorurilor la testul de Interpretare a Privirii între cele 4 loturi | 125 |
| Comparația valorilor medii la Scala de Cognitione Socială între cele 4 loturi | 127 |
| Comparație între valorile medii la testul de Recunoaștere a Expresiilor Faciale între cele 4 loturi | 130 |
| Cotare la subscalele SFS | 133 |

| | |
|--|-----|
| Comparație între loturi la SFS – Subscala Angajării Sociale | 134 |
| Comparație între loturi la SFS – Subscala Comunicare Interpersonală | 136 |
| Comparație între loturi la SFS – Subscala Activități Recreative | 138 |
| Comparație între loturi la SFS – Subscala Activități Sociale | 141 |
| Comparație între loturi la SFS – Subscala Independență-Capacitate | 143 |
| Comparație între mediile scorurilor la subscalele SFS pentru cele 4 loturi | 145 |
| Diferențe semnificative statistic între loturi la subscalele SFS | 146 |

REZUMAT

Cuvinte cheie: **depresie, delir, cogniție socială, procesare emoțională, funcționare socială**

Introducere

Teza de față a fost generată din necesitatea unei abordări integrate biopsihosocial a pacientului cu suferință psihotică, mai precis, delirantă și depresivă. În profesia noastră, există incertitudine în privința manierei în care se desfășoară viața bolnavului psihotic după părăsirea spitalului.

Obiectivul pe care mi l-am propus pentru această lucrare a fost studierea pacientului psihotic din spectrul depresiv-delirant, odată aflat în remisiune clinică parțială, din prisma simptomatologiei psihotice reziduale, a deficitului în funcționarea socială, al nivelului abilităților cognitive sociale, al procesării emoțiilor și calității vieții. După cum au arătat Giurgi-Oncu C. și colaboratorii (2013), pacienții cu depresie psihotică par a avea deficite semnificative în ce privește abilitățile de cogniție socială, aceste rezultate traducându-se, în cotidian, printr-o funcționare socială defectuoasă. Motivația pentru această lucrare a pornit din lipsa, în literatura de specialitate, a unei analize extensive în cadrul spectrului-depresiv delirant, din perspectiva abilităților de cogniție socială și funcționare socială. Rezultatele acestui studiu s-ar putea dovedi utile în diferențierea și individualizarea abordării terapeutice a beneficiarilor serviciilor de sănătate mintală.

Doctrina spectrului acceptă o etiopatogenie comună pentru mai multe entități nosologice ce pot fi diagnosticate separat și care diferă prin maniera sau prin intensitatea tabloului psihopatologic (Giurgi-Oncu, C., 2012). Ipoteza unui spectru malativ psihotic își propune o îmbinare între conceptul categorial și cel dimensional. Literatura de specialitate descrie prezența unui spectru schizofren (Andreasen, 1995) și a unui spectru afectiv (Akiskal, 2002). Se ridică actualmente problema unei interferențe dintre aceste două entități de spectru (Marneros, Akiskal, 2007). Astfel, tema spectrului psihotic este una în plină dezbateră și ea se corelează cu istoria problemei tulburărilor psihotice din nosologia lui Kraepelin, care, în mod clasic (și actual), se polarizează între tulburarea afectivă bipolară și tulburarea schizofrenă. Totuși, în ultimii 50 de ani, ceea ce Kraepelin circumscria ca psihoză maniaco-depresivă s-a subdivizat în bipolar și monopolar depresiv. În același sens, ceea ce la Kraepelin era o zonă periferică a tulburării psihotice endogene, centrată de delirul sistematizat paranoiac (și parafren), a devenit în ICD-10 (OMS, 1992) "tulburare delirantă persistentă". Nosologia ultimelor decenii a fost, astfel, bulversată, iar conceptele generale de psihoză, delir, depresie (psihotică) și schizofrenie, au ajuns să nu fie todeauna suficient de clare. Această confruntare între nosologia formulată în termeni tradiționali Kraepelinieni și cea formulată în termenii DSM-III, IV (APA) și ICD-10, este una care are zone de penumbră. Între acestea se situează patologia depresivă de intensitate majoră, "psihotică" în formularea tradițională, "cu simptome psihotice" în formulările mai recente, care e un teritoriu clinic insuficient de clar, căci se împarte între tulburarea monopolar depresivă, cea schizo-afectivă și cea paranoid-depresivă. Acesta este rațiunea pentru care este necesară efectuarea unor studii centrate pe acest domeniu.

Problema nu e doar empirică, de adunare și analiză a unei cazuistici, ci și una conceptuală, căci trebuie definit la ce cazuistică facem referire. Din acest motiv, vor fi trecute în revistă multiple aspecte clinice și socio-funcționale, începând cu un scurt istoric al conceptualizării psihozelor, cu referire la dihotomia Kraepeliniană și la continuum-ul psihotic, centrat de delir.

La celebrarea centenarului de la publicarea operei fundamentale a medicinei psihiatrice, "Allgemeine Psychopathologie", va fi atins subiectul depresiei reactive din perspectiva lui Karl Jaspers (1913). Alte valențe ale depresiei, precum episodul din tulburarea bipolară și monopolar depresivă, cu și fără elemente psihotice, constituie o porțiune importantă a părții teoretice a acestei teze, alături de conceptualizarea personalității vulnerabile la depresie, din perspectiva lui Tellenbach și a lui Tyrer.

Anul 2013 este semnificativ pentru psihiatria modernă, datorită noilor paradigme aduse odată cu publicarea celei de a V-a ediții a DSM (Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistică a tulburărilor mintale, Asociația Psihiatrică Americană), din perspectiva spectrului și, în particular, a spectrului depresiv-delirant, ce face subiectul acestei teze.

De importanță critică pentru lucrarea de față sunt aspectele ce privesc funcționarea socială și cogniția socială a suferindului din patologia depresivă, paranoidă și cei aflați la intersecția lor. Funcționarea socială și cogniția socială sunt domenii care s-ar putea dovedi utile în progresarea înțelegerii cu privire la un eventual spectru depresiv-delirant. Cogniția socială include procesele cognitive utilizate în codarea și decodarea lumii sociale. O descriere completă a cogniției sociale ar trebui să includă detalii cu privire la prelucrarea datelor referitoare la toate persoanele din mediul nostru înconjurător (inclusiv noi înșine), precum și normele și reglementările din universul social. Teoria cogniției sociale oferă un cadru pentru înțelegerea, estimarea și modificarea comportamentului uman.

În literatura de specialitate existentă la momentul actual, cogniția socială este considerată a fi un factor important în predicția multiplelor aspecte ale funcționării sociale. Până în prezent, literatura de specialitate constă din informații puține cu privire la evaluarea comparativă a funcționării sociale sau a cogniției sociale dintre persoanele care suferă de o patologie depresiv-delirantă și cele cu o tulburare delirant-depresivă. Am emis ipoteza că diferitele aspecte ale funcționării sociale și cogniției sociale vor fi reduse la subiecții din spectrul depresiv-delirant.

De sute de ani s-a încercat definirea conceptului de emoție, această valență complexă a condiției umane. Faptul că limbajul simplifică excesiv emoțiile ne reamintește de caracterul său patriarhal. În această lucrare am adunat cele mai avizate păreri, de la Thomas Hobbes (1588–1679), Baruch Spinoza (1632–1677) și Charles Darwin (1809–1882), la studiile unor contemporani precum Paul Ekman, Daniel Freeman și Philippa Garety.

O lipsă de înțelegere cu privire la suprapunerea de cauzalitate între simptomele depresive și cele delirante poate duce la ambiguitate în privința diagnosticării diverselor forme de prezentare clinică. Cercetarea este necesară pentru a explora mecanismele potențiale de cauzalitate care stau atât la baza simptomatologiei depresive, cât și a celei delirante.

Un aspect clinic cheie este maniera în care această cazuistică evoluează pe termen lung. Această cercetare va avea implicații importante pentru nosologia psihiatrică și pentru dezvoltarea de intervenții terapeutice pentru pacienții care prezintă această simptomatologie comună.

Obiectiv general

Stabilirea particularităților clinico-evolutive și neurocognitive a tulburării paranoid depresive și a diferențelor existente între acestea și caracteristicile altor două entități nosologice distincte, respectiv tulburarea depresivă recurentă (cu delir congruent/incongruent) și tulburarea delirantă persistentă.

Acest studiu și-a propus să abordeze următoarele obiective specifice:

- Identificarea caracteristicilor tulburării paranoid depresive și compararea cu caracteristicile celorlalte două tulburări în aceeași perioadă
- Analiza neurocognitivă a loturilor, cu evidențierea posibilelor diferențe
- Analiza loturilor din perspectiva cogniției sociale, cu evidențierea posibilelor diferențe
- Analiza comparativă a capacităților/abilităților de funcționare socială a subiecților.

Material și metodă

Universul studiului este format dintr-o populație clinică specifică, respectiv suferinzii de tulburare paranoid-depresivă și trei loturi comparative, sumând un total de 94 pacienți. Nu există date epidemiologice privind incidența sau prevalența tulburării paranoid-depresive. În plus, trebuie precizat că încadrarea tulburării conform ICD-10 (OMS) este de „alte tulburări delirante persistente”, selecția pacienților făcându-se pe baza prezenței unor simptome afective de tip depresiv la pacienții diagnosticați conform ICD-10 și încadrați la categoria „alte tulburări delirante persistente”. Toți subiecții au fost diagnosticați conform instrumentului SCAN al ICD-10 (OMS).

Pe parcursul diferitelor etape de lucru, s-a întocmit o linie evolutivă pentru fiecare participant, cu toate datele existente în documentele medicale, referitor la:

1. Date de identificare
2. Date despre familia de origine
3. Caracteristicile primului episod
4. Date despre fiecare recădere anterioară
5. Schimbările aparente de-a lungul ciclurilor vieții
6. Situația clinică interepisodică (defect clinic, schimbări de viață, defect social)
7. Evaluarea stării actuale:
 - Simptomatologie
 - Cogniția socială
 - Funcționarea socială
 - Teoria minții
 - Capacitatea de procesare emoțională

Pentru fiecare caz, informațiile din documente au fost completate printr-un interviu direct cu pacientul, dar și cu un aparținător (membru de familie).

După primul an, s-a urmărit evoluția acestor cazuri, cu o nouă reevaluare la 6 luni din momentul completării dosarelor. Utilizând datele obținute, s-a făcut un profil general pe baza tuturor itemilor și informațiilor din dosarele medicale ale fiecărui pacient.

PRELUCRAREA DATELOR

Datele au fost colectate utilizând foile de observație ale pacienților, completate pentru fiecare internare, precum și prin aplicarea unor scale specifice.

Au fost utilizate următoarele instrumente standardizate:

- Scala SCL90, pentru evaluarea severității simptomelor de boală (Derogatis et al., 1973)
- Scala gândurilor paranoide (Green et al., 2008)
- Scala GEOPTTE a cogniției sociale pentru psihoză (Sanjuan et al., 2006)
- Testul de interpretare a privirii – „Reading the Mind in the Eyes” Test (Baron-Cohen et al., 1997)
- Testul de recunoaștere a expresiilor faciale (Baron-Cohen et al., 1997)
- Scala de evaluare a funcționării sociale (Birchwood et al., 1990)

Au fost colectate date privind numărul de episoade de boală de-a lungul evoluției clinice, durata de evoluție a bolii, vârsta subiecților la debutul bolii, precum și date privind caracteristici socio-demografice ale subiecților și modificarea acestora de la debutul bolii la data evaluării (statut marital, statut profesional, nivel de educație). Datele au fost exprimate sub formă cantitativă, utilizându-se modul de cotare specific pentru fiecare scală.

Pentru prelucrarea statistică a datelor s-a utilizat programul specializat SPSS-16.

Având în vedere numărul mic de cazuri din fiecare lot, precum și numărul mare de loturi ce s-au comparat, au fost utilizate atât teste non-parametrice (de comparație și corelație), cât și testul ANOVA.

IPOTEZELE STUDIULUI

IPOTEZĂ GENERALĂ

Lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă prezintă caracteristici evolutive și funcționale distincte de celelalte grupuri studiate.

IPOTEZE SPECIFICE

1. Vârsta de debut a subiecților din lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă este semnificativ mai mică decât a subiecților din celelalte grupuri.

2. La subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă severitatea simptomelor de depresie măsurate pe Scala SCL-90 este semnificativ mai mare decât severitatea simptomelor de depresie la subiecții cu Tulburare Delirantă Persistentă.

3. La subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă, severitatea simptomelor de idee paranoidă este semnificativ mai mare decât la subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă.

4. Pentru grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă, intensitatea ideilor paranoide este semnificativ mai mare decât a grupului cu Tulburare Delirantă Persistentă și a grupului cu Tulburare Depresivă Recurentă.
5. Capacitatea de interpretare a gândurilor din priviri este mai mică la subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă decât la subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă.
6. Abilitățile neurocognitive ale subiecților cu Tulburare Paranoid Depresivă sunt semnificativ mai bune decât subiecților cu Tulburare Delirantă Persistentă.
7. Abilitățile de cogniție socială ale subiecților cu Tulburare Paranoid Depresivă sunt semnificativ mai bune decât ale subiecților cu Tulburare Delirantă Persistentă.
8. Subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă au o angajare socială mai slabă decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă.
9. Subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă au activități recreative mai rare decât subiecții cu Tulburare Delirantă Persistentă și decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă.
10. Subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă au activități sociale mai rare decât subiecții cu Tulburare Delirantă Persistentă și decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă.

REZULTATE

DESCRIEREA LOTULUI CU TULBURARE PARANOID DEPRESIVĂ

Lotul a cuprins un număr de 24 de subiecți, diagnosticați conform ICD-10 (OMS, 1992) cu „Alte Tulburări Delirante Persistente” și cu simptome depresive ce necesită tratament (conform evaluării făcute de medicul curant). Din cei 24 de subiecți, au fost 5 bărbați (20.8%) și 19 femei (79.2%).

Vârsta medie a subiecților la evaluare a fost de 55.4 ani (dev.std.=7.8 ani), cel mai tânăr subiect având 43 ani și cel mai în vârstă 65 ani.

Vârsta medie a subiecților la debutul bolii a fost de 39.3 ani (dev.std.=10.4 ani), cu cel mai timpuriu debut la 17 ani și cel mai tardiv debut la 56 ani.

În medie, subiecții au avut o perioadă de evoluție a bolii de 16.2 ani (dev.std.=7.6 ani), cu o perioadă minimă de evoluție de 7 ani și o perioadă maximă de evoluție de 36 ani.

Cele mai frecvente diagnostice de debut au fost F22.8 – Alte Tulburări Delirante Persistente (21%) și F32.3 – Episod depresiv major cu simptome psihotice (21%). Alte 34% din cazuri au fost diagnosticate la debut cu F28 – Alte tulburări delirante, non-organice (17%) și F23 – Tulburare psihotică acută și tranzitorie.

Având în vedere duratele foarte diferite de evoluție a bolii, s-a calculat numărul mediu de episoade raportat la durata de evoluție (ani), rezultând numărul mediu de episoade de boală pe an de evoluție.

Pentru lotul cu TPD, numărul mediu de episoade de boală raportate la durata de evoluție este de 0.3 (dev.std.=0.2), cu numărul minim de 0.05 și numărul maxim de 1.1.

Prezența antecedentelor heredo-colaterale psihiatrice a fost identificată la 33.3% din subiecți, 25% dintre pacienți au prezentat antecedente heredo-colaterale de psihoză.

Comparativ, antecedentele heredo-colaterale de psihoză au fost prezente în proporție de 21% - 25% la loturile cu Tulburare Delirantă Persistentă și Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Incongruent și doar de 9% la lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Congruent.

Nu au existat diferențe semnificative statistic între numărul mediu de episoade/an de evoluție între loturi. Totuși, cel mai mare număr de episoade/an de evoluție s-a observat la loturile cu Tulburare Depresivă Recurentă (respectiv la lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent). Numărul mediu de episoade/an pentru grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă a fost apropiat de cel al grupului cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent (0.29 vs.0.30).

Nu au existat diferențe semnificative statistic între vârsta medie la debut între loturi. Totuși, s-a putut observa că vârsta medie cea mai mică a fost la lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent. Pentru lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă, vârsta medie de debut a fost apropiată de cea a lotului cu Tulburare Delirantă Persistentă.

*
* *

În ceea ce privește severitatea simptomelor de boală (măsurate pe scala SCL-90), analiza datelor arată următoarele:

Grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă a înregistrat scoruri la subscalele SCL-90 situate ca valoare mai aproape de scorurile înregistrate de subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent, dar mai mari decât acestea. Diferențele nu au fost semnificative statistic.

Scorurile la scala Gândurilor Paranoide pentru grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă au fost mai mari decât scorurile medii ale grupurilor cu Tulburare Delirantă Persistentă și Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Congruent, și apropiate de scorurile medii ale grupului cu Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Incongruent, dar diferențele nu au fost semnificative statistic.

Acest lucru arată că la subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă ideile de referință și ideile de persecuție au fost apropiate ca intensitate de cele ale grupului cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent, intensitatea acestor idei fiind mai mare decât a subiecților cu Tulburare Delirantă Persistentă și Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent.

S-a observat faptul că vârsta la debut influențează severitatea unor simptome. Astfel, cu cât subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă au debutat mai târziu, cu atât ideația obsesivă și nivelul de anxietate manifestate au fost mai mari. De asemenea, nivelul anxietății a crescut odată cu creșterea numărului de episoade de boală pe an.

LOTUL CU TULBURARE DELIRANTĂ PERSISTENTĂ (TDP)

Lotul a cuprins un număr de 24 de subiecți, diagnosticați conform ICD-10 cu „Tulburare delirantă” (F22.0).

Din cei 24 de subiecți, au fost 11 bărbați (45.8%) și 13 femei (54.2%).

Vârsta medie a subiecților la evaluare a fost de 56.1 ani (dev.std.=8.7 ani), cel mai tânăr subiect având 37 ani și cel mai în vârstă 65 ani.

Vârsta medie a subiecților la debutul bolii a fost de 38.5 ani (dev.std.=11.5 ani), cu cel mai timpuriu debut la 23 ani și cel mai tardiv debut la 58 ani.

În medie, subiecții au avut o perioadă de evoluție a bolii de 17.7 ani (dev.std.=8.6 ani), cu o perioadă minimă de evoluție de 5 ani și o perioadă maximă de evoluție de 36 ani.

Cele mai frecvente diagnostice de debut au fost F22.0 – Tulburare Delirantă (42%) și F28 – Alte tulburări delirante, non-organice (33%).

Prezența antecedentelor heredo-colaterale psihiatrice a fost identificată la 42% din cazuri - 21% dintre subiecți au avut antecedente heredo-colaterale de psihoză.

Numărul mediu de episoade pentru lotul cu Tulburare Delirantă Persistentă (TDP) a fost de 3.6 episoade (dev.std.=2.5), cu numărul minim de episoade de 1 și numărul maxim de 12.

Având în vedere duratele foarte diferite de evoluție a bolii, s-a calculat numărul mediu de episoade raportat la durata de evoluție (ani), rezultând numărul mediu de episoade de boală pe an de evoluție.

Pentru lotul cu TDP, numărul mediu de episoade de boală raportate la durata de evoluție a fost de 0.2 (dev.std.=0.1), cu numărul minim de 0.08 și numărul maxim de 0.6.

Diferențe semnificative statistic s-au observat în special între grupul Tulburărilor Delirante Persistente și grupul Tulburărilor Depresive Recurente cu delir Incongruent. Diferențele între grupul TDP și TDRI au apărut pe subscalele de somatizare, obsesie-compulsie, socializare, anxietate, ostilitate și anxietate-fobie, în toate cazurile media scorurilor fiind mai mare pentru TDRI decât pentru TDP.

Vârsta subiectului la debutul bolii influențează severitatea unor simptome de boală. Astfel, pentru subiecții cu Tulburare Delirantă Persistentă, cu cât vârsta subiectului la debutul bolii a fost mai mare, cu atât nivelul de somatizare, anxietate, și anxietate-fobie la data evaluării a fost mai mare.

Severitatea ideății paranoide este influențată de numărul de episoade de boală: cu cât un pacient cu Tulburare Delirantă Persistentă a avut mai multe episoade de boală, cu atât intensitatea ideății paranoide a crescut.

Severitatea majorității simptomelor de boală a fost influențată de numărul mediu de episoade/an de evoluție. Astfel, cu cât un subiect cu Tulburare Delirantă Persistentă a avut un număr mai mare de episoade de boală/an, cu atât a crescut severitatea simptomelor de somatizare, ideăție senzitiv-relațională, anxietate, anxietate-fobică și ideăție paranoidă.

Subiecții din grupul cu Tulburare Delirantă Persistentă au prezentat idei de referință semnificativ mai puțin intense decât subiecții din grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent.

Majoritatea subiecților au demonstrat o capacitate mai scăzută decât cea normală de a recunoaște emoțiile umane.

Lotul cu Tulburare Delirantă Persistentă a cuprins cea mai mare pondere a subiecților care au avut o capacitate scăzută de citire a expresiei unei persoane din priviri (87.5%). Proporția a fost egală cu cea din lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă.

Capacitatea de recunoaștere a expresiilor faciale complexe a fost influențată negativ de numărul de episoade de boală/an: cu cât un pacient cu Tulburare Delirantă Persistentă a avut un număr mai mare de episoade de boală/an, cu atât capacitatea sa de a recunoaște expresiile faciale complexe a scăzut.

Grupul cu Tulburare Delirantă Persistentă a prezentat deficit neurocognitiv și de cogniție socială semnificativ mai mare decât grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Incongruent.

Grupul cu Tulburare Delirantă Persistentă a avut cei mai mulți subiecți cu puține activități sociale (79.2%).

Neurocogniția și cogniția socială (măsurate cu scala GEOPTTE) au corelat negativ cu funcționarea socială: la subiecții cu Tulburare Delirantă Persistentă, cu cât neurocogniția și cogniția socială au fost mai bune, cu atât au fost mai slabe performanțele de comunicare interpersonală și independență-performanță. Aceste corelații paradoxale s-au datorat fie întâmplării, caz în care sunt necesare studii pe un număr mai mare de cazuri, fie incapacității pacienților cu Tulburare Delirantă Persistentă de a utiliza abilitățile neurocognitive sau de cogniție socială în viața de zi cu zi.

LOTUL CU TULBURARE DEPRESIVĂ RECURENTĂ CU DELIR INCONGRUENT

Lotul a cuprins un număr de 24 de subiecți, diagnosticați conform ICD-10 cu „Tulburare depresivă recurentă” și cu delir incongruent.

Din cei 24 de subiecți, au fost 6 bărbați (25.0%) și 18 femei (75.0%).

Vârsta medie a subiecților la evaluare a fost de 55.6 ani (dev.std.=6.4 ani), cel mai tânăr subiect având 36 ani și cel mai în vârstă 65 ani.

Vârsta medie a subiecților la debutul bolii a fost de 37.6 ani (dev.std.=9.7 ani), cu cel mai timpuriu debut la 13 ani și cel mai tardiv debut la 56 ani.

În medie, subiecții au avut o perioadă de evoluție a bolii de 17.5 ani (dev.std.=9.8 ani), cu o perioadă minimă de evoluție de 5 ani și o perioadă maximă de evoluție de 41 ani.

Cele mai frecvente diagnostice de debut au fost F32.2 – Episod depresiv sever, fără simptome psihotice (43%), F32.3 – Episod depresiv sever, cu simptome psihotice, și F48.9 – Tulburare nevrotică, nespecificată (14%). Este interesant de observat că 43% dintre cazurile care, ulterior, au dezvoltat episoade depresive cu delir incongruent au avut la debut depresie fără simptome psihotice.

Prezența antecedentelor heredo-colaterale psihiatrice a fost identificată la 34.5% din cazuri - 25% dintre subiecți au avut antecedente heredo-colaterale de psihoză.

Numărul mediu de episoade pentru lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent (TDRI) a fost de 4.4 episoade (dev.std.=2.1), cu numărul minim de episoade de 2 și numărul maxim de 10.

Având în vedere duratele foarte diferite de evoluție a bolii, s-a calculat numărul mediu de episoade raportat la durata de evoluție (ani), rezultând numărul mediu de episoade de boală pe an de evoluție.

Pentru lotul cu TDRI, numărul mediu de episoade de boală raportate la durata de evoluție este de 0.3 (dev.std.=0.4) cu numărul minim de 0.07 și numărul maxim de 2.

La subiecții cu TDRI, cu cât vârsta subiectului la debutul bolii a fost mai mică, cu atât ideile de referință și ideile paranoide au fost mai pronunțate, de asemenea, cogniția socială mai afectată și ideile senzitiv relaționale mai frecvente.

De asemenea, cu cât numărul de episoade de boală a fost mai mare, cu atât a fost mai scăzută capacitatea de funcționare socială independentă (independență-competență).

Pentru lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent a existat un deficit general neurocognitiv și de cogniție socială important.

Majoritatea (66.7%) subiecților din lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent au prezentat abilități medii de viață independentă.

Cele mai slabe scoruri pentru interpretarea expresiilor faciale au fost înregistrate de grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent.

Severitatea simptomelor anxioase, obsesive, de anxietate fobică și psihoticism au corelat negativ cu capacitatea de a recunoaște expresiile faciale complexe: cu cât au fost mai severe aceste simptome, cu atât capacitatea subiecților cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent a fost mai mică.

LOTUL CU TULBURARE DEPRESIVĂ RECURRENTĂ CU DELIR CONGRUENT (TDRC)

Lotul a cuprins un număr de 22 de subiecți, diagnosticați conform ICD-10 cu „Tulburare depresivă recurentă, episod depresiv sever cu simptome psihotice” (F33.3) și cu delir congruent.

Din cei 22 de subiecți, au fost 5 bărbați (22.7%) și 17 femei (77.3%).

Vârsta medie a subiecților la evaluare a fost de 57.6 ani (dev.std.=6.0 ani), cel mai tânăr subiect având 41 ani și cel mai în vârstă 65 ani.

Vârsta medie a subiecților la debutul bolii a fost de 44.4 ani (dev.std.=8.8 ani), cu cel mai timpuriu debut la 25 ani și cel mai tardiv debut la 56 ani.

În medie, subiecții au avut o perioadă de evoluție a bolii de 13.1 ani (dev.std.=8.5 ani), cu o perioadă minimă de evoluție de 7 ani și o perioadă maximă de evoluție de 37 ani.

Cele mai frecvente diagnostice de debut au fost F32.2 – Episod depresiv sever, fără simptome psihotice (43%), F41.2 – Tulburare de anxietate generalizată (24%) și F 32.3 – Episod depresiv sever cu simptome psihotice (19%). Este interesant de observat că 67% dintre cazurile care, ulterior, au dezvoltat episoade depresive cu delir congruent, au avut la debut depresie sau anxietate, fără simptome psihotice.

Prezența antecedentelor heredo-colaterale psihiatrice a fost identificată la 31.8% dintre cazuri, 13% dintre subiecți au avut antecedente heredo-colaterale de depresie și alți 13% antecedente heredo-colaterale de etilism cronic.

Numărul mediu de episoade pentru lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent (TDRC) a fost de 3.2 episoade (dev.std.=1.2), cu numărul minim de episoade de 2 și numărul maxim de 6.

Având în vedere duratele foarte diferite de evoluție a bolii, s-a calculat numărul mediu de episoade raportat la durata de evoluție (ani), rezultând numărul mediu de episoade de boală pe an de evoluție.

Pentru lotul cu TDRC, numărul mediu de episoade de boală raportate la durata de evoluție a fost de 0.3 (dev.std.=0.2), cu numărul minim de 0.08 și numărul maxim de 0.8.

Pentru subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent, cu cât durata de evoluție a bolii a fost mai mare, cu atât angajarea socială a fost mai redusă, comunicarea interpersonală mai dificilă și activitățile sociale mai puțin frecvente.

La subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent, cu cât simptomele de anxietate-fobie, obsesie, ideeație paranoidă și psihoticism (măsurate pe scala SCL-90) au fost mai puțin severe, cu atât capacitatea subiecților de a recunoaște expresiile faciale (în special expresiile faciale complexe) a fost mai satisfăcătoare.

Cele mai bune scoruri pentru interpretarea expresiei faciale au fost înregistrate de grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent.

Comparând evoluția socio-profesională a subiecților din cele patru loturi, s-a observat că modificările din statutul marital par aleatorii și nu s-a putut evidenția un model.

În ceea ce privește statutul profesional însă, s-a observat că lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă a avut cea mai mare rată de pensionare, aproape 100%.

În ceea ce privește diagnosticele de debut, este interesant de observat că la lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă majoritatea diagnosticilor de debut nu au făcut referință la existența simptomelor psihotice (43-67%).

Cele mai multe diferențe au fost identificate între grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent și grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent.

Diferențele între aceste grupuri au apărut la subscalele de socializare, depresie, anxietate-fobie și psihoticism, în toate cazurile media scorurilor fiind mai mare pentru grupul TDRI decât pentru TDRC. Cu excepția subscalei de Ideeație Paranoidă, lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent a avut cele mai mari scoruri la toate subscalele SCL-90, indicând că subiecții cu TDRI au înregistrat cea mai mare severitate a simptomelor.

Intensitatea ideilor de referință a fost semnificativ mai mare la grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent, comparativ cu grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent. De asemenea, intensitatea ideilor de persecuție a fost semnificativ mai mare la grupul cu delir incongruent, decât la cel cu delir congruent.

Subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent au avut, de asemenea, un scor și un deficit semnificativ mai mare al neurocogniției și al cogniției sociale, decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent.

Merită menționat faptul că cele mai bune scoruri pentru interpretarea expresiilor faciale au fost înregistrate de grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent, iar cele mai slabe de grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent. Așa cum era de așteptat, scorurile pentru recunoașterea stărilor mentale complexe au fost mai mici decât cele pentru recunoașterea emoțiilor primare, dar diferențele au fost minime.

Angajarea socială foarte bună a fost prezentă cu o frecvență semnificativ mai mare la subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent, decât la cei cu Tulburare Delirantă Persistentă sau cei cu Tulburare Paranoid Depresivă.

Cei mai mulți subiecți din grupurile cu Tulburare Depresivă Recurentă au avut o comunicare interpersonală medie și bună.

Cei mai mulți subiecți din grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent au avut activități recreative moderate și frecvente (83.3%, respectiv 86.4%). 37.5% dintre subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent au avut puține activități recreative.

Subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent au avut activități recreative mult mai frecvente decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent.

Grupurile cu Tulburare Depresivă Recurentă (cu delir Congruent și Incongruent) au avut majoritatea subiecților cu activități sociale moderate (54.5% și respectiv 58.3%).

Subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent au avut activități sociale mult mai frecvente decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent.

DIFERENȚE ÎNTRE LOTURI REFERITOR LA RECUNOAȘTEREA EMOȚIILOR DIN PRIVIRI (“CITIREA MINȚII” DIN PRIVIRI)

Rezultatele studiului de față au demonstrat faptul că majoritatea subiecților din toate cele patru loturi (77.3-87.5%) au avut o capacitate mai scăzută decât cea normală de a recunoaște emoțiile umane.

Cea mai mare pondere a subiecților care au demonstrat o capacitate scăzută de “citire” a expresiei unei persoane în priviri s-au aflat în loturile cu Tulburare Delirantă Persistentă și Tulburare Paranoid Depresivă. Proporțiile au fost egale: 87.5%. Nu au existat diferențe semnificative statistic între media scorurilor obținute de subiecții din cele patru loturi investigate.

Din acest punct de vedere – al deficitelor cogniției sociale și de neurocogniție– subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă au părut a fi mai apropiați ca performanță de subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent.

Scorul la itemii ce evaluează neurocogniția s-au situat peste valorile considerate normale la lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă și lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent. Scorul la itemii ce evaluează cogniția socială au fost peste valorile normale doar la Lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent, iar scorul total a fost peste valoarea normală doar la lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent. Având în vedere modul de

cotare al scalei, aceste scoruri au indicat existența unor deficite cognitive. Astfel, pentru lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă a fost reliefată existența unui deficit neurocognitiv.

Grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă s-a situat, din punct de vedere al scorurilor, imediat sub grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent, având scoruri mai mari decât grupul cu Tulburare Delirantă Persistentă și grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent. Aceste rezultate au indicat faptul că deficitele de neurocogniție și cogniție socială au fost mai mari la grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă și similare cu cele al grupului cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent.

Nu au existat diferențe între grupuri, în ceea ce privește capacitatea de recunoaștere a emoțiilor umane sau a stărilor mentale complexe, dar lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă a cuprins (alături de lotul cu Tulburare Delirantă Persistentă) cea mai mare pondere a subiecților care au avut o capacitate scăzută de "citire" a expresiei unei persoane din priviri (87.5%).

Capacitatea de recunoaștere a expresiilor faciale complexe a scăzut, însă, proporțional cu creșterea frecvenței episoadelor de boală în cursul evoluției. De asemenea, severitatea unor simptome de boală a influențat, la rândul său, capacitatea de recunoaștere a emoțiilor după privire: cu cât nivelul simptomelor de depresie și psihoză a fost mai mare, cu atât a scăzut capacitatea de recunoaștere a emoțiilor din privire. Capacitatea de recunoaștere a expresiilor faciale a scăzut proporțional cu creșterea intensității tuturor simptomelor de pe scala SCL90, cu excepția simptomelor de somatizare.

În ceea ce privește funcționarea socială, nu au fost înregistrate diferențe semnificative între grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă și celelalte grupuri. Totuși, merită subliniată observația că grupul cu TPD s-a remarcat prin faptul că mai mult de jumătate dintre subiecți au demonstrat abilități de comunicare interpersonală reduse și activități sociale rare. De asemenea, cu cât vârsta la debut a subiecților a fost mai mare, cu atât a scăzut nivelul activităților sociale și recreative.

VERIFICAREA IPOTEZELOR

Șapte dintre ipotezele de lucru nu s-au confirmat, probabil datorită numărului mic de cazuri din fiecare lot. Ipotezele confirmate prin date semnificative statistic sunt următoarele:

1. Subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă au o angajare socială mai slabă decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă.

Testele aplicate au indicat existența unei diferențe semnificative statistic între scorul la subscala SFS de angajare socială între grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă și grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent.

Ipoteza s-a confirmat.

2. Subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă au activități recreative mai rare decât subiecții cu Tulburare Delirantă Persistentă și decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă.

Ideea se bazează pe datele existente în literatură care sugerează că un nivel înalt de depresie corelat cu un grad înalt de ideație paranoidă duc la scăderea activităților recreative.

Testele aplicate au indicat existența unei diferențe semnificative statistic: subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă au avut activități recreative mai rare decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent, dar nu și față de subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent sau de cei cu Tulburare Delirantă Persistentă

Ipoteza s-a confirmat parțial.

3. Subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă au activități sociale mai rare decât subiecții cu Tulburare Delirantă Persistentă și decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă.

Ideea se bazează pe datele existente în literatură care sugerează faptul că un nivel înalt de depresie corelat cu un grad înalt de ideație paranoidă duc la scăderea activităților sociale.

Testele aplicate au indicat existența unei diferențe semnificative statistic: subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă au avut activități sociale mai rare decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent, dar nu și față de subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent sau de cei cu Tulburare Delirantă Persistentă

Ipoteza s-a confirmat parțial.

DISCUȚII

În prim-planul acestei lucrări este adus spectrul depresiv-delirant, din care fac parte psihozele endogene centrate clinic și evolutiv de către delir, entități care au avut parte de numeroase controverse privind identitatea lor nosologică. Patologia depresiv-delirantă este, relativ, neglijată actualmente de programele de cercetare specializate. Este de așteptat să existe zone de tranziție și de interferență, atât la nivelul episodului, cât și al tulburării, între cazurile de tulburare depresivă recurentă, care au avut de-a lungul evoluției episoade depresive severe cu delir (congruent/incongruent) și psihoza delirantă neschizofrenă, cu și fără simptomatologie depresivă.

În literatura internațională există puține studii comparative care vizează evoluția longitudinală a tulburării depresive cu simptome psihotice și patologia neschizofrenă centrată de delirul persistent, potențial însoțit de depresie. Această problemă s-a dorit studiată în teza de față prin evaluarea longitudinală a acestui spectru de tulburări psihice, oferind o ocazie utilă pentru a se constata caracteristicile clinice ale episoadelor succesive și modelele evolutive ale acestor boli. Lucrarea de față este una dintre puținele din literatură, care analizează sistematic și comparativ, spectrul depresiv-delirant cu o catamneză de peste 5 ani, deoarece în majoritatea cazurilor, tulburările delirante persistente sunt grupate nesistematizat împreună cu schizofrenia, așa cum este acum cazul la apariția noului DSM (DSM-V, APA, 2013).

În concordanță cu rezultatele tezei de față, Giurgi-Oncu C. și colaboratorii (2012) au demonstrat, într-un studiu efectuat pe un lot de 43 de cazuri cu patologii din spectrul depresiv-delirant, că funcționarea socială a fost deteriorată în toate domeniile la acești pacienți. S-a observat o tendință ca lotul cu diagnosticul de tulburare

delirantă persistentă să funcționeze mai adecvat decât pacienții cu depresie psihotică. Autorii notează faptul că prezența ideății delirante paranoide nu a părut să influențeze aspectul funcționării sociale în niciuna dintre categoriile nosologice avute în vedere.

În cadrul unui alt studiu efectuat pe aceleași loturi de pacienți, Giurgi-Oncu C. și colaboratorii (2013) au demonstrat prezența unui deficit de cogniție socială la persoanele cu patologie depresiv-delirantă. În cadrul acestui studiu s-a observat că pacienții de sex masculin cu o patologie din spectrul depresiv-delirant, în special cei cu depresie psihotică, ar avea abilități de cogniție socială mai reduse decât pacientele din aceeași categorie nosologică. După cum au arătat aceeași autori, o asociere în tabloul psihopatologic a unei componente depresive și delirante este întâlnită frecvent în clinica psihiatrică, însă insuficient studiată. Acest fapt se traduce prin dificultăți în evaluarea categorială, atunci când se pune problema diagnosticării exacte, într-una dintre cele două categorii nosologice, conform ICD-10 (OMS), F22 sau F33. Giurgi-Oncu C. și colaboratorii (2013) propun ideea că o temă delirantă anume, deși poate fi orientativă într-o anumită măsură, nu oferă destulă specificitate atunci când ne confruntăm cu cazuri de ideăție paranoidă.

Rezultatele tezei de față au confirmat parțial un număr de ipoteze specifice. În ansamblu, rezultatele acestui studiu au demonstrat faptul că, în cadrul spectrului depresiv-delirant, cele mai slabe rezultate în privința cogniției sociale au fost la pacienții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Incongruent, urmați de participanții cu Tulburare Delirantă Persistentă, comparativ cu lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă. Putem interpreta acest aspect prin ipoteza că deficitul de cogniție socială ar genera afectul, care, la rândul său, ar determina conținutul temei delirante. Astfel, afectul ar putea fi mecanismul etiopatogenic primar, iar conținutul delirant, determinat secundar. Abilitățile de cogniție socială ar media această relație. Pacienții cu Tulburare Delirantă Persistentă și cei cu Tulburare Paranoid Depresivă, conform teoriei lui Freeman, ar fi hipersenzitivi la semnalele sociale, având un sistem de amenințare activat la maxim, spre deosebire de pacienții cu depresie, ca mecanism patologic primar, care se află în plin proces de retragere socială, ca mecanism de defensă în scop de evitare a amenințării. Astfel, în cazul pacienților depresivi, cogniția socială ar fi, implicit, deteriorată.

Rezultatele statistice obținute la studiul comparativ din cadrul tezei de față sprijină validitatea ipotezei lui Crow referitoare la un potențial continuum psihotic. Autorul a construit, în ultimele decade, o teorie evoluționistă a psihozelor, susținând că aceste tulburări sunt un preț plătit de umanitate pentru dezvoltarea rapidă a unui "crescendo social", începând cu 150.000 de ani în urmă, când a început dezvoltarea mai rapidă a limbajului articulat (Lăzărescu).

CONCLUZII

Studiul a reliefat existența unor asemănări și deosebiri între loturile considerate, în special între lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă și lotul cu Tulburare Delirantă Persistentă. Rezultatele indică existența unui nivel de depresie mai pronunțat la acest grup, mai apropiat de nivelul depresiei prezent la subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă, dar și a unui nivel de ideăție paranoidă mai mare decât la toate celelalte grupuri analizate. Există, de asemenea, și unele diferențe semnificative în ceea ce privește funcționarea socială și cogniția socială.

Sunt necesare studii mai ample pentru a putea stabili dacă putem vorbi despre o entitate nosologică nouă.

BIBLIOGRAFIE

1. Addington, J. și Addington, D. (2000). Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: a 2,5 year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 44, 47-46
2. Adolphs, R. (2001). Cognitive neuroscience of human social behaviour. *Nature Reviews: Neuroscience*, 4, 65-178
3. Adolphs, R. (2001). The neurobiology of social cognition. *Current opinion in neurobiology*, 11(2):231-9
4. Akiskal, H.S. (2002). Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders: a review, în Maj, M., Akiskal, H.S., Lopez-Ibor, J.J., Sartorius, N. (edit.): *Bipolar Disorder*. Wiley&Sons, Chichester, 1-52
5. Akiskal, H.S., Brieger, P., Mundt, C., Angst, J., Marneros, A. (2002). Temperament und affektive Störungen. Die TEMPS-A-Skala als Konvergenz europäischer und US-amerikanischer Konzepte. *Nervenarzt* 73.3, 262-71
6. Allardyce, J., Suppes, T., van Os, J. (2007). Dimensions and the psychosis phenotype. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 16(S1): S34–S40. Published online in Wiley InterScience, DOI: 10.1002/mpr.214
7. Ambrosini, A., Stanghellini, G., Langer, A.I. (2011). Typus melancholicus from Tellenbach up to the present day: a review about the premorbid personality vulnerable to melancholia. *Actas Esp Psiquiatr.* 39(5):302-11. Epub.
8. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition (DSM-IV). Washington DC, American Psychiatric Press
9. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition (DSM-V). Washington DC, American Psychiatric Press
10. Anderson, S.W., Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D. și Damasio, A.R. (1999). Impairment of social and moral behavior related to early damage in human prefrontal cortex. *Nature Neuroscience*, 2, 1032-1037
11. Andreasen, H.C., Flaum, M. (1995). The schizophrenia spectrum: perspectives from neuroimaging. *Psychiatric continuum*, Berlin, p. 91-106
12. Andreasen, N.C. (1984). The scale for the assessment of positive symptoms (SAPS). Iowa City, University of Iowa
13. Angermeyer, M.C, Matschinger, H., Corrigan, P.W. (2004) Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: Testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, 69, 175–182.
14. Angst, J. și Preisig, M. (1995). Course of a clinical cohort of unipolar, bipolar and schizoaffective patients. Result of a prospective study from 1959 to 1985. *Schweiz Arch.Neurol.Psychiatr.* 146:5-16
15. Angst, J., Merikangas, K. (1997). The depressive spectrum: diagnostic classification and course. *J Affect Disord.* 45(1-2):31-9
16. Angst, J., Sellar, R., Ries Merikangas, R. (2000). Depressive spectrum diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*. Issue 2, Supplement 1, 41:39–47
17. Appelo, M.T., Woonings, F.M., Van Nieuwenhuizen, C.J., Emmelkamp, P.M., Sloff, C.J., Louwerens, J.W. (1992). Specific skills and social competence in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85:419–422
18. Baldwin, M. W., Sinclair, L. (1996). Self-esteem and “if...then” contingencies of interpersonal acceptance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1130-1141
19. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
20. Bărănescu, R., Lăzărescu, M., Ienciu, M., Bredicean, C., Giurgi-Oncu, C., Mihalcea, R., Popovici, Z. (2012). Family Insertion in Endogenous Psychoses *Acta Medica Marisiensis*, 58, 1:12-14
21. Bardenstein, K.K. și McGlashan, T.H. (1990). Gender differences in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders. A review. *Schizophr. Res.* 3:159-172
22. Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, S., Cohen, D.J. (2005). *Understanding other minds: Perspectives from developmental cognitive neuroscience*. Oxford University Press
23. Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. și Jolliffe, T. (1997). Is There a “Language of the Eyes”? Evidence from Normal Adults, and Adults with Autism or Asperger Syndrome.

- VISUAL COGNITION, 4 (3):311–331
24. Baruk, H. (1959). *Traité de psychiatrie*. Ed. Masson, Paris, pg. 416-558
 25. Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I. și Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4:1-44
 26. Beardslee, W.R., Hoke, L., Wheelock, I., Clarke Rothberg, P., van de Velde, P. și Swatling, S. (1992). Initial findings on preventive intervention for families with parental affective disorders. *Am.J.Psychiatry*, 149:1335-1340
 27. Bebbington, P. și Kuipers, L. (1995). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychol. Medicine*, 24: 707-718
 28. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. și Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*, New York: Guildford Press.
 29. Benazzi, F. (1999). Bipolar II versus unipolar chronic depression: a 312 case study. *Compr. Psychiatry*, 40:418-421
 30. Bentall, R. și Kaney, S. (1989). Content specific information processing and persecutory delusions: an investigation using the emotional stroop test. *British Journal of Medical Psychology*, 62:355-364
 31. Bentall, R., Jackson, H.F. și Pilgrim, D. (1988). Abandoning the concept of schizophrenia: some implications of validity arguments for psychological research into psychotic phenomena. *British Journal of Clinical Psychology*, 27:156-169
 32. Bentall, R., Kaney, S. și Bowen-Jones, K. (1995). Persecutory delusions and recall of threat related, depression related, and neutral words. *Cognitive Therapy and Research*, 19:445-457
 33. Bentall, R., Kinderman, P. și Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. *Behavior Research and Therapy*, 32:331-341
 34. Bentall, R.P. și Kaney, S. (2005). Attributional lability in depression and paranoia. *British Journal of clinical psychology*, 44:475-488
 35. Bentall, R.P. și Kinderman, P. (1997). Causal attributions in paranoia and depression: internal, personal, and situational attributions for negative events. *Journal of Abnormal Psychology*, 106:341-345
 36. Bentall, R.P. și Swarbrick, R. (2003). The best laid schemas of paranoid patients: autonomy, sociotropy, and need for closure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76:163-171
 37. Bentall, R.P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N și Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical interpretation. *Clinical Psychology Review*, 21:1143-1192
 38. Berner, P. (1987). *Critères diagnostiques pour les psychoses schizophréniques et affectives*. Edit. Expansion Scientifique Francaise, Paris
 39. Berrios, G.E. (2004). Kraepelin's dementia praecox: course and not symptoms. *European Psychiatry*, 19, suppl. 1
 40. Birchwood, M., Iqbal, Z., Chadwick, P. et al. (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. I: Ontogeny of post-psychotic depression. *British Journal of Psychiatry*, 177, 516-528.
 41. Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F. și Healy, J. (1993). Depression, demoralization and control over psychotic illness: A comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychological Medicine*, 23:387–395.
 42. Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., Gilbert, P. & Plaistow, J. (2000). The power and omnipotence of voices: subordination and entrapment by voices and by significant others. *Psychological Medicine*, 30, 337-344.
 43. Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., and Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale: The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programs with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157:853— 859
 44. Birchwood, M., Todd, P. și Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis – the critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 172:s53-s59
 45. Blackshaw, A.J., Kinderman, P. Hare, D.J. și Hatton, C. (2001). Theory of mind, causal attribution and paranoia in Asperger syndrome. *Autism*, 5, 147-163
 46. Blackwood, N.J., Howard, R.J., Bentall, R.P. și Murray, R.M. (2001). Cognitive neuropsychiatric models of persecutory delusions. *American Journal of Psychiatry*, 158,

527-539

47. Blakemore, S.J. și Frith, C.D. (2004). How does the brain deal with the social world? *Neuroreport: For Rapid Communication of Neuroscience Research*, 15, 119-128
48. Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
49. Bologa, V. (1970). *Istoria medicinei universale*. Ed. Medicală București, pg. 495-508
50. Bottlender, R., Straus, A., Moller, H.J (2010). Social disability in schizophrenic, schizoaffective and affective disorder, 15 years after first admission. *Schizophrenia Research*, 116, 9-15
51. Bowlby, J. (1969). *Attachment: Attachment and loss (Vol. 1)*. London: Hogarth Press.
52. Bowlby, J. (1973). *Separation, anxiety and anger: Attachment and loss (Vol. 2)*. London: Hogarth Press.
53. Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and depression. Attachment and loss (Vol. 3)*. London: Hogarth Press.
54. Boyd, T. și Gumley, A. (2007) An experiential perspective on persecutory paranoia. *Psychology and Psychotherapy*, 80, 1-22
55. Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., Gilbert, P. (2012). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52:199–214
56. Brânzei, P. (1975). *Itinerar psihiatric*. Ed. Junimea
57. Bredicean, C., Papavă, I., Giurgi-Onocu, C., Romoșan, R., Popovici, Z., Roșu, M. (2013). Bipolar disorder: factors that influence theory of mind, *Medicine in Evolution*, Vol. XIX, 2:268-274
58. Brennan, J.H. și Helmsley, D.R. (1984). Illusory correlations in paranoid and non-paranoid schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, 23:225-226
59. Brenner, H.D., Hodel, B., Roder, V., Corrigan, P. (1992). Treatment of Cognitive Dysfunctions and Behavioral Deficits in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, Vol 18(1):21-26
60. Brett-Jones, J., Garety, P. și Helmsley, D. (1987). Measuring delusional experiences: a method and its application. *British Journal of Clinical Psychology*, 26:257-265
61. Brodaty, H., Luscombe, G., Parker, G., Wilhelm, K., Hickie, I., Austin, M.P., Mitchell, P. (1997). Increased rate of psychosis and psychomotor change in depression with age. *Psychological Medicine*, 27, 1205–1213. Cambridge University Press
62. Brothers, L. (1990) The neural basis of primate social communication. *Motivation and emotion*, 14:81-91
63. Brothers, L. (1990). The social brain: a project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain. *Concepts in Neuroscience*, 1:27-61
64. Brown, A.S., Varma, V.K., Malhotra, S., Jiloha, R.C., Conover, S.A. și Sisser, E.S. (1998). Course of acute affective disorders in a developing country setting. *J.Nerv.Ment.Dis.*, 186:207-213
65. Brown, S. și Birtwistle, J. (1998). People with schizophrenia and their familie. Fifteen year out come. *British Journal of Psychiatry*, 173:139-144
66. Brune, M. (2003). Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60:57-64
67. Brune, M. (2005a). Emotion recognition, “theory of mind”, and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 133:135-147
68. Brune, M. (2005b). ”Theory of mind” in schizophrenia: a review of the literature, *Schizophrenia Bulletin*, 31:21-42
69. Bryson, G., Bell, M.D. și Lysaker, P.H. (1997). Affect recognition in schizophrenia: a function of global impairment or a specific cognitive deficit. *Psychiatry Research*, 71:105-113
70. Cadoret, R.J., Winokur, G., Langbehn, D., Troughton, E., Yates, W.R. și Stewart, M.A. (1996). Depression spectrum disease, I: the role of gene-environment interaction. *Am.J.Psychiatry*, 153:892-899
71. Campbell, M.L.C. și Morrison, A.P. (2007). The subjective experience of paranoia: comparing the experiences of patients with psychosis and individuals with no psychiatric history. *Clinical psychology and Psychotherapy*, 14:63-77
72. Candido, C.L. și Romney, D.M. (1990) Attributional style in paranoid vs. depressed patients. *British Journal of Medical Psychology*, 63:355-363
73. Carlin, P., Gudjonsson, G., Rutter, S. (2005). Persecutory delusions and attributions for real

- negative events: A study in a forensic sample. 1:139 – 148
74. Castelli, F., Happe, F., Frith, U., Frith, C. (2000). Movement and mind: A functional imaging study of perception and interpretation of complex intentional movement patterns. *NeuroImage*, 12(3):314–325.
 75. Chaffin, M., Hanson, R., Saunders, B. E., Nichols, T., Barnett, D., Zeanah, C. Berliner, L., Egeland, B., Newman, E., Lyon, T., Letourneau, E., Miller-Perrin, C. (2006). Report of the APSAC task force on attachment therapy, Reactive Attachment Disorder, and attachment problems. *Child Maltreatment*, 11, 76-89.
 76. Chapman, R.K. (2002). First person account: eliminating delusions. *Schizophrenia Bulletin*, 28:545-553
 77. Chartrand, T. L., & Bargh, J. A. (1999). The chameleon effect: The perception-behavior link and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 893–910.
 78. Chen, Y.R., Swann, A.C. și Johnson, B.A. (1998). Stability of diagnosis in bipolar disorders. *J.Nerv.Ment.Dis*, 186:17-23
 79. Chisholm, B., Freeman, D. și Cooke, A. (2006). Identifying potential predictors of PTSD reactions to psychotic episodes. *British Journal of Clinical Psychology*, 45:545-559
 80. Ciesla, J.A. & Roberts, J.E. (2007). Rumination, negative cognition, and their interactive effects on depressed mood: Two laboratory studies. *Emotion*, 7, 555- 565
 81. Colbert, S.M. și Peters, E.R. (2002). Need for closure and jumping to conclusions in delusion-prone individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170:27-31
 82. Combs, D.R. și Penn, D.L. (2004). The role of sub-clinical paranoia on social perception and behavior. *Schizophrenia Research*, 69:93-104
 83. Combs, D.R., Finn, J.A., Wohlfahrt, W., Penn, D.DL și Basso, M.R. (2013). Social cognition and social functioning in nonclinical paranoia. *Cognitive Neuropsychiatry*
 84. Cornell, K. L. (2006). Person-in-situation: History, theory, and new directions for social work practice. *Praxis*. 6:50-57
 85. Corney, R.H. (1987). Marital problems and treatment outcome in depressed women. A clinical trial of social work intervention. *British Journal of Psychiatry*, 151:652-659
 86. Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5:201–222.
 87. Corrigan, P. W. și Kleinlein, P. (2005). The impact of mental illness stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness* (pg. 11–44). Washington, DC. American Psychological Association.
 88. Coryell, W., Leon, A., Winokur, G., Endicott, J., Keller, M., Akiskal, H., Solomon, D. (1996). Importance of psychotic features to long-term course in major depressive disorder. *Am J Psychiatry*, 153(4):483-9
 89. Coryell, W., Endicott, J. și Keller, M. (1990). Outcome of patients with chronic affective disorder: a five-year follow-up. *Am.J.Psychiatry*, 147:1627-1633
 90. Coryell, W., Endicott, J., Maser, J.D., Keller, M.B, Leon, A.C. și Akiskal, H.S. (1995). Long-term stability of polarity distinctions in the affective disorders. *Am.J.Psychiatry*, 152:385-390
 91. Coryell, W., Keller, M., Lavori, P. și Endicott, J. (1990). Affective syndromes, psychotic features and prognosis. II Mania. *Archives Gen. Psychiatry*, 47:658-662
 92. Coryell, W., Keller, M., Lavori, P. și Endicott, J. (1990). Affective syndromes, psychotic features and prognosis. I Depression. *Archives Gen. Psychiatry*, 47:651-657
 93. Coryell, W., Sheftner, W.M., Keller, M., Endicott, J., Maser, J. și Klerman, G.L. (1993). The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am.J.Psychiatry*, 150:720-727
 94. Couture, S.M., Penn, D.L., Roberts, D.L., 2006. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophrenia Bulletin* 32 (Suppl 1), S44–63
 95. Craig, J.S., Hatton, C., Craig, F.B. și Bentall, R.P. (2004) Persecutory beliefs, attributions and theory of mind. *Schizophrenia Research*, 69:29-33
 96. Cribb, G., Moulds, M. L. și Carter, S. (2006). Rumination and Experiential Avoidance in Depression. *Behaviour Change*, 23:165-176
 97. Crocker, J. și Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*, 130:392-414
 98. Crouch, L.L. și Jones, W.H. (1997). Measuring levels of trust. *Journal of Research in Personality*, 31:319-336
 99. Crow, T.J. (1986). The continuum of psychosis and its implications for the structure of the gene. *British Journal of Psychiatry*, 149:419-429

100. Crow, T.J. (1990). The continuum of psychosis and its genetic origins. The sixty-fifth Maudsley lecture. *British Journal of Psychiatry*, 156:788-794
101. Crow, T.J. și Harrington, C.A. (1994). Ethioopathogenesis and treatment of psychosis. *Annu.Rev.Med*, 45:219-234
102. Cui, X.J. și Vaillant, G.E. (1996). Antecedents and consequences of negative life events in adulthood: a longitudinal study. *Am.J.Psychiatry*, 153:21-26
103. Cusin, C., Serretti, A., Lattuada, E., Mandelli, L. și Smeraldi, E. (2000). Impact of clinical variables on illness time course in mood disorders. *Psychiatry Res.*, 97:217-227
104. Cutting, J. și Murphy, D. (1990). Impaired ability of schizophrenics, relative to manics or depressives, to appreciate social knowledge about their culture. *British Journal of Psychiatry*, 157:355-358
105. Dalgard, O.S., Bjork, S. și Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 166:29-34
106. Damasio, A. (2004). Eroarea lui Descartes. Emoțiile, rațiunea și creierul uman. Editura Humanitas, București
107. Damasio, A. (2010). În căutarea lui Spinoza: cum explică știința sentimentele. Editura Humanitas, București
108. Dapretto, M. Davies, M. S. Pfeifer, J. H. Scott, A. A. Sigman, M. Bookheimer, S. Y. Iacoboni, M. (2006). Understanding emotions in others: mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders. *Nat Neurosci.*, 9(1): 28-30
109. Davis, L. V. (1996). Role theory and social work treatment, în F. J. Turner, (Ed), *Social work treatment*. New York: The Free Press
110. de Schotten, M.T., Dell'Acqua, F., Valabregue, R., Catani, M. (2012). Monkey to human comparative anatomy of the frontal lobe association tracts. *Cortex*, 48(1):82-96
111. Dehelean M., Dehelean P., Dehelean L. (2002). Nosologia, Taxonomia și Diagnosticul în psihiatrie, în *Tratatul de Sănătate Mintală*, vol.I,Prelipceanu, D., Mihăilescu, R., Teodorescu, R. Editura Enciclopedică, București
112. Depue, R. A., Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding. *Behavioral and Brain Sciences*, 28:313-395
113. Der, G., Gupta, S. și Murray, R.M. (1990). Is schizophrenia disappearing? *Lancet*, 335:513-516
114. Doise, W., Deschamp, J.C., Mugny, G. (1996). Psihologie socială experimentală. Editura Polirom, Iași
115. Dunbar, R. I. M.,&Shultz, S. (2010). Bondedness and sociality. *Behaviour*, 147, 775-803
116. Dworkin, R.H., Green, S.R., Small, N.E., Warner, M.L., Cornblatt, B.A. și Erlenmeyer-Kimling, L. (1990). Positive and negative symptoms and social competence in adolescents at risk for schizophrenia and affective disorders. *Am..J.Psychiatry*, 147:1234-1236
117. Ekman, P. (2011). Emoții date pe față. Editura Trei, București
118. Ellett, L., Freeman, D. și Garety, P. (2008). The psychological effect of an urban environment on individuals with persecutory delusions: the Camberwell walk study. *Schizophrenia Research*, 99:77-84
119. Emmerson, J.P., Burvill, P.W., Finlay-Jones, R. și Hall, W. (1989). Life events, life difficulties and confiding relationships in the depressed elderly. *British Journal of Psychiatry*, 155:787-792
120. Emsley, R.A., Oosthuizen, P.P., Joubert, A.F., Roberts, M.C. și Stein, D.J. (1999). Depressive and anxiety symptoms in patients with schizophrenia and schizophreniform disorder. *J.Clin.Psych*, 60:747-751
121. Erickson, D.H., Beiser, M., Iacono, W.E., Flemming, J.A.E. și Tsung-yi Lin (1989). The role of social relationships in the course of first-episode schizophrenia and affective psychosis. *Am.J.Psychiatry*, 147:1456-1461
122. Evans, J.D., Paulsen, J.S. Harris, M.J., Heaton, R.K. și Jeste, D.V. (1996). A clinical and neuropsychological comparison in delusional disorder and schizophrenia. *J.Neuropsychiatry Clin.Neurosci.*, 8:281-286
123. Ey, H., Bernard, Brisset, C. (1974). *Manuel de psychiatrie*. Ed. Masson, Paris
124. Eysenck, M.W. și Van Berkum, J. (1992). Trait anxiety, defensiveness and the structure of worry. *Personality and Individual Differences*, 13:1285-1290
125. Fear, C., Sharp, H. și Healy, D. (1996). Cognitive processes in delusional disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168:1-8
126. Fenigstein, A. și Vanable, P.A. (1992). Paranoia and self-consciousness. *Journal of Personality and Individual Differences*, 6:21-29

127. Fenton, W.S. și McGlashan, T.H. (1994). Antecedents, symptom progression and long-term outcome of the deficit syndrome in schizophrenia. *Am.J.Psychiatry*, 151:351-356
128. Fine, C., Gardner, M., Craigie, J. și Gold, I. (2007) Hopping, skipping or jumping to conclusions? Clarifying the role of the JTC bias in delusions. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12:46-77
129. Fischer BA, Carpenter WT. (2008). Remission. In: *Clinical Handbook of Schizophrenia*, Mueser KT, Jeste DV. (Eds), Guilford Publications, New York
130. Fogelson, D.L., Nuechterlein, K.H., Asarnow, R.A., Payne, D.L., Subotnik, K.L., Jacobson, K.C. et al. (2007). Avoidant personality disorder is a separable schizophrenia-spectrum personality disorder even when controlling for the presence of paranoid and schizotypal personality disorders. *The UCLA family study. Schizophrenia Research*. 91:192-199.
131. Fowler, D., Freeman, D., Steel, C. et al. (2006a). The catastrophic interaction hypothesis: How does stress, trauma, emotion and information processing abnormalities lead to psychosis? In Morrison, A. și Larkin, W. (ed.), *Trauma and Psychosis*, pg. 101-124
132. Frijda, N. H., Mesquita, B. (1994). The social roles and functions of emotions. In H. R. Markus & S. Kitayama (Eds.), *Emotion and culture* (pp. 51-87). Washington, DC: American Psychological Association
133. Freeman, D., Pugh, K., Vorontsova, N., Antley, A., Slater, M. (2010). Testing the continuum of delusional beliefs: an experimental study using virtual reality. *J Abnorm Psychol*. 119(1):83-92. doi: 10.1037/a0017514
134. Freeman, D. (2006). Delusions in the non-clinical population. *Current Psychiatry Reports*, 8:191-204
135. Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27:425-457
136. Freeman, D. Pugh, K., Antley, A., Slater, M., Bebbington, P., Giffins, M., Dunn, G., Kuipers, E., Fowler, D., Garety, P. (2008). A virtual reality study of paranoid thinking in the general population. *British Journal of Psychiatry*, 192:258-263
137. Freeman, D. Pugh, K., Green, C., Valmaggia, L., Dunn, G. și Garety, P. (2007). A measure of state persecutory ideation for experimental studies. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195:781-784
138. Freeman, D. și Freeman, J. (2008). *Paranoia: The 21st Century Fear*. Oxford: Oxford University Press
139. Freeman, D. și Garety, P.A. (2000). Comments on the content of persecutory delusions: does the definition need clarification? *British Journal of Clinical Psychology*, 39:407-414
140. Freeman, D. și Garety, P.A. (2004). *Paranoia: the psychology of persecutory delusions*. Hove: Psychology Press
141. Freeman, D., Dunn, G., Garety, P.A. et al. (2005c). The psychology of persecutory ideation. I: a questionnaire study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193:302-308
142. Freeman, D., Freeman, J. și Garety, P. (2006). *Overcoming paranoid and suspicious thoughts*. London, Robinson Constable
143. Freeman, D., Garety, P., Kuipers, E., Fowler, D., Bebbington, P.E. și Dunn, G. (2007). Acting on persecutory delusions: the importance of safety seeking. *Behaviour Research and Therapy*, 45:89-99
144. Freeman, D., Garety, P.A. și Kuipers, E. (2001). Persecutory delusions: developing the understanding of belief maintenance and emotional distress. *Psychological Medicine*, 31:1293-1306
145. Freeman, D., Garety, P.A., Bebbington, P. et al. (2005) The psychology of persecutory ideation. II: a virtual reality experimental study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193:309-315
146. Freeman, D., Garety, P.A., Bebbington, P.E. et al. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *British Journal of Psychiatry*, 186:427-435
147. Freeman, D., Garety, P.A., Fowler, D., Kuipers, E., Bebbington, P., Dunn, G. (2004). Why do people with delusions fail to choose more realistic explanations for their experiences? An empirical investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72:671-680
148. Frith, C.D. (1992). *The cognitive neuropsychology in Schizophrenia*. Hove: LEA
149. Furukawa, T., Nakanishi, M., Hamanaka, T. (1997). Typus melancholicus is not the premorbid personality trait of unipolar (endogenous) depression. *Psychiatry Clin Neurosci*. 51(4):197-202.

150. Gabriel, E. (2004). E. Bleuler's schizophrenia: Cognitive and affective symptoms and not hallucinations and delusions. *European Psychiatry*, 19, suppl.1, 113s
151. Ganev, G. (2000). Long-term trends of symptoms and disability in schizophrenia and related disorders. *Soc.Psychiatry.Epidemiol.*, 35:389-395
152. Garety, P.A. (1985). Delusions: problems in definition and measurement. *British Journal of Medical Psychology*, 58:25-34
153. Garety, P.A., Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of teorie and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38:113-154
154. Garety, P.A. și Helmsley, D.R. (1994). Delusions: investigations into the psychology of delusional reasoning. Oxford: Oxford University Press
155. Garety, P.A. și Helmsley, D.R. (1994). Theories of the formation and maintenance of delusions. în *Delusions: investigations into the Psychology of Delusional Reasoning*. Maudsley Monograph, 36:67-85, Oxford: Oxford University Press
156. Garety, P.A., Everitt, B.S. și Helmsley, D.R. (1988). The characteristics of delusions. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 237:112-114
157. Garety, P.A., Freeman, D., Jolley, S. et al (2005). Reasoning, emotions and delusional conviction in psychosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114: 373-384
158. Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & Van den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36, 267–276
159. Gelder, M., Gath, D., Mayou, R. (1994). *Tratat de psihiatrie Oxford*, Ediția a II-a. Editat de Asociația Psihiatrilor Liberi și Geneva Initiative on Psychiatry
160. Ghashghaei, H.T., Barbas, H. (2002). Pathways for emotion: interactions of prefrontal and anterior temporal pathways in the amygdala of the rhesus monkey. *Neuroscience*, 115(4):1261–79
161. Gilbert, D.T., Pelham, B.W., Krull, D.S. (1988). On cognitive busyness. When person perceivers meet persons perceived. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54: 733–40
162. Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Lawrence Erlbaum Associates: Hove
163. Gilbert, P. (1992). *Depression: The evolution of Powerlessness*. Lawrence Erlbaum Associates: Hove, Guildford: New York
164. Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: the role of the evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189
165. Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9–74). London: Routledge.
166. Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy and counselling for depression* (3rd ed.). London: Sage
167. Gilbert, P., Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested fight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28:584-597
168. Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., Meaden, A., Olsen, K. & Miles, J.N.V. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine*, 31:1117-1127.
169. Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84:239–255.
170. Gilbert, P., McGuire, M. (1998). Shame, social roles and status: the psychobiological continuum from monkey to human. In *Shame: Interpersonal Behaviour, Psychopathology and Culture*, Gilbert, P., Andrews, B. (editori), Oxford University Press: New York, 99-125
171. Gilbert, S.J., Swencionis, J.K., Amodio, D.M. (2012). Evaluative vs. trait representation in intergroup social judgments: Distinct roles of anterior temporal lobe and prefrontal cortex. *Neuropsychologia*, 50:3600–3611.
172. Gillath, O., Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2005). An attachment- theoretical approach to compassion and altruism. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Its nature and use in psychotherapy* (pp. 121–147). London: Brunner-Routledge
173. Giurgi-Oncu, C., Bredicean, C., Bărănescu, R. (2012). Depressive-delusional Spectrum: the Impact of Delusional Paranoid Ideas on Social Functioning. *Acta Medica Marisiensis*, Vol.58, 6:390-392
174. Giurgi-Oncu, C., Bredicean, C., Romoșan, R., Popovici, Z., Popescu, A. (2013). Particularities of Social Cognition in the Depressive-Delusional pathology. *Medicine in*

- evolution, Vol. XIX, 2:274-279
175. Glend, M., MacQueen, M., Young, L.T. și Joffe, R.T. (2001). A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorders. *Acta Psychiatr. Scand.*, 103:163-167
 176. Gold, S., Arndt, S., Nopoulos, P., O'Leary, D.S. și Andreasen, N. (1999). Longitudinal study of cognitive function in first-episode and recent onset schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 156:1342-1348
 177. Goldberg, J.F., Harrow, M. și Grossman, L.S. (1995) Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *Am. J. Psychiatry*, 152:379-384
 178. Goldstein, J.M., Faraone, S.V., Chen, W.J. și Tsuang, M.T. (1993). The role of gender in understanding the familial transmission of schizoaffective disorder. *British Journal of Psychiatry*, 163:763-768
 179. Gordon, D., Burge, D., Hammen, C., Adrian, C., Jaenicke, C. și Hiroto, D. (1989) Observations of interactions of depressed women with their children. *Am. J. Psychiatry*, 146:50-55
 180. Green, C., Freeman, D., Kuipers, E. et al. (2008). Measuring ideas of persecution and reference: the Green et al. Paranoid Thought Scales (G-PTS). *Psychological Medicine*, 38:101-111
 181. Green, C., Garety, P.A., Freeman, D. et al. (2006). Phenomenology and affect in persecutory delusions, *British Journal of Clinical Psychology*, 45:561-577
 182. Green, C.E., Freeman, D., Kuipers, E., Bebbington, P., Fowler, D., Dunn, G., Garety, P.A. (2008). Measuring ideas of persecution and social reference: the Green et al. Paranoid Thoughts Scale (GPTS). *Psychol. Med.* 38(1):101-11
 183. Gross, G., Huber, G. (1989). Das Basissymptomkonzept idiopatischer Psychosen. *Zbl. Neurol. Psych.*, 252:1-19
 184. Gross, G., Huber, G., Armbruster, B. (1986). Schizoaffective psychoses – long-term prognosis and symptomatology. în *Marneros, A., Tsuang, M.T.: The schizo-affective psychoses.* Springer, Berlin
 185. Grossman, L.S., Harrow, M., Goldberg, J.F. și Fichtner, C.G. (1991). Outcome of schizoaffective disorder at two long-term follow-ups: comparisons with outcome of schizophrenia and affective disorders. *Am. J. Psychiatry*, 148:1359-1365
 186. Grover, S., Gupta, N., Matoo, S.K. (2006). Delusional Disorders: An overview. *German Journal of Psychiatry*, 9:62-73
 187. Haefner, H., Loeffler, W., Maurer, K., Hambrecht, M. și An der Heiden, W. (1999). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psych. Scand.*, 100:105-118
 188. Haefner, H., Maurer, K., Trendler, G., an der, H.W., Schmidt, M. și Konnecke, R. (2005). Schizophrenia and depression: challenging the paradigm of two separate diseases - a controlled study of schizophrenia, depression and healthy controls. *Schizophrenia Research*, 77:11-24
 189. Haghigat, R. (2001). A unitary theory of stigmatization—Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *British Journal of Psychiatry*, 178:207–215
 190. Hamilton, G. (1951). *Theory and practice of social casework.* New York: Columbia University Press
 191. Harrow, M., Grossman, L.S., Herbener, E.S. (2000). Ten year outcome: patients with schizoaffective disorders, schizophrenia, affective disorders and mood incongruent psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 177:421-426
 192. Heckers, S. (2009). Who Is at Risk for a Psychotic Disorder? *Schizophr Bull.*, 35(5): 847–850
 193. Heckers, S., Barch, D.M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D., Van Os, J., Carpenter, W. (2013). Structure of the psychotic disorders classification in DSM 5. *Schizophrenia Research* (in press)
 194. Heider, F., Simmel, M. (1944). An experimental study of apparent behaviour. *American Journal of Psychology*, 57(2):243–59
 195. Hinchcliffe, M., Hooper, D., Roberts, F.G. și Vaughan, P.W. (1975). A study of the interaction between depressed patients and their spouse. *British Journal of Psychiatry*, 126:164-172
 196. Hirschfeld, R.M., Montgomery, S.A., Keller, M.B., Kasper, S., Schatzberg, A.F., Möller, H.J., Healy, D., Baldwin, D., Humble, M., Versiani, M., Montenegro, R., Bourgeois, M. (2000). Social functioning in depression: a review. *J Clin Psychiatry*. 61(4):268-275

197. Hogarty, G.E., and Flesher, S. (1999). Developmental theory for a cognitive enhancement therapy of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(4):677-692
198. Hogarty, G.E., Flesher, S., Ulrich, R., Carter, M., Greenwald, D., Pogue-Geile, M. et al. (2004). Cognitive enhancement therapy for schizophrenia. Effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. *Archives of General Psychiatry*, 61(9):866–876
199. Hooley, J.M., Orley, J. și Teasdale, J.D. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148:642-647
200. Howard, L.M., Kumar, R. și Thornicroft, G. (2001). Psychosocial characteristics and needs of mothers with psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 178:427-432
201. Hsiao, M.C., Liu, C.Y., Yang, Y.Y., Yeh, E.K. (1999). Delusional disorder: retrospective analysis of 86 Chinese outpatients. *Psychiatry Clin Neurosci.* 53(6):673-6
202. Hughes, D.D., DeMallie, D. și Blazer, D.G. (1993). Does age make a difference in the effects of physical health and social support on the out come of a major depressive episode? *Am.J.Psychiatry*, 150:728-733
203. Humphreys, L., Barrowclough, C. (2006). Attributional style, defensive functioning and persecutory delusions: Symptom-specific or general coping strategy? *British Journal of Clinical Psychology*, 45(2):231-246
204. Hyundi, D. A. (1976). Survey of investigations in social role theory, social functioning, role conflict, role strain, role ambiguity, and a proposal for continued research. Unpublished master's thesis, Western Michigan University, Kalamazoo
205. Inoue, S., Tanaka, S., Shinodura, S. și Mino, Y. (1997). Expressed emotion and social function. *Psychiatr.Res.*, 72:33-39
206. Iqbal, Z., Birchwood, M., Chadwick, P., Trower, P. (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis 2. Testing the validity of a social ranking model. *British Journal of Psychiatry*, 177:522–528
207. Jablenski, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J.E. (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence, and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine, Monograph 20*
208. James, W. (1884). What is an Emotion? *Mind*, 9:188–205
209. Janssen, I., Vermissen, D., Campo, J. À., Myin-Germeys, I., van Os, J., Krabbendam, L. (2006). Attribution style and psychosis: evidence for an externalizing bias in patients but not in individuals at high risk. *Cambridge Journals Online*
210. Jaspers, K. (1959). *Allgemeine Psychopathologie*. Ed. VII, Berlin, Gottlingen, Heidelberg
211. Jaspers, K. (1963). Individual performances. în: Hoenig, J. și Hamilton, M. (trad.) *General Psychopathology*, pg. 168-198. Manchester: Manchester University Press
212. Johnson, J., Weissman, M. M., și Klerman, G. L. (1992). Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms is in the community. *JAMA, the Journal of the American Medical Association*, 267, 1478 – 1483
213. Johnson, S.L. și Miller, I. (1997). Negative life events and time to recovery from episode of bipolar disorders. *J.Abnorm.Psychol.*, 106:449-457
214. Keitner, G.I., Ryan, C.E., Miller, I.W., Kohn, R., Bishop, D.S. și Ebstein, N.B. (1995). Role of the family in recovery and major depression. *Am.J.Psychiatry*, 152:1002-1008
215. Keller, M.B., Lavori, P.W., Coryell, W. et al (1993). Bipolar I: a five year prospective follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 238 – 245
216. Kendler, K.S. (1982). Demography of paranoid psychosis (delusional disorder): a review and comparison with schizophrenia and affective illness. *Archives of General Psychiatry*, 39:890-902
217. Kendler, K.S. (1996). Parenting: a genetic-epidemiologic perspective. *Am.J.Psychiatry*, 153:11-20
218. Kendler, K.S. și Walsh, D. (1995). Schizophreniform disorder, delusional disorder and psychotic disorder not otherwise specified: clinical features, out come and familial psychopathology psychoses. *Acta Psychiatr.Scand.*, 91:370-378
219. Kendler, K.S., Gardner, C.O. și Prescott, C.A. (2001). Are there sex differences in the reliability of life time history of major depression and its predictors? *Psychol.Med.*, 31:617-623
220. Kendler, K.S., Glazer, W.M. și Morgenstern, H. (1983). Dimensions of delusional experience. *American Journal of Psychiatry*, 140:466-469
221. Kendler, K.S., Kessler, R.C., Neale, M.C., Heath, A.C. și Eaves, L.J. (1993) The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model. *Am.J.Psychiatry*, 150:1139-1148

222. Kendler, K.S., Kessler, R.C., Walters, E.E., MacLean, C., Eaves, L.J. și Heath, A.C. (1995). Stressful life events, genetic liability and onset of a first episode of major depression in women. *Am.J.Psychiatry*, 152:833-842
223. Kendler, K.S., Thornton, L.M. și Gradner, C.O. (2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the “kindling” hypothesis. *Am.J.Psychiatry*, 157:1243-1251
224. Kendler, K.S., Thornton, L.M. și Prescott, C.A. (2001). Gender differences in depressogenic effects. *Am.J.Psychiatry*, 158:587-593
225. Kendler, K.S., Walters, E.E., Truett, K.R., Heath, A.C., Neale, M.C., Martin, N.G. și Eaves, L.J. (1994). Sources of individual differences in depressive symptoms: analysis of two samples of twins and their families. *Am.J.Psychiatry*, 151:1605-1614
226. Kendell, R.E., Brockington, I.F. (1980). The identification of disease entities and the relationship between schizophrenic and affective psychoses. *Br J Psychiatry*, 137:324–331
227. Kessing, L.V. și Mortensen, P.B. (1999). Recovery from episodes during the course of affective disorder: a case register study. *Acta Psych.Scand*, 100:279-287
228. Kessing, L.V., Andersen, P.K., Mortensen, P.B. și Bolwig, T.G. (1999) The course of affective disorders – a registry study. *J.Ugeskr. Laeger*, 161:1403-1406
229. Kurzban, R. și Leary, M. (2001). Evolutionary origins of stigmatisation: The functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, 127:187–208
230. Lapiere, Y.D. (1994). Schizophrenia and manic depression: separate illness or a continuum? *Can.J.Psychiatry*, 39:s59-s64
231. Lăzărescu, M. (1994) Psihopatologie clinică. Editura Helicon, Timișoara
232. Lăzărescu, M. (1999) Calitatea vieții în psihiatrie. Editura Infomedica, București
233. Lăzărescu, M. (2002). Psihiatrie, Sociologie, Antropologie. Editura Brumar, Timișoara
234. Lăzărescu, M. și Ogorescu, D. (1995) Îndreptar de psihiatrie. Editura Helicon, Timișoara, pg. 173-183
235. Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92:887-904
236. Lemert, E.M. (1962). Paranoia and the dynamics of exclusion. *Sociometry*, 25:2-20
237. Liberman, R.P., Kopelowicz, A., Ventura, J., Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14:256-272
238. Lincoln TM, Ziegler M, Mehl S, Rief W. (2010). The jumping to conclusions bias in delusions: specificity and changeability. *J Abnorm Psychol*. 119(1):40-9
239. Liraud, F., Droulout, T., Parrot, M., Verdoux, H. (2004). Agreement between self-rated and clinically assessed symptoms in subjects with psychosis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 192:352–356
240. Liverant, G. I., Kamholz, B. W., Sloan, D. M., & Brown, T. A. (2011). Rumination in clinical depression: A type of emotional suppression? *Cognitive Therapy and Research*, 35, 253-265
241. Livingston, B.K., Kim, K., Leaf, P.J. și Jacobs, S. (1990). Depressive episodes and dysphoria resulting from conjugal bereavement in a prospective community sample. *Am.J.Psychiatry*, 147:608-611
242. Livingstone, K., Harper, S., Gillanders, D. (2009). An exploration of emotion regulation in psychosis. *Clin. Psychol. Psychother.* 16(5):418-30. doi: 10.1002/cpp.635
243. Lutz, C., White, G.M. (1986). The Anthropology of Emotions. *Annual Review of Anthropology*, 15:405-436
244. Luxton, D. D., Wenzlaff, R. M. (2005). Self-esteem uncertainty and depression vulnerability. *Cognition and Emotion*, 19, 611–622
245. Lyness, J.M., Caine, E.D., Conwell, Y., King, D.A. și Cox, C. (1993) Depressive symptoms, medical illness and functional status in depressed psychiatric inpatients. *Am.J.Psychiatry*, 150:910-915
246. Maj, M., Sartorius, N. (editori) (1999). *Depressive Disorders*. John Wiley & Sons Ltd
247. Malkoff-Schwartz, S., Franck, E., Anderson, B., Sherill, J.T., Siegel, L., Patterson, D. și Kupfer, D.J. (1998). Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes. *Arch.Gen.Psychiatry*, 55:702-707
248. Manschreck, T.C., Khan, N.L. și Corrigan, J.C. (2006). Recent advances in the treatment of delusional disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51:114-119
249. Marneros, A., Akiskal, H.S. (2007). *The overlap of affective and schizophrenic spectra*. Cambridge University Press, pg. 299

250. Marneros, A., Deister, A. și Rohde, A. (1990). Psychopathological and social status of patients with affective, schizophrenic and schizoaffective disorder after long-term course. *Acta Psych. Scand*, 82:352-358
251. Marneros, A., Deister, A. și Rohde, A. (1991). Stability of diagnoses in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders. Cross-sectional versus longitudinal diagnosis. *Eur.Arch.Psychiatry Clin.Neurosci*, 241:187-192
252. Martinelli, C., Cavanagh, K., Dudley, R.E.J. (2013). The impact of rumination on state paranoid ideation in a non-clinical sample. *Behavior Therapy*
253. McGlashan, T.H. (1989). Comparison of adolescent and adult onset unipolar depression. *Am.j.Psychiatry*, 146:1208-1211
254. McKay, R., Langdon, R., Coltheart, M. (2005). Paranoia, persecutory delusions and attributional biases. *Psychiatry Res.* 136(2-3):233-45
255. McKay, R., Langdon, R., Coltheart, M. (2007). The defensive function of persecutory delusions: an investigation using the Implicit Association Test. *Cognit Neuropsychiatry*. 12(1):1-24
256. Mead, G. H. (1934). *Mind, Self, and Society*. Chicago: University of Chicago Press.
257. Mehl, S., Rief, W., Mink, K., Lüllmann, E. & Lincoln, T. M. (2010). Social performance is more closely associated with Theory of Mind and autobiographical memory than with psychopathological symptoms in clinically-stable patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research*. doi:10.1016/j.psychres.2009.10.004
258. Meijer, C.J., Koeter, M.W., Sprangers, M.A., Schene, A.H. (2009). Predictors of general quality of life and the mediating role of health related quality of life in patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44:361–8.
259. Melo, S.S., Taylor, J.L., Bentall, R.P. (2006). ‘Poor me’ versus ‘bad me’ paranoia and the instability of persecutory ideation. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 271–287
260. Mesquita, B., Frijda, N. H. (1992). Cultural variations in emotions: A review. *Psychological Bulletin*, 112, 179–204
261. Mesquita, B. (2001). Emotions in collectivist and individualist contexts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 68–74
262. Meyers, B.S., Greenberg, R. (1986). Late-life delusional depression. *J. Affective Disorders*, 11:133–137
263. Mikulincer, M. și Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford.
264. Mikulincer, M., Shaver, P. R. (2005). Mental representations of attachment security: Theoretical foundation for a positive social psychology. In M. W. Baldwin (Ed.), *Interpersonal cognition*, pg. 233–266. New York: Guilford Press
265. Moeller, H.J., Bottlender, R., Wegner, V, Wittman, J. Strauss, A. (2000). Long term of schizophrenic, affective and schizoaffective psychosis: focus on negative symptoms and their impact on global indicators of outcome. *Acta Psychiatr. Scand*, 102:54-59
266. Mojtabai, R., Bromet, E.J., Harvey, P.D., Carlson, G.A., Craig, T.J., Fennig, S. (2000). Neuropsychological differences between first-admission schizophrenic and psychotic affective disorders. *Am.J.Psychiatry*, 157:1453-1460
267. Moritz, S., Werner, R., von Collani, G. (2006). The inferiority complex in paranoia readdressed: a study with the Implicit Association Test. *Cognit Neuropsychiatry*. 11(4):402-15
268. Moscovici, S. (1996). *Psihologia socială a relațiilor cu celălalt*. Editura Polirom, Iași
269. Mundt, C., Backenstrass, M., Kronmiller, K.T., Fiedler, P., Kraus, A., Stanghellini, G. (1997). Personality and endogenous/major depression: an empirical approach to typus melancholicus. 2. Validation of typus melancholicus core-properties by personality inventory scales. *Psychopathology*. 30(3):130-9
270. Mundt, C., Sass, H. (1992) *Fuer und wider die Einheitspsychose*. Georg Thieme Verlag Stuttgart-New York
271. Munro, A. (1999). *Delusional disorder. Paranoia and related illnesses*. Cambridge University Press
272. Munro, A. (1999). Descriptive and clinical aspects of paranoia/delusional disorder. In *Delusional Disorder: Paranoia and Related Illnesses*, pg. 43-70. Cambridge: Cambridge University Press
273. Munro, A. (2005). *Delusional Disorder – Paranoia and related illnesses*. Cambridge University Press

274. Munro, A. și Mok, H. (1995). An overview of treatment in paranoia/delusional disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40:616-622
275. Murray, J.A.H., Simpson, J.A., Weiner, E.S.C. (1989). *The Oxford English Dictionary*, 2nd edition. Oxford, Clarendon Press
276. Murray, R., Toone, B., Lewis, S. (1993). Life events and psychosis. Initial results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *British Journal of Psychiatry*, 162:72-79
277. Myers, D. G. (2004). *Theories of Emotion*. Psychology: Seventh Edition, New York, NY: Worth Publishers
278. Myers, P.L. (1988). Paranoid pseudo community beliefs in a sect milieu. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23:252-255
279. Myers, R.E. (1975). Neurology of social behavior and affect in primates: a study of prefrontal and anterior temporal cortex. în: Zuelch, K.J., Creutzfeldt, O., Galbraith, G., edit. *Cerebral Localization*. New York: Springer-Verlag, pg. 161-170
280. Narvaez, J.M., Twamley, E.W., McKibbin, C.L., Heaton, R.K., Patterson, T.L. (2008). Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98:201-8
281. Neculau, A. (1996). Psihologie socială, aspecte contemporane. Editura Polirom, Iași
282. Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2:223-250
283. Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude towards oneself. *Self and Identity*, 2:85-101
284. Neff, K. D. & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to onself. *Journal of Personality*, 77, 23-50.
285. Neff, K. D., Kirkpatrick, K. și Rude, S. S. (2007). Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41:139-151.
286. Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109:504-511.
287. Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102:20-28.
288. Oates, M. (1997). Patients and parents: the risk to children. *British Journal of Psychiatry*, 170:s22-s27
289. Ohayon, M.M., Schatzberg, A.F. (2002.) Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *Am.J.Psychiatry*, 159(11):1855-61
290. Olson, I.R., McCoy, D., Klobusicky, E., Ross, L.A. (2013). Social cognition and the anterior temporal lobes: a review and theoretical framework. *SCAN*, 8:123-133
291. Oltmans, T.F., Maher, B.A. (edit.) (1988). *Delusional beliefs*. Wiley, New York
292. Opjordsmoen, S. (1998). Long-term course and outcome in delusional disorder. *Acta Psychiatr.Scand.*, 78:576-586
293. Oyeboode, F. (2008). *Sims' Symptoms in the Mind: An Introduction to Descriptive Psychopathology*. Saunders, Elsevier
294. Pagsberg, A.K. (2013). Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. 22 Suppl 1:S3-9. doi: 10.1007/s00787-012-0354-x.
295. Pamfil, E., Ogodescu, D. (1976). Psihozele. Ed. Facla, pg. 60-76, 130-190
296. Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford: Oxford University Press
297. Parsons, T. (1951). *The social system*. New York: The Free Press.
298. Penn, D.L., and Combs, D.R. (2000). Modification of affect perception deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 25:100-107
299. Penn, D.L., Combs, D.R. and Mohamed, S. (2000). Social cognition and social functioning in schizophrenia. In: Corrigan, P.W., and Penn, D.L., eds. *Social Cognition and Schizophrenia*. Washington, DC: APA Press, 2001. pp. 97-122
300. Penn, D.L., Corrigan, P.W., Bentall, R.P., Racenstein, J.M., Newman, L. (1997). Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 121:114-132
301. Penn, D.L., Sanna, L.J., Roberts, D.L. (2008). Social Cognition in Schizophrenia: An Overview. *Schizophrenia Bulletin* 34(3):408-411.
302. Penn, D.L., Spaulding, W., Reed, D., Sullivan, M., Mueser, K.T., Hope, D.A. (1997). Cognition and social functioning in schizophrenia. *Psychiatry*, 60(4): 281-91
303. Pervin, L.A., John, O.P. (1999). *Handbook of Personality, Theory and Research*. The Guildford Press
304. Popovici, Z., Lăzărescu, M., Ienciu, M., Bredicean, C., Giurgi-Onocu, C., Bărănescu, R.,

- Cristanovici, M. (2012). Schizophrenia Spectrum Disorders: Similarities and Differences of Social Cognition. *Acta Medica Marisiensis*, Vol.58, 1:42-44
305. Post, R.M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am.J.Psychiatry*, 149:999-1010
306. Quinton, D., Gulliver, L., Rutter, M. (1995). A 15-20 year follow-up of adult psychiatric patients. Psychiatric disorder and social functioning. *British Journal of Psychiatry*, 167:315-323
307. Raque-Bogdan, T. L., Ericson, S. K., Jackson, J., Martin, H. M., & Bryan, N. A. (2011). Attachment and mental and physical health: Self-compassion and mattering as mediators. *Journal of Counselling Psychology*, 58:272-278
308. Read, J. & Haslam, N. (2004). Public opinion: Bad things happen and can drive you crazy. In J. Read et al. Hove: Brunner-Routledge.
309. Rocca, P., Bellino, S., Calvarese, P., et al. (2005). Depressive and negative symptoms in schizophrenia: different effects on clinical features. *Comprehensive Psychiatry*, 46:304-310
310. Rodgers, B. (1990). Adult affective disorder and early environment. *British Journal of Psychiatry*, 157:539-550
311. Romoșan, R.S., Mircea, T., Romoșan, F., Enătescu, V.R., Bredicean, C., Giurgi-Oncu, C., Ile, L. (2013). Cognitive-emotional regulation strategies in recurrent depressive disorder and bipolar disorder. *Medicine in Evolution*, Vol. XIX, 2:304-312
312. Ross, L.A., Olson, I.R. (2010). Social cognition and the anterior temporal lobes. *NeuroImage*, 49(4):3452-62
313. Ross, L.A., Olson, I.R. (2012). What's unique about unique entities? An fMRI investigation of the semantics of famous faces and landmarks. *Cerebral Cortex*, 22:2005-15
314. Ruse, T., Lund, A. (2001). Prognostic factors in major depression: a long term follow-up study of 323 patients. *Affect.Disorder*, 65:297-306
315. Saarela, M.V., Hari, R. (2008). Listening to humans walking together activates the social brain circuitry. *Social Neuroscience*, 3(3-4):401-9
316. Saarni, S.I., Viertiö, S., Perälä, J., Koskinen, S., Lönnqvist, J., Suvisaari, J. (2010). Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 197:386-94
317. Sallet, J., Mars, R.B., Noonan, M.P. et al. (2012). Social network size affects neural circuits in macaques. *Science*, 334(6056):697-700
318. Sands, J.R., Harrow, M. (1995). Vulnerability to psychosis in unipolar major depression: is premorbid functioning involved? *Am.J.Psychiatry*, 152:1009-1015
319. Sands, J.R., Harrow, M. (1999). Depression during the longitudinal course of schizophrenia. *Schizophr.Bull.*, 25:157-171
320. Sanjuan, J., Aguilar, E.J., Olivares, J.M., Ros, S., Montejo, A.L., Mayoral, F., Gonzalez-Torres, M.A., Bousono, M. (2006). Subjective perception of cognitive deficit in psychotic patients. *Journ.Nerv.Ment. Disease*, 194:58-60
321. Sanjuan, J., Prieto, L., Olivares, J.M., Ros, S., Montejo, A., Ferrer, F., Mayoral, F., Gonzalez-Torres, M.A., Bousono, M. (2003). GEOPTE Scale of social cognition for psychosis. *Actas Esp Psiquiatr.* 31:120-128
322. Saver, J.L., Damasio, A.R. (1991). Preserved access and processing of social knowledge in a patient with acquired sociopathy due to ventromedial frontal damage. *Neuropsychologia*, 29(12):1241-9
323. Sax, K., Strakovski, S., Keck, P. et al. (1996). Relationship between negative, positive and depressive symptoms in schizophrenia and psychotic depression. *Br. J. Psychiatry*, 168:68-71
324. SCAN - Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. (1992) WHO, Geneva
325. Scheller-Gilkey, G., Thomas, S.M., Woolwine, B.J., Miller, A.H. (2002). Increased early life stress and depressive symptoms in patients with comorbid schizophrenia and substance abuse in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 28:223-231.
326. Schneider, K. (1949). Zum Begriff des Wahns. *Fortsch. der Neur. und Psych.*
327. Serretti, A., Cavallini, M.C., Macciardi, F., Namia, C., Franchini, L., Sonery, D., Lipp, O., Bowens, F., Smeraldi, E. (1999). Social adjustment and self esteem in remitted patients with mood disorders. *Eur.Psychiatry*, 14:137-142
328. Serretti, A., Lattuada, E., Smeraldi, E. (1999). Outcome of affective psychosis. *Depression and Anxiety*, 10(2):50-54
329. Simpson, J., MacGregor, B., Cavanagh, K., Dudley, R.E.J. (2012). Safety behaviours,

- rumination and trait Paranoia in a non-clinical sample. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(4):612-623
330. Spaniol, L., Zippel, A.M., Lockwood, D. (1992). The role of family in psychiatric rehabilitation. *Schizophr.Bull.*, 18:102-108
331. Spijker, J., Bijl, R.V., de Graaft, R., Nolen, W.A. (2001). Care utilization and out come of DSM-III-R major depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psych. Scand.*, 104:19-24
332. Stanghellini, G., Mundi, C. (1997). Personality and endogenous/major depression: an empirical approach to *typus melancholicus*. *Theoretical issues. Psychopathology*. 30(3):119-29
333. Stephens, J.H., Richard, P., McHugh, P.R. (2000). Long term follow-up of patients with a diagnosis of paranoid state and hospitalized, 1913 to 1940. *J.Nerv.Ment.Dis.*, 188:202-208
334. Strakowski, S.M., William, J.R., Sax, K.W., Fleck, D.E., delBello, M.P., Bourne, M.L. (2000). Is impaired out come following a first manic episode due to mood incongruent psychosis? *J.Affect.Disord*, 61:87-94
335. Surtees, P.G., Wainwright, N.W. (1996). Fragile states of mind: neuroticism, vulnerability and long-term out come of depression. *British Journal of Psychiatry*, 169:338-347
336. Syal, S., Finlay, B.L. (2011). Thinking outside the cortex: Social motivation in the evolution and development of language. *Developmental Science*, 14(2):417-30
337. Thomas, E. J., Feldman, R. A. (1964). *Concepts of role theory: An introduction through programmed instruction and programmed case analysis*. Ann Arbor: Campus Publishers
338. Thomas, P., Vaiva, G., Samaille, E., Maron, M., Alaix, C., Steinling, M., Goudemand, M. Cerebral blood flow in major depression and dysthymia. *J Affect Disord*. 29(4):235-42
339. Thomsen, D.K. (2006). The association between rumination and negative affect: A review. *Cognition & Emotion*, 20(8):1216-1235
340. Tohen, M., Hennen, J., Zarate, C., Baldessarini, R., Strakovski, S., Stoll, A., Faedda, G., Suppes, T., Gebre-Medhein, P., Cohen, B. (2000). Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *Am.J.Psychiatry*, 157:220-228
341. Trower, P. și Chadwick, P. (1995). Pathways to defense of the self: a theory of two types of paranoia. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2:263-278
342. Tsuang, D., Coryell, W. (1993). A 8-year follow-up of patients with DSM-III-R psychotic depression, schizoaffective disorder and schizophrenia. *Am.J.Psychiatry*, 150:1182-1188
343. Tuma, T.A. (2000). Outcome of hospital-treated depression at 4,5 years. An elderly and young adult color compared. *British Journal of Psychiatry*, 176:224-228
344. Turner, F. J. (1978). *Psychosocial Therapy: A Social Work Perspective*. New York: The Free Press
345. Turner, F. J. (ed.) (1996). *Social Work Treatment*. New York: The Free Press.
346. Van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Ravelli A. (2000). Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? *Schizophr Res*. 45(1-2):11-20
347. Van Os, J., Jones, P., Sham, P., Bebbington, P., Murray, R.M. (1998). Risk factors for onset and persistence of psychosis. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, 33:596-605
348. Van Os, J., Park, S.B.G., Jones, P.B. (2001). Neuroticism, life events and mental health: evidence for person-environment correlation. *British Journal of Psychiatry*, 178:s72-s77
349. Vauth, R., Rusch, N., Wirtz, M., Corrigan, P.W. (2004). Does social cognition influence the relation between neurocognitive deficits and vocational functioning in schizophrenia? *Psychiatry Research*, 128(2):155-165
350. Ventura, J., Neuchterlein, K. S. K., Gutkind, D., et al. (2000) Symptom dimensions in recent-onset schizophrenia and mania: a principal components analysis of the 24-item Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychiatry Research*, 97:129-135
351. Verdoux, H., Van Os, J., Sham, P., Jones, P., Gilvarry, K., Murray, R. (1996). Does familiarity predispose to both emergence and persistence of psychosis? *British Journal of Psychiatry*, 168:620-626
352. Vermissen, D., Janssen, I., Myin-Germeys, I., Mengelers, R., a Campo, J., van Os, J, Krabbendam, L. (2008). Evidence for a relationship between mentalising deficits and paranoia over the psychosis continuum. *Schizophrenia Research*, 99:103-110
353. Vythilingam, M., Heim, C., Newport, J., Miller, A.H., Anderson, E., Bronen, R., Brummer, M., Staib, L., Vermetten, E., Charney, D.S., Nemeroff, C.B., Bremner, J.D. (2002). Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression. *Am J Psychiatry*, 159(12):2072-80

354. Watkins, E. R. (2009). Depressive Rumination and Co-Morbidity: Evidence for Brooding as a Transdiagnostic Process. *Journal of Rational-Emotive Cognitive Behaviour Therapy*, 27, 160-175
355. Watkins, E. și Moulds, M. (2005). Distinct modes of ruminative self-focus: Impact of abstract vs. concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion*, 5:319–328
356. Weissman, M.M., Leaf, P.J., Livingstone Bruce, M., Florio, L. (1988). The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity and treatment. *Am.J. Psychiatry*, 145:815-819
357. White, R.G. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for Emotional Dysfunction Following Psychosis. In (Eds.) Eric Morris, Louise Johns and Joe Oliver. *Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Psychosis*. John Wiley & Sons
358. White, R.G., Gumley, A.I., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S. și Mitchell, G. (2011). A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional adaptation following psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 49:901-907
359. White, R.G., Laithwaite, H. și Gilbert, P. (2013). An integrated approach to understanding and promoting recovery in negative symptoms. In (Eds.) A.I.Gumley, A.Gillham, K.Taylor, și M. Schwannauer. *Psychosis and Emotion: The role of emotions in understanding psychosis, therapy and recovery*. Routledge.
360. Whitehead, C., Moss, S., Cardno, A., Lewis, G., (2002). Antidepressants for people with both schizophrenia and depression. *Cochrane Database Syst. Rev*, 4:1 –40
361. WHO (1992). SCAN: schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 47
362. Winokur, G., Coryell, W., Keller, M., Endicott, J., Akiskal, H. (1993). A prospective follow-up of patients with bipolar and primary unipolar affective disorder. *Arch.Gen.Psychiatry*, 50:457-465
363. World Health Organisation (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, Geneva, WHO
364. Yamada, N., Nakajima, S., Noguchi, T. (1998). Age at onset of delusional disorder is dependent on the delusional theme. *Acta Psychiatr Scand*, 97(2):122-4
365. Zahn, R., Moll, J., Paiva, M., et al. (2009). The neural basis of human social values: evidence from functional MRI. *Cerebral Cortex*, 19(2):276–83
366. Zeanah, C. et al. (2006). Report of the APSAC Task Force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems. *Child Maltreatment*, 11, 76-89
367. Zlotnick, C., Shea, MT., Pilkonis, P.A., Elkin, I., Ryan, C. (1996). Gender, type of treatment, dysfunctional attitudes, social support, life events, and depressive symptoms over naturalistic follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 153:1021-1027

NECESITATEA ȘI IMPORTANȚA REALIZĂRII STUDIULUI

Faptul că patologia depresivă și delirantă se întâlnesc frecvent împreună, evoluând astfel mai ales după vârsta adultă, este o constatare empirică curentă. O astfel de cazuistică s-ar împărți, conform criteriilor actuale, în 2 grupe diferite :

- patologia simplelor depresii cu elemente psihotice
- tulburarea delirantă persistentă cu depresie

Patologia depresiv/delirantă este discutată după modelul în care este conceptualizată în prezent depresia anxioasă, ca o posibilă entitate clinică distinctă.

Perspectiva de abordare este cea a comorbidității și spectrului maladiv, în conformitate cu orientările clinice actuale.

Nosologia psihiatrică, mai ales dacă e abordată din perspectiva evoluției pe termen lung, prezintă dificultăți de circumscriere prin actualele sisteme de diagnostic (și proiectele lor de dezvoltare).

Principalele probleme se leagă de comorbiditate. Astfel, de exemplu, sindromul depresiv și cel de anxietate generalizată se combină atât de frecvent și au atât de multe elemente comune în etiopatogenie și terapie, încât s-a propus acceptarea unei stări clinice care privește – și nu prin comorbiditate- să fie etichetabile ca stări (tulburări) anxios-depresive. Desigur, aceasta nu ar anula existența distinctă a episoadelor psihopatologice de depresie inhibată și de anxietate generalizată, care pot evolua distinct sau cuplate cu altă comorbiditate.

Această intersecție între tablouri psihopatologice, considerate clasic ca entități nosologice distincte, a fost consfințită prin acceptarea oficială de DSM-IV și ICD-10 a tulburării schizoafective. Din punct de vedere nosologic, aceasta rămâne ambiguă. Pe lângă destul de multe neclarități în ceea ce privește definirea episodului schizoafectiv – și a distincției sale de diagnosticul de episod afectiv cu delir incongruent, rămâne nedefinită problema la nivelul tulburării, în sensul în care aceasta e acceptată longitudinal. Mare parte dintre cercetători acceptă că, pe termen lung, sunt rare cazurile care să prezinte exclusiv episod schizoafectiv. Cel mai frecvent, acesta se

schimbă, într-un anumit moment al evoluției, cu episodul schizofren sau afectiv, distincte de episodul schizo-afectiv.

Față de această situație, o soluție sugerată și acceptată tacit este cea a « claselor de patologii psihice ». Astfel, în sistemele de diagnostic sunt grupate într-un capitol un grup mare de « Tulburări anxioase ». Fiecare e considerată o entitate distinctă, dar gruparea lor sugerează o apartenență la o clasă comună. Această taxonomie nu precizează însă modalitățile evolutive. În cadrul tulburărilor anxioase se pot succeda sau pot fi prezente concomitent stări (episoade) psihopatologice ca: atac de panică, fobii diverse, anxietate generalizată, agorafobie, fobie socială, etc. În plus, toate acestea pot să se intersecteze în diverse modalități cu o patologie depresivă recurentă, nu doar prin forma unor episoade anxios depresive de tipul celor menționate la început.

O altă idee care este extrem de mult urmărită în prezent, este cea a spectrelor maladive. Cu referire la cele menționate mai sus, s-ar putea vorbi de un spectru de patologie anxioasă. În nosologie, ideea de spectru malativ nu reprezintă însă o viziune mai largă, care implică și terenul personalistic și genetic (patologia psihică și particularitățile temperamental caracteriale ale rudelor apropiate).

În acest sens, s-ar putea vorbi și de un spectru depresiv. Pentru spectrul depresiv problema este mai delicată, dată fiind cuplarea depresiei cu mania în cadrul tulburării bipolare. Dar, de vreme ce se acceptă o tulburare monopolar depresivă, aceasta ar putea constitui un spectru net distinct de cel bipolar (în perspectiva, nu doar a episoadelor, ci și a terenului și geneticii).

Ideea de spectru malativ care domină în prezent abordarea clinică psihiatrică, deși extrem de interesantă, ridică probleme metodologice, mai ales deoarece, diverse spectre ce au fost sugerate, au diverse complexități. Astfel:

- Pedopsihiatrii au propus circumscrierea unui spectru autist, care are în centru autismul Kanner, dar cuprinde și maladia Asperger, alte manifestări clinice precum și forme ușoare de autism compatibile cu educația și funcționarea socială. La acest nivel apare problema trăsăturilor temperamental caracteriale ale persoanelor normale din familiile în care e răspândit spectrul autist. Acestea au fost identificate (Baron-Cohen) ca persoane cu preocupări deosebite pentru tehnică, mecanică, matematică, dar fără aptitudini de relaționare socială sau orientări umaniste. De asemenea, cazuistica sau familiile acestui spectru dau mai multe răspunsuri pozitive la evaluarea schizofreniei (Mehl). Se ridică problema apropierei acestui spectru și de cazuistica unor forme simple de schizofrenie sau a unor forme de patologie obsesivă. Prin aceste idei, ideea de spectru se diluează.

- Un alt exemplu ar fi spectrul bipolar, susținut de mulți cercetători, în frunte cu Akiskal. El cuprinde nu doar tulburările bipolare I, II și III, ci și persoane cu temperament special (hipertim și ciclotim) sau persoane care fac episoade hipomaniacale în anumite împrejurări speciale. Acest decupaj e, până la un punct, convingător și, în principiu cel puțin, ar trebui să se diferențieze de spectrul monopolar depresiv. Lucrurile se complică însă, prin faptul că actualii autori introduc în acest spectru și bipolarii cu delir incongruent și cazurile schizoafective care evoluează după model bipolar. Astfel, se ridică problema confluării cu spectrul schizofren.
- Spectrul schizofren a fost propus demult și este acceptat de mulți autori. Dar, dată fiind complexitatea schizofreniei, deseori se ajunge ca el să fie conceput ca având o tranziție insuficient de bine delimitată spre spectrul bipolar, monopolar depresiv, delirant și autist. Eventual, în acest caz complex, ar fi util și sugestiv felul în care a fost conceput spectrul obsesiv – compulsiv de către echipa lui Hollander.

În această viziune, spectrul obsesiv – compulsiv este înțeles ca evoluând în 3 direcții:

- de la fenomene obsesiv-compulsive spre fenomene impulsive (inclusiv cleptomania, joc de noroc, personalitate borderline)
- de la fenomene obsesiv-compulsive spre ideație supraevaluată – convingeri delirante (monotematice, corporale)
- de la fenomene obsesiv-compulsive spre mișcări involuntare neurologice (în primul rând, ticuri și manifestări motorii de boală Gilles de la Tourette, dar mergând până la Coreea Sydenham)

În această viziune, pornindu-se de la un nucleu de patologie obsesiv – compulsivă (înțeles atât ca sindrom clasic, cât și ca tulburare de personalitate), apare un continuum de manifestări psihopatologice care evoluează divergent. Spectrul schizofren ar putea fi abordat în același sens.

Problemele actuale ale clinicii psihiatrice, așa cum sunt ele relevate de comorbiditate – de spectrele maladive, ridică câteva probleme metodologice pentru cercetare.

1. E necesară distincția între episod (ep. ps.) și tulburare psihică (tb. ps.), cel de al doilea concept referindu-se la o perspectivă longitudinală, care ia în considerare ansamblul terenului (incluzând genetica și încărcătura familială) precum și evoluția în timp, cu evaluarea corectă și distinctă a tuturor ep.ps.
2. Se cere acceptat explicit – ceea ce actualele sisteme de diagnostic acceptă implicit – că descrierile din manuale ale episoadelor și tulburărilor sunt, parțial, constructe teoretice,

cu valoare metodologică și euristică. În acest sens, de construct teoretic abstract, criteriile de diagnostic rămân un instrument util, care în aplicarea sa trebuie însă să nu ignore realitatea, cercetarea modelului pentru fiecare caz suprapus și distincții eventuale față de instrumentul aplicat.

3. În realitatea clinică, unele cazuri se pot exprima – mai ales în perspectiva longitudinală – ca tipică pentru un cadru nosologic definitiv. Altele apar mai mult sau mai puțin atipic. Cazurile care, din punct de vedere a instrumentelor (a manualelor) utilizate sunt tipice sau atipice, se cer interpretate și analizate ca atare, fără ignorarea particularităților. De exemplu, în cazul unei patologii schizo-afective diferite ca atare în urma evoluției unui caz urmărit 15 ani, se pot întâlni o serie de entități (propunându-se că pe acest parcurs ar exista minim 3 episoade).
4. Toate episoadele au fost schizo-afective, de un tip (de exemplu, schizo-maniacal sau schizo-depresiv) sau de tipuri diferite (schizo-maniacal, schizo-depresiv, schizo-mixt)
5. Pe lângă episoadele schizo-afective au existat și episoade psihotice non-afective: de exemplu, psihoza acută, psihoza persistentă, episod schizofren.
6. Pe lângă episoadele schizo-afective au existat și episoade afective pure, de exemplu, maniacal sau depresiv, fără elemente delirante necongruente sau clar schizofrene.
7. Au existat și alte episoade psihotice.

O astfel de înregistrare a cazuisticii permite circumscrierea unor sublaturi omogene, care pot conduce, prin studierea lor, la concluzii pertinente.

În perspectiva ideii de sindrom mixt, patologia depresivă și anxioasă a fost conceptualizată de Tyrer într-un cadru denumit „cotymie”. Acesta cuprinde:

- Ep. (manifestări clinice) din clasa anxioasă și/sau depresivă (dar cu excluderea formelor majore de depresie, inclusiv stuporoasă și delirantă)
- Tulburarea de personalitate de cluster C
- Prezența acestor tulburări și a unor manifestări derivate (suicid, addictie) la relație.

Ideea de cotymie este un exemplu de decupare zonală a patologiei clinice, interesantă pentru studiu și pentru psihiatria practică.

Patologia depresivă și cea delirantă persistentă se întâlnesc împreună destul de frecvent, fapt ce s-a sedimentat în observația clinică curentă și a fost transpus în criterii de diagnostic. Astfel:

Episodul depresiv poate avea diverse intensități și moduri de manifestare, între care se menționează și prezența convingerilor delirante. În mod clasic, acestea se subîmpart în:

- delir cu tematică congruentă (vinovăție, autodeprecieri, hipocondrie, ruină, nimicnicie, inutilitate, negare)

- delir cu tematică incongruentă (persecuție, urmărire-anihilare, prejudiciu)

Uneori, temele se pot combina ca, de exemplu, ruina și prejudiciul pot fi considerate ca și acțiuni răuvoitoare; sau, rezultatul unei condamnări justificate. Dar, în multe cazuri, delirul este propriu-zis paranoid, fără o clară corelație cu depresia. Sau, el se manifestă doar sub formă senzitiv-relațională.

Această variantă a depresiei cu delir incongruent este tradițională și inclusă în toate sistemele de diagnostic, înainte de și distinct de conceptul de tulburare (ep.) schizo-afectiv. Tradițional, se acceptă că sunt posibile și halucinații, mai ales auditive.

Pentru episodul schizo-depresiv se consideră, din punct de vedere simptomatologic, necesare, în primul rând, simptome de prim rang K. Schneider: convingere de supraveghere specială, fenomene de referință, dispoziție delirantă cu delir primar, halucinații comentative, fenomene de transparență-influență. În principiu, ar trebui să fie prezente și fenomene de dezorganizare (ideo-verbală și motivațional-comportamentală). Dar, conceptul de patologie schizo-afectivă pune accentul pe manifestările schizofreniei productive. De aceea, de obicei nu se insistă nici asupra simptomatologiei deficitare din schizofrenie, deși ar fi necesar (și unele programe de cercetare există). De asemenea, episodul cataton ar necesita și el o evaluare, pentru eventualitatea de a fi interpretat ca stupor melancolic sau schizo-cataton.

În perspectiva patologiei delirante, este de asemenea clasică observația că în paranoia – deci în delirul persistent, monotematic și sistematizat – sunt prezente frecvente stări depresive. Dar, în paranoia, s-au observat și oscilații ciclotime, sugerând o interferență între „spectrul delirant” și „spectrul bipolar”. Pe lângă paranoia, nosologia psihiatrică a acceptat și acceptă ca entitate nosologică validă, tulburarea delirantă persistentă paranoidă, însoțită de halucinații, care însă nu sunt majore – persistente. În ICD-10 acestea sunt menționate la F22.0 și 8. Încă din circumscriere se menționează ca și criteriul faptul că sunt frecvente simptome depresive sau chiar episoade depresive. La F22.8 se acceptă că unele tulburări delirante persistente pot avea simptome din seria schizofrenă, dar nu suficiente pentru a pune acest diagnostic. Și la acesta se consideră că simptomele depresive sunt frecvente.

Se decupează astfel, în psihiatria tradițională, așa cum e ea tratată prin manuale – și în primul rând ICD-10 – existența a 2 entități:

F32. Episod depresiv sever cu simptome psihotice, ce prezintă delir și halucinații, fără a se putea pune diagnosticul de schizofrenie.

F22.0/.8 Tulburarea delirantă persistentă, cu posibile halucinații (și chiar simptome schizofrene), dar fără a se întruni criterii suficiente în vederea diagnosticului de schizofrenie (sau schizo-depresiv).

Problema clinică constă în modul real în care această cazuistică evoluează pe termen lung. În măsura în care astfel de episoade depresiv-delirante – delir depresiv se repetă o durată îndelungată, de exemplu, peste 5 ani, fără a apare altă patologie, cazul ar putea fi diagnosticat ca depresiv-delirant sau delirant/depresiv.

În perspectiva depresiei, ne-am putea gândi la o tulburare monopolar depresivă cu delir incongruent. În perspectiva delirului, ne-am putea gândi la o evoluție interesantă, recurentă a unei tulburări delirante care prezintă, în mod constant, patologie depresivă.

La fel ca în cazul actualei probleme a patologiei anxios-depresive, se cere studierea sistematică a patologiei depresiv-delirante, distincte de patologia schizo-afectivă (schizo-depresivă).

ORIGINALITATEA STUDIULUI

În prezent există puține studii științifice care să se fi concentrat pe tulburarea delirantă, și încă și mai puține cele care au avut în vedere un potențial spectru depresiv-delirant. Datorită acestui interes scăzut și, în consecință, a rarității datelor științifice din această arie psihopatologică, lucrarea de față și-a propus să încerce să arunce lumină asupra interferenței dintre spectrul depresiv și cel delirant, dintr-o perspectivă pluridimensională, clinică și socială. Acest fapt s-a dovedit necesar în scopul de a informa clinicienii despre acest grup de tulburări centrate în jurul delirului, în condițiile în care, după o perioadă de neglijare a tulburării delirante (mijlocul sec. XX), acestea au revenit în prim plan în 1987, odată cu reparația DSM-III R, când paranoia a fost reîncadrată ca o tulburare distinctă, sub numele de tulburare (paranoid) delirantă. În prezent, odată cu apariția celei de-a V-a ediții a DSM (APA, 2013), psihozele endogene centrate de delir sunt incluse în grupul Spectrului Schizofren și Altor Tulburări Psihotice. Unul din motivele limitării cercetărilor în această arie psihopatologică îl constituie schimbarea de-a lungul timpului a conceptului de tulburare delirantă și a criteriilor de diagnostic, acestea nefiind deplin cristalizate nici până în prezent. Rezultă o necesitate pentru studii prospective care să aducă o clarificare a acestor entități psihopatologice.

SCOPUL LUCRĂRII

Scopul prezentei lucrări îl constituie analiza particularităților clinico-evolutive a spectrului depresiv-delirant prin analiza longitudinală, precum și prin comparația tulburării paranoid-depresive cu tulburarea depresivă recurentă, cu delir congruent sau incongruent, și tulburarea delirantă persistentă. Ideea de bază a studiului este analiza posibilității ca spectrul depresiv-delirant să se constituie ca o subclasă a patologiei psihotice.

OBIECTIVE

Obiectiv general

Stabilirea particularităților clinico-evolutive, neurocognitive și sociale a entităților nosologice din spectrul depresiv-delirant, prin studierea comparativă a patru loturi de pacienți cu diagnostice de tulburare paranoid-depresivă, tulburare depresivă recurentă, cu delir congruent și incongruent, și tulburare delirantă persistentă.

Obiective specifice

- Identificarea caracteristicilor tulburării paranoid-depresive și compararea cu caracteristicile celorlalte trei tulburări în aceeași perioadă.
- Analiza neurocognitivă a loturilor cu evidențierea posibilelor diferențe.
- Analiza comparativă a capacităților/abilităților de funcționare socială și cogniție socială a subiecților.

MATERIAL ȘI METODĂ

Universul studiului

Universul studiului este format dintr-o populație clinică specifică, respectiv suferinzii de tulburare paranoid-depresivă. Nu există date epidemiologice privind incidența sau prevalența acestei tulburări. În plus, trebuie precizat că încadrarea tulburării conform ICD-10 (OMS, 1994) este de „alte tulburări delirante persistente”, selecția pacienților făcându-se pe baza prezenței unor simptome afective de tip depresiv la pacienții diagnosticați conform ICD-10 și încadrați la categoria „alte tulburări delirante persistente”.

DATE EPIDEMIOLOGICE

În privința tulburării paranoid-depresive (F22.8, conform ICD-10), nu dispunem de date epidemiologice, scopul studiului fiind de a investiga posibilitatea circumscrierii unei noi entități nosologice.

În jurul asocierii elementelor depresive la suferinții de tulburări psihotice, s-au făcut câteva studii ce merită menționate. Astfel, s-a dovedit că experiența depresiei reprezintă unul dintre factorii majori care contribuie la o depreciere semnificativă a calității vieții în rândul persoanelor cu tulburări psihotice (Saarni și colaboratorii, 2010) și schizofrenie (Meijer și colaboratorii, 2009; Narvaez și colaboratorii, 2008). În literatura de specialitate, depresia din psihoză este recunoscută ca reprezentând un aspect clinic semnificativ. Frecvența episoadelor depresive în urma unei psihoze ajunge până la 50 % din populația cu un prim episod psihotic și 33 % la persoanele cu diagnostic cronic de psihoză (Whitehead și colaboratorii, 2002). Asocierea dintre depresie și psihoză pare să precedă apariția psihozei. Cercetările au arătat că 83 % din persoanele cu un prim episod psihotic au avut anterior un episod de depresie (Hafner și colaboratorii, 2005).

Într-o încercare de a înțelege fenomenologia depresiei care apare ca urmare a psihozei, Birchwood (Birchwood și colaboratorii, 1993; Birchwood și colaboratorii, 2000a; Iqbal și colaboratorii, 2000) au descoperit că depresia apare independent de severitatea simptomelor pozitive și negative, și este asociată cu evaluarea pierderilor (încheierea unor prietenii, aspirațiile pentru viitor, etc), „entrapment” (îngrijorarea față de faptul că psihoza ar putea să reapară) și umilirea (stigma suferindului de psihoză). În acest sens, s-au efectuat studii care au studiat rolul pe care evaluarea pericolului îl poartă în activarea conceptului numit „mentalitate de rang social”. Acesta este un concept derivat din psihologia evoluționistă, reprezentând un grup de răspunsuri psihologice, biologice și comportamentale menite să alerteze persoana cu privire la amenințările potențiale din partea altora, precum și pericolul internalizat auto-generat (stigma sau auto-critica).

Teoria mentalității sociale (Gilbert, 2001; 2005) propune că sistemele derivate evolutiv conduc la interacțiunea dintre procesele emoționale, motivaționale, cognitive și comportamentale care modelează relațiile între sine și ceilalți, mentalitățile sociale fiind dependente de context. De exemplu, reducerea în intensitate a emoțiilor pozitive, stimei de sine și comportamentului explorativ, prin retragerea socială din depresie, pot funcționa cu scop adaptiv, atunci când individul suferă o înfrângere majoră sau o pierdere a figurii de atașament, însă nu și în alte împrejurări. Se sugerează că mentalitățile sociale joacă un rol important în evaluarea amenințării, consolidarea

sentimentului de siguranță, precum și în reglarea afectelor asociate cu aceste provocări evolutive (MacBeth și colaboratorii, 2008).

TULBURAREA DEPRESIVĂ RECURENTĂ

În literatura de specialitate se consideră că prevalența – cazuri existente – ar fi de 2-3% pentru bărbați și 5-10% pentru femei. 10 % din cazuri apar la persoane peste 60 de ani. Incidența – cazuri noi pe an – este de 1% la bărbați și de 3% la femei.

Riscul pe toată durata vieții pentru tulburarea depresivă variază între 10%-25% pentru femei și de la 5-12% pentru bărbați.

Tulburarea depresivă recurentă poate începe la orice vârstă, cu o vârstă medie la debut situată la jumătatea anilor 20. Evoluția tulburării depresive recurente este variabilă. Unii oameni au episoade izolate, separate prin mulți ani fără niciun fel de simptome depresive, în timp ce unii au agregări de episoade și, în fine, alții au episoade din ce în ce mai frecvente, pe măsură ce înaintează în vârstă. Numărul de episoade anterioare prezice probabilitatea apariției unui episod depresiv major ulterior.

Tulburarea depresivă recurentă poate fi precedată de tulburarea distimică – 10% din eşantioanele epidemiologice și 15-25% din eşantioanele clinice. Există o creștere de 4 ori a ratei de mortalitate la indivizii cu tulburare depresivă recurentă, în etate de peste 55 ani. Prevalența mai semnificativă a depresiei la femei se justifică prin influențe hormonale diferite, efecte ale copilăriei diferit percepute, prin stressori psihosociali cu efecte mai puternice asupra femeilor și printr-un model comportamental numit „neajutorare învățată” – „learned helplessness”. De asemenea, tulburarea depresivă survine mai frecvent la cei cu o capacitate mai scăzută de a stabili relații interpersonale, la persoane divorțate și persoane în vârstă. Nu a fost stabilită o corelație între statusul economic și tulburarea depresivă recurentă.

După cum subliniază Zlotnik și colab. (1996), un interes susținut a suscitât corelația dintre sex și depresie, femeile fiind, în general de 2-3 ori mai expuse decât bărbații, punându-se întrebarea dacă e vorba de o origine “intrinsecă”, ca vulnerabilitatea biologică sau e vorba de un efect indirect al rolurilor sexuale specifice. Cercetările privind rezultatele rămân echivoce, unele sugerând că femeile experimentează rezultate mai puțin favorabile, pe când altele nu au găsit diferențe semnificative. Mai puține studii au examinat dacă factorii psihosociali ce operează în menținerea simptomelor depresive au un impact diferit asupra depresiei la bărbat și la femeie. Formulările

teoretice privind diferențele legate de sex sugerează că femeile au un training de neajutorare învățată, mai degrabă decât bărbații, dat fiind experiențele premergătoare de victimizare, oportunități mai restrictive și roluri sociale asumate pasiv. În consecință, femeile ar avea un echipament mai sărac în a depăși evenimentele negative de viață, fiind mai expuse la trăiri de lipsă de speranță și depresie.

Analizând diferențele legate de sex cu privire la ratele dintre expunerea la evenimente de viață stresante (EVS) și efectul lor depresogen, Kendler și colaboratorii (2001) constată că femeile au un risc mai mare decât bărbații. Ele sunt expuse mai mult la EVS sau/și au o mai mare sensibilitate la efectul depresogen al acestora (din 1995, Kendler și colaboratorii apreciau că factori genetici intervin, influențând riscul debutului de depresie, prin alterarea sensibilității individuale la efectul depresogen al evenimentelor de viață). Analizând EVS ce survin o lună înainte de debut, ele sunt grupate în 18 clase, cele mai importante pentru femeie fiind: probleme legate de familie, pierderea confidentului, crize și probleme cu indivizi din rețeaua proximală, boala unor persoane din rețeaua chiar mai îndepărtată, în timp ce pentru bărbat cele mai importante sunt: pierderea serviciului, probleme legale, divorțul. Concluzionând, există diferențe consistente: femeile sunt afectate de probleme cu indivizi din rețeaua proximală, în timp ce bărbații sunt afectați de divorț/separare și muncă. Într-un alt articol, Kendler și colaboratorii (2001) nu găsesc diferențe legate de sex, în ceea ce privește acuratețea unei legături dintre o istorie familială de depresie majoră și predictorii acesteia.

Prevalența depresiei majore unipolare cu trăsături psihotice este adesea subapreciată, atât în populația generală, cât și în mediile clinice. Prevalența depresiei psihotice în mediile clinice crește cu vârsta, astfel Brodaty și colaboratorii, într-un studiu efectuat în 1997, arată că 33% din pacienții mai în vârstă cu depresie prezintă trăsături psihotice; după Meyers & Greenberg (1986), 45% din depresivii mai în vârstă prezintă trăsături psihotice. Cel mai recent studiu epidemiologic (Ohayon și Schatzberg, 2002) realizat în Europa pe un eșantion de 19000 de persoane a găsit că 18,5% din toți indivizii care îndeplinesc criteriile pentru depresia majoră, îndeplinesc și criteriile pentru depresia majoră unipolară cu trăsături psihotice (delir, halucinații sau ambele). Un alt studiu, realizat în anul 1991 de Johnson și colaboratorii pe o populație ce cuprinde 18000 persoane, a raportat că aproape 15% din indivizii care întrunesc criteriile depresiei majore de-a lungul vieții au în istoric trăsături psihotice. În mediile clinice, prevalența depresiei psihotice este cuprinsă între 18-45%. Studiul European din 2002 (Ohayon și Schatzberg) evidențiază diferențe mici în prevalența depresiei psihotice între grupele de vârstă, astfel numai 0,3% din pacienții cu vârsta peste 65 ani prezintă depresie cu simptome psihotice, comparativ cu 0,4 - 0,5% la tineri.

Evoluția episoadelor depresive a fost diferită la cei care prezintă elemente psihotice, durata episodului fiind mai mare și un risc mai mare de recurență. Mai mult, pacienții care prezintă în episodul index elemente psihotice, tind să aibe episoadele ulterioare psihotice (Maj și colaboratorii). Aproximativ 5-10 % din indivizii cu episod depresiv sever unic, dezvoltă ulterior un episod maniacal (evoluție spre tulburare bipolară I).

Există studii care sugerează că debutul acut al depresiei severe, în special cu elemente psihotice și lentoare psihomotorie, la o persoană tânără fără psihopatologie prepubertară, este foarte probabil să indice o evoluție bipolară. Un istoric familial de tulburare bipolară poate fi, de asemenea, sugestiv pentru o dezvoltare ulterioară a tulburării bipolare.

Gilbert și colab. (2001) subliniază că sistemul de amenințare, care s-a dezvoltat pentru a oferi un avantaj de supraviețuire, are un efect paradoxal atunci când persoana se angajează în atacuri interne, care declanșează mecanisme de defensă subordonate. Se sugerează că acest tip de interacțiuni ar putea fi implicate în tulburarea depresivă majoră și depresia suferită de către persoanele care aud halucinații auditive cu conținut malițios (Gilbert și colaboratorii, 2001).

M. Maj, într-un studiu prospectiv efectuat pe 452 pacienți cu depresie majoră urmăriți pe o perioadă de 10 ani, găsește că prezența delirului în episodul index este asociat cu o morbiditate mai crescută pe perioada observată, dar după 10 ani de evoluție nu s-a observat o deteriorare semnificativă psihosocială și psihopatologică. Acest lucru indică faptul că semnificația prognostică a delirului în depresia majoră tinde să devină mai slabă pe termen lung. Rezultatele sunt contradictorii cu cele găsite de Coryell și Tsuang. Vythilingam și colaboratorii (2003) au observat că în depresia psihotică mortalitatea este de 2 ori mai mare decât în depresia nepshotică.

În privința tulburărilor afective, s-au făcut în literatură numeroase studii comparative, în ultimul timp tot mai mulți autori vorbind despre deteriorarea funcționării sociale la acești pacienți.

Tohen și colaboratorii (2000) au urmărit un lot de 219 cazuri cu un prim episod de tulburare afectivă majoră cu trăsături psihotice, raportând o recuperare sindromologică curând după spitalizare, în schimb o recuperare funcțională doar la o treime din cazuri după 24 de luni. Cercetătorii au arătat că o tulburare psihotică atât de frecvent întâlnită implică un prognostic funcțional grav, încă de la episodul sau de la spitalizarea index. Dacă majoritatea autorilor vorbesc despre o funcționare grav afectată în episod, Serretti și colaboratorii (1999) au pus problema funcționării interepisodice, observând că părerile sunt împărțite. Astfel, ei au luat în studiu doar cazurile bine remise și au observat o funcționare interepisodică slabă, cu o slabă adaptare socială și

o stimă de sine scăzută. McQueen și colaboratorii (2001) vorbesc despre o funcționare normală interepisodică, doar la 30-60% dintre pacienții cu tulburare afectivă, de această dată bipolară. Strakovski și colaboratorii (1998) au analizat rezultatele înregistrate de psihozele afective după 12 luni de la internarea index, observând că doar 35% s-au recuperat simptomatic și funcțional la sfârșitul studiului. Acest studiu a arătat ca există o asocieră clară între statutul socio-economic scăzut, funcționarea premorbidă redusă, nonaderența la tratament, abuzul concomitent de substanță și ratele scăzute de recuperare.

În studiul lui Winokur (1993) pe un lot format din 172 de depresivi unipolari și 148 bipolari pe o perioadă de 5 ani, cu reevaluări la fiecare 6 luni, s-a observat că ambele grupuri tind să aibă recăderi, mai ales dacă au prezentat episoade de boală și anterior primei internări. Despre cronicitate s-a vorbit la ambele grupuri, însă aceasta a diminuat în timp la ambele grupuri. S-a observat că bipolarii au mai multe episoade de boală, iar în cazul unipolarilor se remarcă o diferență legată de sex, cu predominanța femeilor. O istorie de orice boală afectivă nu prezice mai multe episoade la unipolari. Cei mai puternici predictorii pentru unipolari ar fi: sexul feminin, vârsta tânără la debut și existența episoadelor premergătoare.

Din rezultatele unui studiu amplu, condus în Danemarca de Kessing și colaboratorii (1999), pe 20350 cazuri de pacienți cu tulburări afective, externați cu acest diagnostic în perioada 1971-1993, a reieșit că rata de recurență după primo internare crește în funcție de numărul episoadelor anterioare, atât la unipolari, cât și la bipolari, riscul crescând cu fiecare episod. Inițial, cursul unipolarilor este diferit de cel al bipolarilor, dar mai târziu sunt identici ca rată de recurență, iar tulburările uni sau bipolare severe par progresive, indiferent de medicație.

Un alt studiu condus de Kessing și Mortensen (1999) a urmărit recuperarea din episodul de tulburare afectivă, cazurile fiind selectate din aceeași perioadă, a anilor 1973-1993. Au fost luate în studiu toate cazurile de tulburare afectivă primară, fiind incluși 9174 de pacienți cu episoade recurente, urmăriți de la internarea index. Rata de recuperare pentru episoadele în care au fost spitalizați nu s-a modificat odată cu numărul episoadelor la uni sau bipolari. La începutul bolii, rata de recuperare era mai slabă la unipolari, dar mai târziu ratele se egalizează.

Luând în studiu evoluția tulburărilor afective acute în setting-ul unei țări în curs de dezvoltare (India), Brown și colaboratorii (1998) au urmărit un lot de 41 cazuri (17 cazuri de depresie și 24 de cazuri de tulburare afectivă bipolară) cu debut acut, timp de 1 an. La finalul perioadei de studiu, 71% dintre pacienții cu depresie și 75% dintre cei cu tulburare bipolară erau fără simptome și fără afectare socială. Depresivii au suferit recăderi în proporție de 18%. Cercetătorii conchid că aceste forme acute au un prognostic mai bun.

Impactul variabilelor clinice asupra cursului tulburării afective este analizat de Cusin și colaboratorii (2000) în Italia, într-un studiu retrospectiv pe 426 cazuri, dintre care 182 de depresie majoră. Perioada de urmărire a fost de 14,43 +/- 11,34 ani, cu o medie de 4,4 +/- 2,1 episoade. Autorii au constatat scurtarea progresivă a ciclurilor, explicând că, cu cât apar mai multe episoade, cu atât intervalul dintre ele este mai scurt. Tulburarea depresivă recurentă are, în timp, un marcat curs deteriorativ. O serie de factori, cum sunt: sexul, educația, istoria familială, durata și severitatea primului episod, tratamentul, nu se corelează cu rezultatul, în termeni de frecvență a episoadelor.

Strakowski și colaboratorii (2000) asociază psihoza și, în special, pe cea incongruentă dispozițional, cu rezultate nefavorabile în tulburările afective. Într-un studiu comparativ între loturi de depresie psihotică și manie psihotică, Coryell și colaboratorii concluzionează că factorii de prognostic rezervat sunt: durata lungă a primului episod, disociația temporală dintre trăsăturile psihotice și simptomele afective, precum și afectarea pattern-ului de prietenie din adolescență.

Angst și Preising (1995), într-un studiu prospectiv pe 27 ani (1959-1985) urmăresc un lot de 220 de depresivi și bipolarari. Față de bipolarari, depresivii au mai puține episoade, deci ciclicități mai lungi.

Privind comparativ evoluția tulburării afective bipolare cu cea depresivă unipolară, Benazzi (1999), pe un lot de 312 cazuri, constată vârsta mai scăzută la debut și prezența trăsăturilor atipice la bipolararii cronici/noncronici față de noncronici depresivi. El consideră cronicul depresiv un subtip între bipolar II și noncronic depresiv.

Despre episoadele mixte din tulburarea afectivă vorbesc Keller și colaboratorii (1993) într-un studiu follow-up pe 172 bipolarari urmăriți prospectiv pe o perioadă de 5 ani. Ei concluzionează că există un prognostic mai rezervat, timp de recuperare mai lung și risc de recădere mai mare, comparativ cu episoadele maniacale.

Vorbind acum strict despre rezultatele din tulburarea depresivă, merită menționat studiul lui Tuma (2000), care urmărește rezultatele comparative la un interval de 4,5 ani, la adulți și vârstnici (înainte și după 65 de ani). Concluziile sugerează că există o morbiditate și o mortalitate crescută la vârstnici, rate mai mari de recuperare la adulți, față de vârstnici, la cei din urmă înregistrându-se rate mai mari de deces și demență, precum și comorbidități somatice.

Un studiu comparativ publicat de Tsuang și Coryell (1993) a discutat rezultatele pe termen lung al psihozelor funcționale: depresii psihotice congruente și incongruente, tulburări schizoafective și schizofrenii. Au fost luați în studiu 92 pacienți pe o perioadă de 8 ani, la finalul perioadei rămânând în studiu 72 de cazuri. Autorii au constatat că diagnosticul de bază este un

puternic predictor al rezultatului înregistrat. Depresiile psihotice au rezultatele cele mai bune. La finele intervalului, 43% dintre depresivi erau în remisiune clinică, iar prognosticul depresiilor majore cu simptome psihotice incongruente dispozițional era similar cu cel al depresiilor cu simptome psihotice congruente dispozițional, afectivii având o mai mare probabilitate de a-și reveni decât schizofrenii.

În Olanda, Spijker și colaboratorii (2001) selectează dintr-un grup populațional semnificativ, de 7076 de persoane, un lot de 223 de cazuri cu depresie majoră, constatând că 28,3% dintre depresivi experimentează rezultate slabe, rezultatele clinice fiind slab corelate, în accepțiunea acestui studiu, cu rezultatele funcționale (NEMESIS – Netherlands Mental health Survey and Incidence Study).

Ruse și Lund (2001), în Norvegia, afirmă că risc pentru depresie, cu influență atât asupra rezultatului, cât și a recurenței, reprezintă următorii factori: factori psihosociali din copilărie, sexul feminin, izolarea socială și atitudinea negativă față de muncă.

Surtees și Wainwright (1996), într-un studiu pe 12 ani, apreciază că încrederea în sine și neuroticismul sunt puternic corelate cu primele recurențe din boala afectivă, cei doi factori având importanță prognostică. Riscul unor rezultate nefavorabile pe termen lung sunt, în cazul depresiei, tulburările de personalitate și expunerea la adversitate.

Din literatură, putem concluziona că tulburarea afectivă reprezintă a doua entitate psihotică nosologică clasică, după schizofrenie, asociată inițial cu lipsa deteriorării. E unanim recunoscută în prezent deteriorarea funcționării, vorbindu-se de o mai rapidă recuperare sindromologică, decât funcțională. Tulburarea depresivă recurentă are un curs marcat deteriorativ, dar cu rezultate mai bune decât schizofrenia și tulburarea schizoafectivă. Elementele psihotice, în general, și cele incongruente dispozițional, în special, se asociază cu rezultate nefavorabile.

Având în vedere scopurile acestui studiu, de a evalua cogniția socială, percepția emoțiilor și legătura cu funcționarea socială, în continuare vom prezenta câteva date științifice din literatură privind rolul emoțiilor în psihoză. Gilbert (2009) a propus că există trei sisteme responsabile pentru reglarea emoțiilor, care interacționează și concurează între ele:

1. Sistemul de amenințare: asociat cu detectarea amenințărilor și răspunsuri defensive
2. Sistemul de acțiune (motivațional): legat de căutarea recompensei. Dopamina a fost evidențiată ca un neurotransmițător important pentru reglarea motivației

3. Sistemul de afiliere: acțiunea opiaceelor și oxitocina par a fi importante pentru experiența de liniștire.

În privința cogniției sociale, se pare că experiențele timpurii și istoria stilului de atașament joacă un rol important în maturizarea, organizarea și utilizarea preferențială a mentalităților sociale (Gilbert, 2005; 2010a; Chaffin și colaboratorii, 2006.). Prin relațiile trăite, copiii pot construi modele (working models) ale altora ca oferind ajutor și siguranță, permițând individului să se experimenteze pe sine ca iubitor și capabil de a internaliza comportamente de auto-liniștire și compasiune (Gillath et al, 2005; Mikulincer & Shaver, 2007). În vremuri de gestionare a primejdiei, aceste persoane sunt mai susceptibile de a avea o capacitate sporită de a se auto-calma. Acest lucru este conceptualizat ca „mentalitate socială protectivă”. În cazul copiilor cu familii abuzive sau neglijente, studiile spun că ei vor trăi un număr semnificativ mai redus de experiențe calmante în sfera interpersonală, ceea ce va avea ca și consecință apariția unei mentalități sociale mai bine adaptate pentru a face față amenințărilor sociale („mentalitatea de rang social”). Astfel, individul se va concentra pe puterea potențială a celorlalți membri ai comunității. Atunci când mentalitatea de rang social este activată, "ne îndreptăm atenția spre poziția noastră socială în cadrul unei ierarhii sociale, în scopul de a ne gândi la relațiile noastre în termeni de ierarhii și comparații sociale ... și de a ne comporta în moduri adecvate ierarhiilor" (Gilbert, 2009, P108).

Există dovezi indirecte ce indică faptul că mentalitatea de rang social joacă un rol în apariția depresiei în contextul psihozei. Unele studii au demonstrat că persoanele diagnosticate cu psihoză și care îndeplinesc criteriile pentru depresie au dovedit a avea probleme semnificative în relațiile de familie (Rocca și colaboratorii, 2005; Mino și colaboratorii, 1998.), traume în viața timpurie și evenimente stresante de viață (Ventura și colaboratorii, 2000; Scheller-Gilkey și colaboratorii, 2002), precum și experiențe mai importante ale stigmatizării, în special cu privire la accesul lor la roluri sociale de valoare (Angermeyer și colaboratorii, 2004). Experiența unei vieți cu un diagnostic de psihoză poate fi extrem de stigmatizantă (Haghighat, 2001). Stigma a fost definită ca un set de convingeri culturale care indică modul în care atributele specifice ale oamenilor ar trebui judecate și tratate (Kurzban și Leary, 2001). Persoanele ce suferă de psihoză pot internaliza acest stigmat și trăi sentimente de rușine, precum și o reducere semnificativă a stimei de sine (Birchwood și colaboratorii, 1993; Corrigan și Kleinlein, 2005).

Cercetările au arătat că procesarea sentimentului de amenințare este problematică pentru persoanele cu psihoză (Braehler și colaboratorii, 2012b.) și că emoțiile de tip amenințare, precum frica, anxietatea și furia contribuie la apariția delirului paranoid (Freeman și Garety, 2003; Freeman

și Garety, 2004), a halucinațiilor (Gilbert și colaboratorii, 2001), precum și a sentimentelor de rușine externă/internă (Birchwood și colaboratorii, 2007).

White (2013) a propus că depresia care apare în contextul psihozei este rezultatul rigidității psihologice și comportamentale care servește pentru a minimiza expunerea la alte surse de amenințare și / sau posibilitatea de a fi copleșit de nivelul de afectelor (White, 2013), propunând că depresia ar trebui să fie privită ca un proces, un mijloc pentru un scop, mai degrabă decât un scop în sine.

TULBURAREA DELIRANTĂ

Actualmente, conform DSM-V, pentru un diagnostic de Tulburare delirantă, elementul esențial îl constituie prezența uneia sau a mai multor idei delirante, mai mult de 1 lună. Specificantul “nonbizar” a dispărut. Acest diagnostic de tulburare delirantă nu se pune dacă individul a avut cândva un tablou clinic care să întrunească criteriile pentru un diagnostic de schizofrenie. Este permisă, de asemenea, prezența halucinațiilor auditive sau vizuale, dar care să nu fie proeminente. Halucinațiile tactile sau olfactive pot fi prezente (și proeminente), dacă sunt în legătură cu tema delirantă. De asemenea, este permisă prezența episoadelor afective, însă durata totală a acestora trebuie să fie relativ scurtă comparativ cu durata totală a perioadelor delirante. Se exclude etiologia organică sau datorată unui consum de substanțe. În DSM-V se descriu subtipurile: erotoman, de grandoare, de gelozie, de persecuție, somatic, mixt și nespecificat.

În sistemul de clasificare internațional ICD-10 găsim aceste psihoze în cadrul categoriei nosologice de Tulburări delirante persistente, unde, de asemenea, delirurile de lungă durată constituie cele mai pregnante simptome clinice. Aici, la Alte tulburări delirante persistente, sunt permise simptomatologia depresivă, prezența vocilor halucinatorii persistente sau a altor simptome schizofreniforme, însă insuficiente pentru a îndeplini criteriile de schizofrenie.

Tulburarea delirantă este întâlnită cu o frecvență relativ scăzută în mediile clinice, cele mai multe studii din literatura de specialitate sugerând faptul că această tulburare reprezintă 1% -2% din internările în instituțiile de sănătate mintală. Informații precise cu privire la prevalența populației din această tulburare lipsesc, dar o estimare ar fi de aproximativ 0,03%.

La ora actuală, datele existente referitor la ratele de prevalență și incidență confirmă că Tulburarea delirantă persistentă nu este frecvent întâlnită, însă nici rară. După Yamada și colab. (1998) și Hsiao (1999), rata de Tulburare delirantă între pacienții din ambulator este de 0,83 – 1,2 %. În populația generală, rata primei internări raportate anual este între 0,7 – 3 %, iar prevalența de 24 – 30 la 100 000 persoane (Manschrech, 2000).

Nu am găsit date privind prevalența tulburării delirante persistente în România; DSM-IV indică o prevalență de 0.03% pentru tulburarea delirantă în SUA, ceea ce, dacă se acceptă și pentru România, semnifică (pentru o populație de 22 mil. locuitori) un număr de peste 6.000 de persoane afectate.

În ceea ce privește factorii demografici, studiile existente arată o vârstă de debut situată între 35 – 45 ani, mai târzie decât în cazul schizofreniei. Vârsta la debutul tulburării delirante este variabilă, observându-se, o tendință către vârste mai înaintate. Din cauza vârstei avansate la debut, riscul de morbiditate pe viață poate fi cuprins între 0,05% și 0,1%. Cel mai frecvent subtip este cel de persecuție. Cursul afecțiunii este destul de variabil. Mai ales în tipul de persecuție, tulburarea poate fi cronică, deși o intensitate variabilă a preocupării cu convingerea delirantă apare de multe ori. În alte cazuri, perioade complete de remisiune pot fi urmate de recăderi ulterioare. În situații mai rare, tulburarea se remite în câteva luni, de multe ori, fără recidive ulterioare. Unele dovezi sugerează că tulburarea delirantă cu tematică de gelozie ar avea un prognostic mai bun, decât tipul de persecuție. Când tematica de persecuție este asociată cu un eveniment precipitant, tulburarea poate avea un prognostic mai bun. Conținutul delirant, de asemenea, variază în funcție de culturi și subculturi diferite. Tulburarea delirantă persistentă cu tematică de gelozie este, probabil, mult mai frecventă la bărbați, decât la femei, dar nu pare să existe nicio diferență semnificativă între sexe în frecvența totală a tulburării delirante.

În ceea ce privește repartiția pe sexe, se pare că există o frecvență ușor mai crescută la persoanele de sex feminin, lucru confirmat și de Munro și Mok (1995), care au raportat un raport de F/B de 3/2, cu un debut mai târziu la femei, în cadrul metaanalizei efectuate de aceștia. Același lucru este susținut și de Stephen, în 2000, în cadrul studiului său ($F/M > 1$). În cadrul statutului marital, rata necăsătoriților la debut este menționată ca fiind de aproximativ 33% la suferinții de tulburare delirantă persistentă, comparativ cu pacienții cu schizofrenie, ce au o rată de 50 – 69% (Grover, Goopta, 2006).

Deși reprezintă o entitate psihotică clasică, în prezent studiile evolutive în tulburarea delirantă persistentă sunt puține, interesul fiind mult mai scăzut decât în anii anteriori.

Referitor la stabilitatea în timp a diagnosticului de psihoză, există unele studii europene în care diagnosticul tulburărilor psihotice a fost puternic influențat de orientarea psihopatologică dominantă și care au venit în sprijinul perspectivei lui Kraepelin, conform căreia schizofrenia și tulburările afective sunt două entități distincte, stabile în timp, cu evoluție și rezultate diferite. În ciuda acestui fapt, în trecut, dar și în prezent s-au sedimentat păreri care au indicat o agregare sau chiar suprapunere a sindroamelor. Unul dintre aspectele care a pus cele mai mari probleme a fost cel reprezentat de subsumarea simptomelor afective diagnosticului de schizofrenie, conform postulatului lui Jaspers, influențând orientările diagnostice ale multor școli europene de psihiatrie. Astfel, au apărut o serie întreagă de studii europene până în anii 80 care au considerat ca fiind schizofrenie, ceea ce în Statele Unite ale Americii era considerat a fi psihoză afectivă cu elemente psihotice incongruente cu dispoziția (Angst, 1988). Definirea mai strictă a schizofreniei și lărgirea definițiilor pentru tulburarea afectivă au determinat o trecere a pacienților psihotici cu tulburări ale dispoziției concomitente spre spectrul afectiv (Stoll și colaboratorii, 1993). Crearea unei „a treia psihoze” a polului delirant nu ar fi rezolvat problema, deoarece aici s-ar fi inclus subtipuri neomogene sau incerte din punct de vedere conceptual (tulburarea schizofreniformă, schizoafectivă sau alte psihoze atipice).

Un studiu efectuat de către Opsjordmoen în Norvegia (1988) a urmărit un lot de 301 internări index cu psihoze delirante, 71 tulburări delirante și 137 schizofrenii, pe un interval lung de timp, până la 39 ani. Din cele 71 de tulburări delirante, 31 cazuri aveau un factor precipitant, deci erau reactive, în timp ce 40 de cazuri erau non-reactive. La sfârșitul perioadei de evaluare, mai rămăseseră în studiu 20 de cazuri de tulburare delirantă reactivă, 21 cazuri de tulburare delirantă non-reactivă și 85 cazuri de schizofrenie. Delirurile s-au remis la 66% dintre pacienți, au rămas neschimbate la 17% din cazuri și au devenit mai intense la alte 17%. S-a observat o recuperare la 37% dintre pacienți, defecte ușoare la 32%, o afectare moderată la 10% și o afectare severă la 21% din cazuri. În ansamblu, tulburarea delirantă a avut o evoluție mai bună decât schizofrenia, tulburările delirante reactive având rezultate mai bune decât cele nonreactive. Acest studiu susține distincția dintre tulburările delirante reactive, nonreactive și schizofrenie, bazat pe evoluție și rezultat.

Un studiu efectuat în SUA în 2000, de către Stephens și colaboratorii, a urmărit evoluția pe un interval de minim 5 ani a unui lot de 60 pacienți aleși din 239 cazuri diagnosticate ca stare paranoidă și spitalizați în anii 1913-1940. Cazurile alese aveau spitalizări anterioare. După 5 ani rămăseseră în studiu 57 cazuri, 3 decedând prin suicid în primul an după externare. Acestor cazuri li

s-a stabilit retrospectiv diagnosticul de tulburare delirantă, conform DSM-IV. Autorii au concluzionat ca 27% din cazuri s-au recuperat la finele intervalului, în vreme ce 52% erau neameliorați. Follow-up-ul cu date puține a fost corelat cu personalități izolate, istorie premorbidă săracă, un DUP (durată a psihozei netratate) de minim 6 luni, un debut insidios, lipsa de critică a suferinței psihice, statut marital de celibatar, lipsa factorilor precipitanți, primii 4 factori având valoare prognostică pe termen lung, după părerea autorilor.

Într-un studiu prospectiv pe 8 ani, Evans și colaboratorii (1996) au concluzionat, că există stabilitate în timp a diagnosticului de psihoză delirantă persistentă, și că, în comparație cu schizofrenii, nivelul de deteriorare neurocognitivă era semnificativ redus.

În privința statutului profesional, în 1996 Retterson raporta un procent de 79% de pacienți cu tulburare delirantă, care se întrețineau singuri și un procent de 74% de suferinzi de tulburare delirantă, ce nu aveau perioade mari de timp în afara câmpului muncii, spre deosebire de cei cu un diagnostic de schizofrenie, ce aveau procente de 31% și, respectiv, 30% (Grover, Goopta 2006). Winokur, în 1977, de asemenea, susținea că persoanele cu tulburare delirantă au o integrare profesională mai bună, decât cei cu schizofrenie.

În ceea ce privește istoria familială de tulburări psihice, în cadrul metaanalizei pe care au făcut-o în 1995, Munro și Mock au observat că doar 18,7% dintre cei cu tulburare delirantă persistentă au un istoric familial pozitiv de tulburări psihice. De asemenea, Kendler și asociații, între 1981-1995, au desfășurat o activitate deosebită în acest domeniu, negăsind nicio relație familială între schizofrenie și tulburarea delirantă persistentă. Este găsită, totuși, o anumită relație familială cu alcoolismul la pacienții cu tulburare delirantă.

În ceea ce privește evoluția și prognosticul, studiile longitudinale existente până în 2006, pe loturi de 9 – 163 persoane, cu diagnosticul de Tulburare delirantă la internare și urmărite pe perioade de 5 - 20 ani, au arătat o rediagnosticare a acestora în proporție de 3 – 28% ca Schizofrenie, iar 3 – 8% ca Tulburări afective (8 studii).

Kendler și Walsh (1995) au raportat că durată de boală pentru tulburarea delirantă este mai scurtă decât în schizofrenie (38 +/- 26 luni pentru primii, față de 159 +/- 134 luni, în cadrul schizofreniei).

Stephen și asociații (2000) au remarcat că un prognostic negativ al tulburării delirante este legat de existența unei personalități introvertite, status material premorbid scăzut, perioada de la debut până la internare mai mare de 6 luni (DUP), debutul insidios, insight-ul scăzut, un statut marital de necăsătorit și lipsa factorilor precipitanți.

Studiile recente asupra stilului atribuțional au arătat că, în general, pacienții care suferă de tulburare delirantă fac o atribuire personal-externă în cazul evenimentelor negative și o atribuire internă pentru evenimentele pozitive. Candido și Romney (1990) au comparat stilul atribuțional la pacienții cu delir paranoid, la pacienți depresiv – paranoizi și la pacienți depresivi, observând că pacienții cu delir paranoid fac o atribuire externă excesivă pentru evenimente negative, în timp ce pacienții depresivi fac atribuire internă evenimentelor negative, iar cei paranoid – depresivi fac o atribuire intermediară între cele două atribuiri. Fear și colaboratorii au arătat că între pacienții diagnosticați cu Tulburare delirantă persistentă, doar cei cu delir de persecuție și de grandiozitate fac o atribuire externă excesivă la evenimentele negative. De asemenea, McKay și Langdon (2005) au observat în studiul lor asocierea între delirul de persecuție și atribuirea externă a evenimentelor negative. Acest tip de atribuire la evenimentele negative în cadrul pacienților deliranti, în general este susținut și de alte studii (I. Janssen, D. Versmissen, 2006; Patricia Carlin, 2005)

Există și autori care relatează că atribuirea externă nu se găsește doar în cazul pacienților cu Tulburare delirantă cu delir paranoid, ci și la celelalte tipuri de delir (Humpreys, Lloyd, 2006).

În literatură, există, în prezent, un interes tot mai crescut în rolul pe care gândurile ruminative îl joacă în declanșarea și întreținerea depresiei, dar și a delirului ((Nolen-Hoeksema, Morrow, & Fredrickson, 1993; Nolen-Hoeksema, 2000; Watkins and Mould, 2005; Cribb et al., 2006).

DATE DIN LITERATURA REFERITOR LA COGNIȚIA SOCIALĂ

Referitor la cogniția socială, studiile existente în literatură susțin teoria că o evaluare incorectă a valorii de recompensă sau pedeapsă a informației sociale este, probabil, mecanismul prin care unii pacienți cu leziuni de lob frontal nu reușesc să adere la normele sociale, iar această evaluare se crede a fi atribuită cortexului orbito-frontal. Porțiunile dorsomediale ale lobilor frontali, inclusiv cortexul cingulat anterior, paracingulat, girusul superior frontal și polul frontal par a fi implicate în cogniția socială de rang înalt. Există tot mai multe dovezi care susțin că procesul complex de monitorizare a self-ului și înțelegerea perspectivei altora sunt strâns legate și mediate de structurile CPFdm. Capacitatea de a regla, organiza și planifica intenționat propriul nostru comportament, precum și de a lua hotărâri legat de comportamentul altora, este parțial mediat de aceste funcții CPFdl.

Studiul cogniției sociale trebuie încorporat în funcționarea din cotidian. Atât percepția emoțiilor, cât și ToM au o relație solidă cu prognosticul funcțional (Appelo și colab, 1992; Mueser

și colab., 1996; Brune și colab, 2005). De fapt, unele studii au demonstrat faptul că acest concept de cogniție socială are o relație mai semnificativă cu outcome-ul (prognosticul) funcțional, decât neurocogniția (Penn și colab, 1996; Vauth și colab, 2004). Acesta este motivul pentru care considerăm că tehnicile de îmbunătățire a abilităților de cogniție socială în cazul persoanelor cu paranoia vor putea îmbunătăți prognosticul funcțional și, implicit, calitatea vieții.

Tulburările delirante sunt caracterizate prin credințe false monotematice, "încapsulate" și incorrigibile, precum și prin interpretări greșite ale semnalelor sociale. Datorită rarității cazurilor de tulburare "pur" delirantă (TD) în clinică, cele mai multe studii ale cogniției sociale la pacienții deliranți s-au axat pe pacienți cu schizofrenie paranoidă.

Un studiu a lui Bentall și colaboratorii a căutat să examineze abilitățile de recunoaștere a emoțiilor, abilitățile de teoria minții (TM) și înțelegerea limbajului pragmatic la pacienții cu tulburare delirantă. Cogniția socială a fost evaluată la 21 de pacienți, recrutați pe o perioadă de 3 ani, care au fost diagnosticați cu tulburare delirantă de tip paranoid, erotoman sau de gelozie. Pe lângă testele de recunoaștere a emoțiilor a mai fost aplicată și o baterie de teste pentru teoria minții, precum și un test de proverbe, care au indicat deficite subtile în TM la pacienții cu schizofrenie. Funcționarea executivă a fost evaluată cu ajutorul Testului de Sortare Wisconsin (WCST). Psihopatologia a fost măsurată cu ajutorul Scalei de simptome pozitive și negative (PANSS). Pentru comparație a fost folosit un lot de control echivalent, care a fost testat în paralel. S-a observat că pacienții cu TD au făcut mult mai multe erori perseverative la WCST, au avut rezultate mai scăzute la sarcinile de TM și la testarea proverbelor, dar nu au avut deficite în ce privește abilitățile de recunoaștere a emoțiilor de bază, comparativ cu lotul de control. Când funcționarea executivă a fost co-variată, diferențele între grupuri la TM au dispărut, în timp ce tendința crescută a pacienților cu TD de a interpreta proverbele concret, a rămas statistic semnificativă. Acest studiu a concluzionat că, în cazul pacienților "pur" deliranți, abilitățile cognitive sociale de bază par a fi conservate. Dificultăți în înțelegerea vorbirii metaforice și în funcționarea executivă pot, cu toate acestea, să indice deficite sociale cognitive mai subtile la acești pacienți.

LIMITELE STUDIULUI

Prezentul studiu a fost realizat pe o populație clinică limitată, selectată doar dintre pacienții dispensarizați în Ambulatorul de Specialitate din Timișoara și care au prezentat cel puțin o internare în cadrul Clinicii de Psihiatrie din Timișoara, Spitalul de Psihiatrie Gătaia sau Centrul de Sănătate Mintală din Timișoara pe parcursul evoluției. De asemenea, stabilirea încadrării pacienților în lotul de studiu principal (cel cu tulburare paranoid-depresivă) s-a făcut pe baza evaluării medicului curant a existenței unor simptome depresive ce necesită tratament, la pacienții diagnosticați cu tulburare delirantă persistentă.

Eșantioanele nu sunt reprezentative statistic.

SELECȚIA SUBIECȚILOR

Au fost investigați un număr total de 94 subiecți, încadrați în patru loturi, după cum urmează:

- 46 pacienți cu Tulburare depresivă recurentă cu elemente psihotice (diagnostic F33.3 conform ICD-10), respectiv:
 - o 22 pacienți cu Tulburare depresivă recurentă cu elemente psihotice, cu delir congruent;
 - o 24 pacienți cu Tulburare depresivă recurentă cu elemente psihotice, cu delir incongruent;
- 24 pacienți cu Tulburare paranoid depresivă (Diagnostic F22.8 „alte tulburări delirante”, conform ICD-10, cu simptome depresive ce necesită tratament)
- 24 pacienți cu Tulburare delirantă persistentă (diagnostic F22.0 conform ICD-10)

CRITERIILE ICD-10

F32 EPISOD DEPRESIV

În episoadele depresive tipice cu cele 3 varietăți (ușoară F32.0, moderată F32.1, severă F32.2 și F32.3), subiectul suferă de obicei o dispoziție depresivă, pierderea intereselor și bucuriilor și o reducere a energiei, ce duce la o fatigabilitate crescândă și la o activitate diminuată. O oboseală accentuată după un efort mic este obișnuită. Alte simptome comune sunt:

- a. reducerea capacității de concentrare și a atenției
- b. reducerea stimei și încrederii de sine
- c. idei de vinovăție și lipsă de valoare
- d. viziune tristă și pesimistă asupra viitorului
- e. idei sau acte de auto-vătămare sau suicid
- f. apetit diminuat

Include: episodul unic de reacție depresivă

depresia majoră fără simptome psihotice

depresia psihogenă sau depresia reactivă (F32.0, F32.1 sau F32.2)

F32.2 Într-un episod depresiv sever, subiectul manifestă de obicei o considerabilă suferință sau agitație, sau este prezentă lentoarea ca trăsătură marcantă. Pierderea stimei de sine sau a sentimentelor de utilitate sau vinovăția sunt de regulă proeminente, și suicidul este un pericol distinct în cazurile foarte severe. Se presupune că sindromul somatic este virtualmente întotdeauna prezent în episodul depresiv sever.

În timpul episodului depresiv sever este foarte puțin probabil ca pacientul să fie în stare să-și continue activitățile sociale, profesionale sau domestice.

Include: episodul de depresie agitată

melancolia sau depresia vitală fără simptome psihotice

F32.3 EPISOD DEPRESIV SEVER, CU SIMPTOME PSIHOTICE

Este un episod depresiv sever care întrunește criteriile date mai sus pentru F32.2 și în care delirurile, halucinațiile sau stuporul depresiv sunt prezente. Delirurile implică, de

obicei, ideea de păcat, sărăcie sau dezastre iminente, a căror responsabilitate poate fi asumată de pacient. Halucinațiile auditive apar, de obicei, sub forma unor voci defăimătoare sau acuzatoare, iar cele olfactive sub formă de mirosuri de murdărie, putrefacție sau de carne în descompunere. O lentoare psihomotorie severă poate progresa spre stupor. Dacă e necesar, delirurile sau halucinațiile pot fi specificate ca fiind congruente sau incongruente cu dispoziția. „Incongruent” se referă la delirurile și halucinațiile neutre afectiv: de exemplu deliruri de referință fără niciun conținut de culpabilitate sau acuzare, sau voci vorbind pacientului despre evenimente ce nu au semnificație emoțională specială.

Include: episodul unic de depresie psihotică, depresie majoră cu simptome psihotice, depresie psihotică, psihoză depresivă psihogenă, psihoză depresivă reactivă.

F33 TULBURARE DEPRESIVĂ RECURENTĂ

Tulburarea este caracterizată prin episoade repetate de depresie, așa cum s-a specificat la episodul depresiv ușor (F32.0), moderat (F32.1) sau la episodul depresiv sever (F32.2 și F32.3), fără nicio istorie de episoade independente de elevație a dispoziției sau hiperactivitate care să întrunească criteriile pentru manie (F30.1 și F30.2). Totuși, categoria trebuie utilizată chiar dacă există dovada unor scurte episoade de elevație ușoară a dispoziției și hiperactivitate care să întrunească criteriile hipomaniei (F30.0) ce urmează unui episod depresiv (uneori, aparent, precipitate de tratamentul depresiei).

Include: episoade recurente de reacție depresivă, depresie psihogenă, depresie reactivă, tulburare depresivă sezonieră (F33.0 sau F33.1)

episoade recurente de depresie endogenă, depresie majoră. psihoză depresivă maniacă (de tip depresiv), psihoza depresivă psihogenă sau reactivă, depresia psihotică, depresia vitală (F33.2 sau F33.3)

F33.3 TULBURARE DEPRESIVĂ RECURENTĂ, EPISOD ACTUAL SEVER, CU SIMPTOME PSIHOTICE

Pentru un diagnostic cert, sunt necesare:

- a. criteriile pentru tulburarea depresivă recurentă (F33) trebuie să fie întrunite și episodul actual întrunește criteriile pentru episodul depresiv sever, cu simptome psihotice (F32.3)

- b. cel puțin 2 episoade trebuie să fi durat minimum 2 săptămâni și trebuie să fi fost separate între ele de un interval de mai multe luni fără o tulburare semnificativă a dispoziției

În caz contrar, diagnosticul corect este cel de alte tulburări recurente ale dispoziției (afective) (F38.1).

Dacă este necesar, se poate specifica congruența sau incongruența halucinațiilor sau delirurilor cu dispoziția.

Dacă este necesar, poate fi specificat tipul predominant al episoadelor anterioare (ușor, moderat, sever, incert).

F22 TULBURĂRI DELIRANTE PERSISTENTE

Acest grup include o varietate de tulburări în care delirurile de lungă durată constituie unica sau cea mai pregnantă caracteristică clinică, și care nu pot fi clasificate ca fiind organice, schizofrene sau afective. Ele sunt probabil heterogene și au o legătură nedeterminată cu schizofrenia. Importanța relativă a factorilor genetici, caracteristicilor de personalitate și a circumstanțelor existențiale este nesigură și, probabil, variată.

F22.0 TULBURARE DELIRANTĂ

Acest grup de tulburări se caracterizează prin dezvoltarea fie a unui singur delir, fie a unui set de deliruri corelate, care sunt, de obicei, persistente, și uneori pe toată durata vieții. Conținutul delirului/delirurilor este foarte variabil. Uneori ele sunt persecutorii, hipocondriace sau de grandoare, dar ele pot să se refere la litigiu sau gelozie, sau să exprime convingerea pacientului conform căreia corpul său este deformat sau alții cred că el miroase sau este homosexual. Alte tulburări psihopatologice sunt caracteristic absente, dar pot fi prezente în mod intermitent simptome depresive și, în unele cazuri, se pot dezvolta halucinații olfactive și tactile. Sunt incompatibile cu acest diagnostic halucinațiile auditive, clare și persistente, simptomele tipice schizofreniei, cum sunt delirurile de control și tocirile marcate ale afectului, precum și o dovadă certă a unei boli cerebrale. Totuși, mai ales la pacienții vârstnici, prezența unor halucinații auditive ocazionale sau tranzitorii nu exclude acest diagnostic, atât timp cât ele nu sunt tipic schizofrene și formează numai o mică parte din tabloul clinic global. Debutul este, de obicei, la vârsta mijlocie, dar uneori, mai ales în cazul convingerilor de a avea un corp diform, el apare la vârsta adultă timpurie. Conținutul delirului și momentul emergenței lui poate adesea să fie corelat cu situația de viață a pacientului, de exemplu

delirurile de persecuție la membrii minorităților. Separat de acțiunile și atitudinile direct corelate cu delirul sau cu sistemul delirant, afectivitatea, vorbirea și comportamentul sunt normale.

Delirurile constituie cea mai proeminentă sau chiar singura trăsătură clinică. Ele trebuie să fie prezente cel puțin 3 luni și să fie, în mod clar personale, mai curând decât sub-culturale. Simptomele depresive sau chiar un episod depresiv complet (F32) pot apărea intermitent, indicând că delirurile persistă chiar și când nu există o tulburare a dispoziției. Trebuie să nu existe dovezi ale unei boli cerebrale, să nu existe halucinații auditive sau acestea să fie doar ocazionale, și să nu existe un istoric de simptome schizofrene (deliruri de control, transmiterea gândurilor etc).

Include: paranoia

psihoza paranoidă

parafrenia (tardivă)

sensitiver Beziehungswahn (delirul senzitiv de relație)

Exclude: tulburarea paranoidă de personalitate (F60.0)

psihoza paranoidă psihogenă (F32.3)

reacția paranoidă (F23.3)

schizofrenia paranoidă (F20.0)

F22.8 ALTE TULBURĂRI DELIRANTE PERSISTENTE

Aceasta este o categorie reziduală pentru tulburările delirante persistente care nu îndeplinesc criteriile pentru tulburările delirante (F22.0). Aici trebuie codificate tulburările în care delirurile sunt însoțite de voci halucinatorii persistente sau de simptome schizofrene, insuficiente însă pentru a îndeplini criteriile de la schizofrenie (F20). Tulburările delirante cu durată mai mică de 3 luni trebuie codificate totuși, cel puțin temporar, la F23.

Include: dismorfofobia delirantă

starea paranoidă involutivă

suspiciunea paranoidă

EȘANTIONARE. FORMAREA LOTURILOR DE STUDIU

Studiul se realizează pe un număr de 94 de pacienți care sunt în prezent dispensarizați în Ambulatorul de Psihiatrie sau în Centrul de Sănătate Mintală din Timișoara și care sunt în evidențele studiului psihozelor endogene debutat în 1985 în Timișoara în cadrul proiectului denumit Proiectul Timișoara de Studiu al Tipologiei Psihozelor Endogene.

CRITERII GENERALE DE INCLUDERE

1. Vârsta de debut 18-60 ani.
2. Perioada de catamneză de minim 5 ani
3. Pacientii prezintă minim 2 recăderi
4. Simptomele care susțin diagnosticul se bazează pe definițiile din SCAN (ICD-10)
5. Absența unei alte tulburări psihice de Axa I (DSM-IV TR, APA, 1994)
6. Pacienți care și-au dat consimțământul în privința participării la acest studiu
7. Domiciliul stabil în județul Timiș
8. Se anunță psihiatrul curant.
9. Dispensarizarea activă în cadrul Centrului de Sănătate Mentală Timișoara și a cabinetelor psihiatrice ambulatorii din Timișoara
10. Prezența cel puțin a unui membru al familiei care să participe la procesul de evaluare

CRITERII GENERALE DE EXCLUDERE

1. Tulburare psihotică de natură organică
2. Tulburare psihotică indusă de consum de droguri și/sau alcool
3. Tulburare psihotică din cadrul epilepsiei
4. Lipsa dorinței sau reticența pacientului de a participa la studiu
5. Dificultăți de comunicare, care fac imposibilă obținerea unor date credibile

METODOLOGIE

Se întocmește o linie evolutivă pentru fiecare caz, cu toate datele existente în documentele medicale, urmărindu-se:

- Caracteristicile fiecărui episod.
- Situația clinică interepisodică (defect clinic, schimbări de viață, defect social)

Pentru fiecare caz, informațiile din documente se completează printr-un interviu direct cu pacientul, dar și cu un aparținător (membru de familie), care poate furniza date despre caz. Se obțin astfel date suplimentare despre evoluția bolii, dar și despre mediul de proveniență.

Pentru fiecare caz se face o examinare a simptomatologiei psihopatologice (SCL90), a ideății paranoide (SCALA GÂNDURILOR PARANOIDE), a funcționării sociale (GAF), a neurocogniției și cogniției sociale (GEOPT), a teoriei minții (CITIREA MINȚII DIN PRIVIRI) și a percepției emoțiilor (TESTUL FEȚELOR).

OBIECTIVE DE LUCRU PE ETAPE

Pentru fiecare caz în primul an s-a făcut un dosar individual, care conține:

1. Date de identificare
2. Date despre familia de origine:
 - Genetica
 - Structura familiei de origine
 - Aspecte psihologice în familia de origine (unde a fost posibil, EMBU)
 - Date despre nivelul de școlarizare și funcționare profesională, în perspectiva performanțelor alese până în prezent
 - Evenimente de viață semnificative
 - Date despre particularitățile tipologico-caracteriale până la debut (prin interviul cu un aparținător)
 - RSS
3. Caracteristicile primului episod:
 - Mod de internare
 - DUP, DUI
 - Tablou clinic
 - Semne prodromale
 - Tratament
 - Complicații
 - Evoluția clinică în primii ani
4. Date despre fiecare recădere anterioară:
 - Intervalul dintre acestea
 - Tratamente
 - Complicații
 - Comorbidități somatice
5. Schimbările aparente de-a lungul ciclurilor vieții
6. Evaluarea stării actuale:
 - Simptomatologie
 - Cognația socială
 - Funcționarea socială
 - Teoria minții

- Capacitatea de interpretare a emoțiilor

După primul an, s-a urmărit evoluția acestor cazuri, cu o nouă reevaluare la 6 luni din momentul completării dosarelor.

Utilizând datele obținute, s-a făcut un profil general mediu pe baza tuturor itemilor și informațiilor din dosarele medicale ale fiecărui pacient. Se efectuează subgrupe cât mai omogene, pentru o comparație cât mai specifică.

IPOTEZELE STUDIULUI

IPOTEZĂ GENERALĂ

Lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă prezintă caracteristici evolutive și funcționale distincte de celelalte grupuri studiate.

IPOTEZE SPECIFICE

- 1. Vârsta de debut a subiecților din lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă este semnificativ mai mică decât a subiecților din celelalte grupuri.*
- 2. La subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă severitatea simptomelor de depresie măsurate pe Scala SCL-90 este semnificativ mai mare decât severitatea simptomelor de depresie la subiecții cu Tulburare Delirantă Persistentă.*
- 3. La subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă, severitatea simptomelor de ideație paranoidă este semnificativ mai mare decât la subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă.*
- 4. Pentru grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă, intensitatea ideilor paranoide este semnificativ mai mare decât a grupului cu Tulburare Delirantă Persistentă și a grupului cu Tulburare Depresivă Recurentă.*
- 5. Capacitatea de interpretare a gândurilor din priviri este mai mică la subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă decât la subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă.*
- 6. Abilitățile neurocognitive ale subiecților cu Tulburare Paranoid Depresivă sunt semnificativ mai bune decât subiecților cu Tulburare Delirantă Persistentă.*
- 7. Abilitățile de cogniție socială ale subiecților cu Tulburare Paranoid Depresivă sunt semnificativ mai bune decât ale subiecților cu Tulburare Delirantă Persistentă.*
- 8. Subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă au o angajare socială mai slabă decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă.*

9. Subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă au activități recreative mai rare decât subiecții cu Tulburare Delirantă Persistentă și decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă.

10. Subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă au activități sociale mai rare decât subiecții cu Tulburare Delirantă Persistentă și decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă.

PRELUCRAREA DATELOR

Datele au fost colectate utilizând foile de observație ale pacienților, completate pentru fiecare internare, precum și prin aplicarea unor scale specifice.

Au fost utilizate următoarele instrumente standardizate:

- Scala SCL90, pentru evaluarea severității simptomelor de boală;
- Scala gândurilor paranoide;
- Scala GEOPTe a cogniției sociale pentru psihoză
- Testul de interpretare a privirii
- Testul de recunoaștere a expresiilor faciale
- Scala de evaluare a funcționării sociale

Au fost colectate date privind numărul de episoade de boală de-a lungul evoluției clinice, durata de evoluție a bolii (în ani), vârsta subiecților la debutul bolii, precum și date privind caracteristici socio-demografice ale subiecților și modificarea acestora de la debutul bolii la data evaluării (statut marital, statut profesional, nivel de educație).

Datele au fost exprimate sub formă cantitativă, utilizându-se modul de cotare specific pentru fiecare scală.

Pentru prelucrarea statistică a datelor s-a utilizat un program specializat.

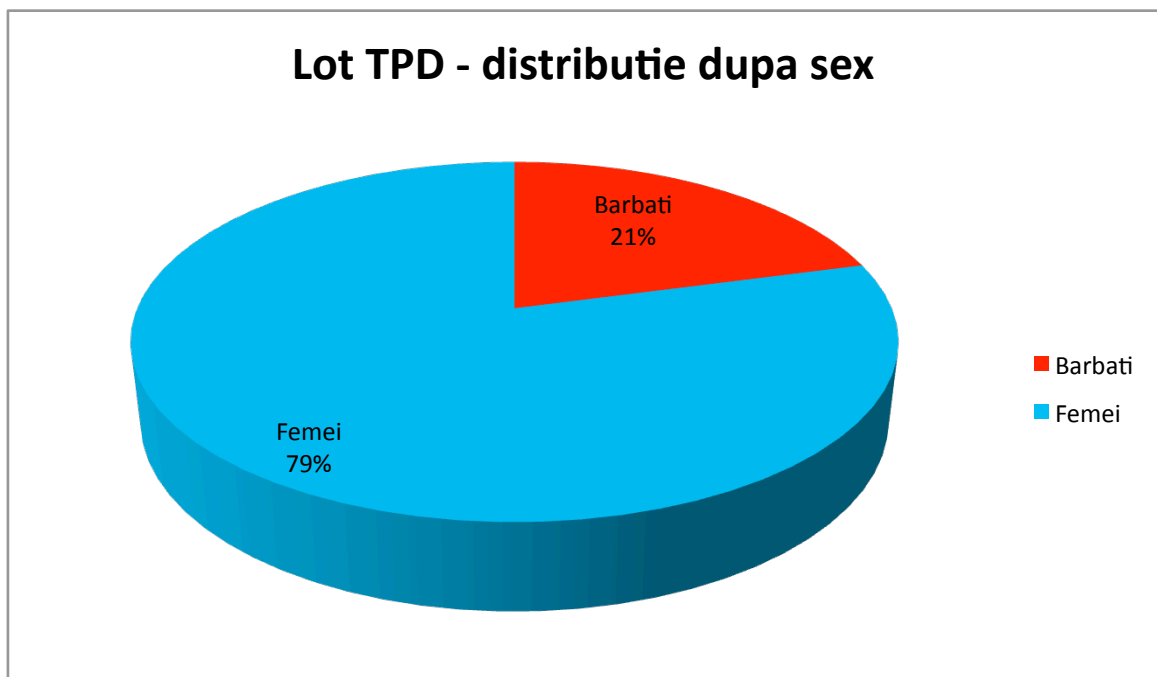
Având în vedere numărul mic de cazuri din fiecare lot, precum și numărul mare de loturi ce se compară, au fost utilizate atât teste non-parametrice (de comparație și corelație) cât și testul ANOVA.

PREZENTAREA LOTURILOR DE STUDIU

LOTUL CU TULBURARE PARANOID DEPRESIVĂ

Lotul cuprinde un număr de 24 de subiecți, diagnosticați conform CID-10 cu „Alte Tulburări Delirante Persistente” și cu simptome depresive ce necesită tratament (conform evaluării făcute de medicul curant).

Din cei 24 de subiecți, 5 sunt bărbați (20.8%), și 19 femei (79.2%).



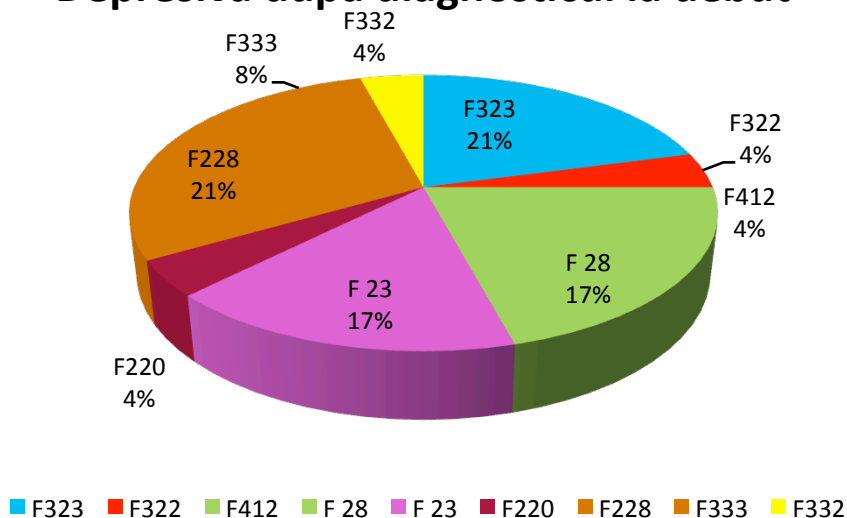
Vârsta medie a subiecților la evaluare a fost de 55.4 ani (dev.std.=7.8 ani), cel mai tânăr subiect având 43 ani și cel mai în vârstă 65 ani.

Vârsta medie a subiecților la debutul bolii a fost de 39.3 ani (dev.std.=10.4 ani), cu cel mai timpuriu debut la 17 ani și cel mai tardiv debut la 56 ani.

În medie, subiecții au avut o perioadă de evoluție a bolii de 16.2 ani (dev.std.=7.6 ani), cu o perioadă minimă de evoluție de 7 ani și o perioadă maximă de evoluție de 36 ani.

În figurile de mai jos se prezintă distribuția lotului după diagnosticul la debut. Diagnosticul la evaluarea curentă este F22.8 – Alte tulburări delirante persistente – pentru toate cazurile. Diagnosticile sunt exprimate prin codificarea ICD-10.

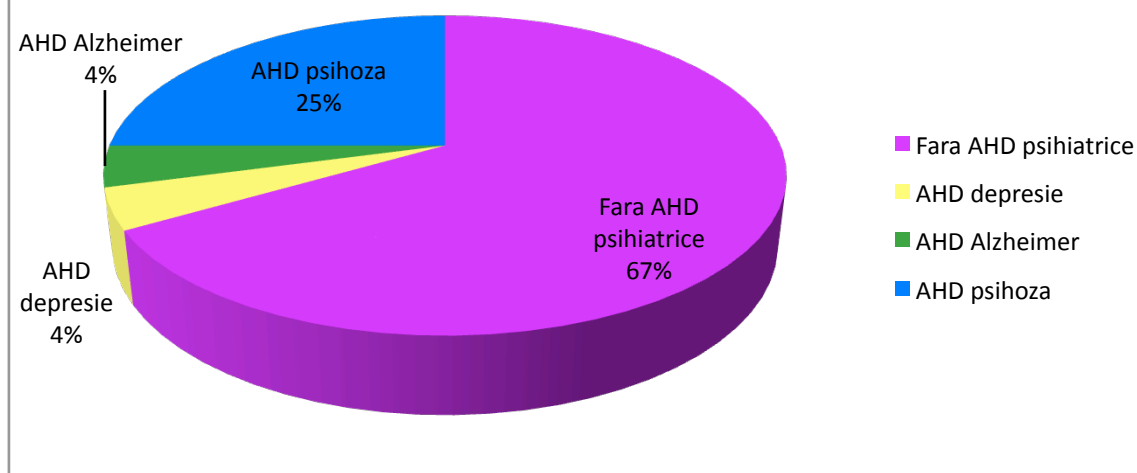
Distributia lotului cu Tulburare Paranoid Depresiva dupa diagnosticul la debut



După cum se poate observa, cele mai frecvente diagnostice de debut au fost F22.8 – Alte Tulburări Delirante Persistente (21%) și F32.3 – Episod depresiv major cu simptome psihotice (21%). Alte 34% din cazuri au fost diagnosticate la debut cu F28 – Alte tulburări delirante, non-organice (17%) și F23 – Tulburare psihotică acută și tranzitorie.

Prezența antecedentelor heredo-colaterale psihiatrice a fost identificată la 33.3% din cazuri, după cum urmează:

Distributia lotului cu Tulburare paranoid depresiva dupa AHD

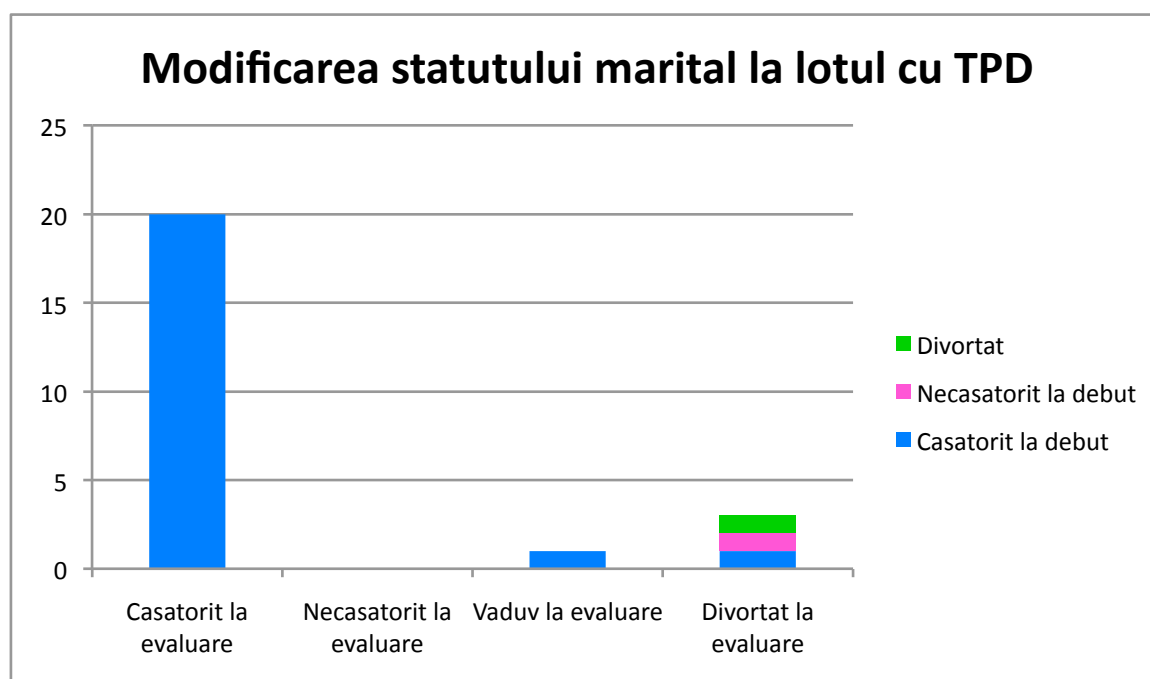


25% dintre pacienți au prezentat antecedente heredo-colaterale de psihoză.

Mai jos se prezintă statutul marital al subiecților din lotul cu Tulburare paranoid depresivă, comparativ, la debutul bolii și la evaluarea curentă.

| Lot TPD Statut marital | La evaluare: | | | |
|---------------------------|--------------|-------------|-------|----------|
| | Căsătorit | Necăsătorit | Văduv | Divorțat |
| La debut | | | | |
| Căsătorit | 20 | 0 | 1 | 1 |
| Necăsătorit | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Divorțat | 0 | 0 | 0 | 1 |

Din tabelul de mai sus se poate observa că doar doi subiecți au divorțat de-a lungul perioadei dintre debutul bolii și evaluarea finală.



În ceea ce privește statutul profesional, toți subiecții erau angajați la data debutului bolii. La data evaluării finale, din cei 24 de subiecți, 21 (87.5%) erau pensionați și numai 3 (12.5%) mai erau încă angajați.

| Lot TPD Educație | La evaluare | | | |
|---------------------|-------------|-------|-------------|-----------|
| | Gimnaziu | Liceu | Postliceală | Facultate |
| La debut | | | | |
| 8 clase | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Liceu | 0 | 12 | 0 | 0 |
| Postliceală | 0 | 0 | 4 | 0 |
| Facultate | 0 | 0 | 0 | 5 |

Se poate observa că niciunul din subiecții din lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă nu și-a modificat nivelul de educație de-a lungul perioadei de evoluție a bolii. Acesta a rămas același cu cel de la debutul bolii.

În ceea ce privește evoluția clinică a bolii, subiecții din lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă au avut în medie 16.2 ani de evoluție a bolii (dev.std. = 7.6 ani), cu durata minimă de evoluție de 7 ani și cea maximă de 36 ani.

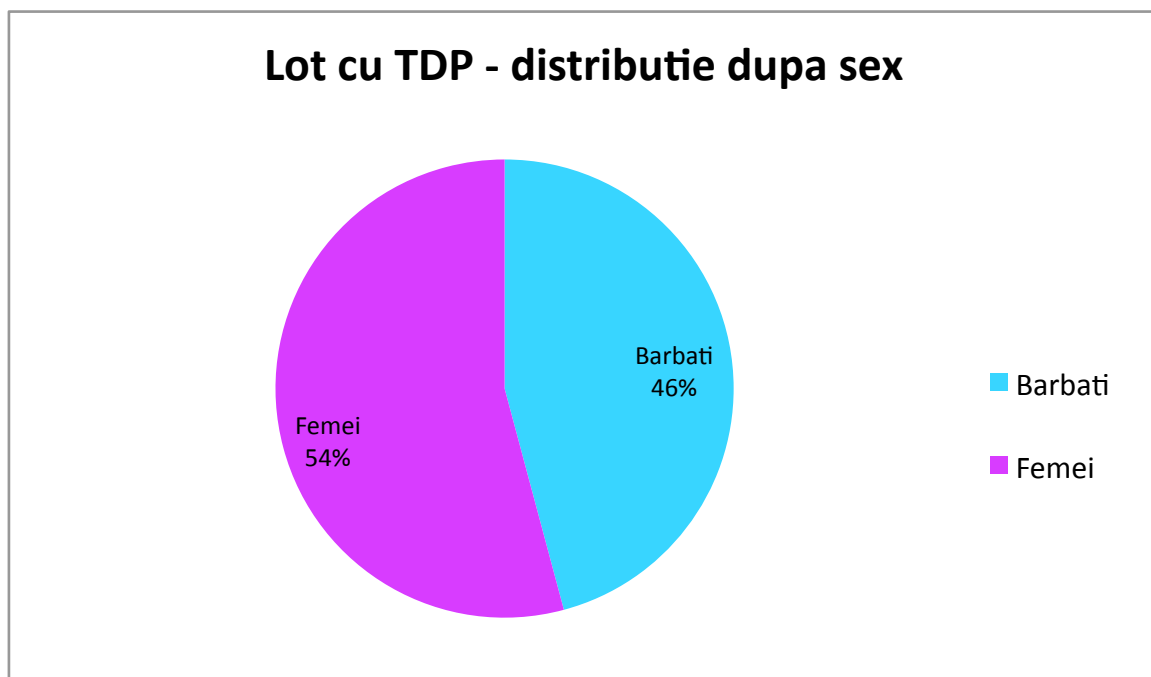
Având în vedere duratele foarte diferite de evoluție a bolii, s-a calculat numărul mediu de episoade raportat la durata de evoluție (ani), rezultând numărul mediu de episoade de boală pe an de evoluție.

Pentru lotul cu TPD, numărul mediu de episoade de boală raportate la durata de evoluție este de 0.3 (dev.std.=0.2), cu numărul minim de 0.05 și numărul maxim de 1,1.

LOTUL CU TULBURARE DELIRANTĂ PERSISTENTĂ (TDP)

Lotul cuprinde un număr de 24 de subiecți, diagnosticați conform ICD-10 cu „Tulburare delirantă (F22.0).

Din cei 24 de subiecți, 11 sunt bărbați (45.8%), și 13 femei (54.2%).



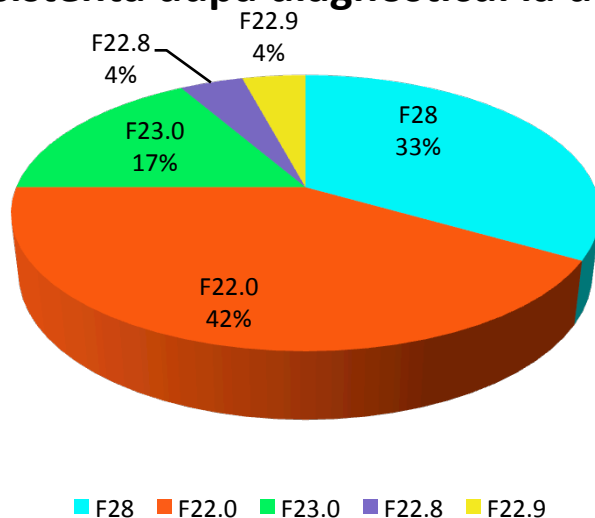
Vârsta medie a subiecților la evaluare a fost de 56.1 ani (dev.std.=8.7 ani), cel mai tânăr subiect având 37 ani și cel mai în vârstă 65 ani.

Vârsta medie a subiecților la debutul bolii a fost de 38.5 ani (dev.std.=11.5 ani), cu cel mai timpuriu debut la 23 ani și cel mai tardiv debut la 58 ani.

În medie, subiecții au avut o perioadă de evoluție a bolii de 17.7 ani (dev.std.=8.6 ani), cu o perioadă minimă de evoluție de 5 ani și o perioadă maximă de evoluție de 36 ani.

În figurile de mai jos se prezintă distribuția lotului după diagnosticul la debut. Diagnosticul la evaluarea curentă este F22.0 – Tulburare delirantă - pentru toate cazurile. Diagnosticile sunt exprimate prin codificarea ICD-10.

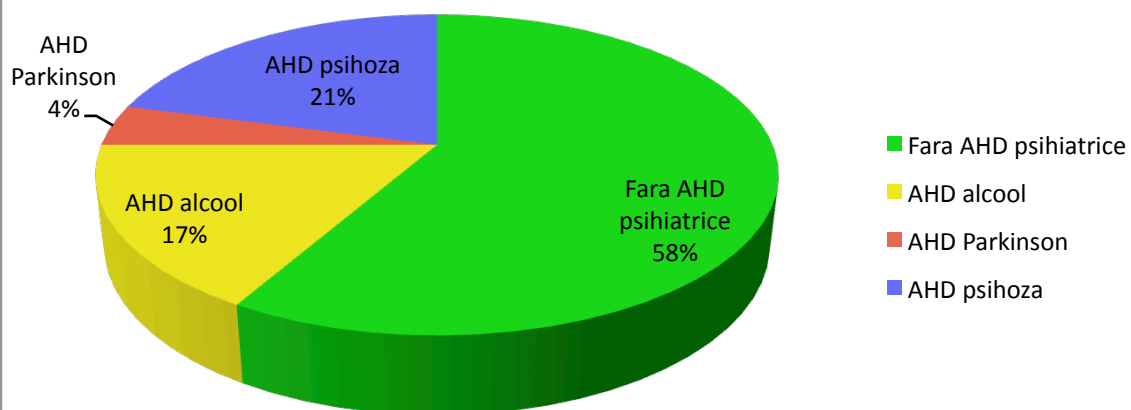
Distributia lotului cu Tulburare Deliranta Persistenta dupa diagnosticul la debut



După cum se poate observa, cele mai frecvente diagnostice de debut au fost F22.0 – Tulburare Delirantă (42%) și F28 – Alte tulburări delirante, non-organice (33%).

Prezența antecedentelor heredo-colaterale psihiatrice a fost identificată la 42% din cazuri, după cum urmează:

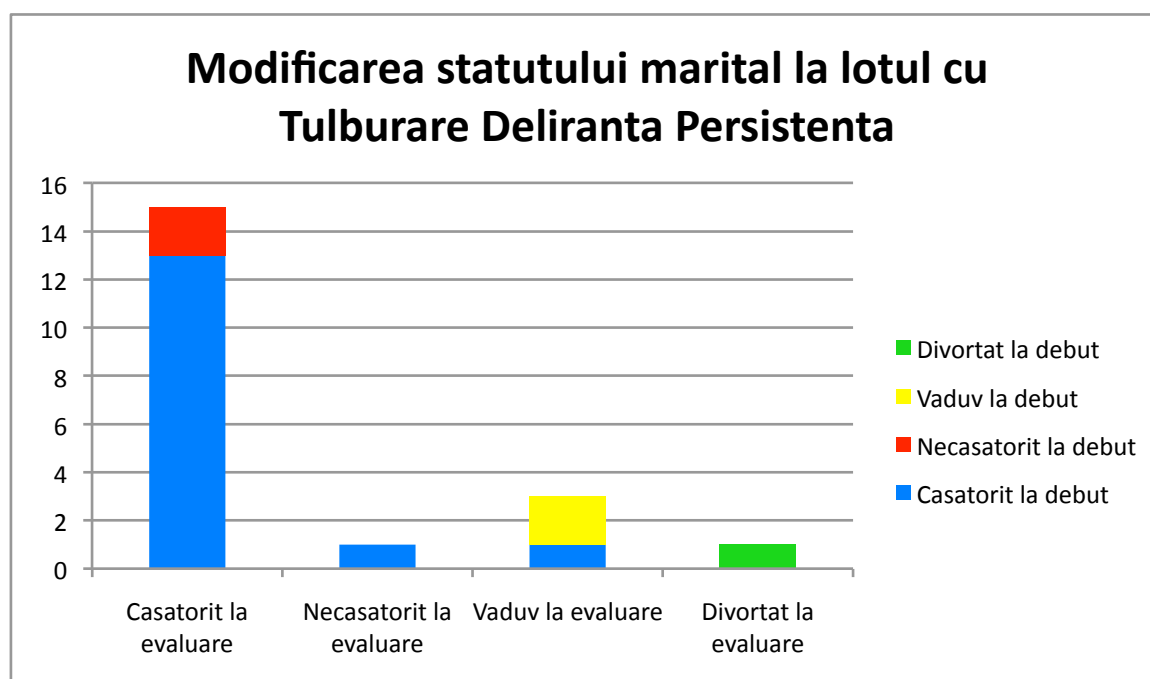
Distributia lotului cu Tulburare Deliranta Persistenta dupa AHD



Majoritatea (58%) subiecților nu au antecedente heredo-colaterale psihiatrice. 21% dintre subiecți au antecedente heredo-colaterale de psihoză.

Mai jos se prezintă statutul marital al subiecților din lotul cu Tulburare delirantă persistentă, comparativ, la debutul bolii și la evaluarea curentă.

| Lot TDP Statut marital | Statut marital la evaluare: | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-------------|-------|----------|
| | Căsătorit | Necăsătorit | Văduv | Divorțat |
| La debut | | | | |
| Căsătorit | 13 | 1 | 1 | 0 |
| Necăsătorit | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Văduv | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Divorțat | 0 | 0 | 0 | 1 |



Din tabelul de mai sus se poate observa că niciun subiect nu a divorțat, și doi subiecți inițial necăsătoriți s-au căsătorit de-a lungul perioadei de la debutul bolii la evaluarea finală.

În ceea ce privește statutul profesional, majoritatea (21 subiecți, 87.5%) subiecților erau angajați la data debutului bolii, 1 subiect era fără ocupație și 2 subiecți erau pensionari. La data evaluării finale, din cei 21 de subiecți angajați, 17 erau pensionari (70.8% din cei care erau angajați la debut), 4 (29.2%) mai erau angajați, iar cel fără ocupație la debut, nu era angajat nici la data evaluării finale.

În ceea ce privește nivelul de educație, la lotul cu Tulburare Delirantă Persistentă avem:

| Educație lot TDP | La evaluare | | | | |
|---------------------|-------------|----------|-------|-------------|-----------|
| | La debut | Gimnaziu | Liceu | Postliceală | Facultate |
| 8 clase | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Liceu | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 |
| Postliceală | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Facultate | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |

Se poate observa că niciunul din subiecții din lotul cu Tulburare Delirantă Persistentă nu și-a modificat nivelul de educație de-a lungul perioadei de evoluție a bolii. Acesta a rămas același cu cel de la debutul bolii.

Numărul mediu de episoade pentru lotul cu Tulburare Delirantă Persistentă (TDP) a fost de 3.6 episoade (dev.std.=2.5), cu numărul minim de episoade de 1 și numărul maxim de 12.

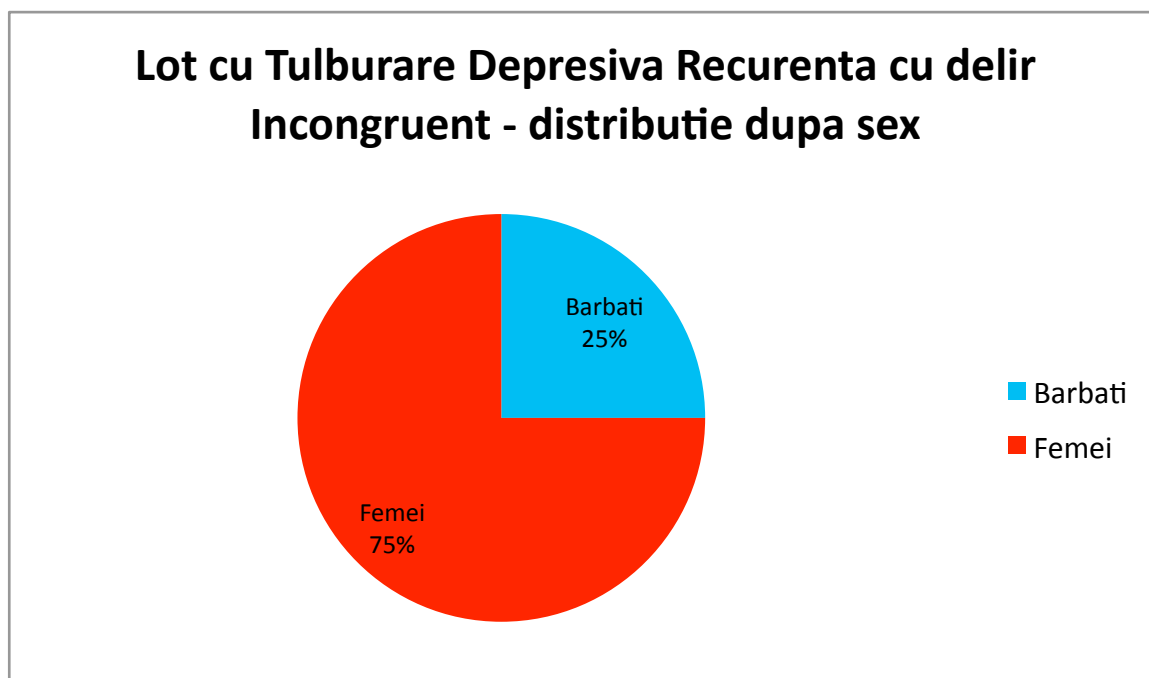
Având în vedere duratele foarte diferite de evoluție a bolii, s-a calculat numărul mediu de episoade raportat la durata de evoluție (ani), rezultând numărul mediu de episoade de boală pe an de evoluție.

Pentru lotul cu TDP, numărul mediu de episoade de boală raportate la durata de evoluție este de 0.2 (dev.std.=0.1) cu numărul minim de 0.08 și numărul maxim de 0.6.

LOTUL CU TULBURARE DEPRESIVĂ RECURENTĂ
LOTUL CU TULBURARE DEPRESIVĂ RECURENTĂ CU DELIR INCONGRUENT

Lotul cuprinde un număr de 24 de subiecți, diagnosticați conform ICD-10 cu „Tulburare depresivă recurentă” și cu delir incongruent.

Din cei 24 de subiecți, 6 sunt bărbați (25.0%), și 18 femei (75.0%).



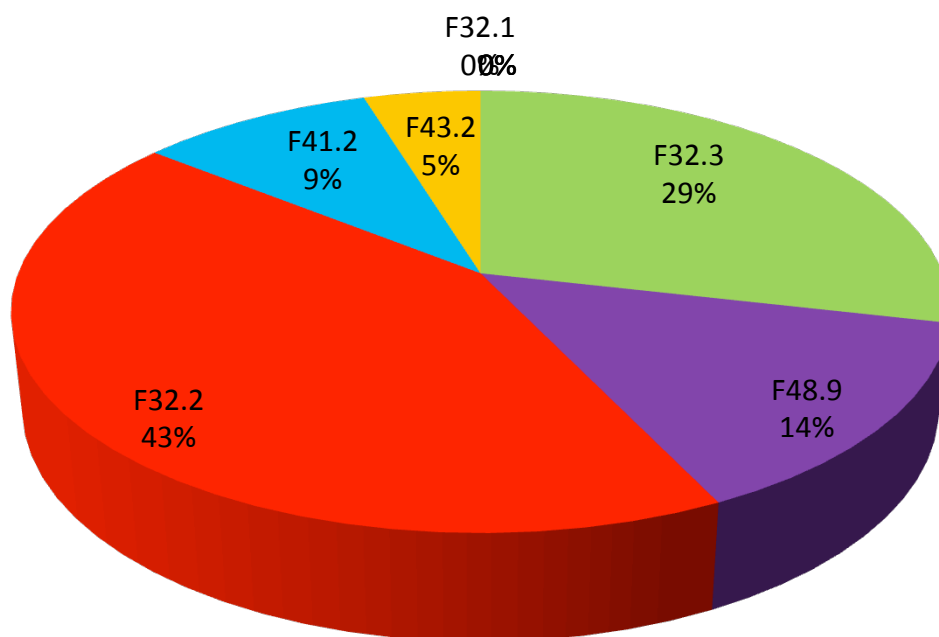
Vârsta medie a subiecților la evaluare a fost de 55.6 ani (dev.std.=6.4 ani), cel mai tânăr subiect având 36 ani și cel mai în vârstă 65 ani.

Vârsta medie a subiecților la debutul bolii a fost de 37.6 ani (dev.std.=9.7 ani), cu cel mai timpuriu debut la 13 ani și cel mai tardiv debut la 56 ani.

În medie, subiecții au avut o perioadă de evoluție a bolii de 17.5 ani (dev.std.=9.8 ani), cu o perioadă minimă de evoluție de 5 ani și o perioadă maximă de evoluție de 41 ani.

În figurile de mai jos se prezintă distribuția lotului după diagnosticul la debut. Diagnosticul la evaluarea curentă este F33.3 – Tulburare depresivă recurentă, episod depresiv sever, cu simptome psihotice – pentru toate cazurile. Diagnosticile sunt exprimate prin codificarea ICD-10.

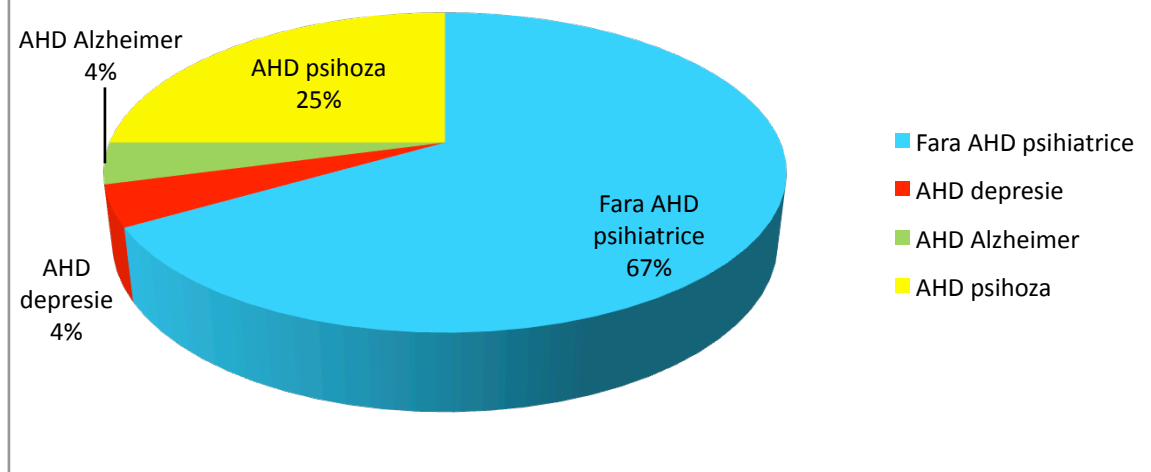
Distributia lotului cu Tulburare Depresiva Recurenta (delir incongruent) dupa diagnosticul la debut



Cele mai frecvente diagnostice de debut au fost F32.2 – Episod depresiv sever, fără simptome psihotice (43%), F32.3 – Episod depresiv sever, cu simptome psihotice, și F48.9 – Tulburare nevrotică, nespecificată (14%). Este interesant de observat că 43% dintre cazurile care, ulterior, au dezvoltat episoade depresive cu delir incongruent, au avut la debut depresie fără simptome psihotice.

Prezența antecedentelor heredo-colaterale psihiatrice a fost identificată la 34.5% din cazuri, după cum urmează:

Distributia lotului cu Tulburare Depresiva Recurenta (delir incongruent) dupa AHD

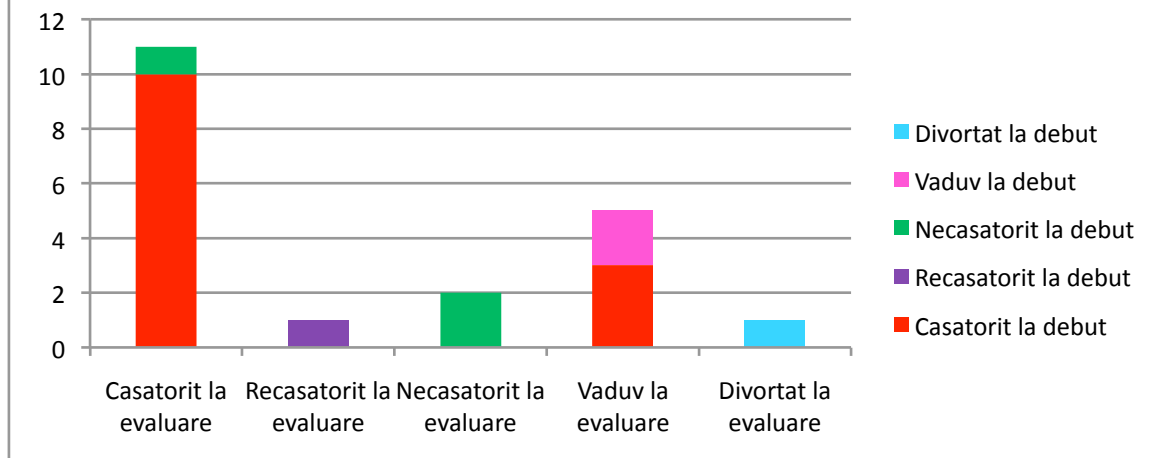


Se poate observa că 25% dintre subiecți au antecedente heredo-colaterale de psihoză.

Mai jos se prezintă statutul marital al subiecților din lotul cu Tulburare depresivă recurentă cu delir incongruent (TDRI), comparativ la debutul bolii și la evaluarea curentă.

| Statut marital Lot TDRI | La evaluare: | | | | |
|----------------------------|--------------|-------------|-------------|-------|----------|
| | Căsătorit | Recăsătorit | Necăsătorit | Văduv | Divorțat |
| La debut | | | | | |
| Căsătorit | 10 | 0 | 0 | 3 | 3 |
| Recăsătorit | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Necăsătorit | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Văduv | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Divorțat | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

Modificarea statutului marital la lotul cu Tulburare Depresiva Recurenta cu delir Incongruent



Din tabelul de mai sus se poate observa că doar un singur subiect și-a modificat statutul marital de-a lungul evoluției bolii, în sensul că s-a căsătorit.

În ceea ce privește statutul profesional, din cei 24 de subiecți din lot, 22 erau angajați la data debutului (91.7%), un subiect era fără ocupație și unul era elev. La data evaluării, toți subiecții erau pensionați.

| Lot TDRI Educație | La evaluare | | | |
|----------------------|-------------|-------|-------------|-----------|
| | Gimnaziu | Liceu | Postliceală | Facultate |
| La debut | | | | |
| 8 clase | 12 | 1 | 0 | 0 |
| Liceu | 0 | 8 | 0 | 0 |
| Postliceală | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Facultate | 0 | 0 | 0 | 1 |

Se poate observa că subiectul care era elev la data debutului bolii a reușit să termine liceul. În rest, niciunul din subiecții din lotul cu Tulburare depresivă recurentă cu delir incongruent nu și-a modificat nivelul de educație de-a lungul perioadei de evoluție a bolii.

Numărul mediu de episoade pentru lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent (TDRI) a fost de 4.4 episoade (dev.std.=2.1), cu numărul minim de episoade de 2 și numărul maxim de 10.

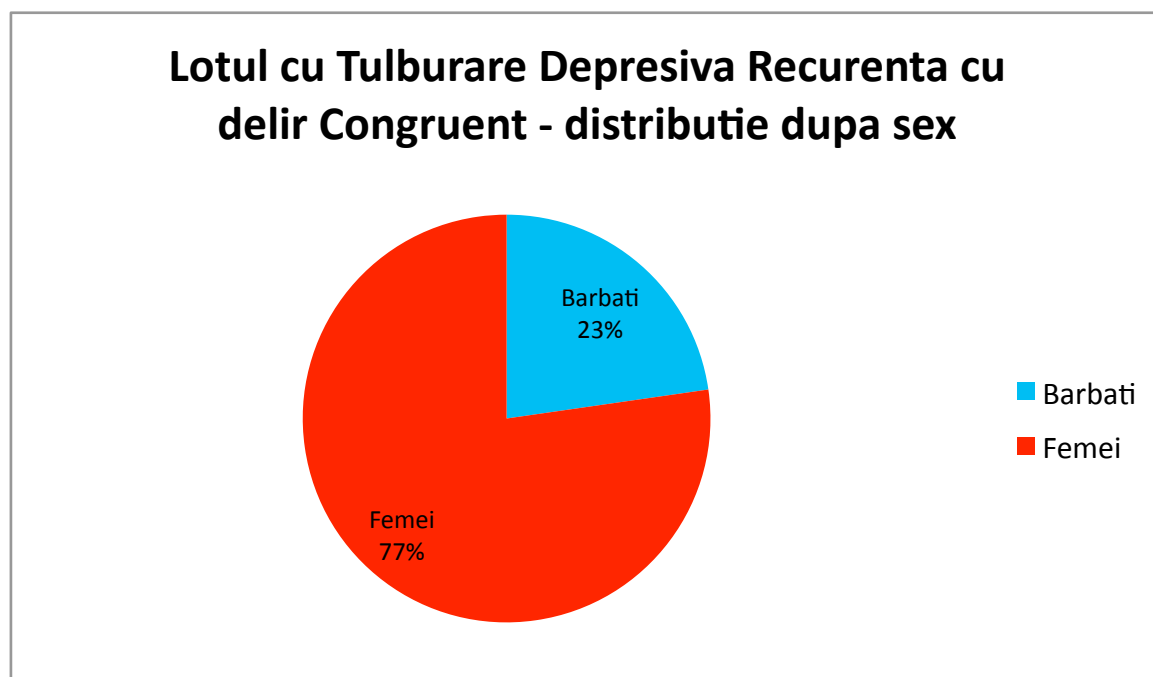
Având în vedere duratele foarte diferite de evoluție a bolii, s-a calculat numărul mediu de episoade raportat la durata de evoluție (ani), rezultând numărul mediu de episoade de boală pe an de evoluție.

Pentru lotul cu TDRI, numărul mediu de episoade de boală raportate la durata de evoluție este de 0.3 (dev.std.=0.4), cu numărul minim de 0.07 și numărul maxim de 2.

LOTUL CU TULBURARE DEPRESIVĂ RECURENTĂ CU DELIR CONGRUENT (TDRC)

Lotul cuprinde un număr de 22 de subiecți, diagnosticați conform ICD-10 cu „Tulburare depresivă recurentă, episod depresiv sever cu simptome psihotice (F33.3)” și cu delir congruent.

Din cei 22 de subiecți, 5 sunt bărbați (22.7%), și 17 femei (77.3%).

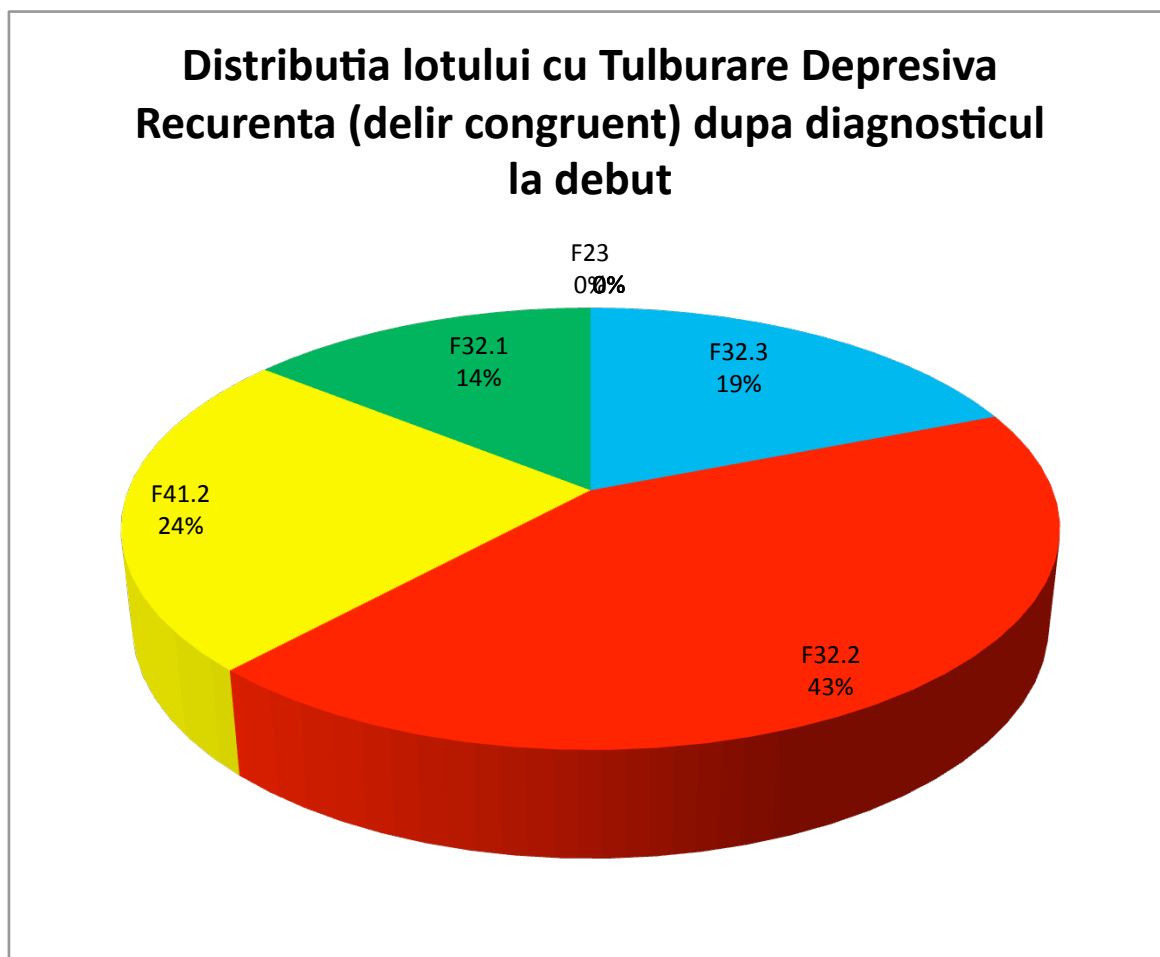


Vârsta medie a subiecților la evaluare a fost de 57.6 ani (dev.std.=6.0 ani), cel mai tânăr subiect având 41 ani și cel mai în vârstă 65 ani.

Vârsta medie a subiecților la debutul bolii a fost de 44.4 ani (dev.std.=8.8 ani), cu cel mai timpuriu debut la 25 ani și cel mai tardiv debut la 56 ani.

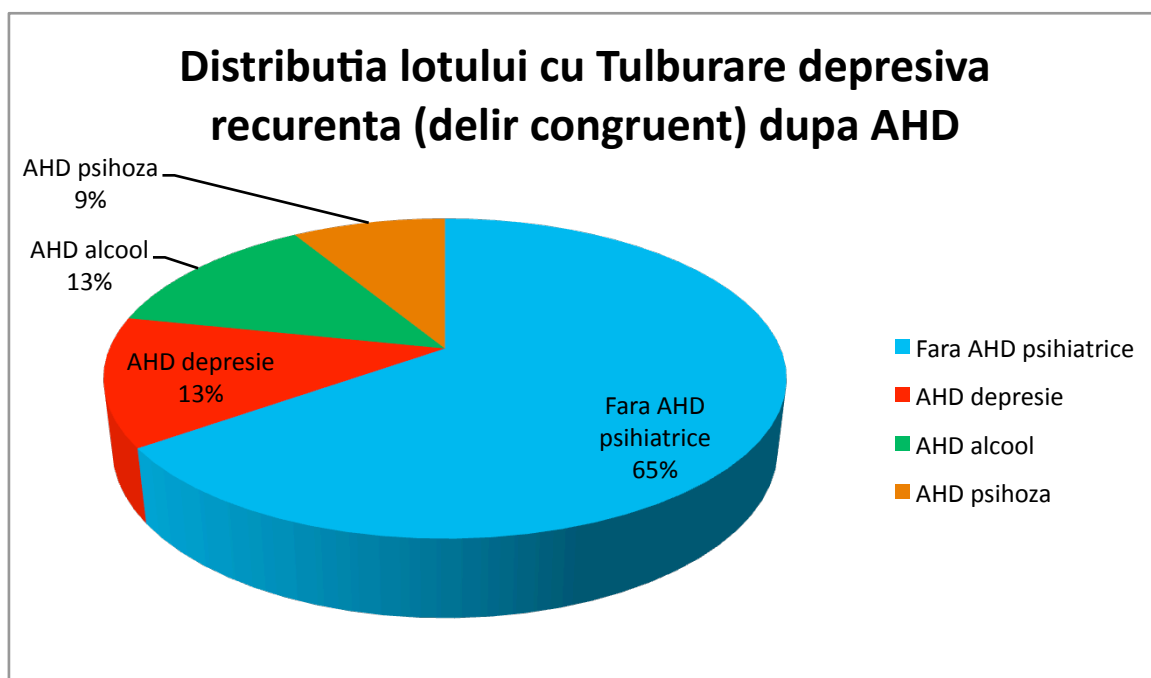
În medie, subiecții au avut o perioadă de evoluție a bolii de 13.1 ani (dev.std.=8.5 ani), cu o perioadă minimă de evoluție de 7 ani și o perioadă maximă de evoluție de 37 ani.

În figurile de mai jos se prezintă distribuția lotului după diagnosticul la debut. Diagnosticul la evaluarea curentă este F33.3 – Tulburare depresivă recurentă, episod depresiv sever, cu simptome psihotice– pentru toate cazurile. Diagnosticile sunt exprimate prin codificarea ICD-10.



Cele mai frecvente diagnostice de debut au fost F32.2 – Episod depresiv sever, fără simptome psihotice (43%), F41.2 – Tulburare anxioasă generalizată (24%) , și F 32.3 – Episod depresiv sever cu simptome psihotice (19%). Este interesant de observat că 67% dintre cazurile care, ulterior, au dezvoltat episoade depresive cu delir congruent, au avut la debut depresie sau anxietate, fără simptome psihotice.

Prezența antecedentelor heredo-colaterale psihiatrice a fost identificată la 31.8% din cazuri, după cum urmează:

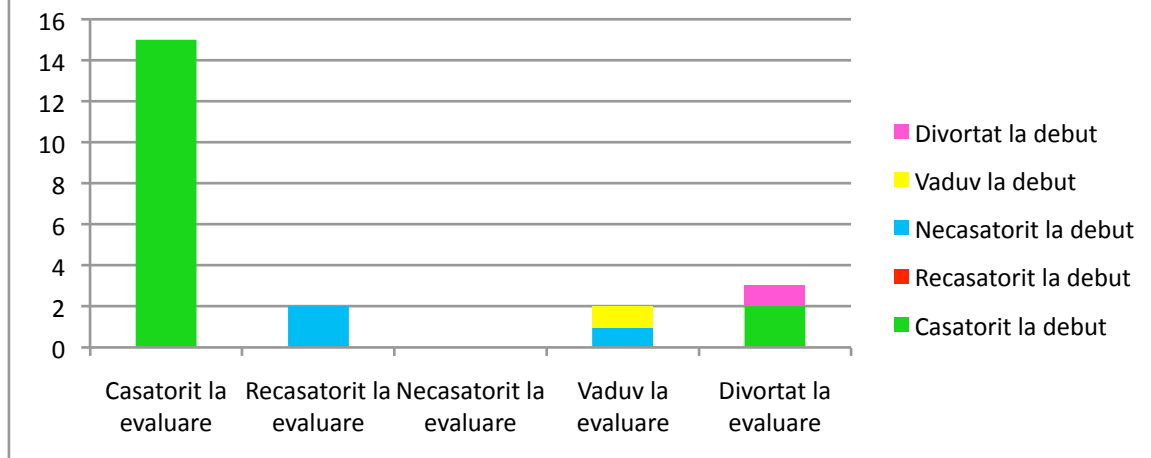


Se poate observa că 13% dintre subiecți au antecedente heredo-colaterale de depresie și tot 13% antecedente heredo-colaterale de consum de alcool.

Mai jos se prezintă statutul marital al subiecților din lotul cu Tulburare depresivă recurentă cu delir congruent (TDRC) comparativ, la debutul bolii și la evaluarea curentă.

| Statut marital Lot TDRC | La evaluare: | | | | |
|----------------------------|--------------|-------------|-------------|-------|----------|
| | Căsătorit | Recăsătorit | Necăsătorit | Văduv | Divorțat |
| La debut | | | | | |
| Căsătorit | 15 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Recăsătorit | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Necăsătorit | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 |
| Văduv | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Divorțat | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

Modificarea statutului marital la lotul cu Tulburare Depresiva Recurenta cu delir Congruent



Din tabelul de mai sus se poate observa că un subiect și-a modificat statutul marital de-a lungul evoluției bolii de două ori – s-a căsătorit și a rămas văduv – și doi subiecți care erau căsătoriți la debutul bolii au divorțat ulterior.

În ceea ce privește statutul profesional, toți cei 22 de subiecți cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir congruent erau integrați profesional la debutul bolii. La evaluarea finală, din cei 22 de subiecți din lot, 21 erau pensionari (95.4%) și un subiect mai era angajat.

În ceea ce privește nivelul de educație, avem:

| Lot TDRC Educație | La evaluare | | | |
|----------------------|-------------|-------|-------------|-----------|
| | Gimnaziu | Liceu | Postliceală | Facultate |
| La debut | | | | |
| 8 clase | 9 | 0 | 0 | 0 |
| Liceu | 0 | 10 | 0 | 0 |
| Postliceală | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Facultate | 0 | 0 | 0 | 2 |

Niciunul din subiecții din lotul cu Tulburare depresivă recurentă cu delir congruent nu și-a modificat nivelul de educație de-a lungul perioadei de evoluție a bolii.

Numărul mediu de episoade pentru lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent (TDRC) a fost de 3.2 episoade (dev.std.=1.2), cu numărul minim de episoade de 2 și numărul maxim de 6.

Având în vedere duratele foarte diferite de evoluție a bolii, s-a calculat numărul mediu de episoade raportat la durata de evoluție (ani), rezultând numărul mediu de episoade de boală pe an de evoluție.

Pentru lotul cu TDRC, numărul mediu de episoade de boală raportate la durata de evoluție este de 0.3 (dev.std.=0.2) cu numărul minim de 0.08 și numărul maxim de 0.8.

Comparând evoluția socio-profesională a subiecților din cele patru loturi, observăm că modificările din statutul marital par aleatorii și nu se poate evidenția un model.

În ceea ce privește statutul profesional însă, se poate observa că lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă, are cea mai mare rată de pensionare, aproape 100%.

În ceea ce privește diagnosticele de debut, este interesant de observat că la lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă majoritatea diagnosticilor de debut nu fac referință la existența simptomelor psihotice (43-67%).

Antecedentele heredo-colaterale de psihoză sunt prezente în proporție de 21-25% la loturile cu Tulburare Paranoid Depresivă, Tulburare Delirantă Persistentă și Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Incongruent și doar de 9% la lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Congruent.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

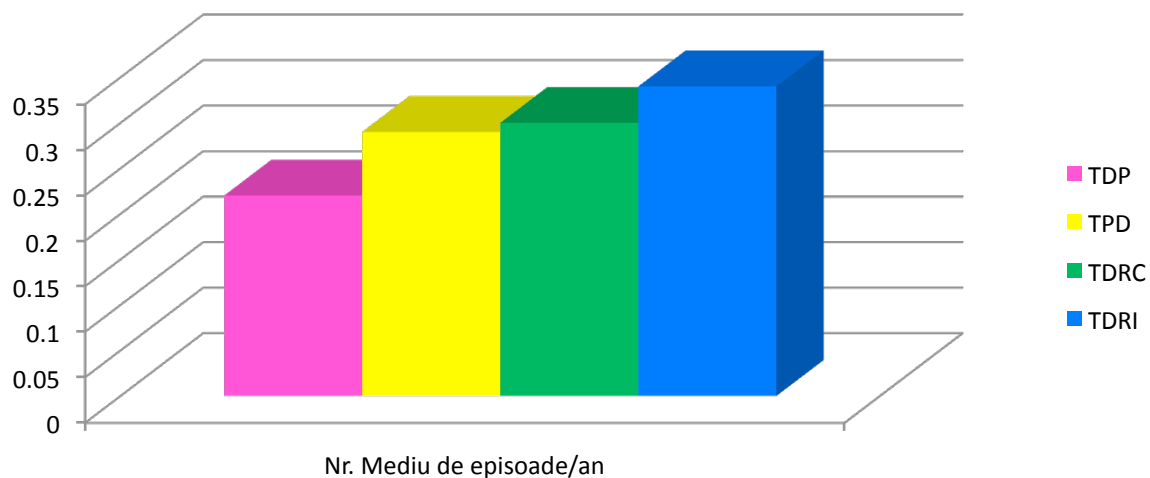
EVOLUȚIA CLINICĂ

Comparație între numărul mediu de episoade raportat la durata de evoluție (ani) - numărul mediu de episoade de boală pe an de evoluție pentru cele 4 loturi.

| | Lot | | | |
|-------------------------------|------------|------------|-------------|-------------|
| | TDP | TPD | TDRC | TDRI |
| Nr.mediu ep/an evoluție | 0.22 | 0.29 | 0.30 | 0.34 |
| Dev.std. | 0.14 | 0.22 | 0.17 | 0.38 |
| Valoare minimă | 0.08 | 0.06 | 0.08 | 0.07 |
| Valoare maximă | 0.60 | 1.15 | 0.85 | 2.0 |

Aplicarea testului de comparație a mediilor Kruskal Wallis Anova indică că nu există diferențe statistic semnificative între numărul mediu de episoade/an de evoluție între loturi. Totuși, se poate observa din figura de mai jos că cel mai mare număr de episoade/an de evoluție se înregistrează la loturile cu Tulburare Depresivă Recurentă (respectiv la lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent).

Comparatie intre numarul mediu de episoade de boala/an de evolutie, pentru cele patru loturi



Numărul mediu de episoade/an pentru grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă este apropiat de cel al grupului cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent (0.29 vs.0.30).

Comparație între vârsta medie la debut între cele patru loturi:

| | Lot | | | |
|-----------------------|----------|----------|----------|----------|
| | TDP | TPD | TDRC | TDRI |
| Vârsta medie la debut | 38.5 ani | 39.3 ani | 44.4 ani | 37.6 ani |
| Dev.std. | 11.5 ani | 10.4 ani | 8.8 ani | 9.8 ani |
| Valoare minimă | 23 ani | 17 ani | 25 ani | 13 ani |
| Valoare maximă | 62 ani | 56 ani | 56 ani | 56 ani |

Aplicarea testului de comparație Kruskal Anova indică că nu există diferențe statistice semnificative între vârsta medie la debut între loturi. Totuși, se poate observa că vârsta medie cea mai mică se înregistrează la lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent. Pentru

lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă, vârsta medie de debut este apropiată de cea a lotului cu Tulburare Delirantă Persistentă.

REZULTATE LA APLICAREA SCALEI SCL-90 (LISTA DE CONTROL A SIMPTOMELOR)

SCL-90 este un inventar multidimensional de autoevaluare a simptomelor dezvoltat de Derogatis (1977). Din punct de vedere istoric, SCL-90 a derivat din Hopkins Symptom Checklist (HSCL), care fusese destinată să măsoare disconfortul și bunăstarea psihologică, ca un criteriu de eficacitate a psihoterapiei. Astfel, scala servește mai mult pentru măsurarea deznodământului și nu este deloc un instrument diagnostic. Scala cuprinde 90 itemi aleși în special din scala Cornell Medical Index și din alte scale, itemi care acoperă 9 arii simptomatologice (somatizare, obsesie compulsie, senzitivitate interpersonală, depresie, anxietate, ostilitate, fobie-anxietate, ideație paranoidă și psihoticism) și 3 indici globali de suferință psihologică. Scala se administrează subiectului ca un auto-chestionar și completarea ei necesită în jur de 15 minute. Ea poate fi citită subiectului, care furnizează răspunsurile conform unei planșe care înfățișează variantele de răspuns. Gradul de suferință psihologică și disconfort se cotează pe o scala Likert cu 5 puncte, de la deloc=0 la extrem=4 și se referă la ultimele 7 zile (o săptămână) din viața subiectului.

Scopul principal al versiunii actuale a scalei SCL-90-R este de a fi folosită ca un instrument de screening pentru determinarea tipului și severității unor variate simptome mentale. Ea poate fi utilizată și pentru aprecierea evoluției simptomelor în timp, sub o intervenție terapeutică sau recuperatorie.

Scala cuprinde 90 de acuze corporale și psihice influențate de boală grupate în 9 scale în felul următor:

1. *Scala de somatizare* – care conține 12 itemi și reflectă distresul ce apare ca urmare a percepției disfuncției corporale, acuzele sunt centrate pe gastrointestinal, respirator, disconfortul muscular.
2. *Obsesiv-compulsiv* – gânduri, impulsuri, acțiuni ce sunt interpretate ca irezistibile.
3. *Depresie* – majoritatea simptomelor sunt specifice sindromului depresiv; apar simptome de lipsă a interesului și motivației, pierdere a energiei, stare disforică, sentimente de neajutorare, gânduri suicidare.
4. *Anxietate* – simptomele sunt asociate cu stările anxioase, se caracterizează prin nervozitate, tensiune, sentimente de panică.

5. *Ostilitate* – apar gânduri, sentimente cu caracteristici negative, furie manifestată prin agresivitate.
6. *Anxios-fobic* – se referă la manifestări ale fobiei față de diverse obiecte, anxietatea fobică este definită ca irațională și disproporționată față de stimul, de unde rezultă un comportament de evitare.
7. *Ideație paranoidă* - reprezentată ca fiind un mod distorsionat de gândire, grandoare, suspiciune, pierderea autonomiei, lipsa încrederii.
8. *Socializare* – sentimentul de inferioritate față de ceilalți, autodeprecieri, jenă.
9. *Psihoticism* – reflectă distresul asociat cu relația interpersonală, sentimentul de izolare, halucinație cu gândire schizoidă.

Pentru fiecare din cele 9 subscale au fost comparate scorurile medii obținute de pacienții din cele 4 loturi investigate. Având în vedere numărul mic de cazuri din fiecare subplot, au fost utilizate teste statistice non-parametrice.

Au fost comparate valorile medii (medianele) utilizând testul Kruskal-Anova. Compararea s-a făcut pentru toate combinațiile de câte două loturi. În tabelul de mai jos se prezintă doar diferențele statistice semnificative găsite.

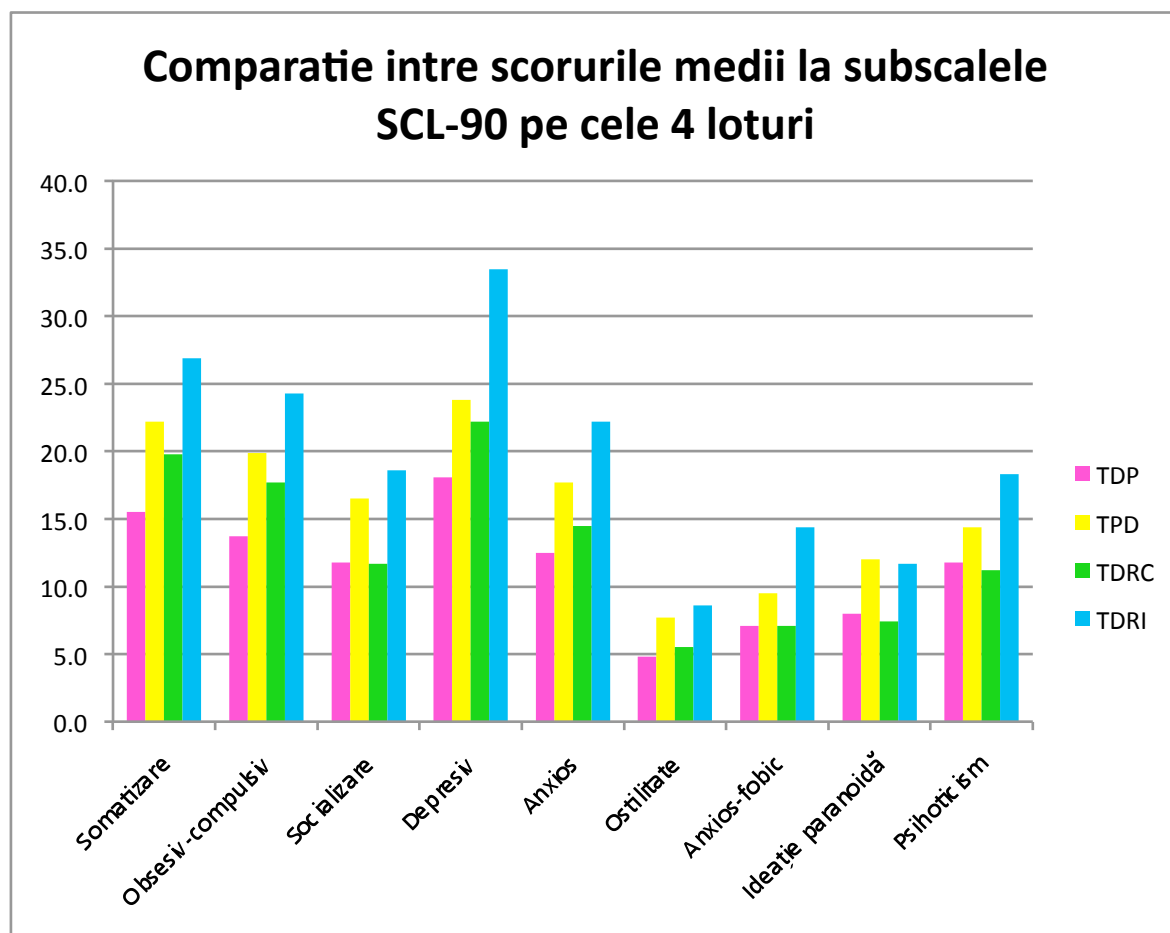
| Subscala SCL-90 | Valoare medie (mediană) | | | | | |
|-----------------------|-------------------------|---------|----------|----------|--|---|
| | Lot TDP | Lot TPD | Lot TDRC | Lot TDRI | Dif.stat. | Interpretarea dif.stat. a medianelor |
| Somatizare | 15.5 | 22.2 | 19.8 | 26.9 | Z=3.7 pentru TDP vs. TDRI | p= 0.001 pentru TDP vs. TDRI |
| Obsesiv- compulsiv | 13.7 | 19.9 | 17.7 | 24.3 | Z=3.9 pentru TDP vs. TDRI | p=0.0005 pentru TDP vs. TDRI |
| Socializare | 11.8 | 16.5 | 11.7 | 18.6 | Z=3.1 pentru TDP vs. TDRI și Z = 3.3 pentru TDRC vs TDRI | p = 0,01 pentru TDP vs. TDRI și p = 0.006 pentru TDRC vs. TDRI |

| Subscala SCL-90 | Valoare medie (mediană) | | | | | |
|-------------------|-------------------------|---------|----------|----------|---|--|
| | Lot TDP | Lot TPD | Lot TDRC | Lot TDRI | Dif.stat. | Interpretarea dif.stat. a medianelor |
| Depresiv | 18.1 | 23.8 | 22.2 | 33.5 | Z = 4.2 pt. TDP vs. TDRI și Z = 3.0 pt. TDRC vs. TDRI | p=0.00 pt. TDP vs. TDRI și p = 0.02 pt TDRC vs. TDRI |
| Anxios | 12.5 | 17.7 | 14.5 | 22.2 | Z = 3.1 pt TDP vs. TDRI | p = 0.009 pt TDP vs. TDRI |
| Ostilitate | 4.8 | 7.7 | 5.5 | 8.6 | Z= 3.3 pt TDP vs. TDRI | p = 0.005 pt TDP vs TDRI |
| Anxios-fobic | 7.1 | 9.5 | 7.1 | 14.4 | Z = 3.4 pt TDP vs. TDRI și Z = 3.4 pt TDRC vs. TDRI | p=0.003 pt TDP vs. TDRI și p = 0.004 pt TDRC vs TDRI |
| Ideație paranoidă | 8.0 | 12.0 | 7.4 | 11.7 | - | - |
| Psihoticism | 11.8 | 14.4 | 11.2 | 18.3 | Z = 2.7 pt TDRC vs TDRI | p = 0.04 pt TRDC vs. TDRI |

Diferențe semnificative statistic se înregistrează în special între grupul Tulburărilor Delirante Persistente și grupul Tulburărilor Depresive Recurente cu delir incongruent, și, în măsură mai mică, între grupul Tulburărilor Depresive Recurente cu delir incongruent și grupul Tulburărilor Depresive Recurente cu delir congruent. Diferențele între grupul TDP și TDRI apar pe subscalele de somatizare, obsesie-compulsie, socializare, anxietate, ostilitate și anxietate-fobie, în toate cazurile

media scorurilor fiind mai mare pentru TDRI decât pentru TDP. Diferențele între grupul TDRI și TDRC apar la subscalele de socializare, depresie, anxietate-fobie și psihoticism, în toate cazurile media scorurilor fiind mai mare pentru grupul TDRI decât pentru TDRC.

În figura de mai jos se prezintă comparativ scorurile medii obținute pentru fiecare grup la cele 9 subscale ale SCL-90.



Se poate observa în figura de mai sus faptul că, cu excepția subscalei de Ideatie Paranoida, lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent înregistrează cele mai mari scoruri. Lotul cu Tulburare Paranoide Depresivă se situează pe locul 2, iar pentru subscala de Ideatie Paranoida, pe locul 1.

Rezultatele testului Kruskal-Wallis indică faptul că severitatea simptomelor de somatizare, obsesie-compulsie, socializare, anxietate, ostilitate și anxietate-fobie este semnificativ mai mare în cazul pacienților cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent, decât pentru pacienții cu Tulburare Delirantă Persistentă. De asemenea, intensitatea simptomelor de socializare, depresie, anxietate-fobie și psihoticism este semnificativ mai mare pentru pacienții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent.

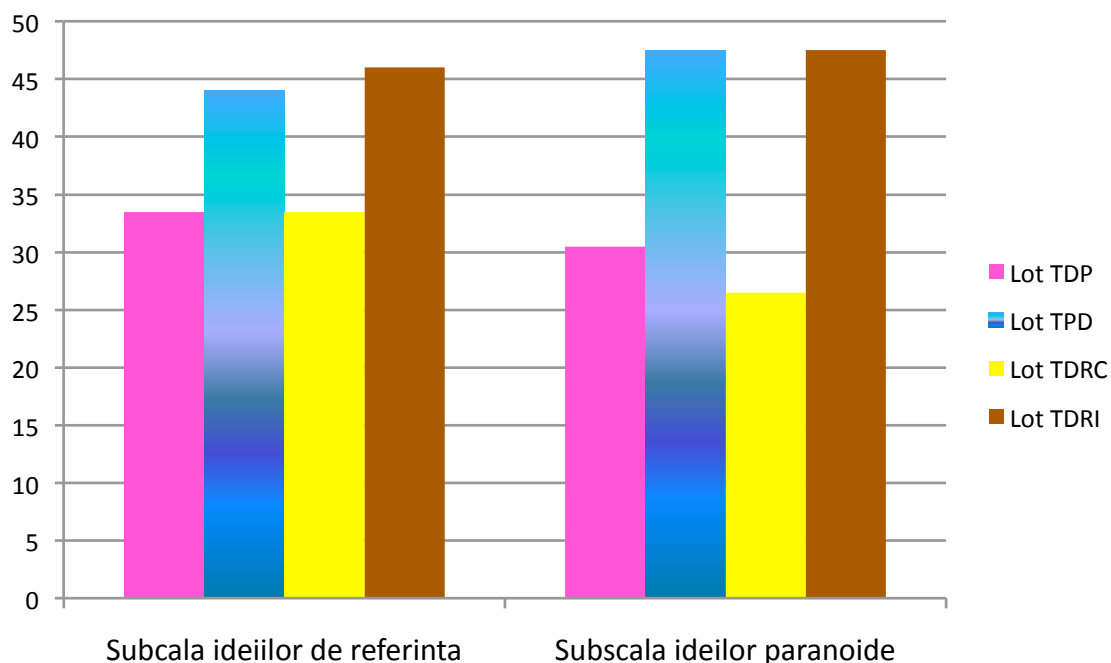
Nu există diferențe semnificative privind intensitatea simptomelor evaluate cu subscalele SCL-90 între celelalte grupuri analizate, deci nici pentru grupul Tulburărilor Paranoid Depresive.

SCALA GÂNDURILOR PARANOIDE

Aceasta a fost dezvoltată în 2008 de Green, Freeman, Kuipers, pentru a evalua/măsura ideile de persecuție și de referință socială, sub forma unei scale simple împărțite în două subscale cu câte 16 întrebări. Fiecare întrebare este cotate de la 1 la 5, cu 1 reprezentând absența simptomului, și 5 intensitatea maximă. Prima subscală reprezintă gânduri de referință, iar cea de-a doua subscală idei de persecuție.

| Scala Gândurilor Paranoide | Valoare medie (mediană) | | | | | Dif.stat. | Interpretarea dif.stat. a medianelor |
|-------------------------------------|-------------------------|------------|-------------|-------------|--|---|--|
| | Lot TDP | Lot TPD | Lot TDRC | Lot TDRI | | | |
| Subscala ideilor de referință | 33.5 | 44.0 | 33.5 | 46.0 | Z = 2.9, TDP vs TDRI, și Z= 3.1 pt TDRC vs TDRI | p = 0.02 pt TDP vs TDRI și p = 0.01 pt TDRC vs TDRI | |
| Subscala ideilor paranoide | 30.5 | 47.5 | 26.5 | 47.5 | Z=3.2, TDRC vs. TDRI | p = 0.008, pt TDRC vs. TDRI | |

Comparatie intre media scorurilor la scala Gandurilor Paranoide (cu subscale) pentru cele 4 loturi



Rezultatele testului de diferență a mediilor indică existența unei diferențe semnificative între grupul cu Tulburare Delirantă Persistentă și cel cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent și grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent și Tulburarea Depresivă Recurentă cu delir Congruent, în ceea ce privește intensitatea ideilor de referință. Acest lucru arată că intensitatea ideilor de referință este semnificativ mai mare la grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent, decât la grupul cu Tulburare Delirantă Persistentă, și grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent.

În ceea ce privește subscalele ideilor de persecuție, scorurile medii pentru grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent sunt semnificativ mai mari, decât scorurile medii pentru grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent, indicând că intensitatea ideilor de persecuție este semnificativ mai mare la grupul cu delir incongruent, decât la cel cu delir congruent.

De observat că scorurile la această scală (a Gândurilor Paranoide) pentru grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă sunt mai mari decât scorurile medii ale grupurilor cu Tulburare Delirantă Persistentă și Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Congruent, și apropiate de scorurile medii ale grupului cu Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Incongruent. Acest fapt relevă că la subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă ideile de referință și ideile de persecuție sunt apropiate ca intensitate de cele ale grupului cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent,

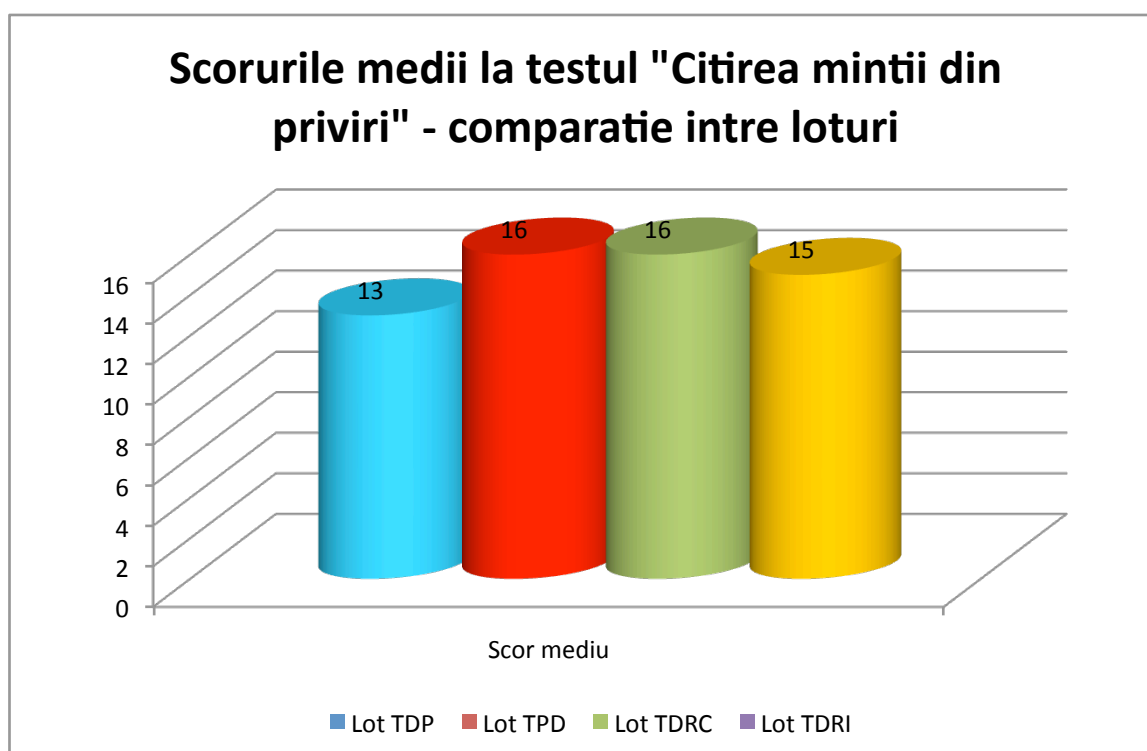
intensitatea acestor idei fiind mai mare decât a subiecților cu Tulburare Delirant Persistentă și Tulburare Depresiv Recurentă cu delir Congruent.

COGNIȚIE SOCIALĂ - TEORIA MINȚII

„READING THE MIND IN THE EYES” – TESTUL DE INTERPRETARE A PRIVIRII

Testul prezintă un număr de 36 de imagini, prezentând partea superioară a unei fețe umane (ochii). Subiectului i se cere să recunoască emoția pe care o exprimă privirea umană, alegând dintr-un set de patru răspunsuri posibile. Scorul normal este între 22-30 puncte. Un scor peste 30 indică ușurință în recunoașterea emoțiilor exprimate prin privirea umană, iar un scor de sub 22 de puncte, dificultăți.

| Testul „Reading the mind in the eyes” | Valoare medie (mediană) | | | | | |
|--|-------------------------|------------|-------------|-------------|-----------|--|
| | Lot TDP | Lot TPD | Lot TDRC | Lot TDRI | Dif.stat. | Interpretarea dif.stat. a medianelor |
| Scor mediu | 13.0 | 16.0 | 16.0 | 15.0 | - | - |

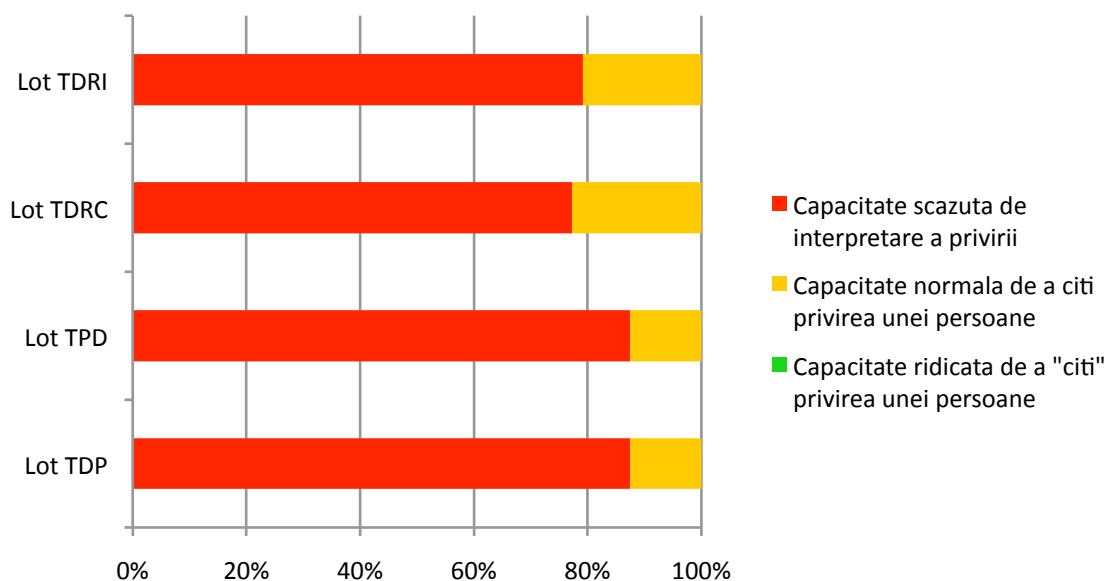


Se observă că scorurile sunt cel mult în jurul valorii medii (15-16) pentru toate loturile, ceea ce indică pentru toți subiecții o capacitate mai mică, decât cea considerată ”normală”, de recunoaștere a emoțiilor umane. Acest lucru este confirmat și de distribuția scorurilor, evidențiată în tabelul de mai jos:

| Scoruri la testul „Reading the Mind in the Eye” | Lot TDP | | Lot TPD | | Lot TDRC | | Lot TDRI | |
|---|-----------------|------|-----------------|------|-----------------|------|-----------------|------|
| | Nr. subiecți | % | Nr. subiecți | % | Nr. subiecți | % | Nr. subiecți | % |
| 1-22 (capacitate scăzută de interpretare a privirii unei persoane) | 21 | 87.5 | 21 | 87.5 | 17 | 77.3 | 19 | 79.2 |
| Scor 22-30 (capacitate normală de a „citi” privirea unei persoane” | 3 | 12.5 | 3 | 12.5 | 5 | 22.7 | 5 | 20.8 |
| Scor >30 (capacitate crescută de a înțelege din privire ce gândește o persoană) | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |

Majoritatea subiecților din toate cele patru loturi (77.3-87.5%) au o capacitate mai scăzută decât cea normală de a recunoaște emoțiile umane.

Distributia loturilor dupa scorurile obtinute la scala "Citirea mintii din priviri"



Se poate observa că cea mai mare pondere a subiecților care au o capacitate scăzută de citire a expresiei unei persoane în priviri este în loturile cu Tulburare Delirantă Persistentă și Tulburare Paranoid Depresivă. Proporțiile sunt egale: 87.5%.

Nu există diferențe statistic semnificative între media scorurilor obținute de subiecții din cele patru loturi investigate. Trebuie observat că toate scorurile medii se situează sub limita normală, indicând existența unor dificultăți de recunoaștere a emoțiilor umane din privire pentru toții subiecții. Cel mai mic scor a fost înregistrat de subiecții din lotul cu Tulburare Delirantă Persistentă, subiecții din celelalte trei loturi înregistrând scoruri apropiate.

SCALA COGNIȚIEI SOCIALE PENTRU PSIHOZĂ – GEOPTE

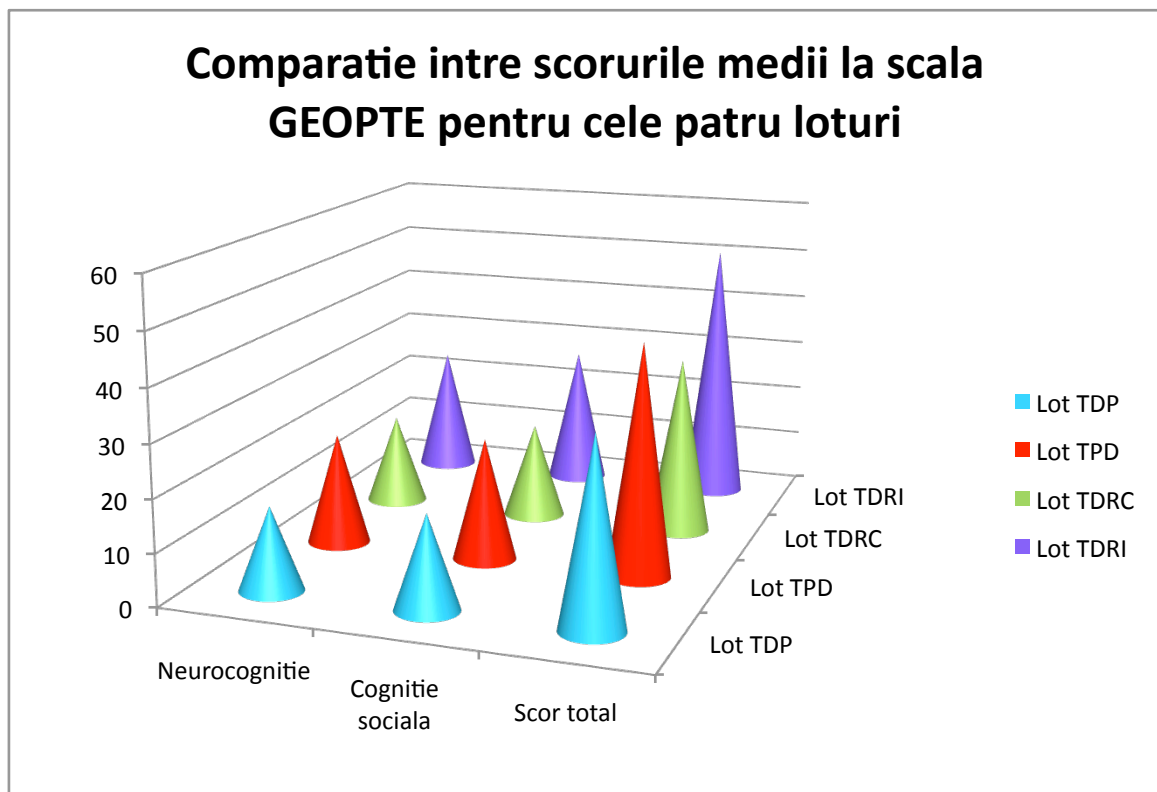
Scala GEOPTE este o scală destinată evaluării cogniției sociale a persoanelor suferinde de psihoză. Scala este concepută pentru a fi completată de către pacienți și conține un număr de 15 itemi, cotați de la 1 (niciodată) la 5 (frecvent). Cu cât scorul este mai mare, cu atât deficitul cogniției sociale este mai mare. Primii șapte itemi ai scalei au ca scop evaluarea neurocogniției (atenție, percepție, memorie, procesare a limbajului, abilități vizuo-spațiale, funcții executive), iar următorii itemi se referă la evaluarea deficitului de cogniție socială propriu-zisă. Scala a fost dezvoltată de un grup de cercetători din Spania (Grupul Spaniol pentru Optimizarea și Tratamentul Schizofreniei) în 2003. Scala nu a fost calibrată pentru populația din România.

| Scala GEOPTE | Valoare medie (mediană) | | | | | |
|---------------------|-------------------------|------------|-------------|-------------|---|---|
| | Lot TDP | Lot TPD | Lot TDRC | Lot TDRI | Dif.stat. | Interpretarea dif.stat. a medianelor |
| Neurocogniție | 16.0 | 21.5 | 17.5 | 24.5 | Z=3.6 pt TDP vs TDRI și z = 2.7 pt TDRC vs. TDRI | P=0.00 pt TDP vs. TDRI și p = 0.02 pt TDRC vs. TDRI |
| Cogniție socială | 18.0 | 23.5 | 18.5 | 27.0 | Z = 3.9 pt TDP vs. TDRI și z = 3.6 pt TDRC vs. TDRI | P = 0.00 pt TDP vs. TDRI și p = 0.00 pt TDRC vs. TDRI |
| Scor total | 35.5 | 44.5 | 34.5 | 51.0 | Z = 3.7 pt. TDP vs. TDRI, z =3.2 pt | P=0.00 pt TDP vs. TDRI, p = 0.006 pt TDRC vs. |

| Scala GEOPTE | Valoare medie (mediană) | | | | | |
|-----------------|-------------------------|------------|-------------|-------------|--------------------|--|
| | Lot TDP | Lot TPD | Lot TDRC | Lot TDRI | Dif.stat. | Interpretarea dif.stat. a medianelor |
| | | | | | TDRC vs TDRI | TDRI |

Având în vedere modul de cotare al scalei, valorile pentru Neurocogniție variază de la 0 (fără deficit neurocognitiv) la 35 (deficit neurocognitiv maxim), iar valorile pentru Cogniția socială de la 0 (fără deficit cognitiv social) la 40 (deficit de cogniție socială maxim). Scorul total variază între 0 și 75.

Scorurile medii pentru „normal” variază în jurul valorii de 21 pentru neurocogniție, 24 pentru cogniție socială și 45 pentru scorul total. Scorurile peste această valoare indică existența unui deficit.



Se poate observa că loturile cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent și cel cu Tulburare Paranoid Depresivă au avut scorurile cele mai mari. Din acest punct de vedere – al cogniției sociale și neurocogniției – subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă par să fie mai apropiați ca performanță de subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent.

Scorul la itemii ce evaluează neurocogniția sunt peste valorile considerate normale la lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă și lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent. Scorul la itemii ce evaluează cogniția socială sunt peste valorile normale doar la Lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent, iar scorul total este peste valoarea normală doar la lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent.

Trebuie menționat, însă, că evaluarea situațiilor este subiectivă și se face de către subiect, prin urmare, până la validarea scalei pe populația românească, observațiile de mai sus trebuie considerate doar ca supoziții de lucru.

Testul de diferență a medianelor indică existența unor diferențe statistic semnificative între grupul cu Tulburare Delirantă Persistentă și grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent, în ceea ce privește atât neurocogniția, cât și și cogniția socială, grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent având un deficit neurocognitiv și de cogniție socială semnificativ mai mare decât grupul cu Tulburare Delirantă Persistentă. Subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent au, de asemenea, un scor și un deficit semnificativ mai mare al neurocogniției și al cogniției sociale, decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent.

Grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă se situează, din punct de vedere al scorurilor, imediat sub grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent, având scoruri mai mari decât grupul cu Tulburare Delirantă Persistentă și grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent, ceea ce indică faptul că deficitul neurocognitiv și de cogniție socială este mai mare decât al acestora și similar cu cel al grupului cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent.

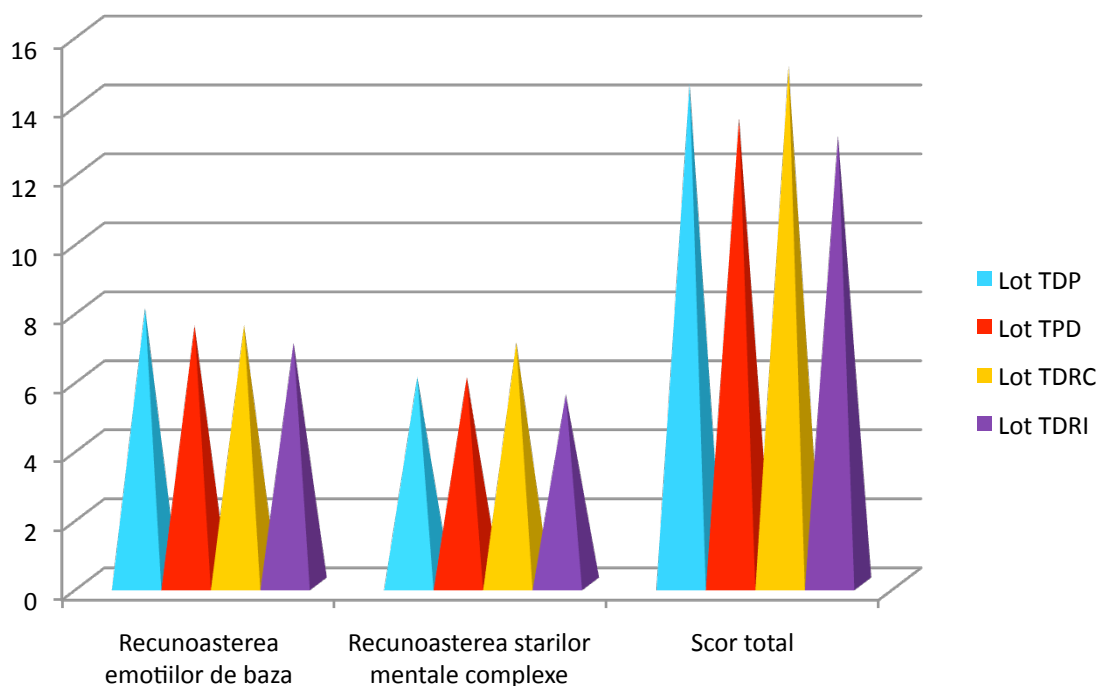
CAPACITATEA DE INTERPRETARE A EXPRESIILOR FACIALE

Un important aspect al cogniției sociale este capacitatea de a recunoaște emoțiile umane, precum și stările mentale și emoționale ale celorlalți. Acesta este un aspect important al capacității de relaționare și empatie. În vederea evaluării capacității subiecților din cele patru loturi de a recunoaște emoțiile umane, a fost utilizat un test cuprinzând 20 de imagini ale unor fețe umane. 10 dintre acestea exprimă emoții de bază (fericire, tristețe, furie, teamă, surprindere, dezgust, disconfort; deoarece cf. Eckman și Friesen există doar 7 emoții de bază, surprinderea, fericirea și furia au fost repetate) și 10 stări mentale complexe (intrigă, vinovăție, meditație, admirație, scepticism, flirtare, plictis, interes și aroganță; pentru interes au fost utilizate două poze).

Fiecare poză este însoțită de două cuvinte reprezentând stări emoționale, respectiv mentale, iar subiectul este invitat să aleagă cuvântul care reprezintă starea înfățișată în poză.

| Testul de recunoaștere a expresiilor faciale | Valoare medie (mediană) | | | | | |
|--|-------------------------|---------|----------|----------|-------------------|--------------------------------------|
| | Lot TDP | Lot TPD | Lot TDRC | Lot TDRI | Dif.stat. semnif. | Interpretarea dif.stat. a medianelor |
| Emoții de bază | 8.0 | 7.5 | 7.5 | 7.0 | - | - |
| Stări mentale complexe | 6.0 | 6.0 | 7.0 | 5.5 | - | - |
| Scor total | 14.5 | 13.5 | 15.0 | 13.0 | - | - |

Comparatie intre rezultatele la testul de recunoastere a expresiilor faciale pentru cele patru loturi



Testul de diferență a mediilor arată că nu există diferențe între grupuri, în ceea ce privește capacitatea de recunoaștere a emoțiilor umane sau a stărilor mentale complexe.

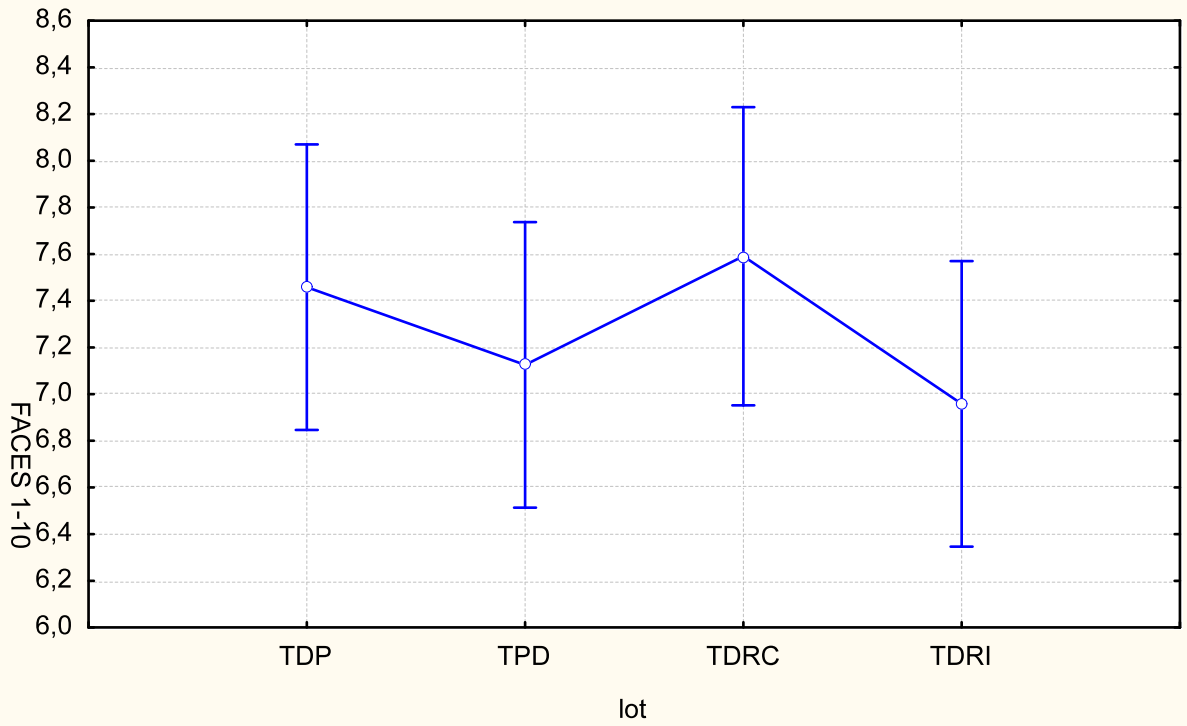
De observat că cele mai bune scoruri au fost înregistrate de grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent, iar cele mai slabe de grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent. Așa cum era de așteptat, scorurile pentru recunoașterea stărilor mentale complexe sunt mai mici decât cele pentru recunoașterea emoțiilor primare, dar diferențele sunt minime. Subiecții din toate grupurile au recunoscut mai mult de jumătate din expresiile prezentate, ceea ce arată că rezultatele nu pot fi atribuite doar norocului (selecției aleatorii).

lot; LS Means

Wilks lambda=,90856, F(9, 214,32)=,95700, p=,47678

Effective hypothesis decomposition

Vertical bars denote 0,95 confidence intervals



SCALA FUNCȚIONĂRII SOCIALE

SFS - THE SOCIAL FUNCTIONING SCALE

Cuprinde 7 sub-scale acoperind următoarele domenii de funcționare:

1. angajarea/retragerea socială: timpul petrecut singur, inițierea de conversații, evitarea socială
2. comportamentul/relațiile interpersonale: numărul de prieteni, numărul de contacte heterosexuale, calitatea comunicării
3. activitățile pro-sociale (angajarea într-o serie de activități desfășurate în comun, de exemplu sportive)
4. activități desfășurate în timpul liber: angajarea în activități recreative comune: hobby-uri, interese, etc.
5. independența-competența: capacitatea de a duce o viață independentă, respectiv deținerea abilităților necesare pentru a duce o viață independentă
6. independența-performața: exercitarea abilităților de viață independentă
7. munca/ocupația: angajarea în activități productive sau într-un program structurat de activități zilnice. Nu a fost cuprinsă în acest studiu deoarece s-au colectat separat date privind statutul ocupațional al subiecților.

| Subscală SFS | Număr itemi subscală | Cotare itemi subscală | Scor minim | Scor maxim |
|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|---|--------------------------------------|
| Angajare/retragere socială | 5 | 0-3 | 0 Retragere socială maximă | 15 Angajare socială bună |
| Relații interpersonale | 4 | 0-3 | 0 Lipsa comunicării /relațiilor interpersonale | 12 Comunicare interpersonală bună |
| Independența - performanța | 13 | 0-3 | 0 Lipsa performanței independente | 39 Performanță independentă bună |
| Activități recreative | 15 | 0-3 | 0 Lipsa activităților recreative | 45 Activități recreative dese |
| Activități sociale | 22 | 0-3 | 0 | 66 |

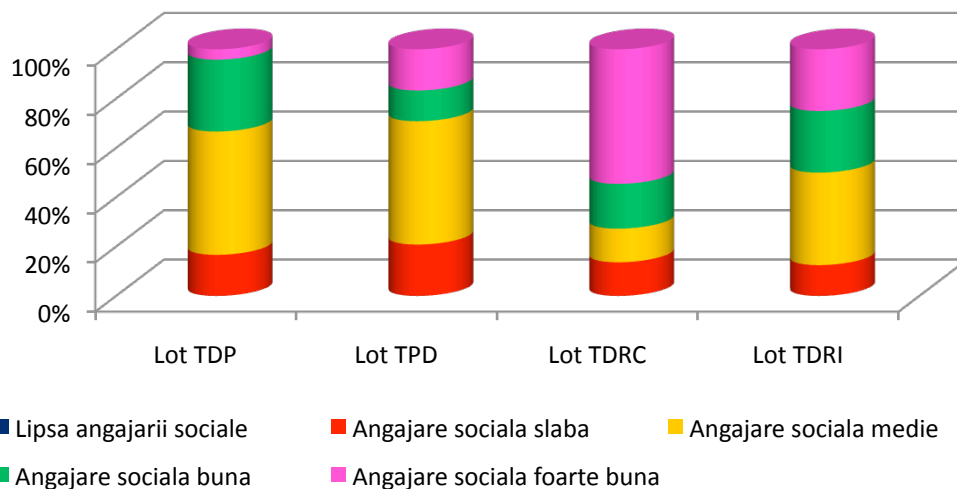
| Subscală SFS | Număr itemi subscală | Cotare itemi subscală | Scor minim | Scor maxim |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|--|---|
| | | | Lipsa angajării sociale | Angajare în activități sociale bună |
| Independența - competența | 13 | 0-3 | 0 Lipsa abilităților de a duce o viață independentă | 39 Competență bună pentru viață independentă |

Subscala Angajării/Retragerii Sociale

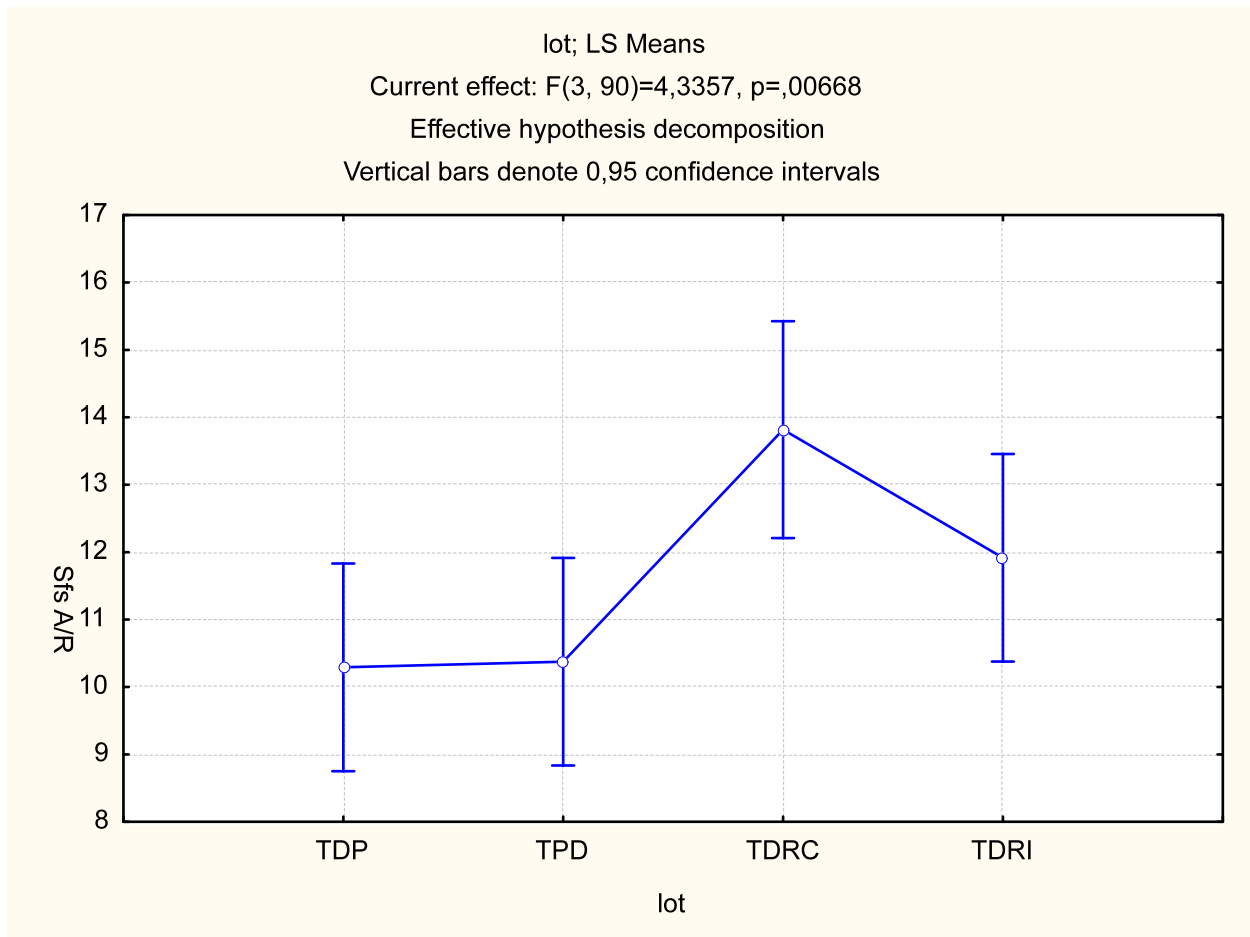
| Social Functioning Scale: subscala Angajare/Retragere Socială | Comparație între loturi | | | | | | | |
|---|-------------------------|-----|------|------|-------------|------|------|------|
| | Nr. subiecți | | | | Procent (%) | | | |
| | TDP | TPD | TDRC | TDRI | TDP | TPD | TDRC | TDRI |
| Lipsa angajării sociale (scor 0-3) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Angajare socială slabă (scor 4-7) | 4 | 5 | 3 | 3 | 16.7 | 20.8 | 13.6 | 12.5 |
| Angajare socială medie (scor 8-11) | 12 | 12 | 3 | 9 | 50.0 | 50.0 | 13.6 | 37.5 |
| Angajare socială bună (scor 12-15) | 7 | 3 | 4 | 6 | 29.2 | 12.5 | 18.2 | 25.0 |
| Angajare socială foarte bună (scor >16) | 1 | 4 | 12 | 6 | 4.1 | 16.7 | 54.5 | 25.0 |

Se poate observa că lotul cu Tulburare Delirantă Persistentă și cel cu Tulburare Paranoid Depresivă au cei mai mulți subiecți (50.0%) cu o angajare socială medie, iar la lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent și Congruent cei mai mulți subiecți au o angajare socială bună și foarte bună (72.7% respectiv 50.0%).

Distributa loturilor dupa scorurile la scala SFS - subscala angajarii sociale



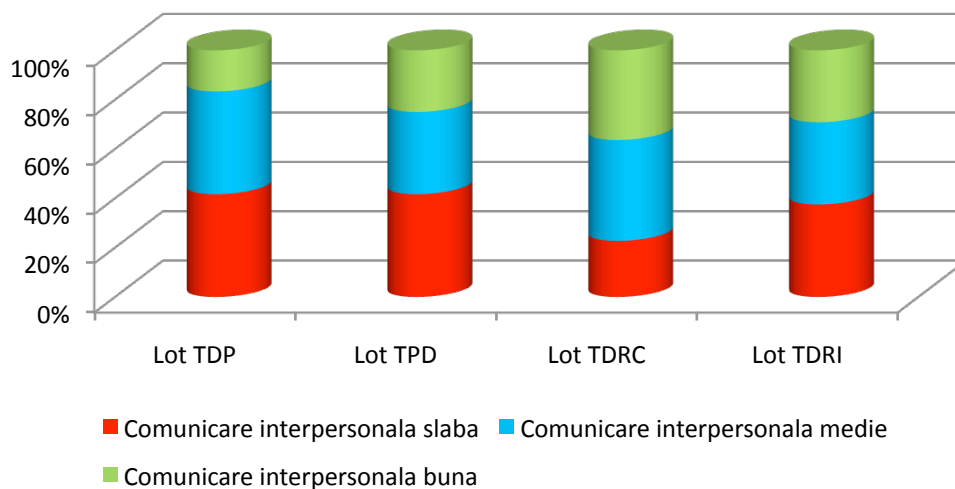
Aplicarea testului ANOVA (one-way ANOVA) arată existența unei diferențe statistic semnificative ($F=4.3$, $p = 0.00$) între grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent și celelalte grupuri. Testele post-hoc (Fisher LSD) indică că grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent diferă semnificativ de grupurile cu Tulburare Delirantă Persistentă ($p=0.002$) și Tulburare Paranoid Depresivă ($p=0.003$). Corelat cu graficul de mai sus, putem spune că angajarea socială foarte bună este semnificativ mai frecvent (des) prezentă la subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent, decât la cei cu Tulburare Delirantă Persistentă sau cei cu Tulburare Paranoid Depresivă.



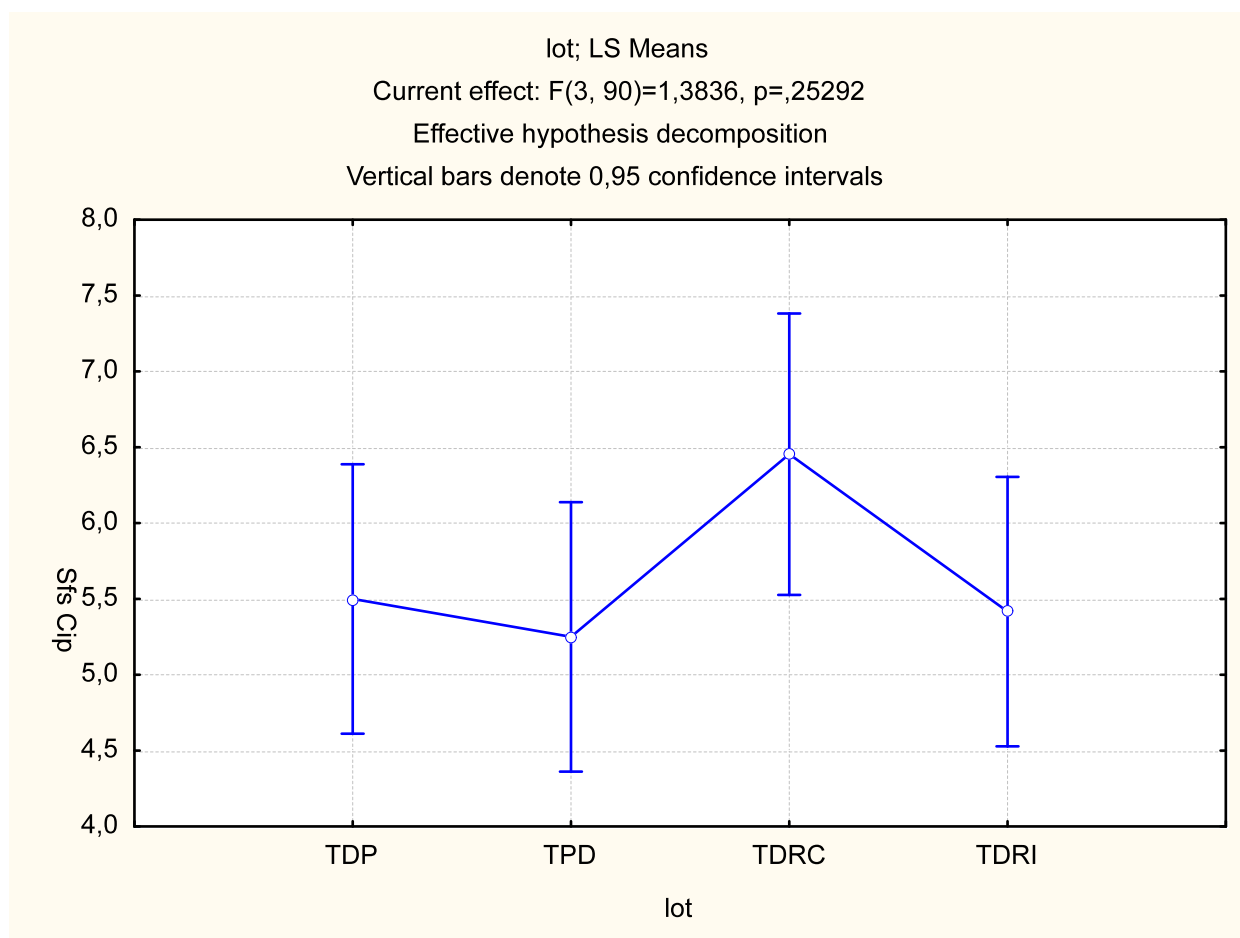
Subscala Comunicare/Relații interpersonale:

| Social Functioning Scale: subscala Relații/Comunicare Interpersonală | Comparație între loturi | | | | | | | |
|---|-------------------------|-----|------|------|-------------|------|------|------|
| | Nr. subiecți | | | | Procent (%) | | | |
| | TDP | TPD | TDRC | TDRI | TDP | TPD | TDRC | TDRI |
| Comunicare interpersonală slabă (scor 0-4) | 10 | 10 | 5 | 9 | 41.7 | 41.7 | 22.7 | 37.5 |
| Comunicare interpersonală medie (scor 5-7) | 10 | 8 | 9 | 8 | 41.6 | 33.3 | 41.0 | 33.3 |
| Comunicare interpersonală bună (scor 8-12) | 4 | 6 | 8 | 7 | 16.7 | 25.0 | 36.3 | 29.2 |

Distributia loturilor dupa scorurile la scala SFS - subscala comunicare interpersonală



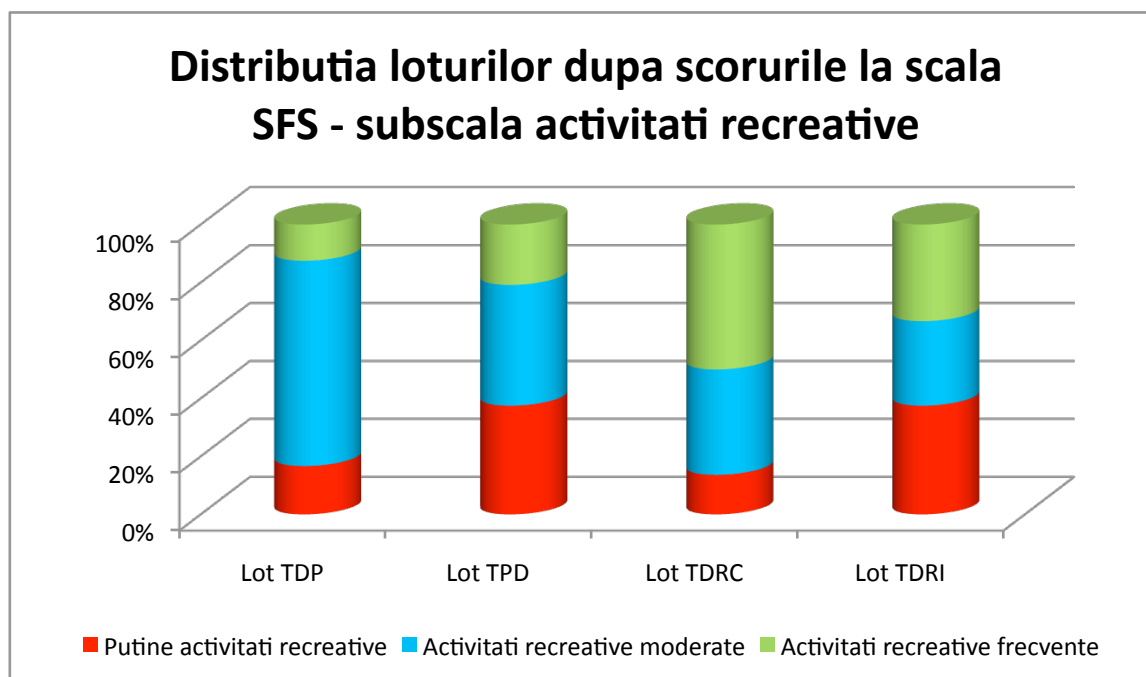
Se poate observa că cei mai mulți subiecți din grupul cu Tulburare Delirantă Persistentă și grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă au o comunicare interpersonală slabă, iar cei din grupurile cu Tulburare Depresivă Recurentă au în majoritate o comunicare interpersonală medie și bună.



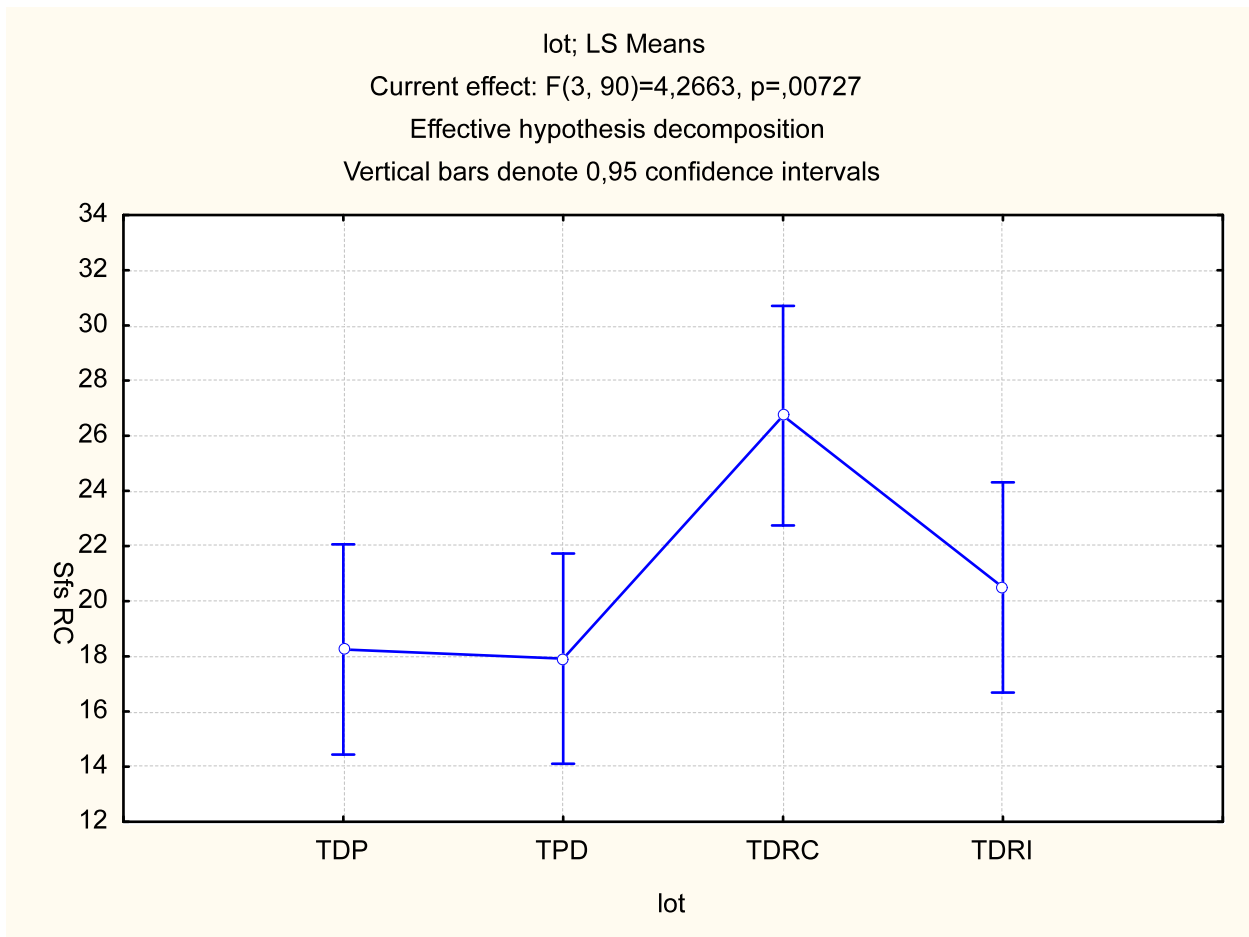
Aplicarea testului ANOVA (one-way ANOVA) arată că nu există diferențe statistice semnificative ($F=1.4$, $p = 0.2$) între grupuri, în ceea ce privește comunicarea interpersonală.

Subscala Activităților Recreative

| Social Functioning Scale: subscala Activități recreative | Comparație între loturi | | | | | | | |
|---|-------------------------|-----|------|------|-------------|------|------|------|
| | Nr. subiecți | | | | Procent (%) | | | |
| | TDP | TPD | TDRC | TDRI | TDP | TPD | TDRC | TDRI |
| Puține activități recreative (scor 0-14) | 4 | 9 | 3 | 9 | 16.7 | 37.5 | 13.6 | 37.5 |
| Activități recreative moderate (scor 15-29) | 17 | 10 | 8 | 7 | 70.8 | 41.7 | 36.4 | 29.2 |
| Activități recreative frecvente (scor 30-45) | 3 | 5 | 11 | 8 | 12.5 | 20.8 | 50.0 | 33.3 |



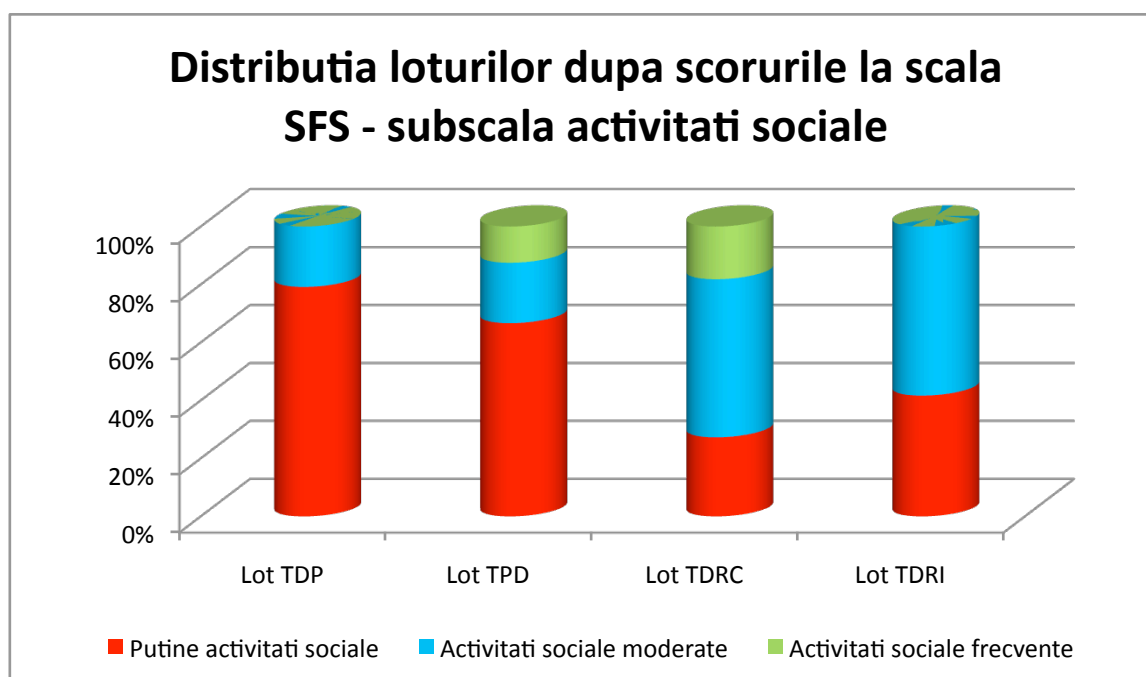
Cei mai mulți subiecți din grupul cu Tulburare Delirantă Persistentă și Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent au activități recreative moderate și frecvente (83.3%, respectiv 86.4%). 37.5% dintre subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă și Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent au puține activități recreative.



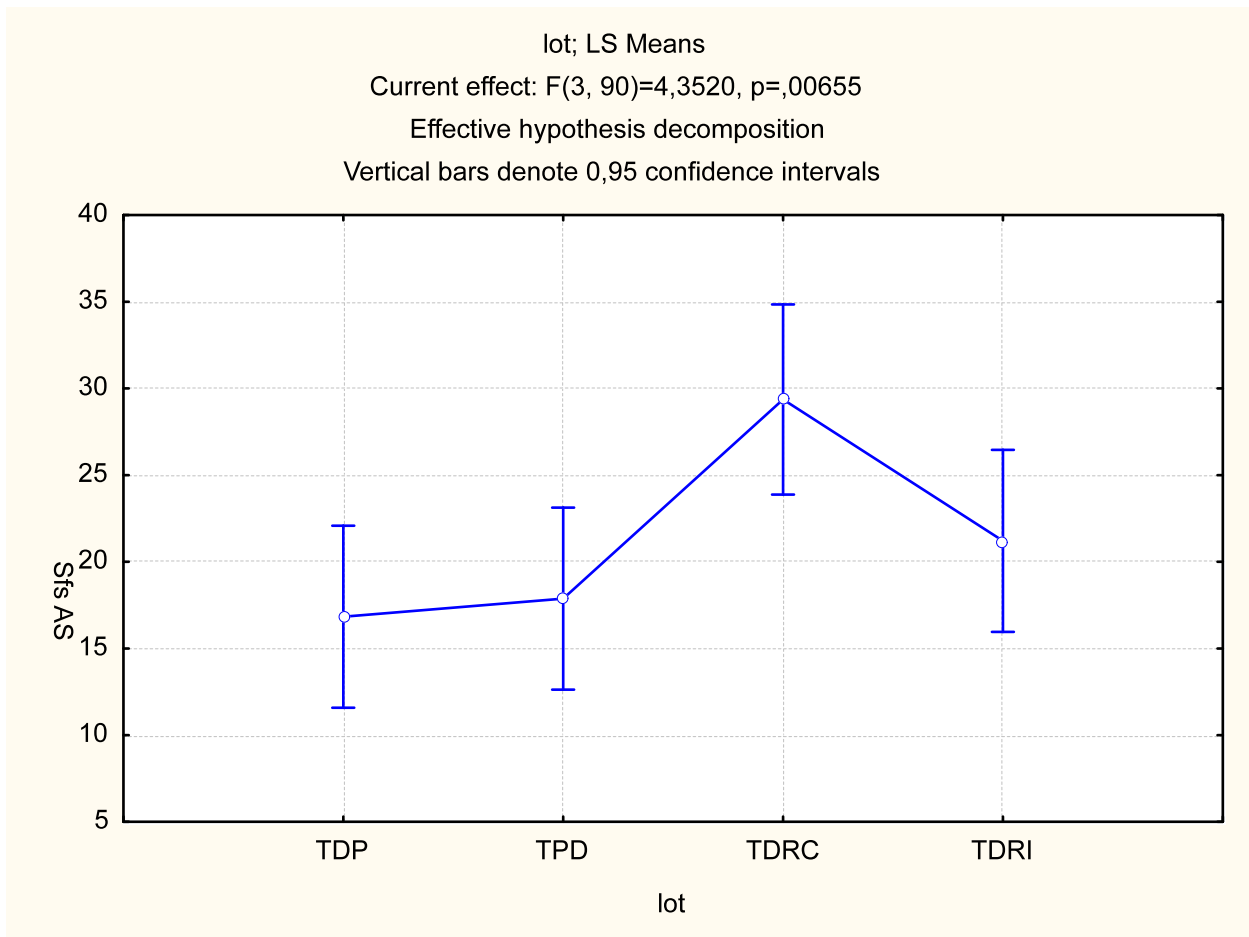
Aplicarea testului ANOVA (one-way ANOVA) arată existența unei diferențe statistic semnificative ($F=4.3$, $p = 0.007$) între grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent și celelalte grupuri. Testele post-hoc (Fisher LSD) indică că grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent diferă semnificativ de toate celelalte grupuri, astfel că putem spune că subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent au activități recreative mult mai frecvente decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent sau decât cei cu Tulburare Delirantă Persistentă și Tulburare Paranoid Depresivă.

Subscala Activităților Sociale

| Social Functioning Scale: subscala Activități sociale | Comparație între loturi | | | | | | | |
|--|-------------------------|-----|------|------|---------|------|------|------|
| | Nr.subiecți | | | | Procent | | | |
| | TDP | TPD | TDRC | TDRI | TDP | TPD | TDRC | TDRI |
| Puține activități sociale (scor 0-21) | 19 | 16 | 6 | 10 | 79.2 | 66.7 | 27.3 | 41.7 |
| Activități sociale moderate (scor 22-43) | 5 | 5 | 12 | 14 | 20.8 | 20.8 | 54.5 | 58.3 |
| Activități sociale frecvente (scor 44-66) | 0 | 3 | 4 | 0 | 0.0 | 12.5 | 18.2 | 0.0 |



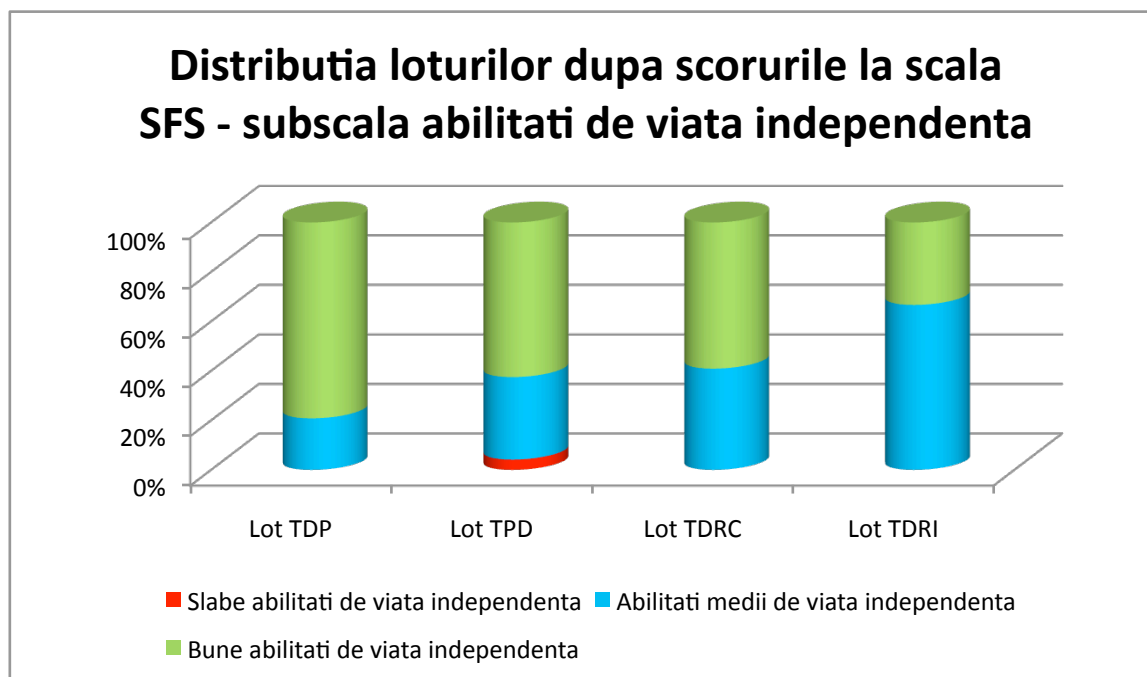
Se poate observa că lotul cu Tulburare Delirantă Persistentă are cei mai mulți subiecți cu puține activități sociale (79.2%), grupul cu Tulburare Paranoică Depresivă fiind pe locul 2 după acesta (66.7%). Grupurile cu Tulburare Depresivă Recurentă (cu delir Congruent și Incongruent) au majoritatea subiecților cu activități sociale moderate (54.5% și respectiv 58.3%).



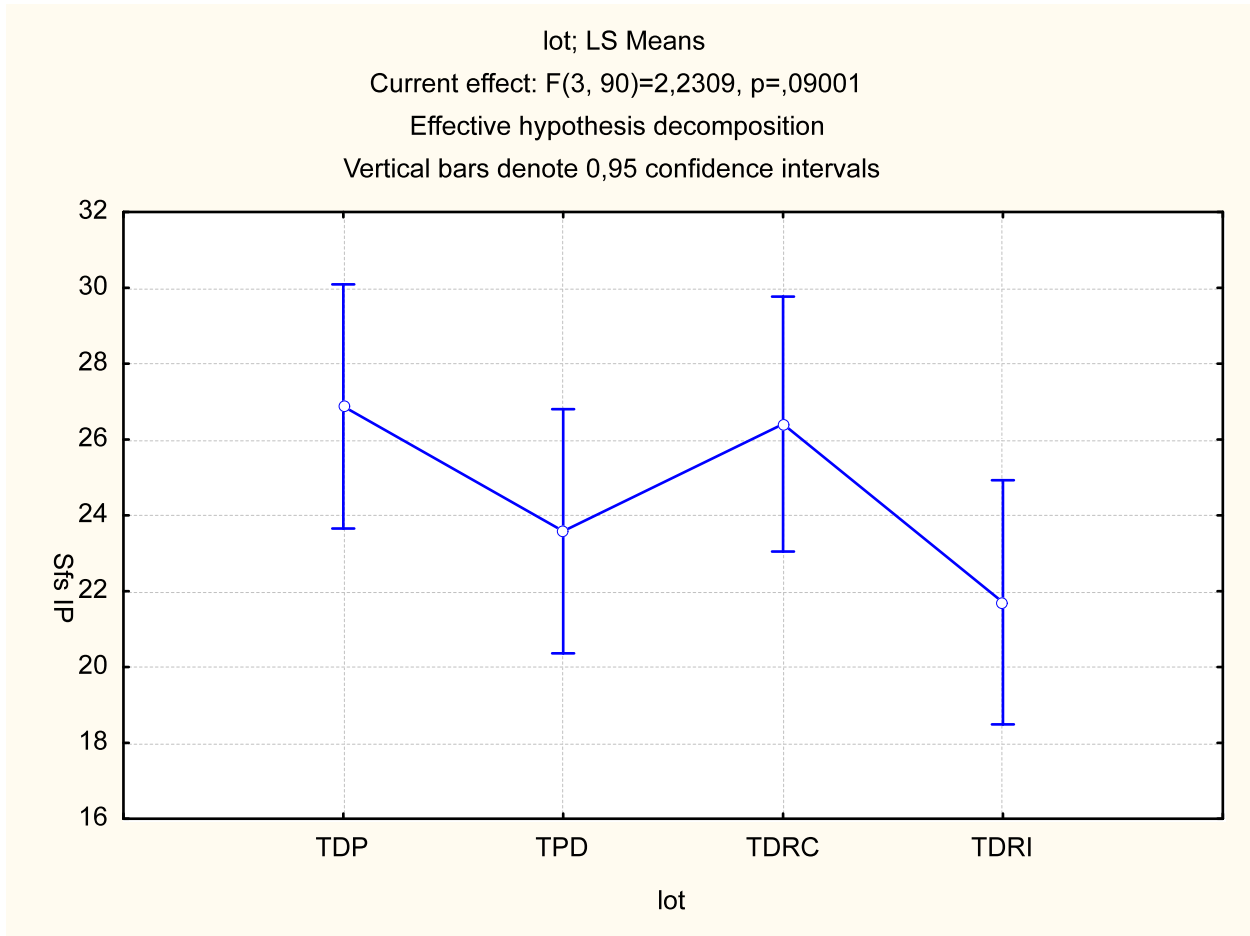
Aplicarea testului ANOVA (one-way ANOVA) arată existența unei diferențe statistic semnificative ($F=4.3, p = 0.006$) între grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent și celelalte grupuri. Testele post-hoc (Fisher LSD) indică că grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent diferă semnificativ de toate celelalte grupuri, astfel că putem spune că subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent au activități sociale mult mai frecvente decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent sau decât cei cu Tulburare Delirantă Persistentă și Tulburare Paranoid Depresivă.

Subscala Independență-Capacitate

| Social Functioning Scale: subscala Independență-capacitate | Comparație între loturi | | | | | | | |
|---|-------------------------|-----|------|------|---------|------|------|------|
| | Nr.subiecți | | | | Procent | | | |
| | TDP | TPD | TDRC | TDRI | TDP | TPD | TDRC | TDRI |
| Slabe abilități de viață independentă (scor 0-12) | 0 | 1 | 0 | 0 | 0.0 | 4.2 | 0.0 | 0.0 |
| Abilități medii de viață independentă (scor 13-25) | 5 | 8 | 9 | 16 | 20.8 | 33.3 | 40.9 | 66.7 |
| Bune abilități de viață independentă (scor 26 - 39) | 19 | 15 | 13 | 8 | 79.2 | 62.5 | 59.1 | 33.3 |



Cu excepția lotului cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent, toate celelalte loturi au majoritatea subiecților cu bune abilități de viață independentă. Majoritatea (66.7%) subiecților din lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent au abilității medii de viață independentă.

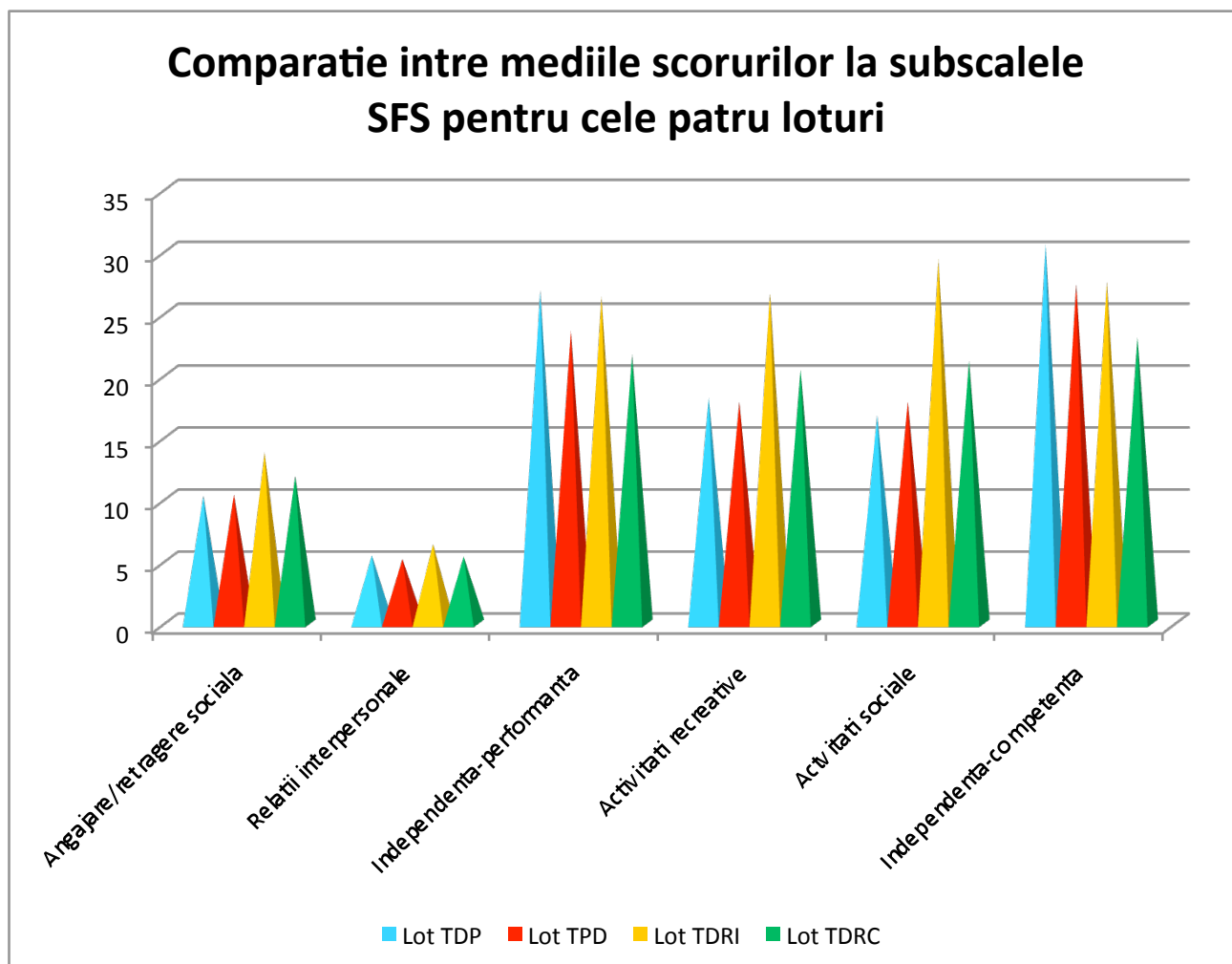


Aplicarea testului ANOVA (one-way ANOVA) arată că nu există diferențe statistice semnificative între grupuri ($F=2.23, p = 0.09$)

Pentru cele două loturi avem:

| Social Functioning Scale: Subscala: | Comparație între loturi | | | | | | | |
|--|-------------------------|------|------|------|-------------------|-----|------|------|
| | Medie | | | | Deviație standard | | | |
| | TDP | TPD | TDRC | TDRI | TDP | TPD | TDRC | TDRI |
| Angajare/retragere socială | 10.3 | 10.4 | 13.8 | 11.9 | 3.2 | 3.6 | 4.4 | 3.9 |
| Relații interpersonale | 5.5 | 5.2 | 6.4 | 5.4 | 1.7 | 2.5 | 2.2 | 2.3 |
| Independența - performanța | 26.9 | 23.6 | 26.4 | 21.7 | 8.1 | 9.0 | 7.5 | 6.9 |
| Activități recreative | 18.2 | 17.9 | 26.7 | 20.5 | 7.3 | 9.9 | 10.1 | 10.0 |

| Social Functioning Scale: Subscala: | Comparație între loturi | | | | | | | |
|--|-------------------------|------|------|------|-------------------|------|------|------|
| | Medie | | | | Deviație standard | | | |
| | TDP | TPD | TDRC | TDRI | TDP | TPD | TDRC | TDRI |
| Activități sociale | 16.8 | 17.9 | 29.4 | 21.2 | 7.8 | 15.1 | 16.3 | 11.1 |
| Independența - competența | 30.6 | 27.4 | 27.6 | 23.1 | 8.8 | | 4.7 | 5.4 |



Pentru identificarea diferențelor semnificative între medii s-au realizat comparații multiple, cu reliefarea doar a rezultatelor semnificative din punct de vedere statistic:

| Social Functioning Scale: Subscala: | Media loturilor | | | | Diferențe statistice semnificative | p |
|--|-----------------|------|------|------|--|----------------------|
| | TDP | TPD | TDRC | TDRI | | |
| Angajare/retragere socială | 10.3 | 10.4 | 13.8 | 11.9 | Între TDP și TDRC (z=2.9) și între TPD și TDRC (z=2.9) | P = 0.02 și p = 0.02 |
| Relații interpersonale | 5.5 | 5.2 | 6.4 | 5.4 | - | - |
| Independența - performanța | 26.9 | 23.6 | 26.4 | 21.7 | - | - |
| Activități recreative | 18.2 | 17.9 | 26.7 | 20.5 | Între TDP și TDRC (z = 2.7) și între TPD și TDRC (z = 2.9) | P = 0.03 și p = 0.02 |
| Activități sociale | 16.8 | 17.9 | 29.4 | 21.2 | Între TPD și TDRC (z = 2.8) | P=0.03 |
| Independența - competența | 30.6 | 27.4 | 27.6 | 23.1 | Între TDP și TDRI (z = 4.1) | P=0.00 |

Diferențe semnificative au fost constatate între lotul cu Tulburare Delirantă Persistentă și lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent, în ceea ce privește angajarea/retragerea socială, activitățile recreative, grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent având angajare socială și activități recreative semnificativ mai bune decât grupul cu Tulburare Delirantă Persistentă.

De asemenea, grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent are activități sociale și recreative semnificativ mai bune decât grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă.

Aplicarea testului de corelație Spearman R a dus la identificarea următoarelor corelații statistice semnificative:

Pentru grupul cu Tulburare Delirantă Persistentă:

- Între Vârsta la debutul bolii și: scorul la subscala SCL – somatizare (Spearman R = 0.61): cu cât vârsta subiectului cu Tulburare Delirantă Persistentă la debutul bolii a fost mai mare, cu atât nivelul de somatizare la data evaluării a fost mai mare; scorul la subscala SCL de anxietate (Spearman R = 0.42): cu cât vârsta subiectului cu Tulburare Delirantă Persistentă la debutul bolii a fost mai mare, cu atât nivelul de anxietate manifestat este mai mare; scorul la subscala SCL de anxietate - fobie (Spearman R = 0.48): cu cât vârsta subiectului cu Tulburare Delirantă Persistentă la debutul bolii a fost mai mare, cu atât nivelul de anxietate fobică manifestat este mai mare
- O corelație directă apare între numărul de episoade de boală și scorul la subscala SCL -90 de ideății paranoidă (Spearman R = 0.44): cu cât un pacient cu Tulburare Delirantă Persistentă are mai multe episoade de boală, cu atât intensitatea ideății paranoide crește.
- Numărul mediu de episoade/an de evoluție pare să influențeze majoritatea itemilor scalei SCL-90. Astfel, există corelații directe între numărul mediu de episoade de boală/an de evoluție și scorurile la subscalele SCL-90 de somatizare (Spearman R=0.63), idei senzitiv-relaționale (Spearman R = 0.54), anxietate (Spearman R = 0.58), obsesie (Spearman R = 0.49), anxietate fobică (Spearman R = 0.59), ideăție paranoidă (Spearman R = 0.53). Acest lucru relevă faptul că, cu cât un subiect cu Tulburare Delirantă Persistentă are un număr mai mare de episoade de boală/an, cu atât crește intensitatea simptomelor de somatizare, ideăție senzitiv-relațională, anxietate și anxietate-fobică, ideăției paranoidă.
- Capacitatea de recunoaștere a expresiilor faciale complexe este influențată negativ (Spearman R = - 0.53) de numărul de episoade de boală/an: cu cât un pacient cu Tulburare Delirantă Persistentă are un număr mai mare de episoade de boală/an, cu atât capacitatea sa de a recunoaște expresiile faciale complexe scade.
- Neurocogniția și cogniția socială (măsurate cu scala GEOPTE) corelează negativ cu funcționarea socială: la subiecții cu Tulburare Delirantă Persistentă cu cât neurocogniția și cogniția socială sunt mai bune, cu atât sunt mai slabe performanțele de comunicare interpersonală (Spearman R = -0.52, respectiv Spearman R = -0.51), independența-performața (Spearman R = -0.57, respectiv Spearman R= -0.67).

Aceste corelații paradoxale se datorează fie întâmplării (caz în care sunt necesare studii pe un număr mai mare de cazuri), fie incapacității pacienților cu Tulburare Delirantă Persistentă de a utiliza în viața de zi cu zi abilitățile neurocognitive sau de cogniție socială.

La lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă:

- Între Vârsta la debutul bolii și: scorul la subscala SCL –obsesie (Spearman $R = 0.40$): cu cât subiecții cu Tulburare Paranoidă Depresivă au debutat mai târziu, cu atât ideea obsesivă este mai intensă; scorul la subscala SCL de anxietate (Spearman $R = 0.42$): cu cât vârsta subiectului cu Tulburare Paranoid Depresivă la debutul bolii a fost mai mare, cu atât nivelul de anxietate manifestat este mai mare. De asemenea, cu cât vârsta la debut a fost mai mare, nivelul activităților recreative desfășurate de subiectul cu TPD este mai mic (Spearman $R = -0.49$) și nivelul activităților sociale este mai mic (Spearman $R = -0.48$).
- La subiecții cu TPD nivelul anxietății crește cu numărul de episoade de boală/an la subiecții cu TPD (Spearman $R = 0.42$); capacitatea de recunoaștere a expresiilor faciale complexe scade cu creșterea frecvenței episoadelor de boală în cursul evoluției (Spearman $R = -0.43$)
- La subiecții cu TPD, capacitatea de recunoaștere a emoțiilor după privire scade cu creșterea nivelului depresiei (Spearman $R = -0.51$), a psihoticismului (Spearman $R = -0.42$).
- Capacitatea de recunoaștere a expresiilor faciale scade cu creșterea intensității tuturor simptomelor de pe scala SCL90, cu excepția simptomelor de somatizare.

Lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent:

- Durata evoluției corelează negativ cu angajarea socială (Spearman $R = -0.50$), comunicarea interpersonală (Spearman $R = -0.44$) și activitățile sociale (Spearman $R = -0.48$), indicând că pentru subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent cu cât durata de evoluție a bolii este mai mare cu atât angajarea socială este mai redusă, comunicarea interpersonală mai dificilă și activitățile sociale mai puțin frecvente.
- La subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent cu cât simptomele de anxietate-fobie (Spearman $R = -0.52$), obsesie (Spearman $R = -0.45$), ideea paranoidă (Spearman $R = -0.49$) și psihoticism (Spearman $R = -0.59$) (măsurate pe scala

SCL-90) sunt mai puțin intense, cu atât capacitatea subiecților de a recunoaște expresiile faciale (în special expresiile faciale complexe) este mai mare;

La lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent:

- La subiecții cu TDRI, cu cât vârsta subiectului la debutul bolii a fost mai mică, cu atât ideile de referință (Spearman $R=-0.52$) și ideile paranoide (Spearman $R = -0.61$) sunt mai pronunțate; de asemenea, cogniția socială (Spearman $R = -0.44$) mai afectată; ideile senzitiv relaționale (Spearman $R = -0.46$) mai frecvente.
- Cu cât numărul de episoade de boală este mai mare cu atât capacitatea de funcționare socială independentă (independență-competență) este mai mic (Spearman $R = -0.61$);
- Intensitatea simptomelor anxioase (Spearman $R = -0.54$), obsesive (Spearman $R = -0.56$), anxietate fobică (Spearman $R = -0.42$) și psihoticism (Spearman $R = -0.41$) corelează negativ cu capacitatea de a recunoaște expresiile faciale complexe;

SINTEZA REZULTATELOR

Scopul prezentei lucrări îl constituie analiza particularităților clinico-evolutive a spectrului depresiv-delirant prin analiza longitudinală, precum și prin comparația a patru categorii nosologice distincte, tulburarea paranoid depresivă, tulburarea depresivă recurentă, cu delir congruent sau incongruent, și tulburarea delirantă persistentă. Ideea de bază a studiului este analiza posibilității ca spectrul depresiv-delirant să se constituie ca o subclasă a patologiei psihotice.

DESCRIEREA LOTULUI CU TULBURARE PARANOID DEPRESIVĂ

Lotul cuprinde un număr de 24 de subiecți, diagnosticați conform ICD-10 cu „Alte Tulburări Delirante Persistente” și cu simptome depresive ce necesită tratament (conform evaluării făcute de medicul curant). Din cei 24 de subiecți, 5 sunt bărbați (20.8%), și 19 femei (79.2%).

Vârsta medie a subiecților la evaluare a fost de 55.4 ani (dev.std.=7.8 ani), cel mai tânăr subiect având 43 ani și cel mai în vârstă 65 ani.

Vârsta medie a subiecților la debutul bolii a fost de 39.3 ani (dev.std.=10.4 ani), cu cel mai timpuriu debut la 17 ani și cel mai tardiv debut la 56 ani.

În medie, subiecții au avut o perioadă de evoluție a bolii de 16.2 ani (dev.std.=7.6 ani), cu o perioadă minimă de evoluție de 7 ani și o perioadă maximă de evoluție de 36 ani.

EVOLUȚIA CLINICĂ A LOTULUI CU TULBURARE PARANOID DEPRESIVĂ

Cele mai frecvente diagnostice de debut au fost F22.8 – Alte Tulburări Delirante Persistente (21%) și F32.3 – Episod depresiv major cu simptome psihotice (21%). Alte 34% din cazuri au fost diagnosticate la debut cu F28 – Alte tulburări delirante, non-organice (17%) și F23 – Tulburare psihotică acută și tranzitorie.

Având în vedere duratele foarte diferite de evoluție a bolii, s-a calculat numărul mediu de episoade raportat la durata de evoluție (ani), rezultând numărul mediu de episoade de boală pe an de evoluție.

Pentru lotul cu TPD, numărul mediu de episoade de boală raportate la durata de evoluție este de 0.3 (dev.std.=0.2), cu numărul minim de 0.05 și numărul maxim de 1.1.

Prezența antecedentelor heredo-colaterale psihiatrice a fost identificată la 33.3% din subiecți, 25% dintre pacienți au prezentat antecedente heredo-colaterale de psihoză.

Comparativ, antecedentele heredo-colaterale de psihoză sunt prezente în proporție de 21% - 25% la loturile cu Tulburare Delirantă Persistentă și Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Incongruent și doar de 9% la lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Congruent.

Nu există diferențe statistic semnificative între numărul mediu de episoade/an de evoluție între loturi. Totuși, cel mai mare număr de episoade/an de evoluție se înregistrează la loturile cu Tulburare Depresivă Recurentă (respectiv la lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent). Numărul mediu de episoade/an pentru grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă este apropiat de cel al grupului cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent (0.29 vs.0.30)

Nu există diferențe statistic semnificative între vârsta medie la debut între loturi. Totuși, se poate observa că vârsta medie cea mai mică se înregistrează la lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent. Pentru lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă, vârsta medie de debut este apropiată de cea a lotului cu Tulburare Delirantă Persistentă.

În ceea ce privește severitatea simptomelor de boală (măsurate pe scala SCL-90), analiza datelor arată următoarele:

Grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă a înregistrat scoruri la subscalele SCL-90 situate ca valoare mai aproape de scorurile înregistrate de subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent, dar mai mari decât acestea. Diferențele nu sunt semnificative statistic.

Scorurile la scala Gândurilor Paranoide pentru grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă sunt mai mari decât scorurile medii ale grupurilor cu Tulburare Delirantă Paranoidă și Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Congruent, și apropiate de scorurile medii ale grupului cu Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Incongruent, dar diferențele nu sunt semnificative statistic. Acest lucru arată că la subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă ideile de referință și ideile de persecuție sunt apropiate ca intensitate de cele ale grupului cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent, intensitatea acestor idei fiind mai mare decât a subiecților cu Tulburare Delirantă Persistentă și Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent.

Vârsta la debut influențează severitatea unor simptome. Astfel, cu cât subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă au debutat mai târziu, cu atât ideația obsesivă și nivelul de anxietate manifestate sunt mai mari. De asemenea, nivelul anxietății crește cu creșterea numărului de episoade de boală pe an.

RECUNOAȘTEREA EMOȚIILOR DIN PRIVIRI (CITIREA MINȚII DIN PRIVIRI)

Majoritatea subiecților din toate cele patru loturi (77.3-87.5%) au o capacitate mai scăzută decât cea normală de a recunoaște emoțiile umane.

Cea mai mare pondere a subiecților care au o capacitate scăzută de citire a expresiei unei persoane în priviri este în loturile cu Tulburare Delirantă Persistentă și Tulburare Paranoid Depresivă. Proporțiile sunt egale: 87.5%. Nu există diferențe statistic semnificative între media scorurilor obținute de subiecții din cele patru loturi investigate.

Din acest punct de vedere – al cogniției sociale și neurocogniției – subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă par să fie mai apropiați ca performanță de subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent.

Scorul la itemii ce evaluează neurocogniția sunt peste valorile considerate normale la lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă și lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent. Scorul la itemii ce evaluează cogniția socială sunt peste valorile normale doar la Lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent, iar scorul total este peste valoarea normală doar la lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent. Având în vedere modul de cotare al scalei, aceste scoruri indică existența unor deficite cognitive. Astfel, pentru lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă este reliefată existența unui deficit neurocognitiv.

Grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă se situează din punct de vedere al scorurilor imediat sub grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent, având scoruri mai mari decât grupul cu Tulburare Delirantă Persistentă și grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent, ceea ce indică faptul că deficitul neurocognitiv și de cogniție socială este mai mare decât a acestora și similar cu cel al grupului cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent.

Nu există diferențe între grupuri în ceea ce privește capacitatea de recunoaștere a emoțiilor umane sau a stărilor mentale complexe, dar Lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă cuprinde (alături de lotul cu Tulburare Delirantă Persistentă) cea mai mare pondere a subiecților care au o capacitate scăzută de citire a expresiei unei persoane din priviri (87.5%).

Capacitatea de recunoaștere a expresiilor faciale complexe scade însă cu creșterea frecvenței episoadelor de boală în cursul evoluției. De asemenea, severitatea unor simptome de boală influențează, la rândul său, capacitatea de recunoaștere a emoțiilor după privire: cu cât nivelul

depresiei și al psihozei este mai mare, cu atât scade capacitatea de recunoaștere a emoțiilor după privire. Capacitatea de recunoaștere a expresiilor faciale scade cu creșterea intensității tuturor simptomelor de pe scala SCL90, cu excepția simptomelor de somatizare.

În ceea ce privește funcționarea socială, nu au fost înregistrate diferențe semnificative între grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă și celelalte grupuri. Totuși, merită arătat că grupul cu TPD se remarcă prin faptul că mai mult de jumătate din subiecți au comunicare interpersonală slabă și activități sociale rare. De asemenea, cu cât vârsta la debut a subiecților este mai mare, cu atât nivelul activităților sociale și recreative scade.

Alte rezultate interesante privind celelalte grupuri de subiecți analizate sunt prezentate mai jos.

LOTUL CU TULBURARE DELIRANTĂ PERSISTENTĂ (TDP)

Lotul cuprinde un număr de 24 de subiecți, diagnosticați conform ICD-10 cu „Tulburare delirantă (F22.0).

Din cei 24 de subiecți, 11 sunt bărbați (45.8%), și 13 femei (54.2%).

Vârsta medie a subiecților la evaluare a fost de 56.1 ani (dev.std.=8.7 ani), cel mai tânăr subiect având 37 ani și cel mai în vârstă 65 ani.

Vârsta medie a subiecților la debutul bolii a fost de 38.5 ani (dev.std.=11.5 ani), cu cel mai timpuriu debut la 23 ani și cel mai tardiv debut la 58 ani.

În medie, subiecții au avut o perioadă de evoluție a bolii de 17.7 ani (dev.std.=8.6 ani), cu o perioadă minimă de evoluție de 5 ani și o perioadă maximă de evoluție de 36 ani.

Cele mai frecvente diagnostice de debut au fost F22.0 – Tulburare Delirantă (42%) și F28 – Alte tulburări delirante, non-organice (33%).

Prezența antecedentelor heredo-colaterale psihiatrice a fost identificată la 42% din cazuri - 21% dintre subiecți au antecedente heredo-colaterale de psihoză

Numărul mediu de episoade pentru lotul cu Tulburare Delirantă Persistentă (TDP) a fost de 3.6 episoade (dev.std.=2.5), cu numărul minim de episoade de 1 și numărul maxim de 12.

Având în vedere duratele foarte diferite de evoluție a bolii, s-a calculat numărul mediu de episoade raportat la durata de evoluție (ani), rezultând numărul mediu de episoade de boală pe an de evoluție.

Pentru lotul cu TDP, numărul mediu de episoade de boală raportate la durata de evoluție este de 0.2 (dev.std.=0.1) cu numărul minim de 0.08 și numărul maxim de 0.6.

Diferențe semnificative statistic se înregistrează în special între grupul Tulburărilor Delirante Persistente și grupul Tulburărilor Depresive Recurente cu delir Incongruent. Diferențele între grupul TDP și TDRI apar pe subscalele de somatizare, obsesie-compulsie, socializare, anxietate, ostilitate și anxietate-fobie, în toate cazurile media scorurilor fiind mai mare pentru TDRI decât pentru TDP.

Vârsta subiectului la debutul bolii influențează severitatea unor simptome de boală. Astfel, pentru subiecții cu Tulburare Delirantă Persistentă, cu cât vârsta subiectului la debutul bolii a fost mai mare, cu atât nivelul de somatizare, anxietate, și anxietate-fobie la data evaluării a fost mai mare.

Severitatea ideății paranoide este influențată de numărul de episoade de boală: cu cât un pacient cu Tulburare Delirantă Persistentă are mai multe episoade de boală, cu atât intensitatea ideății paranoide crește.

Severitatea majorității simptomelor de boală este influențată de numărul mediu de episoade/an de evoluție. Astfel, cu cât un subiect cu Tulburare Delirantă Persistentă are un număr mai mare de episoade de boală/an, cu atât crește severitatea simptomelor de somatizare, ideăție senzitiv-relațională, anxietate și anxietate-fobică, ideății paranoide.

Subiecții din grupul cu Tulburare Delirantă Persistentă prezintă idei de referință semnificativ mai puțin intense decât subiecții din grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent.

Majoritatea subiecților au o capacitate mai scăzută decât cea normală de a recunoaște emoțiile umane.

Lotul cu Tulburare Delirantă Persistentă cuprinde cea mai mare pondere a subiecților care au o capacitate scăzută de citire a expresiei unei persoane din priviri (87.5%). Proporția este egală cu cea din lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă

Capacitatea de recunoaștere a expresiilor faciale complexe este influențată negativ de numărul de episoade de boală/an: cu cât un pacient cu Tulburare Delirantă Persistentă are un număr mai mare de episoade de boală/an, cu atât capacitatea sa de a recunoaște expresiile faciale complexe scade.

Grupul cu Tulburare Delirantă Persistentă prezintă deficit neurocognitiv și de cogniție socială semnificativ mai mare decât grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu Delir Incongruent.

Grupul cu Tulburare Delirantă Persistentă are cei mai mulți subiecți cu puține activități sociale (79.2%)

Neurocogniția și cogniția socială (măsurate cu scala GEOPTE) corelează negativ cu funcționarea socială: la subiecții cu Tulburare Delirantă Persistentă cu cât neurocogniția și cogniția socială sunt mai bune, cu atât sunt mai slabe performanțele de comunicare interpersonală, independența-performanță. Aceste corelații paradoxale se datorează fie întâmplării (caz în care sunt necesare studii pe un număr mai mare de cazuri), fie incapacității pacienților cu Tulburare Delirantă Persistentă de a utiliza în viața de zi cu zi abilitățile neurocognitive sau de cogniție socială.

LOTUL CU TULBURARE DEPRESIVĂ RECURENTĂ CU DELIR INCONGRUENT

Lotul cuprinde un număr de 24 de subiecți, diagnosticați conform ICD-10 cu „Tulburare depresivă recurentă” și cu delir incongruent.

Din cei 24 de subiecți, 6 sunt bărbați (25.0%), și 18 femei (75.0%).

Vârsta medie a subiecților la evaluare a fost de 55.6 ani (dev.std.=6.4 ani), cel mai tânăr subiect având 36 ani și cel mai în vârstă 65 ani.

Vârsta medie a subiecților la debutul bolii a fost de 37.6 ani (dev.std.=9.7 ani), cu cel mai timpuriu debut la 13 ani și cel mai tardiv debut la 56 ani.

În medie, subiecții au avut o perioadă de evoluție a bolii de 17.5 ani (dev.std.=9.8 ani), cu o perioadă minimă de evoluție de 5 ani și o perioadă maximă de evoluție de 41 ani.

Cele mai frecvente diagnostice de debut au fost F32.2 – Episod depresiv sever, fără simptome psihotice (43%), F32.3 – Episod depresiv sever, cu simptome psihotice, și F48.9 – Tulburare nevrotică, nespecificată (14%). Este interesant de observat că 43% dintre cazurile care, ulterior, au dezvoltat episoade depresive cu delir incongruent au avut la debut depresie fără simptome psihotice.

Prezența antecedentelor heredo-colaterale psihiatrice a fost identificată la 34.5% din cazuri - 25% dintre subiecți au antecedente heredo-colaterale de psihoză.

Numărul mediu de episoade pentru lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent (TDRI) a fost de 4.4 episoade (dev.std.=2.1), cu numărul minim de episoade de 2 și numărul maxim de 10.

Având în vedere duratele foarte diferite de evoluție a bolii, s-a calculat numărul mediu de episoade raportat la durata de evoluție (ani), rezultând numărul mediu de episoade de boală pe an de evoluție.

Pentru lotul cu TDRI, numărul mediu de episoade de boală raportate la durata de evoluție este de 0.3 (dev.std.=0.4) cu numărul minim de 0.07 și numărul maxim de 2.

La subiecții cu TDRI, cu cât vârsta subiectului la debutul bolii a fost mai mică, cu atât ideile de referință și ideile paranoide sunt mai pronunțate, de asemenea, cogniția socială mai afectată și ideile senzitiv relaționale mai frecvente.

De asemenea, cu cât numărul de episoade de boală este mai mare cu atât capacitatea de funcționare socială independentă (independență-competență) este mai mic.

Pentru lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent există un deficit neurocognitiv și de cogniție socială general important.

Majoritatea (66.7%) subiecților din lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent au abilități medii de viață independentă.

Cele mai slabe scoruri pentru interpretarea expresiei faciale au fost înregistrate de grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent.

Severitatea simptomelor anxioase, obsesive, de anxietate fobică și psihoticism corelează negativ cu capacitatea de a recunoaște expresiile faciale complexe: cu cât aceste simptome sunt mai severe, cu atât capacitatea subiecților cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent este mai mică.

LOTUL CU TULBURARE DEPRESIVĂ RECURENTĂ CU DELIR CONGRUENT (TDRC)

Lotul cuprinde un număr de 22 de subiecți, diagnosticați conform CID-10 cu „Tulburare depresivă recurentă, episod depresiv sever cu simptome psihotice (F33.3)” și cu delir congruent.

Din cei 22 de subiecți, 5 sunt bărbați (22.7%), și 17 femei (77.3%).

Vârsta medie a subiecților la evaluare a fost de 57.6 ani (dev.std.=6.0 ani), cel mai tânăr subiect având 41 ani și cel mai în vârstă 65 ani.

Vârsta medie a subiecților la debutul bolii a fost de 44.4 ani (dev.std.=8.8 ani), cu cel mai timpuriu debut la 25ani și cel mai tardiv debut la 56 ani.

În medie, subiecții au avut o perioadă de evoluție a bolii de 13.1 ani (dev.std.=8.5 ani), cu o perioadă minimă de evoluție de 7 ani și o perioadă maximă de evoluție de 37 ani.

Cele mai frecvente diagnostice de debut au fost F32.2 – Episod depresiv sever, fără simptome psihotice (43%), F41.2 – Tulburare anxioasă generalizată (24%) , și F 32.3 – Episod depresiv sever cu simptome psihotice (19%). Este interesant de observat că 67% dintre cazurile care, ulterior, au dezvoltat episoade depresive cu delir congruent, au avut la debut depresie sau anxietate, fără simptome psihotice.

Prezența antecedentelor heredo-colaterale psihiatrice a fost identificată la 31.8%, 13% dintre subiecți au antecedente heredo-colaterale de depresie și tot 13% antecedente heredo-colaterale de consum de alcool.

Numărul mediu de episoade pentru lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent (TDRC) a fost de 3.2 episoade (dev.std.=1.2), cu numărul minim de episoade de 2 și numărul maxim de 6.

Având în vedere duratele foarte diferite de evoluție a bolii, s-a calculat numărul mediu de episoade raportat la durata de evoluție (ani), rezultând numărul mediu de episoade de boală pe an de evoluție.

Pentru lotul cu TDRC, numărul mediu de episoade de boală raportate la durata de evoluție este de 0.3 (dev.std.=0.2) cu numărul minim de 0.08 și numărul maxim de 0.8.

Pentru subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent, cu cât durata de evoluție a bolii este mai mare, cu atât angajarea socială este mai redusă, comunicarea interpersonală mai dificilă și activitățile sociale mai puțin frecvente.

La subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent, cu cât simptomele de anxietate-fobie, obsesie, ideație paranoidă și psihoticism (măsurate pe scala SCL-90) sunt mai puțin severe, cu atât capacitatea subiecților de a recunoaște expresiile faciale (în special expresiile faciale complexe) este mai mare.

Cele mai bune scoruri pentru interpretarea expresiei faciale au fost înregistrate de grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent.

Comparând evoluția socio-profesională a subiecților din cele patru loturi, observăm că modificările din statutul marital par aleatorii, și nu se poate evidenția un model.

În ceea ce privește statutul profesional însă, se poate observa că lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă are cea mai mare rată de pensionare, aproape 100%.

În ceea ce privește diagnosticile de debut, este interesant de observat că la lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă majoritatea diagnosticilor de debut nu fac referință la existența simptomelor psihotice (43-67%).

Cele mai multe diferențe au fost identificate între grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent și grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent.

Diferențele între grupul TDRI și TDRC apar la subscalele de socializare, depresie, anxietate-fobie și psihoticism, în toate cazurile media scorurilor fiind mai mare pentru grupul TDRI decât pentru TDRC. Cu excepția subscalei de Ideație Paranoidă, lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent înregistrează cele mai mari scoruri la toate subscalele SCL-90, indicând că subiecții cu TDRI înregistrează cea mai mare severitate a simptomelor.

Intensitatea ideilor de referință este semnificativ mai mare la grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent, decât la grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent. De asemenea, intensitatea ideilor de persecuție este semnificativ mai mare la grupul cu delir incongruent, decât la cel cu delir congruent.

Subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent au de asemenea un scor și un deficit semnificativ mai mare de neurocogniție și al cogniției sociale decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent.

De observat că cele mai bune scoruri pentru interpretarea expresiei faciale au fost înregistrate de grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent, iar cele mai slabe de grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent. Așa cum era de așteptat, scorurile pentru recunoașterea stărilor mentale complexe sunt mai mici decât cele pentru recunoașterea emoțiilor primare, dar diferențele sunt minime.

Angajarea socială foarte bună este semnificativ mai frecvent (des) prezentă la subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent, decât la cei cu Tulburare Delirantă Persistentă sau cei cu Tulburare Paranoid Depresivă.

Cei mai mulți subiecți din grupurile cu Tulburare Depresivă Recurentă au o comunicare interpersonală medie și bună.

Cei mai mulți subiecți din grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent au activități recreative moderate și frecvente (83.3%, respectiv 86.4%). 37.5% dintre subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent au puține activități recreative.

Subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent au activități recreative mult mai frecvente decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent.

Grupurile cu Tulburare Depresivă Recurentă (cu delir Congruent și Incongruent) au majoritatea subiecților cu activități sociale moderate (54.5% și respectiv 58.3%).

Subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent au activități sociale mult mai frecvente decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent.

VERIFICAREA IPOTEZELOR

1. Vârsta de debut a subiecților din lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă este semnificativ mai mică decât a subiecților din celelalte grupuri.

Vârsta medie a subiecților cu TPD la debutul bolii a fost de 39.3 ani (dev.std.=10.4 ani), cu cel mai timpuriu debut la 17 ani și cel mai tardiv debut la 56 ani.

Vârsta medie a subiecților cu TDP la debutul bolii a fost de 38.5 ani (dev.std.=11.5 ani), cu cel mai timpuriu debut la 23 ani și cel mai tardiv debut la 62 ani.

Vârsta medie a subiecților cu TDRI la debutul bolii a fost de 37.6 ani (dev.std.=9.7 ani), cu cel mai timpuriu debut la 13 ani și cel mai tardiv debut la 56 ani.

Vârsta medie a subiecților cu TDRC la debutul bolii a fost de 44.4 ani (dev.std.=8.8 ani), cu cel mai timpuriu debut la 25 ani și cel mai tardiv debut la 56 ani.

Nu există diferențe statistice semnificative între vârsta medie la debut între loturi. Totuși, se poate observa că vârsta medie cea mai mică se înregistrează la lotul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent. Pentru lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă, vârsta medie de debut este apropiată de cea a lotului cu Tulburare Delirantă Persistentă.

Ipoteza nu s-a confirmat, probabil din cauza numărului mic de cazuri.

2. La subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă severitatea simptomelor de depresie măsurate pe Scala SCL-90 este semnificativ mai mare decât severitatea simptomelor de depresie la subiecții cu Tulburare Delirantă Persistentă.

Scorul mediu la sub-scala SCL-90 de depresie pentru grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă este de 23.8, iar scorul mediu la aceeași subscală pentru grupul cu Tulburare Delirantă Persistentă este 18.1. Diferența însă nu este statistic semnificativă.

Ipoteza nu s-a confirmat, probabil din cauza numărului mic de subiecți din loturi

3. La subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă, severitatea simptomelor de ideeție paranoidă este semnificativ mai mare decât la subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă.

Scorul mediu la sub-scala SCL-90 de ideeție paranoidă pentru grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă este de 12.0, iar scorul mediu la aceeași subscală pentru grupul cu Tulburare Delirantă Persistentă este 8.0, diferența însă nu este statistic semnificativă. Scorul pentru ideeția paranoidă este cel mai mare la grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă dintre toate grupurile analizate.

Ipoteza nu s-a confirmat, probabil din cauza numărului mic de subiecți din loturi.

4. Pentru grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă, intensitatea ideilor paranoide este semnificativ mai mare decât a grupului cu Tulburare Delirantă Persistentă și a grupului cu Tulburare Depresivă Recurentă.

Scorul mediu la scala gândurilor paranoide, subscala ideilor paranoide este de 47.5 pentru lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă. Comparativ, scorul la această subscală pentru grupul cu Tulburare Delirantă Persistentă este mai mic – doar 30.5- dar scorul pentru grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent este de 47.5, egal cu cel al lotului cu Tulburare Paranoid Depresivă.

Ipoteza nu s-a confirmat, probabil din cauza numărului mic de subiecți din loturi.

5. Capacitatea de interpretare a gândurilor din priviri este mai mică la subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă decât la subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă.

Ideea de bază este aceea că prezența simptomelor psihotice (respectiv a ideației paranoide) reduce capacitatea subiecților de a interpreta emoțiile umane.

Scorul mediu pentru grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă este de 16.0, acest scor fiind mai mare decât cel al grupului cu Tulburare Delirantă Persistentă, dar egal cu cel al grupului cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir congruent.

Ipoteza nu s-a confirmat, probabil din cauza numărului mic de subiecți din loturi.

6. Abilitățile neurocognitive ale subiecților cu Tulburare Paranoid Depresivă sunt semnificativ mai bune decât subiecților cu Tulburare Delirantă Persistentă.

Scorul mediu obținut de subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă la scala GEOPTE pentru neurocogniție sunt mai mari decât scorurile obținute de subiecții cu Tulburare Delirantă Persistentă (21.5 vs. 16.0), dar diferența nu este statistic semnificativă.

Ipoteza nu s-a confirmat, probabil din cauza numărului mic de subiecți din loturi.

7. Abilitățile de cogniție socială ale subiecților cu Tulburare Paranoid Depresivă sunt semnificativ mai bune decât ale subiecților cu Tulburare Delirantă Persistentă.

Scorul mediu obținut de subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă la scala GEOPTE pentru cogniție socială sunt mai mari decât scorurile obținute de subiecții cu Tulburare Delirantă Persistentă (23.5 vs. 18.0), dar diferența nu este statistic semnificativă.

Ipoteza nu s-a confirmat, probabil din cauza numărului mic de subiecți din loturi.

8. Subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă au o angajare socială mai slabă decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă.

Testele aplicate indică existența unei diferențe statistice semnificative între scorul la sub-scala SFS de angajare socială între grupul cu Tulburare Paranoid Depresivă și grupul cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent.

Ipoteza s-a confirmat.

9. Subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă au activități recreative mai rare decât subiecții cu Tulburare Delirantă Persistentă și decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă.

Ideea se bazează pe faptul că nivelul ridicat de depresie corelat cu un grad ridicat de ideație paranoidă duc la scăderea activităților recreative.

Testele aplicate indică existența unei diferențe statistice semnificative: subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă au activități recreative mai rare decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent, dar nu și față de subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent sau de cei cu Tulburare Delirantă Persistentă

Ipoteza s-a confirmat parțial.

10. Subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă au activități sociale mai rare decât subiecții cu Tulburare Delirantă Persistentă și decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă.

Ideea se bazează pe faptul că nivelul ridicat de depresie corelat cu un grad ridicat de ideație paranoidă duc la scăderea activităților sociale.

Testele aplicate indică existența unei diferențe statistice semnificative: subiecții cu Tulburare Paranoid Depresivă au activități sociale mai rare decât subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Congruent dar nu și față de subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă cu delir Incongruent sau de cei cu Tulburare Delirantă Persistentă

Ipoteza s-a confirmat parțial.

DISCUȚII

Rezultatele obținute în această lucrare au confirmat parțial ipotezele specifice.

În prim-planul acestei lucrări este adus spectrul depresiv-delirant, din care fac parte psihoze endogene centrate clinic și evolutiv de către delir, care de-a lungul timpului au avut parte de numeroase controverse privind identitatea lor psihiatrică.

Patologia delirantă neschizofrenă, deși este cunoscută și acceptată în nosologiile actuale de un secol, este în prezent neglijată, nefiind obiectul unor programe speciale de studii, fiind rar menționată la congrese, în publicații și cărți, în sensul de a accepta în cadrul acestei boli majoritatea psihozelor delirante cu evoluție prelungită (DSM IV aderă la acest punct de vedere). Între cazurile de tulburare depresivă recurentă, care au avut de-a lungul evoluției episoade depresive severe cu delir (congruent/incongruent) și psihoza delirantă neschizofrenă, cu și fără simptomatologie depresivă, este de așteptat să existe zone de tranziție și de interferență, atât la nivelul episodului, cât și al tulburării.

Sunt puține studiile comparative ce vizează evoluția longitudinală a tulburării depresive cu simptome psihotice și patologia neschizofrenă centrată de delirul persistent, potențial însoțit de depresie.

Această problemă s-a dorit studiată în teza de față prin evaluarea longitudinală a acestui spectru de tulburări psihice, ocazie cu care se pot constata caracteristicile clinice ale episoadelor succesive și modelele evolutive ale acestor boli.

Lucrarea de față este una dintre puținele din țară, care analizează sistematic, în mod comparativ, spectrul depresiv-delirant cu o catamneză îndelungată (peste 5 ani de evoluție). Mai precis, este vorba de psihoza paranoid-depresivă, tulburarea depresivă recurentă cu delir congruent și incongruent, și tulburările delirante persistente, conform ICD-10 (OMS). După cum am menționat, inclusiv la nivel mondial avem o literatură săracă în acest sens, deoarece în majoritatea cazurilor, tulburările delirante persistente sunt grupate nesistematizat împreună cu schizofrenia, cum este acum cazul la apariția noului DSM (DSM-V, APA, 2013).

Rezultatele statistice obținute la studiul comparativ din cadrul tezei de față ne trimit cu gândul la conceptul continuum-ului psihotic, dezvoltat de Crow. Crow a dezvoltat în ultimii 30 de ani o teorie evoluționistă a psihozelor, susținând ca aceste tulburări sunt un preț plătit de umanitate

pentru dezvoltarea rapidă a unui “crescendo social”, începând cu 150.000 de ani în urmă, când a început dezvoltarea mai rapidă a limbajului articulat. Crow corelează psihoza cu cromozomii sexului, cu asimetria și dominanța sexuală a emisferului drept. Autorul consideră că tulburările dispoziționale, bipolare sau unipolar depresive, pot fi considerate psihotice prin ele însele și nu doar prin combinarea cu delirul halucinator și dezorganizare, așa cum susținea DSM III-IV. Psihiatria evoluționistă, inclusiv în aria psihozelor, este în prezent în plină dezvoltare (a se vedea Brune, Burns).

Semnele și simptomele de psihoză se află pe un continuum cu stările mentale normale (Allardyce et al., 2007). În timp ce unele prezentări sunt fără echivoc dincolo de spectrul cel mai liberal al sănătății mintale, multe prezentări sunt subtile și delimitarea elementelor psihotice de starea mintală normală este dificil de efectuat. Evaluările pentru prezența simptomelor psihotice ar trebui să ia în considerare dacă convingerile sunt flexibile; dacă percepțiile sunt legate de un stimul extern, dacă gândurile sunt logice, coerente, și orientate spre un scop, dacă persoana se angajează ușor în comunicarea verbală normală și acte motorii și dacă afectul este modulată și într-o gamă completă. Dacă oricare dintre aceste evaluări ridică probleme, o evaluare suplimentară pentru o tulburare psihotică este justificată. În cadrul DMS-V (APA, 2013), există două afecțiuni care sunt definite prin anomalii limitate la un unic domeniu al psihozei: tulburarea delirantă și catatonă. În tandem cu eliminarea delirului bizar ca semn patognomic al schizofreniei, delirul bizar nu mai este considerat un criteriu de excludere pentru diagnosticul de tulburare delirantă.

Evaluările dimensionale surprind o variație semnificativă a severității simptomelor, ceea ce poate ajuta la planificarea tratamentului și predicția cursului și prognosticului (Allardyce și colaboratorii, 2007). Speranța este că abordările dimensionale vor accelera studiile asupra mecanismelor bolii și, în cele din urmă, dezvoltarea de intervenții pentru a preveni și vindeca tulburările psihotice (Heckers, 2008). În DSM-V, se propune ca un pacient care se prezintă cu semne și simptome psihotice să fie evaluat de-a lungul a opt dimensiuni: cele cinci domenii care definesc tulburările din spectrul schizofren, precum și cogniția, depresia sau mania (Barch și colaboratorii, in press).

Delirul reprezintă un fenomen multi-dimensional complex, caracterizat de idei intense neverosimile și nefondate, care provoacă îngrijorare și disconfort și nu sunt împărtășite de alte persoane (Freeman, 2007). Delirul de persecuție sau paranoid reprezintă un subtip de delir caracterizat prin convingerea individului că va suferi un prejudiciu, ca o consecință a intențiilor rele a altcuiva (Freeman & Garety, 2000). Există două caracteristici principale distinctive în paranoia, și

anume, anticiparea unei amenințări potențiale (Freeman & Garety, 2006) și intenționalitatea atribuită celuilalt, în distincția ce se cere făcută cu paranoia din anxietatea non-persecutorie (Freeman, 2007). Un element de obicei asociat cu psihoza (Sartorius, Jablensky, și Korten, 1986), din ce în ce mai des, există recunoașterea faptului că aceste convingeri sunt frecvente și în rândul populației non-clinice (Freeman, Pugh, Vorontsova, Slater și Antley, 2010; Freeman și colab, 2005). Această constatare, în concordanță cu o perspectivă dimensională a psihopatologiei (Strauss, 1969) a determinat cercetătorii să conceptualizeze delirul de persecuție pe un continuum, alături de experiențele normale (Freeman, 2007). Delirul de persecuție ar reprezenta extrema severă a acestui continuum, în timp ce o idee tranzitorie de suspiciozitate ar reprezenta omologii mai comuni (Ellett, Lopes și Chadwick, 2003). O implicație majoră a acestui punct de vedere este că studiile din paranoia în rândul populațiilor clinice și non-clinice pot fi egal de valoroase.

Modelele cognitiv-comportamentale ale delirului de persecuție au subliniat rolul potențial al strategiilor de coping, cum ar fi ruminările, în menținerea convingerilor paranoide (Freeman și colab, 2002). Există unele corelații care spun că gândirea negativă repetitivă, sub formă de îngrijorare catastrofală (Freeman și Garety, 2007) și ruminările (Simpson, MacGreggor, Cavanagh și Dudley, 2012) pot fi asociate cu paranoia. Există un studiu care a relevat că îngrijorarea ar fi un factor de predicție a reapariției simptomatologiei delirante, dar și a persistenței ideei paranoide existente (Freeman și colab, 2011).

O teorie a propus că ruminarea poate juca un rol dezadaptativ similar în întreținerea paranoia, ca o evaluare perseverativă a relațiilor interpersonale negative, și că semnificația lor în raport cu sine și alte persoane vor spori sentimentele de vulnerabilitate (Freeman și colab, 2002). Aceasta focusare a atenției pe experiențele negative poate duce la o mai mare conștientizare a informațiilor negative, în sens de amenințare, provenite din partea altor persoane și, prin urmare, la o intensificare a sentimentului de victimizare. Acest lucru ar crește nivelul de anxietate, care, la rândul ei, ar putea agrava convingerile paranoide. Acest cerc vicios poate fi consolidat și mai mult de convingerile secundare despre beneficiile unui stil de gândire repetitiv sau ruminativ, astfel menținând, sau poate chiar exacerbând, un status paranoid. În schimb, mai multe strategii adaptative de coping, cum ar fi distragerea atenției sau reevaluarea constructivă ar putea fi utile în scopul de a promova dezangajarea din acest ciclu, atenuând, astfel, gândurile și sentimentele asociate cu paranoia. Aceste ipoteze nu au fost testate empiric.

Datele obținute în teza de față corespund cu ipoteza unui studiu, care susține că evaluarea repetitivă a relațiilor interpersonale, semnificația lor în raport cu sine și alte persoane, ar duce la

distres crescut și menținerea paranoia (Freeman și colab., 2002). Aceste constatări sunt în concordanță cu un studiu asupra procesele specifice ce stau la baza psihopatologiei, care au relevat că ruminția și alte forme de gândire repetitivă neconstructivă, au un rol atât în menținerea, cât și în agravarea delirului (Thomsen, 2006; Watkins, 2008).

Freeman și colegii săi (2002) au propus că ruminția menține ideea paranoidă, neoferind perioade asimptomatice pentru disiparea consecințelor delirante. În conformitate cu această teorie, ruminția sporește semnificația ideii paranoide, punând în lumina aceste idei, prin emoțiile asociate și semnificațiile lor (Freeman și colaboratorii, 2002; Simpson și colaboratorii, 2012).

Mecanisme alternative ale ruminției, care pot fi responsabile pentru aceste efecte sunt disponibile în literatură. De exemplu, în contextul amenințării sociale, ruminția ar putea menține paranoia, servind ca o strategie de reglare emoțională (Garnefski și colaboratorii, 2004), ca o formă de suprimare sau evitare cognitivă (Wenzlaff și Luxton, 2003), emoțională (Liverant, Kamholz, Sloan și Brown, 2011) sau comportamentală (Wenzlaff și Luxton, 2003) sau ca un catalizator în amplificarea altor arii ale cogniției (Cieśła și Roberts, 2007).

Se propun tehnici de distragere a atenției pentru reducerea paranoia. Există studii recente de laborator care au demonstrat eficiența acestor terapii prin distragerea atenției de la dispoziția depresivă (Kuehner, Huffziger și Liesch, 2008), anxioasă (Wong & Matrite, 2009) și furia (Densen, Matrite, și Grisham, 2012)

Sunt necesare cercetări suplimentare pentru a testa ipotezele diferite specifice oferite de aceste teorii, cât și pentru a explora impactul unor procese de gândire constructive alternative, cum ar fi reevaluarea în contextul paranoia (jumping to conclusion). Păstrând aceste limitări în minte, aceste date ar putea oferi suport pentru modelul cognitiv al paranoia (Freeman și colab., 2002), iar în cazul în multiplicării și extinderii studiilor, ar putea avea unele implicații pentru evaluarea, formularea și tratamentul ideii paranoide (Watkins et al., 2007).

Dacă vor fi confirmate de studii pe cohorte de populații clinice relevante, aceste rezultate sugerează că profesioniștii din domeniul sănătății mintale ar trebuie să privească ruminția ca un mecanism potențial implicat în menținerea convingerilor delirante. În concordanță cu datele din literatură, care au studiat cu rezultatele tehnicilor de distragere a atenției în cazul pacienților cu ideea paranoidă, se indică faptul că persistența ideilor delirante de persecuție nu poate fi evitată și

că învățarea de strategii de coping cognitiv mai adaptive ar putea construi rezistența împotriva dezvoltării paranoia, oferind o strategie terapeutică în această patologie.

CONCLUZII

Studiul a reliefat existența unor asemănări și deosebiri între loturile considerate, în special între lotul cu Tulburare Paranoid Depresivă și lotul cu Tulburare Delirantă Persistentă. Din păcate, datorită, cel mai probabil, numărului mic de cazuri din fiecare lot, nu s-au putut stabili diferențe statistice semnificative. Rezultatele indică, însă, existența unui nivel de depresie mai pronunțat la acest grup, mai apropiat de nivelul depresiei prezent la subiecții cu Tulburare Depresivă Recurentă, dar și a unui nivel de ideeație paranoidă mai mare decât la toate celelalte grupuri analizate. Există de asemenea și unele diferențe în ceea ce privește funcționarea socială și cogniția socială. Sunt necesare, însă, studii mai ample, pentru a putea stabili dacă putem vorbi despre o entitate nosologică nouă. În terapia pacientului cu o tulburare mintală din spectrul depresiv-delirant va fi util să subliniem universalitatea suferinței omenirii, pentru promovarea aspectului, comun omenirii, de auto-compasiune. Discuțiile cu beneficiarul de servicii de sănătate mintală ar trebui să sublinieze ideea că psihoza este o experiență ce poate fi caracterizată de un sentiment de amenințare continuă. Va fi important pentru terapeuți să sublinieze cât de important este pentru ființele umane să fie sensibile la amenințare. Explicând cum acest lucru a fost benefic pentru evoluția omenirii, vom ajuta la validarea experienței individuale de amenințare, într-un mod care promovează o perspectivă de normalizare a acestor experiențe. Fuziunea cu evaluările experiențelor legate de amenințare în cazul persoanelor cu psihoză poate duce la o supra-activare cronică a mentalității de rang social, care servește pentru a limita disponibilitatea persoanelor de a se angaja în comportamente valoroase, cu consecințe în îmbunătățirea dispoziției afective.

CONTRIBUȚIILE STUDIULUI LA DEZVOLTAREA CUNOAȘTERII ÎN DOMENIU

Câteva dintre rezultatele cercetării sunt semnificative statistic, atât din perspectivă clinică, cât și din sfera neurocognitivă și cogniției sociale, servind la o înțelegere mai bună a tulburărilor din spectrul-depresiv delirant și, implicit, la o mai bună abordare terapeutică.

MĂSURI PENTRU RESPECTAREA NORMELOR ETICE DE CERCETARE

În vederea respectării normelor etice recomandate de consensurile internaționale, pacienților li s-a dat un consimțământ de informare asupra cercetării, menționându-se datele de contact ale cercetătorului, precum și posibilitatea raportării eventualelor nereguli Comisiei de Etică. O mostră a consimțământului este atașată în anexă.

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT

Scopul proiectului: de a cerceta tulburarea depresivă recurentă și psihozele endogene delirante, precum tulburarea delirantă persistentă și tulburarea paranoid-depresivă, din punct de vedere clinic și psihometric.

Proceduri incluse:

- interviul initial și evaluarea clinico-testologică
- completarea unor chestionare scurte

Riscuri potențiale și beneficii:

- nu există riscuri; va fi asigurată confidențialitatea; documentele vor fi păstrate într-un loc sigur și vor fi distruse la finalul cercetării
- beneficiile constau în psihoeducație în legătură cu afecțiunea suferită și oferirea de informații despre tratament

Dreptul la retragere: participarea este voluntară și aveți dreptul să vă retrageți în orice moment

Dacă aveți plângeri în legătură cu modul în care a fost făcută cercetarea, vă puteți adresa atât responsabilului de proiect, cât și coordonatorului de proiect, telefonic sau personal, la Clinica de Psihiatrie “Eduard Pamfil” Timișoara, str. Iancu Văcărescu, nr. 21, sau Comisiei de Etică din cadrul Universității de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” Timișoara, P-ta Eftimie Murgu, Nr 2 .

Doctorand

Dr. Cătălina Giurgi-Oncu

Coordonator de proiect

Prof. Dr. Mircea Lăzărescu

Subsemnatul/a _____, cu domiciliul

Având act de identitate: _____, seria _____ nr. _____, telefon _____

Am luat la cunoștință informațiile privind studiul desfășurat de către Dr. Cătălina Giurgi-Oncu în cadrul tezei de doctorat.

Menționez că sunt de acord să fiu inclus în acest studiu, fiindu-mi asigurată atât confidențialitatea datelor furnizate în cadrul interviului anamnestic, precum și a datelor rezultate din testele psihometrice.

Timișoara, data _____

Semnătura _____

Doctorand _____

Semnătura _____

INTRODUCERE

”Nu vreau să fiu la mila emoțiilor mele. Vreau să le folosesc, să mă bucur de ele, să le domin.”

Oscar Wilde, *Portretul lui Dorian Gray*

Teza de față s-a născut din necesitatea unei abordări integrate biopsihosocial a pacientului cu suferință psihotică, delirantă și depresivă. În profesia noastră, adesea ne facem speranțe în privința manierei în care se desfășoară viața bolnavului psihotic după părăsirea spitalului.

Obiectivul pe care mi l-am propus pentru această lucrare a fost studierea pacientului psihotic din spectrul depresiv-delirant, odată aflat în remisiune clinică parțială, din prisma simptomatologiei psihotice reziduale, a deficitului în funcționarea socială, al nivelului abilităților cognitive sociale, al emoțiilor și calității vieții. O astfel de analiză s-ar putea dovedi utilă în diferențierea și individualizarea abordării terapeutice a beneficiarilor serviciilor de sănătate mintală.

Tema spectrului psihotic este una în dezbatere și ea se corelează cu istoria problemei tulburărilor psihotice din nosologia lui Kraepelin, care, în mod clasic (și actual), se polarizează între tulburarea afectivă bipolară și tulburarea schizofrenă.

Totuși, în ultimii 50 de ani, ceea ce Kraepelin circumscria ca psihoză maniaco-depresivă s-a subdivizat în bipolar și monopolar depresiv. În același sens, ceea ce la Kraepelin era o zonă periferică a tulburării psihotice endogene, centrată de delirul sistematizat paranoiac (și parafren), a devenit în ICD-10 "tulburare delirantă persistentă". Nosologia ultimelor decenii a fost, astfel, bulversată, iar conceptele generale de psihoză, delir, depresie (psihotică) și schizofrenie, au ajuns să nu fie todeauna suficient de clare. Această confruntare între nosologia formulată în termeni tradiționali Kraepelinieni și cea formulată în termenii DSM-III, IV și ICD-10, este una care are zone de penumbră. Între acestea se situează patologia depresivă de

intensitate majoră, "psihotică" în formularea tradițională, "cu simptome psihotice" în formulările mai recente, care e un teritoriu clinic insuficient de clar, căci se împarte între tulburarea monopolar depresivă, cea schizo-afectivă și cea paranoid-depresivă. De aceea, se cer efectuate studii centrate pe acest domeniu. Problema nu e doar empirică, de adunare și analiză a unei cazuistici, ci și una conceptuală, căci trebuie definit la ce cazuistică facem referire. Din acest motiv, vor fi trecute în revistă multiple aspecte clinice și socio-funcționale, începând cu un scurt istoric al conceptualizării psihozelor, cu referire la dihotomia Kraepeliniană și la continuumul psihotic, centrat de delir.

La celebrarea centenarului de la publicarea operei fundamentale a medicinei psihiatrice, "Allgemeine Psychopathologie", va fi atins subiectul depresiei reactive din perspectiva lui Karl Jaspers (1913). Alte valențe ale depresiei, precum episodul din tulburarea bipolară și monopolar depresivă, cu și fără elemente psihotice, constituie o porțiune importantă a părții teoretice a acestei teze, alături de conceptualizarea personalității vulnerabile la depresie, din perspectiva lui Tellenbach și a lui Tyrer.

Anul 2013 este semnificativ pentru psihiatria modernă, datorită noilor paradigme aduse odată cu publicarea celei de a V-a ediții a DSM (Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistică a tulburărilor mintale, Asociația Psihiatrică Americană), din perspectiva spectrului și, în particular, a spectrului depresiv-delirant, ce face subiectul acestei teze.

De importanță critică pentru lucrarea de față sunt aspectele ce privesc funcționarea socială și cogniția socială a suferindului din patologia depresivă, paranoidă și cei aflați la intersecția lor.

De sute de ani s-a încercat definirea conceptului de emoție, această valență complexă a condiției umane. Cea mai bună dovadă a faptului că limbajul este patriarhal este faptul că simplifică excesiv emoțiile. În această lucrare am adunat cele mai avizate păreri, de la Thomas Hobbes (1588–1679), Baruch Spinoza (1632–1677) și Charles Darwin (1809-1882), la studiile unor contemporani precum Paul Ekman, Daniel Freeman și Philippa Garrety.

MULȚUMIRI

Această teză nu ar fi fost posibilă fără sprijinul constant al mentorului meu, **Acad. Prof. Dr. Mircea Lăzărescu**, căruia îi sunt profund recunoscătoare pentru timpul acordat, infinita inspirație, răbdarea, căldura și entuziasmul pe care mi le-a oferit de la începutul carierei mele în medicina psihiatrică.

În al doilea rând, doresc să le mulțumesc pacienților care mi-au permis să sondez cele mai sensibile aspecte ale biografiei lor.

Îi mulțumesc dnei. **Conf. Dr. Monica Ienciu** pentru încrederea acordată și cuvintele de încurajare oferite de-a lungul anilor.

Doresc să îi mulțumesc dnei. **Ș.L.Dr. Cristina Bredicean** pentru prietenia necondiționată, exemplul și afecțiunea pe care mi le oferă constant.

Îi mulțumesc, o respect și o apreciez nespus pe dna. **Dr. Anca Țuculanu**, care m-a ajutat în acest demers “existențial”.

Prietenelor mele dragi, **Dr. Oana Roșu, Dr. Ana Giurgiuca, Dr. Ramona Bărănescu** și **Dr. Carmen Viski** le mulțumesc pentru căldura, răbdarea, obiectivitatea și suportul pe care mi le-au oferit în momentele mele de preocupare intensă, de-a lungul anilor.

Aș dori să le mulțumesc **părinților mei, Dr. Felicia Giurgi-Oncu și Ec. Ioan-Cornel Giurgi-Oncu**, pentru că au împărțit cu mine atât etapele bune, cât și cele ușor mai dificile ale acestui Doctorat (și pentru mulți ani dinainte), pentru că reprezintă mereu un model, surse de siguranță și confort în vremuri de incertitudine, și pentru că mi-au permis libertatea de a explora. Sunt sigură că ei vor fi mândri de rezultat.

Îi mulțumesc dlui. **Dr. Ross White** pentru valorile, experiența, încurajarea și meloterapia oferite constant pe parcursul acestui demers.

Timișoara,
19.10.2013