

S



"Experience of Psychosis" picture of Maureen Oliver:
"art is everything we see and can be perceived by
different people in different ways".

Motto:

"What sets worlds in motions is the interplay of differences, their attractions and repulsions. Life is plurality, death is uniformity. By suppressing differences and peculiarities, by eliminating difference civilizations and cultures, progress wakens life and favors death. The idea of a single civilization for everyone, implicit in the cult of progress and technique, impoverishes and mutilates us. Every view of the world that becomes extinct, every culture that disappears, diminishes a possibility (Octavio Paz, The Labyrinth of Solitude, 1993)

Cap. MASURAREA PSIHOZEI

Scurta istorie a conceptului de psihoza sau despre terminologia psihozei¹

Termenul de psihoza salasuieste in inima psihiatriei din ultimele doua veacuri. El este folosit de profesionisti sau de laici deopotriva, in intelesul larg al “nebuliei”. Originea cuvintului este greceasca si vine de la “psyche”, care semnifica sufletul sau mintea si sufixul “oza”, care defineste generic boala.

Nasterea conceptului de psihoza la mijlocul secolului XIX a fost pregatita de trei factori decisivi: introducerea in psihiatrie a conceptului de boala si a suportului ei anatomo-clinic, cresterea importantei descrierii simptomatologice a bolii psihice si conturarea distinctiei dintre facultatile psihice precum facultatile intelectuale, emotionale si volitionale.

Se considera ca termenul de *psihoza* a fost introdus de Canstatt (1841) si apoi reluat de Ernest von Feuchtersleben (1845), psihiatru, politician si poet austriac. Acest termen desemna tulburarile psihice ale unei boli a creierului. Termenul intervine in disputa dintre “romantici”, care clamau ca mintea sau sufletul nu se pot imbolnavi si “somaticieni” care credeau ca factorii fizici si/sau somatici provoaca tulburari mentale. Feuchtersleben inventeaza doua cuvinte echivalente intre ele pentru a defini tulburarile psihice: “*psihoza*” si “*psihopatia*”, el avand ferma convingere ca acestea sunt de fapt tulburari ale personalitatii si nu ale mintii sau corpului. La acea vreme termenul de “*Geisteskrankheiten*” (tulburare a mintii) era folosit doar ca o metafora si nicidecum in ideea ca tulburarile mentale sunt generate de afectiuni ale creierului. El spunea ca: “*notiunea de boala mentala nu trebuie cautata nici in minte, nici in corp, ci in relatie dintre ele*”. Pentru el termenii de psihopatie, psihoza si nebunie erau similari ca inteles. El mai spunea ca “*orice psihoza este in acelasi timp si nevroza, din cauza ca fara nervi, ca intermediari, nici o manifestare psihologica nu poate avea loc, insa nevroza nu poate fi psihoza*”. Pentru el psihozele contineau cele patru categorii traditionale: melancolia,

¹ (dupa Berrios, 1987; Beer, 1995; Beer, 1996; Burgy, 2008, Heinimaa, 2008)

mania, dementa si idiotia. La acea vreme incepe sa se foloseasca in spitalele de psihiatrie conceptul de “*psihoza unitara*” (*Einheitspsychose*), termen introdus de Von Zeller cu scopul de a uni toate felurile de “nebunie” care impune institutionalizarea suferinzilor. Cam in acelasi timp Flemming (1859) scrie despre patologia si tratamentul psihozelor si include in acest termen mania, melancolia cu anxietate si delir si convulsiile. Termenul de *nevroza* era folosit de el in conjunctie cu cel de psihoza, ele excluzandu-se reciproc, dar fara sa se justifice acest lucru in mod clar. Pentru Flemming nevroza era o boala a sistemului nervos, iar psihoza un aspect al ei, o *psihonevroza*.

Mai departe, in sec. XIX termenul de psihoza a fost capturat de psihiatri organicisti care clamau ca orice tulburare psihica este o expresie a unei tulburari cerebrale si Griesinger (1868) spunea cat de arbitrara este distinctia dintre psihoza si alte tulburari nervoase, pentru ca ambele isi au originea in tulburari ale creierului. Moebius (1875) introduce termenul de *psihoza endogena* pentru a desemna mai mult predispozitia pentru boli psihotice. Wernike considera ca bolile mentale pot fi clasificate pe baza principiilor anatomice si fiziologice si el este primul care ataseaza la tulburarile mentale adjectivul de *psihotic*.

Fuerstner (1881) a fost primul psihiatru care a folosit termenul de *psihoza functionala*, care contrasta cu cel de *psihoza organica*, psihozele organice fiind realmente boli cauzate de modificari organice ale creierului. Pentru acestea s-au mai inventat termenii de *psihoza exogena* (Bonhoeffer, 1908) sau de *psihoza reala*. In sfarsit, Kraepelin clasifica *dementia precox* (schizofrenia de mai tarziu) mai intai printre psihozele organice, pentru ca aceasta duce la dementa, iar tulburarea maniaco-depresiva printre psihozele functionale. Pe la mijlocul anilor '20, din cauza lipsei de dovezi lezionale cerebrale, Kraepelin revine si clasifica *dementia precox* si tulburarea maniaco-depresiva printre *psihozele endogene*.

Ulterior Kraepelin preia termenul de endogen si il introduce in clasificarea lui. Pentru el tulburarile endogene erau de origine organica, dar aceasta origine nu putea fi inca demonstrata. Astfel se creaza prima oara premisele diferentierii psihozelor organice de cele endogene, functionale.

Kraepelin distinge tulburarile de personalitate, psihopatiile, pe care le considera *tulburari statice*, de restul tulburarilor evolutive, pe care ulterior Jasper le-a denumit “*proces*”. In editia a 8-a a tratatului sau (1915) *dementia precox* este clasificata ca tulburare endogena datorita unor conditii metabolice alaturi de alte tulburari mentale consecutive unor procese

patologice interne: arterioscleroza, parafrenia, epilepsia, tulburarile senile. Tulburarea maniaco-depresiva era considerata ca o tulburare constitutională alături de isterie, paranoia, nevrozele compulsive și perversiunile sexuale.

În ediția 9-a a tratatului său din 1927, Kraepelin asează atât dementia precoc cât și tulburarea maniaco-depresivă ca singurele două psihoze endogene și pentru prima oară termenul de psihoză nu mai este folosit pentru întregul cortegiu de tulburări psihice, ci doar pentru unele din ele. Nosologia lui Kraepelin nu se adresează explicit conceptului de psihoză ci mai curând conceptului de boală psihică.

Bumke (1928), succesorul lui Kraepelin la catedra de psihiatrie de la München, clasifică dementia precoc și psihoza maniaco-depresivă printre psihozele functionale, tocmai pentru că nu se reușise stabilirea unei cauze organice. Mai mult, Bumke reclassifică bolile psihice în reacții nevrotice (nevrozele), stări constitutionale nervoase, psihopatii și psihoze functionale.

Deși Kraepelin diferențiază psihopatiile de psihoză, încă nu se știa precis cum se definește psihoza, teorie la care se asociază și Jaspers. Kretschmer propune delirul de referință ca și criteriu de diagnostic și propune un continuum între *temperamentul schizoid* și schizofrenie cu *tulburarea schizoidă de personalitate* ca formă intermediară, și între tulburarea maniaco-depresivă și *temperamentul ciclotim* prin intermediul *tulburării cicloide de personalitate*, lucru criticat atunci de Jaspers.

Jaspers (1913) introduce conceptul de “*proces*” ca o transformare definită în personalitate și diferențiază tulburările de personalitate de psihoză pe baza *insightului*, în psihoză individul pierzând orice formă de insight. Pentru el, nevroza are o bază biografică, psihologică și “*se dezvoltă*” pe un continuum de la sănătate la boala psihică. Și Kurt Schneider descrie psihopatiile ca forme statice, spre deosebire de celelalte forme sau “*dezvoltări*” și diferențiază net psihozele de celelalte condiții conturând și mai bine conceptul de psihoză endogenă.

Beluler face o distincție destul de netă între psihoză și schizofrenie. Pentru el schizofrenia are ca nucleu esențial tulburarea autistă de gândire și relaxarea asociațiilor de idei, pe când psihozele sunt caracterizate doar de simptomele accesorii, secundare în schizofrenie, precum delirul și halucinațiile.

Aparitia lucrării lui Freud despre nevroze și psihoze (1924) a condus la psihologizarea conceptului de nevroza, lucru care a împins și mai mult conceptul de psihoza în organicism sau endogenism. Interesant de remarcat este că conceptul de psihoza a devenit mai robust în antiteza cu cel de nevroza pentru că mai apoi, după apariția DSM-III-R să fie lăsat singur să vietuiască după “decesul” termenului de nevroza. Kurt Schneider, succesorul lui Jasper la catedra de psihiatrie a Universității din Heidelberg era apărătorul conceptului de “incomprehensibilitate” ca fundament al înțelegerii psihozei, spre deosebire de nevroza care devenea “comprehensivă” prin demersul psihanalitic. Tot Freud introduce conceptul de “testare a realității”, concept care ulterior a devenit criteriu de diagnostic al psihozei în DSM-IV.

Tot la începutul secolului XX se conturează de către August Wimmer conceptul de *psihoze psihogene* (1916) ca psihoze care apar după o traumă psihică și care nu conduc la deteriorare și sunt clinic independente de alte forme de boală. Ulterior acestea au fost numite *psihoze reactive*. Gabriel Langfeldt introduce termenul de *psihoza schizofreniformă* (1939), psihoza cu prognostic bun și cu trăsături afective și personalitate premorbida normală. Kasanin (1933) introduce și termenul de *psihoza schizoafectivă*.

Dichotomia organic-funcțională se bazează pe o abordare socio-psihologizantă, reactiv versus biologic și genetic, în care psihoza avea o etiologie organică și răspundea modelului medical al bolii (K. Schneider). O altă concepție era cea izvoartă din teoriile sociologizante ale lui Erik From care vedea tulburările psihice ca *reacții* și însăși schizofrenia era privită ca o reacție la evenimentele ambiantei.

Janzarik (1969) înțelege psihoza ca o forță pozitivă ținută sub control de mecanisme interne: “*principiul productiv psihotic*”, care scăpat de sub control duce la declanșarea psihozei. Psihoza apare ca o deraiere de la dinamica psihologică internă. Structurile implicate în această deraiere vor determina felul de psihoza care va apărea. El propune astfel o *teorie unitară a psihozei* pentru că este posibil ca depresia să continue cu mania, apoi cu schizofrenia paranoidă și apoi cu catatonie.

Conrad (1958) merge mai departe cu *teoria psihozei unice* și îl atacă pe Jasper pentru dichotomia *exogen-endogen* sau pentru abordarea “da sau nu” în psihopatologie și propune o teorie gestalt în psihopatologie, după care orice formă ce apare de pe fundal poate fi transpozabilă la întreg. Menninger (1959) propune și el o teorie unitară a bolilor psihice, care sunt supraetajate de la nevroze la psihoze, ca formele cele mai dezorganizante.

Modificarea conceptului de psihoza de-a lungul unui secol si mai bine este rezultatul progreselor in intelegerea etiologiei si patogeniei tulburarilor psihice, a conturarii simptomelor si entitatilor nosologice. In final se poate spune ca de-a lungul a 150 ani termenul de psihoza a fost sinonim cu cel de nebunie si a trecut prin diferite stadii de conceptualizare, toate conturand psihoza in opozitie cu altceva precum dihotomiile nevrotic–psihotic, exogen–endogen, reactiv-psihotic sau functional-organic. Acest drum a fost bazat in mare parte pe interpretari fenomenologice care, pe la mijlocul anilor 70 au fost inlocuite de viziunea biologizanta si de cea ateoretica si astfel versiunile succesive ale DSM si ICD reusesc oarecum sa pune ordine intr-un turn Babel in care fiecare vorbea pe limba lui. Dar din pacate aceasta nu a fost un progres in toate planurile de intelegere a psihozei!

Hermeneutica psihozei si evolutia psihiatriei moderne

Din sectiunea de mai sus s-a vazut destul de limpede ca psihoza s-a aflat in mijlocul dezvoltarii conceptelor de baza ale psihiatriei moderne si mai ales in conturarea modelului de boala mentala; cine incearca sa desluseasca psihoza scotand-o din contextul evolutiei psihiatriei comite o gresala.

Reflectand asupra naturii si intelesului psihozei trebuie sa te intorci cu gandul la ceea ce spunea Heidegger: *“ceea ce ne face pe noi sa gandim este de fapt ceea ce ne tulbura si ne face confuzi”*. Mai mult, Wittgenstein spunea ca problemele care ne tulbura nu se rezolva totdeauna cautand noi informatii, ci mai ales prin rearanjarea a ceea ce este deja cunoscut. Cautarea psihozei a adus tensiunea necesara pentru a impinge psihiatria inainte, atat ca practica cat si ca organizare, prin promovarea unor noi concepte si rearanjarea altora mai vechi si mai ales prin modificarile la nivelul limbajului utilizat in psihiatrie.

Daca cineva intreaba ce este psihoza, raspunsul cel mai simplu si poate cel care este dincolo de orice tagada este ca psihoza este un fenomen clinic caracterizat printr-o pierdere a contactului cu realitatea, evidentiata prin halucinatii, delir, tulburari formale ale gandirii, dezorganizare comportamenta si perturbare a functionarii sociale. Pana la aceasta definitie, simpla interpretarea si definitia psihozei au trecut prin mai multe momente, in functie de doctrina dominanta a epocii sau de modele timpului, iar criticii conceptului de psihoza chiar cred ca comportamentul psihotic este “rational”, in sensul ca este dirijat de ratiunea proprie si psihoza nu poate fi construita pe aceasta baza.

Pentru Berrios (1987) termenul de psihoza a fost inventat pentru a inlocui in discursul public si cel specializat termeni ca “nebunia”, “alienarea” si “dementa”.

In descifrarea psihozei s-au folosit mai multe abordari si cea care a adus contributi esentiale a fost metoda fenomenologica cu radacini in conceptia lui Husserl (Burgy, 2008). Fenomenologia lui Husserl spune ca ceea ce este important este experienta directa a lucrurilor si nu investigarea faptelor exterioare, aparenta acestori lucruri in fluxul intentional al constiintei si nu trivialitatea epic-circumstantiala: “*nu ai nevoie sa sti ce este, daca sti ca ai facut-o bine*”.

Jasper, in editiile succesive ale lucrarii lui fundamentale “Allgemeine Psychopathologie” (1913-1959), pune in conjunctie forma si continutul, explicarea si intelegerea, dezvoltarea si procesul in interpretarea faptelor psihopatologice. Metoda lui Jasper a constituit un cadru in care s-a limpezit mult din expresivitatea psihozei. El a initiat mai multe nivele ale intelegerii fenomenului psihopatologic: *intelegerea statica*, ca o sectiune in “timp real” a fenomenului psihopatologic; *intelegerea experientiala*, sau felul in care individul traieste, experimenteaza tulburarea, traieste delirul sau halucinatiile si ce semnificatie le da, respectiv geneza ideilor si perceptiilor delirante ca trairi ale psihozei; *intelegerea genetica*, care lasa sa se inteleaga cum o stare mentala apare din alta pe continuumul biografic al subiectului si cum psihoza este o rupere a firului vietii acestuia; *intelegerea rationala*, care presupune intelegerea rational-logica a productiilor pacientului de pe o pozitie exterioara; si incheie cu *intelegerea hermeneutica*, care incearca sa inchege intelesuri superioare din analiza spuselor pacientului. Aplicand dihotomia intelegere-explicare ca doua fatete ale demersului fenomenologic, Jasper vede “*comprehensivitatea*” ca si caracteristica a reactiilor psihologice si “*incomprehensibilitatea*” ca trasatura a psihozelor. In situatia psihozei, intelegerea trebuie inlocuita cu explicarea procesului psihotic. Trasatura esentiala a psihozelor este afectarea fiintei in intregul ei. Pentru Bleuler (1949) psihoza, respective schizofrenia, nu reprezinta o personalitate bolnava ci o persoana bolnava, pentru ca fiecare functie este afectata intr-un fel anume si toate impreuna (Heinimma, 2000).

Vorbind despre deosebirea dintre nevroza si psihoza, Jasper spunea ca in timp ce in nevroza pacientul nu se inteleg pe sine insusi, in psihoza ceilalti nu inteleg pacientul. Ulterior Kurt Schneider introduce conceptul de reactii comprehensive anormale si psihoza o vede ca o entitate aparte care nu poate sa se plaseze pe continuumul comprehensiv dintre boala si

persoana sanatoasa. Schizofrenia este caracterizata de prezenta simptomelor “de prim rang” care sunt simptome clar diferite de experienta normala si comprehensiva si de aceea pot fi recunoscute destul de usor.

Metoda fenomenologica a lui Jasper a avut un rasunet tarziu in psihiatria anglosaxona si de alt fel a ramas ca o incercare mai mult filozofica de abordare a psihiatriei decat o metoda operationala de intelegere a fenomenelor psihopatologice. Receptarea metodei fenomenologiei in psihopatologie se situeaza pe un continuum intre cei care vor sa aibe cartea lui Karl Jasper pe raftul bibliotecii personale si altii, mai onesti poate, care considera ca este un timp irosit sa o citesti. Cu toate acestea, pentru un anume timp fenomenologia lui Jasper a contribuit esential la intelegerea psihozei si a simptomelor ei.

Dupa “apusul” fenomenologiei germane, ultimele decenii ale interpretarii psihozei au apartinut spatiului anglo-saxon. Astfel, conceptul “recalcitrant” al psihozei a trecut de la o conceptualizare abstracta la un limbaj “real”, utilizabil atat de psihiatrii clinicieni cat si de pacienti si publicul larg si a putut intra in vocabularul de fiecare zi (Fulford, 1989).

Prima si cea mai importanta schimbare a fost facuta in 1980, o data cu aparitia DSM-III. Aceasta nosologie a introdus criteriile operationale diagnostice cu scopul de a descrie tulburarile mentale in termeni simpli, observabili si de multe ori chiar in termeni comportamentali. Rolul factorilor etiologici a fost minimalizat la maximum in DSM-IV, iar substantivul “psihoza” a fost inlocuit cu adjectivul “psihotic”. In glosarul de definitii care insoteste DSM-III termenul psihotic este definit astfel: *“Psihotic: un termen indicand o afectare grosiera a testarii realitatii. ...Cand exista o afectare grosiera a testarii realitatii individul evalueaza incorect perceptiile si gandurile si trage concluzii incorecte asupra realitatii exterioare, chiar si pus in fata evidentei contrarii. ...Comportamentul psihotic este evident in prezenta delirului si halucinatiilor, fara ca subiectul sa fie constient de natura originii lor patologice...”*. O ingustare si mai acceptuata a termenului de psihotic a fost facuta in versiunea DSM-IV (1994) cand absenta sau prezenta insight-ului in cazul halucinatiilor diferentiaza schizofrenia de psihozele organice. Mai mult, halucinatiile cu insight isi pierd caracteristica “psihotica” pentru ca ele nu afecteaza persoana si isi pierd caracteristica de “incomprehensivitate” (Heinimaa, 2000).

Aparitia DSM-urilor succesive a marcat de fapt alinierea treptata a modelului de boala mentala la modelul biomedical general al medicinei, un model reductionist, dar care asigura

transparenta si obiectivitatea demersului medical. Psihiatria nu a putut sa incapa in acest model destul de ingust si aceasta i-a conferit un fel de “*fragilitate*” confruntata cu presiunea sociala a necesitatii din ce in ce mai crescute de “autonomie” a bolnavului psihic si de management “*birocratic*” al practicii curente (solicitarea obsesiva pentru “obiectivizare”, practica bazata pe dovezi, consensuri si protocoale controlate, confidentiala si validitatea evaluarilor, etc.). Medicina moderna se lanseaza intr-un mesaj utopian generand expectatii nerealiste din partea publicului si nu mai recunoaste in practica ceea ce psihiatria facea in mod curent: “*suferinta nu este in totalitate obiectiva si nici in totalitate subiectiva*”, iar Achterhuis (2004) spunea ca medicina “*in vivo*” a fost inlocuita cu medicina “*in vitro*” (citata de Nys si Nys, 2006). Pentru Nys si Nys (2006) psihiatria nu a putut sa se salveze decat printr-o “injectie” de filozofie. Luptand cu suprasimplificarea gandirii medicale, psihiatria a incercat sa reinvie “discutiile latente ale filozofiei” intr-o incercare a de a-si salva identitatea. Aceasta este una din explicatiile pentru reinvierea in ultimii ani a interesului pentru psihopatologie generala si in special pentru fenomenologia psihozei. Psihoza poarta cu ea filozofia, asa cum conceptul de tulburarea postraumatica aduce politicul in psihiatrie.

Cu tot pragmatismul ultimilor decenii, ceva din fenomenologia clasica tot s-a pastrat de-a lungul timpului. Astfel, interpretarea psihozei nu se poate concepe fara a vorbi despre comprehensivitate/inteligibilitate/intelegere si persoana. De pilda , este evidenta asimetria dintre psihoza la nivelul persoanei intai – “eu sunt nebun” si expresia la persoana a treia – “el e nebun”; psihoza marcheaza limita extrema a inteligibilitatii persoanei de catre altii (Heinimaa, 2008).

Intelegerea persoanei, inteligibilitatea , este un demers diferit de cel de cunoastere a persoanei. In-inteligibilitatea sau in-comprehensibilitatea marcheaza limitele intelegerii umane si ea nu poate fi acceptata decat global, in intreg, in termeni de pozitiv si negativ (Heinimaa, 2002). Din punct de vedere fenomenologic aceasta semnifica ca expresivitatea in-inteligibila a unei persoane se datoreaza instaurarii unei noi ordini a intelesurilor si sensurilor care a inlocuit-o pe cea veche (Parnas, 1999) si aceasta este ceea ce face ca psihoza sa se constituie intr-un mod de violare a formei obisnuite a discursului. Prezenta “psihozei” exclude din limbaj asertiuni pozitive sau negative precum” “eu nu inteleg” sau “eu am inteles gresit”. Acest concept al in-inteligibilitatii/in-comprehensivitatii psihozei, a delirului, a dezorganizarii, a limbajului

psihotic are un statut cultural instabil, fiind inglobat diferit in discursul local, conform credintelor, stereotipurilor si istoriei locale.

O alta abordare a psihozei s-a facut din perspectiva relatiei dintre persoana si psihoza. In general se considera ca conceptele psihiatrice sunt strans legate de conceptul de "lumea persoanei" (*personhood*) ca totalitate a caracteristicilor si proprietatilor care fac ca un individ sa fie recunoscut ca persoana, precum constiinta, abilitatea de a rationa, de a se auto-reflecta, de a comunica, etc.. Cu toata acestea, in discursul psihiatric conceptul de "persoana/subiect" este slab si ambiguu constituit. Mai ales in cazul psihozei, identificarea si discutarea caracteristicilor "psihotice" sa face fara a lua in calcul "persoana". Estroff (1989) deosebeste transformarile pe care le sufera selful, asa cum este cunoscut de lumea interioara a subiectului si persoana, asa cum este cunoscuta in lumea de afara de catre altii, cu alte cuvinte autoarea vorbeste de relatia dintre self ca "*privat*" si persoana ca "*aspect public*" ale subiectului, lucru care se reflecta in capacitatea noastra de a explica si intelege fenomenul psihozei de dinauntru si de dinafara. In linia acestei analize, apare evident ca intelesul si cunoasterea persoanei este mediata de factori culturali si sociali; de aici rezida o mare parte din ambiguitatea psihozei. Pentru Sass si Parnas (2003) in psihoza schizofrena este vorba de o tulburare a *ipseitatii* (experienta de a fi subiect al propriei experiente). Astfel subiectul schizofren traieste o *hiperreflexivitate*, o forma exagerata de autoconstienta prin care diferite aspecte ale sinelui sunt percepute precum obiectele exterioare si o slabire a capacitatii de a se percepe pe sine ca ceva vital, cognoscibil si prezent (*auto-affection*). In plus Nelson si colab (2008) vad in tulburarile sinelui indicatori de foarte inalt risc pentru vulnerabilitatea pentru psihoze, pentru ca perturbarile sinelui apar in fazele prodromale ale experientei psihotice.

O abordare psihopatologica aparte o face Stanghellini si Ballerini (2007) care incearca sa gaseasca o relatie intre psihoza schizofrena si valorile si atitudinile vietii de zi cu zi. Pentru ei schizofrenul traieste o criza a sensului comun, ceea ce-l conduce spre *antagonomie* (confruntat cu supozitii sau acceptiuni comune subiectul face alegeri bizare sau excentrice) si *idionomie* (sentimentul de unicitate si exceptionalitate a propriei persoane trait sub forma unui dar sau a unei calitati deosebite).

Toate la un loc l-au facut pe Stromgren (1969) sa spuna ca: "...*desi cei mai multi psihiatrii contemporani utilizeaza conceptul de psihoza cam in acelasi fel, foarte putini incearca sa-l defineasca...poate pentru ca nu exista continut in spatele acestui cuvant...*".

Astfel, DSM-IV disperseaza “psihoza” de-alungul unui spectru larg de tulburari si furnizeaza criteriile ca ceea ce este vazut ca o tulburare sa capete calificativul de psihotica.

Cu toate avatarurile lui, conceptul de psihoza a contribuit decisiv la formarea si constituirea practicii psihiatrie moderne, la conceptualizarea interrelatiilor dintre psihiatria ca practica si psihiatria ca institutie si el supravietuieste inca in limbajul clinic curent pentru ca ajuta sa se faca o distinctie neta atunci cand se evalueaza, trateaza si legitimizeaza pacienti psihiatrici si contribuie inca la modul de utilizare a urgentei in psihiatrie si la ajustarile etico-morale ale psihiatriei moderne. Dar poate mai important decat toate este faptul ca conceptul de psihoza a contribuit decisiv la demistificarea nebuniei, atat in limbajul public cat si in cel profesional (Tsuang & Faraone, 2002).

In cautarea simptomelor psihozei

Problema simptomelor psihozei isi are originea in confundarea si chiar suprapunerea simptomelor psihozei cu cele ale schizofreniei si atunci cand vorbim de simptome nu se precizeaza exact daca vorbim despre schizofrenie sau psihoza. Desi Eugen Bleuler facea o distinctie clara intre simptomele *fundamentale* si cele *secundare* ale schizofreniei, simptomele fundamentale fiind cele cu valoare diagnostica, pentru ca ele sunt expresia modificarii permanente a persoanei in procesul schizofren (de ex. pierderea asociatiilor de idei), iar cele secundare sau accesorii fiind doar temporare, (de ex. delirul si halucinatiile) si neavind aceiasi valoare diagnostica (Burgoyne, 2008), formularea diagnostica din DSM-IV s-a facut in jurul simptomelor secundare, psihotice, pentru a se asigura schizofreniei un statut de categorie discreta (Tsuang, 2000; Tsuang si Faraone, 2002). DSM-III si DSM-IV au facut incercarea temerara de a acorda fiecarei entitati nosologice discrete simptomele si criteriile care o fac sa aiba o validitate si confidenta (“reliability”) inalta, lucru care a dus la unele compromisuri, precum ignorarea considerentelor etiopatogenice.

Atit Kraepelin, cat si Bleuler au impartit simptomele schizofreniei in caracteristice si necaracteristice, cele caracteristice, numite si “Grundsymptome” (simptome fundamentale) sunt cele care definesc boala si ele sunt “un tip specific de alterare a gandirii, simtirii si relatiei cu lumea care nu apare nicaieri in aceasta forma” si care sunt interpretate ca tulburari ale asociatiilor de idei, afectivitatii, autism si ambivalente – asa zisi “cei 4 A” (Bleuler, 1911). In contrast cu simptomele fundamentale, simptomele accesorii, precum halucinatiile si delirul,

sunt doar simptome circumstantiale pentru ca aceste simptome apar “in diferite grade si pot apare sau dispare fara ca trasaturile fundamentale ale bolii sau cursul ei sa fie in vreun fel afectat” (Kraepelin, 1904).

Kurt Schneider a impartit in mod expres simptomele schizofreniei in cele care sunt o forma anormala a *experientei* si cele care sunt o forma anormala a *expresiei*, acestea din urma fiind observabile din exterior, usor de recunoscut si au o valoare diagnostica mai mica (Schneider, 1959). Aceasta concepie este astazi destul de disputata si se considera ca simptomele de rangul I, precum pseudohalucinatiile auditive, vocile comentative, dirijarea si emisia gandirii, insertia gandirii, perceptiile delirante, pasivitatea somatica, etc. sunt mai mult expresia psihozei decat a schizofreniei (Peralta si Cuesta, 1999, Khater si colab. 2006). Mai mult, sunt studii care arata ca simptomele de prim rang a lui Schneider pot fi gasite si la subiectii cu tulburari afective si, mult mai rar, chiar in populatia generala. Cu toate acestea, ele raman pentru cei mai multi autori simptome patognomonice pentru schizofrenie (Nordaard si colab. 2008).

Mult mai confidenta si valoroasa din acest punct de vedere a fost impartirea simptomelor schizofreniei in pozitive si negative, impartire generata de Kraepelin si Bleuler (inspirati de terminologia neurologului Hughlings Jackson) si reluata apoi Crow (1980) si mai departe de Andreasen si Carpenter (1993). Pentru ei, adevaratul nucleu al schizofreniei ar fi dat de tulburarile de gandire si de simptomele deficitare negative, iar simptomele pozitive, precum halucinatiile si delirul, ar fi nespecifice schizofreniei propriu-zise, dar caracteristice “psihozei schizofrene” si altor psihoze.

Problema este ca atunci cand mai multi cotatori incearca evaluarea simptomelor negative si a tulburarilor de gandire, apare evident ca concordanta dintre ei este scazuta, ceea ce tradeaza ca evaluarea lor a fost mult tributara abilitatii fiecarui clinician in a le identifica corect, din aceasta cauza atentia se indreapta mai mult asupra simptomelor pozitive a caror evaluare este foarte robusta.

Dar mult mai important este sa ne amintim ca simptomele psihozei, in general, si a schizofreniei in particular, au fost concepute dupa modelul generat de studiile clinice ale lui Kraepelin, Bleuler si K. Schneider, clinicieni eminenti care au lucrat pe vremea unor spitale mari, cu cazuistica severa si care si-au bazat descrierile lor pe aceasta cazuistica. De aceea in descrierea lor clinica apar doar acele simptome care necesita atentie medicala si ingrijire

institutionala imediata, lucru care introduce o tendinta in esantionare, tendinta cunoscuta si ca “efectul lui Berkson”. Astfel, este usor de inteles ca descrierea clinica a schizofreniei se bazeaza mai mult pe simptomele pozitive, pentru ca acest gen de simptome sunt si cele care necesita ingrijire institutionalizata (Allardyce si colab. 2007). Semnele “soft”, cele care sunt mai mult experimentate decat exprimate, sunt si cele care au fost mai mult ignorate.

In conturarea simptomelor schizofreniei un pas inainte face ”scoala germana” care contureaza un grup de “simptome de baza” ale schizofreniei, care ar corespunde deficitului bazal dat de procesul schizofren (Huber, 2002). Simptomele bazale sunt de fapt tulburari neuropsihologice perceptute devreme de pacient ca experiente subiective in registrul perceptual, emotional, cognitiv si motor, pe baza carora se poate face o detectie timpurie a schizofreniei si care au stat la baza construirii scalei “*Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms*” (Gross si colab. 1990). Despre aceasta scala se va vorbi mai departe in acest capitol. Tot printr-o abordare fenomenologica, Parnas si colab. (2005) contureaza nucleul schizofreniei, care se pastreaza constant atat in faza prodromala cat si in cea de stare, ca o tulburare a formarii prereflexive a experientei tradusa prin perturbari in cinci arii ale experientei subiective: cognitie, auto-constienta, experienta corporala, demarcatie/tranzitivism si reorientare existentiala. Pe baza acestora autorii au construit o scala de examinare a experientelor anormale (*Examination of Anomalous Self-Experience - EASE*) care va fi prezentata ulterior. Pe acest gen de abordare se bazeaza programele de detectie timpurie a primului episod de psihoza.

O alta dichotomizarea a simptomelor psihozei care a dominat decizia medicala in ultimele decenii a fost cea: prezenta psihozei versus absenta psihozei. Aceasta s-a bazat pe interpretarea categoriala a psihozei, ca o entitate distincta de oricare alta. Ulterior, studierea subiectilor cu simptome “*psychotic-like*” (similare cu cele ale psihozei), numite si simptome schizotipale, a condus la constatarea ca prezenta acestor simptome nu inseamna neaparat psihoza si nu necesita atentie medicala de urgenta. Mai mult, au aparut o sumedenie de cercetari care arata ca “fenotipul psihozei” este raspandit in diverse grade pe un continuum incepand din populatia generala si terminand cu cazuri franc psihotice, mai ales atunci cand se iau in considerare simptomele pozitive. Prevalenta simptomelor pozitive de psihoza in populatia generala se intinde de la 4 al 17,5% in functie de metodologie (Eaton, 1991, van Os si colab. 2000), iar schizotipia se aseaza ca forma de trecere pe acest continuum. Aceasta

inseamna ca o proportie insemnata din populatie a experimentat macar un semn de psihoza in decursul vietii si ca nu a cautat asistenta medicala pentru aceasta. Pozitia pe acest continuum este data mai mult de "greutatea" simptomelor decat de calitatea lor, deci psihoza si formele de trecere spre normal ar fi forme dimensionale si nu categoriale, iar factorii care variaza ar putea fi: perceptiile si credintele aberante, introversia/anhedonia si dezorganizarea conceptuala (Allardyce si colab. 2007). Ca un exemplu, in studiul lui van Os si colab. (1999) se evidentiaza ca cel putin unul din zece subiecti fara istorie psihiatrica au avut candva impresia ca sunt tinta unui complot, sau ca 16 subiecti dintr-o suta fara istorie psihiatrica au experimentat in viata lor macar odata halucinatii auditive. Aceste constatari vor sa spuna ca prezenta unor simptome psihotice nu este neaparat legata de prezenta psihozei. Mai mult, sunt autori care considera ca "simptomele" psihotice nu sunt decat o expresie meta-cognitiva (atriburii si credinte) a unor disfunctii subiacente care cauzeaza distress sau disfunctie. Astfel, s-a constatat ca delirurile pot porni si dintr-o discrepanta dintre stima de sine reala si cea imaginara (Bentall si Kaney, 1996) sau dintr-o fragilitate a selfului, anxietate de separare si discomfort cu ambianta (Freeman si colab. 2005). Dupa aceasta interpretare cognitivista, indivizii cu simptome de psihoza prezinta o disfunctie cognitiva care interfereaza procesul de judecata, precum o confuzie in stabilirea determinismului, o derapare cognitiva, o inclinare spre fantezie si o absorbtie perceptuala care impreuna fac ca individul sa traiasca intr-o fictiune narativa ca si cum ar fi reala (O'Connor, 2009).

Buks si colab (2007), facand o "*latent class analysis*" a simptomelor psihotice pe un esantion de 1056 pacienti cu diferite forme de tulburari psihotice, gasesc ca fenotipul psihozei se poate divide in sase grupe de pacienti, fiecare continand o proportie diferita de simptome din cele cinci grupe de simptome formate prin analiza factoriala precum dezorganizare conceptuala, simptome pozitive, simptome negative, depresie si manie (cele cinci clase de simptome sunt prezentate in Tabelul Nr. 1). Astfel grupul Nr. 1 (37% din subiecti) aduna laolalta subiecti cu grad ridicat de dezorganizare conceptuala si multe simptome negative, simptome depresive si maniacale si acesta corespunde diagnosticului de psihoza schizoafectiva si schizofrenie paranoida; grupul Nr. 2 (26% din subiecti) cuprinde subiecti cu note mari de depresie, cu unele simptome maniacale, simptome pozitive si oarecare dezorganizare conceptuala, iar acest grup corespunde diagnosticului prealabil de psihoza depresiva si de psihoza paranoida a subiectilor din lotul studiat; grupul Nr. 3 (14% din subiecti) aglutineaza

subieci cu dezorganizare conceptuala marcata, precum si simptome evidente negative si mai putine pozitive, iar simptomele de depresie si manie aproape ca lipsesc; aici se plaseaza in majoritate subiectii care au fost diagnosticati in prealabil cu schizofrenie forma dezorganizanta si catatona; clusterul Nr. 4 (14% din subieci) cuprinde subiectii care au aratat un grad ridicat de simptome negative si pozitive, oarecare dezorganizare conceptuala si simptome afective, grup ce corespunde diagnosticului prealabil de schizofrenie catatona si psihoza schizofreniforma; grupul Nr. 5 (7%) cuprinde pacienti cu o combinatie din toate clasele de simptome si corespunde mai mult diagnosticului de psihoza depresiva; clusterul Nr. 6 (6% din subieci) cuprinde subieci cu note mari de depresie si putine alte simptome si acopera majoritatea subiectilor diagnosticati in prealabil cu psihoza depresiva.

Aceste rezultate sunt oarecum asemanatoare cu cele ale lui Kendler si colab. (1998) obtinute tot cu "latent class analysis", metoda care permite gruparea subiectilor in clase diagnostice. Acestia gasesc ca cei 343 probanti cu psihoze se pot imparti in sase clase: schizofrenia clasica, depresia majora, tulburarea schizofreniforma, schizo-mania, schizo-depresia si hebefrenia, ceea ce subliniaza ca impartirea traditionala Kraepeliana in doua mari psihoze nu se verifica. Totusi Kendler nu era de acord ca formele psihotice se aseaza pe un continuum si ca ele nu sunt calitativ distincte, asa cum sustinea Crow (1998). Acesta din urma spunea ca *"nu exista o granita obiectiva care poate fi trasata intre tulburarile care sunt predominant afective si cele care sunt predominant schizofrene"*.

FACTOR:				
Dezorganizare	Simptome pozitive	Simptome negative	Depresie	Manie
Tangentialitate	Voci comentative	Saracirea expresiei gestuale	Pierderea interesului	Presiunea vorbirii
Relaxarea asociatiilor de idei	Halucinatii auditive	Scaderea miscarilor spontane	Scaderea energiei	Hiperactivitate
Gandire iligica	Insertia gandirii	Expresie faciala neschimbata	Disforie	Euforie
Perseverare	Citirea gandurilor	Lipsa inflexiunilor vocale	Lipsa de valoare	Descresterea nevoii de somn
Incoerenta	Voci conversand	Lipsa raspusurilor afective	Lentoarea gandirii	Cresterea stimei de sine
Distractibilitate	Raspdirea gandirii	Saracirea limbajului	Pierderea apetitului	Fuga de idei
Blocajul gandirii	Furtul gandirii	Contact vizual scazut	Ganduri suicidare recurente	Distractibilitate
Vorbire dezorganizata	Sentimentul de a fi controlat	Marirea latentei raspunsurilor	Lentoare psihomotorie	Tulburari de judecata
Comportament bizar	Halucinatii vizuale	Stupor	Hipersomnie	
	Halucinatii olfactive	Rigiditate	Pierdere in greutate	
	Halucinatii tactile		Insomnie	
	Delir de persecutie			
	Idei de referinta			

Tabelul Nr. 1: Distributia simptomelor in cinci factori de psihoza (dupa Boks si colab. 2007)

In finalul acestor cercetari se poate spune ca fenotipul psihotic exista in natura, ca el este raspandit in diferite proportii si grade la specia umana (si nu numai), sub forma unor dimensiuni discrete pe un continuum de severitate, iar expresivitatea psihozei este colorata cultural, lucru dovedit de International Study of Psychotic Symptoms, care a studiat fizionomia schizofreniei la 1080 pacienti racoltati din Austria, Polonia, Lituania, Georgia, Pakistan, Nigeria si Ghana. Studiul a demonstrat ca atat halucinatiile si delirul, dar mai ales setul de simptome de prim rang ale schizofrenie sunt sensitive cultural, diferind ca aspect, recunoastere, importanta si validitate de la o cultura la alta. Studiul a concluzionat ca intr-o proportie de 15-30% simptomatologia psihotica este dependenta cultural (Stompe si colab. 2006).

Dupa parerea autorului psihoza este o stare “*end-level*” la care pot ajunge diferite tulburari psihice sau tulburari somatice, ea nu este o boala de sine statatoare, ea este doar un adjectiv, o stare tranzitorie la care se ajunge in anumite conditii si care tradeaza un anume mod de traire a bolii subjacente.

Psihoza - entitate clinica sau doar un atribut

Parintii nosologiilor moderne au creat diferite entitati nosologice care sa se prezinte ca si categorii calitativ diferite de “normal”, deci care sa aibe o discontinuitate intre normalitate si patologie si care sa fie diferite calitativ unele de celelalte categorii diagnostice. Cu toate acestea, ei nu au garantat in mod ferm ca fiecare categorie este o entitate discreta (Allardyce si colab. 2007). Mai mult, Kendell si Jablensky (2003) spun ca exista o dispersie naturala a tulburarilor psihice care se separa unele de altele si de populatia generala prin “zone de raritate”, lucru care confera o validitate si utilitate diagnosticelor psihiatrice asa cum sunt ele formulate. In cazul simptomelor pozitive de schizofrenie (delirul si halucinatiile), simptome care dau nota “psihotica” a acestei entitati, s-a constatat ca nu exista o demarcatie neta intre distributia lor in populatia generala si tulburarile psihotice (vezi paragraful anterior). Acest lucru tradeaza o distributie continua intre boala si normalitate a trasaturilor psihotice dar asta nu inseamna ca si schizofrenia se poate aseaza pe acest continuu.

Cu multi ani inainte Strauss (1969) sugera patru criterii pentru a defini granitele psihozei clinice:

- gradul in care persoana este convinsa de realitatea experientelor neobisnuite pe care le traieste;
- gradul in care factorii culturali sau externali sunt absenti;
- timpul pe care subiectul il consuma cu aceste experiente;
- gradul de irealitatea a experientei subiectului.

Schizofrenia apare ca o entitate discreta, un fenotip aparte si doar simptomele psihotice sunt cele care se etaleaza pe un continuum. In consecinta, ele nu ar fi simptome adevarate ale schizofreniei, ele ar fi doar un *epifenomen*, simptome accesorii (Goldman-Rakic, 1995), distale patologiei nucleare ale schizofreniei. Dar daca simptomele psihotice precum delirul si halucinatiile se preling pe un continuum, ar indeplini ele criteriile pentru a constitui o entitate clinica separata? Faptul ca aceste simptome se asociaza cu alte fenotipuri, precum tulburarile afective, boala Alzheimer sau diferite suferintele organice ale creierului, nu pledeaza aceasta pentru existenta unei entitati aparte? Cu toate acestea, raspandirea genetica a vulnerabilitatii la acest fel de manifestari indrituiesc sa gandim ca psihoza este totusi un fenotip aparte. Studii de genetica familiale arata clar ca vulnerabilitatea la psihoza este mai mare la membrii de familie a probanzilor cu psihoza. Se pare ca exista mecanisme care leaga anumite gene specifice de experiente subiective psihopatologice particulare, generand fenotipuri intermediare sau endo-fenotipuri cu expresie in domeniul cognitiei sau neurofiziologiei iar genele care ar genera psihoza s-ar suprapune peste genele care ar determina o anumita conditie psihopatologica generand o conditie psihotica (Owen si colab. 2007). Aceste endo-fenotipuri ar trebuie sa genereze "bio-markeri" care sa conduca la identificarea mai usoara a tulburarilor sau vulnerabilitatii, precum markeri biologici, neuroimagistici sau genetici, lucru care nu s-a intamplat pe deplin.

Studiile de neuroimagistica au evidentiat modificari specifice schizofreniei, de ex. reducerea globala a volumului creierului, in special in regiunea fronto-temporala si a hipcampului, reducerea densitatii si anizotropiei substantei albe (Gur si colab. 2007), dar care nu se intalnesc in tulburarile bipolare, aceasta contrar ideii ca aceste doua tulburari "psihotice" ar imparti acelasi genotip. In schimb sunt cercatatori care au reusit sa identifice modificari care

pot fi specifice doar psihozei precum reducerea volumului talamusului indiferent de felul psihozei (McDonald si colab. 2005; McIntosh si colab. 2006).

Nu exista nici un motiv serios de a considera ca psihoza si schizofrenia sunt unul si acelasi lucru. Mai mult, se aduna din ce in ce mai multe voci care spun ca conceptul de schizofrenie trebuie reconsiderat ca si conceptia binara Kraepeliniana asupra bolilor “psihotice”. Chiar Kraepelin spunea in ultimii ani de viata ca *“noi nu putem sa distingem in mod satisfacator cele doua boli si aceasta conduce la suspiciunea ca problema este incorecta...formele afective si schizofrene nu reprezinta expresia particulara a proceselor patologice ci mai curand indica ariile personalitatii in care aceste procese se desfasoara”* (citad de Owen si colab. 2007).

Recunoscand ca clasificarile actuale nu fac altceva decat o colectie de sindroame psihopatologice in loc sa contureze boli definite biologic care exista realmente in natura, un grup de lucru de 21 psihiatrii eminenti din diferite tari, sub egida American Psychiatric Association si a catorva alte organizatii, lucreaza de 7 ani la ceea ce se numeste “deconstructia psihozei”, o sarcina care inseamna gasirea de trasaturi relevante pentru adevaratul diagnostic al schizofreniei si a altor categorii care poarta apelativul “psihotic” (tulburari afective, tulburari de folosire a substantelor, etc.). Acest proces de deconstructie cuprinde adunarea datelor genetice, psihopatologice, epidemiologice, de neuroimagistica, psihofarmacologie, anatomo-patologice si culturale si *“corelarea lor in relatie cu reprezentarea categoriala si dimensionala a psihozei si cu expresia ei subclinica”* (van Os si Tamminga, 2007). Acest grup si-a pus intrebarea: unde ne aflam? Si a constata ca definitia schizofreniei din DSM-IV si ICD-10 este suprasimplificata si incompleta, criteriile de includere si excludere sunt arbitrare, informatiile noi despre etiopatogenia schizofreniei sunt ignorate si nu reuseste sa defineasca genotipul schizofreniei astfel incat sa poata sa fie folosit in studiile genetice iar distinctia dintre schizofrenie si tulburarea bipolară nu se adevăreste (Gaebel si Zielasek, 2007). Pentru toate aceste considerente au fost voci in cadrul acestui grup de lucru care au propus ca sa se renunte la terminologia veche si sa se uneasca schizofrenia si tulburarile afective intr-o singura clasa de psihoza generala si criteriul longitudinal sa fie scurtat la o singura luna (First, 2006). Aceasta idee s-a bazat mai mult pe relatia timpurie intre genotip si fenotip in acest grup de tulburari psihice, parand sa existe acelasi grup de gene care determina atat fenotipul schizofren cat si cel afectiv.

La intrebarea daca trebuie sa se renunte la termenul de schizofrenie in viitorul DSM-V votul a fost de 62 la 61 in grupul de studiu pentru deconstructia psihozei!

(<http://www.schizophreniaforum.org/new/detail.asp?id=1333>).

Pana la noi ordine, ramane inca valida definitia psihozei din 1987 din glosarul DSM ca atunci cand un individ evalueaza incorect perceptiile si gandurile proprii si face speculatii neadevarate despre realitatea externa chiar si atunci cand i se furnizeaza evidente contrarii. Evidenta psihozei este direct legata de prezenta delirurilor si halucinatiilor fara insightul subiectului. Tulburarile psihotice ar include schizofrenia, tulburarile delirante, tulburarile psihotice neclasificate in alta parte si unele tulburari organice sau afective.

Problema centrala a discutiilor de viitor este care sa fie functiile psihice de luat in considerare pentru o noua nosologie. Saraceno si Saxena (2007), de la Divizia de Sanatate Mentala de la World Health Organization propun o formulare apropiata de gandirea lui K. Schneider si ea se gaseste prezentata in Tabelul Nr. 2. Dupa ei o abordare modulara a tulburarilor psihice ar crea posibilitatea de a pune laolalta cei 100 de ani psihiatrie clasica cu ultimele achizitii ale neurobiologiei si geneticii.

Modurile experientei:

Senzatiile si perceptiile, ideatia si gandirea, sentimentele si judecata, impulsurile si vointa.

Atributele si experientele psihice de baza:

Sensul identitatii, sensul timpului, capacitatea de rememorare, capacitatea de raspuns emotional.

Contextul psihic al experientei

Atentie, constiinta, inteligente, personalitate

Tabelul Nr. 2: Functiile si starile psihice de luat in considerare in nosologia psihiatrica (dupa Saraceno si Saxena, 2007)

Cand Kraepelin a facut dichotomia dementia precox versus nebunia maniaco-depresiva si le-a clasificat ca si psihoze endogene/functionale el nu cunostea ceea ce se cunoaste astazi despre structura si functiile creierului. Astazi se stie bine ca psihozele sunt expresia unei disfunctii cerebrale si sunt parte din dezvoltarea si maturarea creierului uman. Astazi se considera ca disfunctia este localizata in aria motorie suplimentara localizata in partea centrala a lobului frontal median. Aceasta arei este aproape universal conectata in creier si este

implicata in luarea deciziilor in momentul cel mai propice pentru a se trece la actiune. Aceasta arie prezinta un proces de neurogeneza si sinapsogeneza continua. Perturbarea acestei arii conduce la perturbarea relatiei cu ambianta si a procesului de adaptare. Aceasta arie este implicata devreme in autismul infantil sau episodic in timpul perioadei pubertare si post-pubertare cand scaderea excitabilitatea ei datorita restructurarii sinaptice face ca adolescentul sa sufere diferite oscilatii in interpretarea lumii si in adaptarea proprie la normele sociale. O reducere constanta a excitabilitatii acestei arii conduce la instalarea psihozei pentru un timp mai lung sau mai scurt (Saugstad, 2008).

Dupa toata aceste considerente, mai ales dupa incercarea de deconstructie a conceptului de psihoza/schizofrenie, pare legitim sa se puna intrebarea daca aceste entitati nosologice mai pot fi mentinute o perioada sau nu. Raspunsul pare destul de simplu, in sensul ca pana cand nosologia actuala va fi pusa pe alte baze, respectiv va ingloba datele etiopatogenice generate de studiile neurobiologice, aceste entitati au inca utilitate. Daca sa ne intoarcem la Kendell si Jablensky (2003) care faceau o neta demarcatie intre validitatea unei categorii nosologice si utilitatea ei, atunci intelegem usor ca desi psihoza sau mai ales schizofrenia nu indeplinesc toate cerintele validitatii totusi prezinta o mare utilitate clinica ajutandu-ne sa discernem indivizii care necesita atentie medicala de cei care nu au nevoie sau sa identificam indivizii care implinesc criteriile de "*statut de bolnav*" cu toate consecintele ulterioare privind responsabilitatea si competenta juridica a faptelor lor.

Daca ne gandim la algoritmul diagnostic al unui psihiatru care lucreaza la camera de garda, facand triajul cazurilor de urgenta psihiatrica, o sa ne amintim ca prima intrebare la care trebuie sa raspunda este daca cazul pe care-l evalueaza este o psihoza sau nu. Iata cum acest concept diagnostic orienteaza demersul diagnostic inca de la inceputul interviului psihiatric. Problema are o filiatie istorica legata de conotatiile termenului de psihoza si schizofrenie care au inlocuit treptat termenul de nebunie, dementa, iresponsabilitate. Aici intervine felul cum societatea construiește pattern-ul dupa care o boala este recunoscuta, definita, numita si categorisita si cum ii atribuie cauze si consecinte (Aronowitz, 2008). Exista diferiti *determinanti sociali* ai acestui pattern, factori in care se pot recunoaste reactia populatiei fata de o boala (respectiv dorinta de protectie, epurare, teama, etc.) si felul cum societatea intelege sa se apare impotriva ei (atribuirea unui grad de risc si incadrarea intr-un program de sanatate).

Acesti determinanti sociali au contribuit hotarator la stigmatizarea indivizilor care poarta sau au purtat diagnosticul de psihoza si mai ales de schizofrenie. Stigma care este atasata acestor diagnostice si etichetarea indivizilor cu aceste diagnostice este o problema de “*corectitudine politica*” si o problema uriasa pentru programele de sanatate mentala. Penn si Nowlin-Drummond (2001) au studiat cum aceasta stigma are efecte asupra reactiei emotionale, atributiilor asupra cauzelor bolii si intentiilor comportamentale si conchid ca ar fi timpul sa renuntam la termenul de schizofrenie in favoarea unuia nou care sa nu mai aiba conotatiile pejorative ale schizofreniei. Nu trebuie uitat ca intre conotatiile pejorative ale schizofreniei intra si evolutia sa cronica, deteriorativa si in multe cazuri incapacitatea tratamentelor actuale de a o stapani.

Aceasta problema a stigmei si in general problema psihozei poate fi privita si din perspective relatiei medic-pacient, pe de-o parte medicii au reactia spontana paternalista asupra pacientilor iar pacientii au dorinta lor indrituita de autonomie; deasupra acestei relatii sta deliberarea morala a medicului (Falkum si Forde, 2001). Acesti autori deosebesc o tipologie intreaga a medicilor precum: paternalisti clasici, paternalisti moderni, autonomistii, deliberationistii si ambivalentii. Oare ce-i fac pe unii psihiatrii sa ia cu atat usurinta in considerare diagnosticul de schizofrenie? Este bine cunoscut ca diferite experiente spirituale/religioase pot lua forma psihozei, nu oare procesul de transformare a persoanei, a metanoiei, ia uneori forma unei psihoze si astfel nu riscam ca prin programul de detectie timpurie a primului episod de psihoza sa identificam “falsi-pozitivi” de psihoza si sa neuroleptizam persoane aflate pe parcursul accident al dezvoltarii si maturarii individuale? Activismul psihiatrilor ar trebui moderat de aceste considerente.

Imi aduc aminte de un coleg mai batran care lucra in acelasi spital cu mine si care folosea doze foarte mici de neuroleptice si pe care-l apostrofam colegial pentru lipsa lui de cunostinte de psihofarmacologie. Intr-o zi, agasat de insistenta mea, imi spune: “*daca ii luam pacientului delirul, ce ii ramane sau ca ii punem in loc?*”

Instrumentele utilizate la evaluarea psihozei

Schizofrenia, ca entitate eminenta psihotica, a ramas un concept “confuz” din punct de vedere stiintific. Studiile polidiagnostice evidentiaza ca variatia diagnostica a schizofreniei de la un sistem diagnostic la altul are o marime de 2 pana la 3. De exemplu, intr-un sistem

diagnostic un schizofren poate parea intr-o faza de debut iar in altul apare intr-o faza de stare (Jansson si colab. 2002). Aceasta evidentiaza cat de importanta este evaluarea psihometrica a simptomelor schizofreniei si mai ales a manifestarilor anormale premonitorii. Pentru Parnas (2005) mult mai important este sa se deceleze trasaturile psihotice timpurii decat sa se astepte instalarea simptomelor pozitive “tipice” ale schizofreniei.

Psihoza debuteaza timpuriu cu alterari ale subiectivitatii subiectului (de ex. pereturbarea evaluarii propriei identitati, perturbarea relatiei cu lumea si cu altii, perturbari ale temporalitatii, anomalii subtile ale afectivitatii si cognitiei, etc.), experiente care sunt mai “toxice” pentru creierul uman decat delirul sau halucinatiile si, astfel, identificarea psihozei in fazele prodromale se constituie intr-o prioritate pentru clinicianul practician. Distorsiunile subiectivitatii pacientului pot predicta cu mai multa confidenta viitoarea “schizofrenie” decat “simptomele negative” (Weiser si colab. 2001; Parnas, 2002). Problema este ca aceste anomalii ale subiectivitatii sunt dificil de pus in limbajul laic si de aceea greu de verbalizat de catre subiect. Aceste modificari fac ca subiectul sa-si modifice viziunea ontologica asupra lumii si astfel el se simte dator sa gaseasca o interpretare metafizica pentru a da sens lumii in care traieste.

Cercetari recente au aratat ca anomaliile selfului sunt adevaratul nucleu ale fenotipului schizofreniei, exprimate prin instabilitatea relatarilor subiectului facute la persoana-intai ducand la grade diferite de depersonalizare, perturbarea sentimentului de apartenenta a experientelor traite, fluiditatea sensului identitatii, distorsiuni ale fluxul constiintei sau experiente de detasare de propria persoana (Sass si Parnas, 2003).

Am pus aceste consideratii la inceputul paragrafului destinat prezentarii instrumentelor de evaluare pentru a sublinia necesitatea detectarii timpurii a experientelor anormale ca parte a masurarii alterarilor subiectivitatii si ca parte a decelarii indivizilor inclinati spre psihoza/schizofrenie. De aceea acest paragraf va cuprinde pe larg instrumente de masura a anomaliilor timpuri ale psihozei/schizofreniei. Celelalte instrumente au fost alese in functie de frecventa de utilizare si popularitatea lor. Un tablou sinoptic al instrumentelor prezentate in acest capitol se gaseste in Tabelul Nr. 3.

Denumirea scalei	Abrevierea	Autorii	Constructie	Utilizare si populatia tinta
Brief Psychiatric Rating Scale	BPRS	Overal & Gorham (1988)	18 itemi Scala de evaluare administrata de clinician	Detectia simptomelor psihotice in context clinic
Comprehensive Psychopathological Rating Scale	CPRS	Asberg et al (1978)	67 itemi Scala de evaluare administrata de clinician	Detectia psihopatologiei generale in context clinic
Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation	NOSIE-30	Honigfeld si colab. (1966)	30 itemi Scala de evaluare administrata de surori	Evaluarea simptomelor si a comportamentului pacientilor internati
Community Assessment of Psychotic Experiences	CAPE	Stefanis si colab. (2002)	42 intrebari Scala de auto-evaluare	Screeningul simptomelor psihotice in populatia generala
Peters Delusions Inventory	PDI	Peters si colab. (1999)	21 intrebari Scala de auto-evaluare	Screeningul simptomelor psihotice in populatia generala sau clinica
The Cardiff Anomalous Perceptions Scale	CAPS	Bell si colab. (2006)	32 intrebari Scala de auto-evaluare	Screeningul simptomelor psihotice in populatia generala sau clinica
Examination of Anomalous Self-Experience	EASE	Parnas si colab. (2005)	93 itemi Checklist si interviu administrat de clinicieni	Detectia fenomenelor prodromale in populatia generala sau clinica
Schizophrenia Proneness Instrument-adult version	SPI-A	Schultze-Lutter si colab. (2007)	34 itemi Scala de evaluare administrata de clinician	Detectia fenomenelor prodromale in populatia generala sau clinica
Scale of Prodromale Symptoms	SOPS	Miller si colab (1999)	19 itemi Scala de evaluare administrata de clinician	Detectia fenomenelor prodromale in populatia generala sau clinica
Magical Ideation Scale	MagicId Scale	Eckbald si Chapman (1983)	30 intrebari Scala de auto-evaluare	Detectia fenomenelor prodromale in populatia generala sau clinica
Perceptual Aberrations Scale	PerAb Scale	Chapman si colab. (1978)	35 intrebari Scala de auto-evaluare	Detectia fenomenelor prodromale in populatia generala sau clinica
Revised Social Anhedonia Scale	SocAnh Scale	Chapman si colab. (1976)	40 intrebari Scala de auto-evaluare	Detectia fenomenelor prodromale in populatia generala sau clinica
Rust Inventory of Schizotypal Cognition	RISC	Rust (1988)	26 itemi Scala de auto-evaluare	Detectia fenomenelor prodromale in populatia generala sau clinica
Venable Schizotypy Scale	VSS	Venable si colab. (1990)	30 itemi scala de auto-evaluare	Detectia fenomenelor prodromale in populatia generala sau clinica

Van Kampen Schizotypic Syndrome Questionnaire	SSQ	Van Kampen (2006)	108 intrebari Chestionar administrat de clinicieni	Detectia fenomenelor prodromale in populatia generala sau clinica
Scale for the Assessment of Positive Symptoms	SAPS	Andreasen (1994)	30 itemi Scala de evaluare administrata de clinician	Evaluarea profilului simptomatic si a severitatii simptomelor psihotice
Scale for the Assessment of Negative Symptoms	SANS	Andreasen (1983)	20 itemi Scala de evaluare administrata de clinician	Evaluarea profilului simptomatic si a severitatii simptomelor psihotice
Positive and Negative Syndrome Scale	PANSS	Kay si colab. (1987)	30 itemi Scala de evaluare administrata de clinician	Evaluarea profilului simptomatic si a severitatii simptomelor psihotice
Behavior and Symptoms Identification Scale	BASIC-32	Eisen si colab. (2004)	24 itemi Scala de auto-evaluare	Evaluarea outcome-ului si calitatea ingrijirilor in psihoza
Routine Assessment of Patient Progress	RAPP	Ehmann si colab. (1995)	21 itemi Scala de evaluare administrata de surori	Evaluarea progresului si outcome-ului la psihoticii internati
Psychosis Recovery Inventory	PRI	Chan si colab. (2005)	25 itemi Scala de evaluare administrata de clinician	Evaluarea recupararii clinice a pacientului cu schizofrenie

Tabelul Nr. 3: Tabel sinoptic cu scale prezentate si utilizarea lor

Scala scurta de evaluare in psihiatrie (*Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS*)

Aceasta scala a fost dezvoltata de Overall si Gorham (1988) cu scopul de a evalua simptomele psihotice si nepsihotice la indivizii cu tulburari psihiatrice severe (Anexa Nr .1). Scala este foarte des utilizata pentru ca este scurta si usor de aplicat. Ea contine 18 itemi evaluati pe o scala de severitate de la 1 (absent) la 7 (foarte sever). BPRS este o scala de evaluare mixta, cu itemi care se coteaza prin observarea pacientului (de ex. tensiunea, retragere emotionala, lentoare motorie, manierisme, posturi sau lipsa de colaborare) si itemi care se evalueaza pe baza de interviu direct cu pacientul (dezorganizare conceptuala, ganduri neuzuale, anxietate, vinovatie, grandiozitate, etc.). Fiecare item este definit in prealabil, insa definitia este uneori vaga sau ambigua sau lasa loc la interpretari sau suprapuneri intre intelesul diferitilor itemi (Sajatovic si Ramirez, 2006). Cadrul de timp pentru care se evalueaza simptomele este in mod obisnuit ultima saptamana.

Exista si versiuni ale scalei BPRS cu mai multi itemi precum versiunea expandata la 24 itemi care cuprinde si itemi despre suicidabilitate, veselie patologica, distractibilitate, comportament bizar si lipsa de ingrijire proprie sau versiuni la care fiecare ancora din cele sapte folosite in versiunea originala are propria descriere semanand in felul acesta destul de mult cu scala PANSS. Overall si Pfefferbaum (1982) au dezvoltat o versiune BPRS-C pentru copii.

Cei 18 itemi ai scalei originale pot genera o solutie cu 4 factori la analiza factoriala (Hedlund si Vieweg, 1980): i) tulburari de gandire; ii) retragere/lentoare; iii) ostilitate/suspiciozitate; iv) anxietate/depresie. Gur si colab. (1991) propun gruparea itemilor doar in doua subscale: 1) simptome specifice schizofreniei (itemii 3, 4, 7, 8, 11, 12, 15, 16) si 2) simptome generale (restul itemilor). Nicholson si colab. (1995) propun impartirea simptomelor BPRS in pozitive si negative si astfel subscala simptomelor negative ar cuprinde itemii 16, 3, 13 iar scala simptomelor pozitive ar cuprinde itemii 4, 12, 15 si aceasta impartire a demonstrat o buna validitate si confidenta.

In ceea ce priveste proprietatile psihometrice ale scalei BPRS-18 itemi, autorii scalei garanteaza o foarte buna validitate demonstrata concurential cu scala PANSS si cu scalele SANS si SAPS si la fel o foarte buna confidenta (Overall si Gorham, 2005).

Scala se recomanda a fi folosita in evaluarea initiala a pacientilor cu tulburari psihotice, in masurarea raspunsului la tratament si in masurarea deznodamantului ("outcome") atat la la pacientii internati, cat si la cei din ambulator.

Scala de evaluare comprehensiva a psihopatologiei (*Comprehensive Psychopathological Rating Scale – CPRS*)

Aceasta scala a fost construita in mod explicit pentru a masura schimbarile in psihopatologie in timpul diferitelor interventii terapeutice, precum tratamente medicamentoase si nemedicamentoase (Asberg si colab. 1978).

In 1971 un grup interdisciplinar de 15 psihiatrii, psihologi si farmacologi clinicieni au format un grup de studiu asupra modalitatii standardizate de evaluare a schimbarilor clinice sub tratament. Din cauza ca nici una din scalele vechi examinate nu indeplinea pe deplin criteriile cerute, s-a decis construirea unei noi scale care sa acopere variabilele psihopatologice care sunt predispuse cel mai ades la schimbare sub tratament. A fost extras un mare numar de itemi din

literatura si din experienta practica in functie de relevanta lor pentru tulburarile psihiatrice si pentru capacitatea lor de a citi variatia simptomelor sub influenta procedurilor terapeutice. Din acest motiv au fost evitate trasaturile de personalitate sau mecanismele de defensiva precum si variabilele influentate de diferentele socio-culturale. Acest grup a recunoscut ambiguitatea multor termeni psihiatrici si din acest motiv a furnizat o descriere pentru fiecare din ei. Aceste descrieri pot fi considerate "definitii operationale" care sa dea incredere modalitatii de recunoastere si culegere simptomelor incriminate.

Aceasta scala este un interviu semistrukturat. Cadrul temporal la care se refera evaluarea subiectului depinde de obiectivele urmarite putand fi ultima saptamana, luna sau ultimul an.

Scala cuprinde 67 itemi dintre care 40 sunt raportati de subiect, 25 observati de examinator, unul pentru o apreciere globala a severitatii si unul pentru evaluarea confidentei procesului de examinare.

Fiecare item este scorat de la 0 la 6. Este furnizata o scurta descriere a fiecarui scor de 0, 2, 4 si 6 (puncte de ancorare). In anexa Nr. 2 este prezentata versiunea intreaga a scalei CPRS.

Aplicarea acestei scale necesita un antrenament si experienta in interviuarea pacientilor psihiatrici. Scala poate fi utilizata de toti cei cu experienta clinica precum psihiatrii, psihologi sau surori. Este recomandat, ca inainte de a utiliza aceasta scala, sa existe cateva sesiuni de antrenament cu supervizare.

Este posibil ca sa se utilizeze aceasta scala ca un chestionar dar multe informatii pot fi pierdute. De aceea se recomanda ca pe langa chestionarea subiectului sa se foloseasca si alti informanti sau inscrieri clinice.

Scorul total al scalei da o privire de ansamblu asupra incarcarii psihopatologice a subiectului corespunzator axei I din DSM-IV. Analiza factoriala a intregii scale arata ca se pot distinge factori pentru anxietate, depresie, astenie si pentru schizofrenie (Denker si colab. 1980, Martinsen si colab. 1980). Administrarea concurrentiala cu alte scale a aratat o buna validitate a scalei CPRS (Knorring si Strandman, 1978). Confidenta si robustetea acestei scale, atat pentru depresie, cat si pentru schizofrenie este foarte buna dupa cum demonstreaza studiile de concordanta inter-cotatori (Montgomery si colab. 1978, Jaconsson si colab. 1978). Cum s-a

spus mai sus, se pot extrage numai itemii corespunzatori pentru a se construi subscale pentru depresie, schizofrenie, dar si pentru neurastenii sau anxietate.

Scala surorilor de evaluare a pacientilor internati (Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation – NOSIE-30)

Scala NOSIE-30 este o scala pentru evaluarea simptomelor si comportamentelor bolnavilor severi in timpul spitalizarii, bazata pe simptomele raportate de subiectii si pe observatia directa a evaluatorului. Scala a fost dezvoltata de Honigfeld si colab. (1966) si are o larga raspandire in sectiile clinice de psihiatrie pentru monitorizarea standardizata mai ales a pacientilor psihotici aflati sub interventii terapeutice.

Dintr-un grup initial de 100 de itemi apartinand mai multor scale clinice, prin studii de confidenta si de analiza factoriala, s-au ales 80 itemi ca mai apoi sa se selecteze numai 30 itemi care constituie versiunea actuala a scalei. Itemii se coteaza conform observarii pacientului si nu cere nici o deductie sau interpretare din partea evaluatorului. Itemii sunt cotate pe o scala Likert cu 5 puncte: 0 – niciodata, 1 – uneori, 2 – adesea, 3 – uzual, 4 – totdeauna, in functie de frecventa de aparitie a simptomului sau comportamentului. Scala si foaia de scor sunt prezentata in anexa Nr. 3.

Cadrul de timp la care se refera evaluarea este de “ultimele trei zile”.

Pe baza scorarii itemilor se pot calcula 7 factorii:

Factorii pozitivi:

- Competenta sociala: itemii 13, 14, 21, 24 si 25
- Interesul social: itemii -4, -9, 15, -17, -19
- Igiena personala: itemii 1, -8, 16, -30

Factorii negativi:

- Iritabilitate: itemii 2, 6, 10, 11, 12, 29
- Lentoare psihomotorie: itemii 5, 22, 27
- Psihoza manifesta: 7, 20, 26, 28.
- Depresie: 3, 18, 23.

Itemii cu semnul (-) au o modalitate de scorare inversa, valoare 4 fiind inlocuita cu 1 si asa mai departe

Exista o subscala de agresivitate constituita din itemii: 2, 6, 11, 12, 29.

Un scor total al pacientului poate fi obtinut din adunarea scorurilor de la cei 7 factori.

Scala poate fi administrata de surori cu experienta clinica si antrenament de evaluare standardizata a pacientilor (administrare de scale si chestionare).

Scala demonstreaza o rezonabila validitate predictiva (Philip, 1979). Confidenta intercotatori arata un indice de confidenta de la bun la foarte bun, atunci cand scala este folosita de un personal foarte bine antrenat (NIMH, 1978; Bech, 1993).

Chestionarul de auto-evaluare a experientelor psihotice (*Community Assessment of Psychotic Experiences – CAPE*)

Acest instrument a fost dezvoltat de Stefanis si colab. (2002) din dorinta de a evalua distributia simptomelor psihotice pozitive, negative si depresive in populatia generala (Anexa Nr. 4). CAPE este un instrumente de autoraportare si evalueaza separat severitate si frecventa simptomelor culese de 42 intrebari.

Autorii au pornit de la consideratia ca tabloul clinic de psihoza este determinat de o combinatie variabila a cel putin cinci categorii de simptome, categorii care coreleaza unele cu altele, cele mai comune fiind categoriile de simptomele pozitive, negative si de dezorganizare conceptuala si ignorand celelalte categorii precum mania/excitatia sau depresia. Pe de alta parte aceste clase de simptome psihotice sunt distribuite pe un continuum pornind din populatia generala si terminand cu cazurile clinice severe, cu alte cuvinte, se pot vedea in populatia generala acelasi simptome care sunt gasite si in cazurile de psihoza, diferenta fiind doar cantitativa, de severitate. Astfel, halucinatiile si delirul nu sunt inevitabil asociate cu diagnosticul de psihoza si aceasta depinde de factori personali si culturali precum capacitatea de coping, comportamentul de boala, toleranta sociala sau capacitatea de functionare individuala.

Acest instrument are la baza cei 21 itemi ai inventarului lui Peters de auto-evaluare a ideatiei delirante (*Peters Delusional Inventory*, Peters si colab. 1999) bazati la randul lor pe modul de descriere a delirului din inventarul diagnostic al Present State Examination (PSE, Wing si colab. 1974), itemi care insa au fost modificati partial, la care s-au mai adaugat itemi din *Scale for the Assessment of Negative Symptoms - SANS* (Andreasen, 1989) in idea de a cuprinde mai bine simptomele negative. La toti acestia, autorii au mai adaugat opt itemi care descriu simptomele depresive. In final instrumentul a strans laolalta 42 itemi dintre care 20

itemi pentru simptomele pozitive, 14 itemi pentru simptomele negative si 8 itemi pentru depresie. In mod explicit, acest instrumente ignora simptomele din seria dezorganizare conceptuala sau excitatie/manie pentru ca aceste simptome nu se preteaza la auto-evaluare. Spre deosebire de scalele de evaluare a schizotipiei, scala CAPE evalueaza simptomele bine constituite.

Fiecare item este evaluat separat pe o scala Likert cu 4 ancore privind severitatea si frecventa (de la 1 la 4). CAPE furnizeaza un scor total pentru frecventa si altul pentru severitate prin insumarea scorurilor individuale ale itemilor. Scala furnizeaza si scoruri separate pentru cele trei dimensiuni: simptome pozitive (itemii 2, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 15, 17, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 31, 33, 34, 41 si 42) simptome negative (3, 4, 8, 16, 18, 21, 23, 25, 27, 29, 32, 35, 36 si 37) si simptome depresive (itemii 1, 9, 12, 14, 19, 38, 39, 40).

Acest instrument a fost testat pe un esantion de 932 subiecti extrasi din populatia generala, lucru care a permis evidentierea unei note bune de validitate discriminativa cand a fost comparata cu alte scale cunoscute ca masoara simptomele psihotice. La fel, scala identifica corect cei trei factori pentru care a fost construita, simptome pozitive, simptome negative si depresie. Un studiu de validitate a scalei a fost intreprins si de Brener si colab. (2007) pe un esantion de 2275 subiecti din populatia generala, studiu care confirma solutia cu trei factori a structurii scalei si consistenta interna robusta.

Scala poate fi folosita in scopul decelarii timpurii a experientelor psihotice precum in programele de detectie timpuri a psihozei sau a programelor de interventie in primul episod de psihoza.

Inventarul Peters de masurare a ideatiei delirante (*Peters Delusions Inventory – PDI*)

Inventarul PDI a fost dezvoltat de Emanuelle Peters si colab. (1999) ca un instrument cu 40 itemi de autoevaluare a ideilor delirante in populatia generala. Ulterior aceiasi echipa reconstruieste acest instrument cu doar 21 itemi (Peters si colab. 2004). Autori au dorit sa faca acest instrument pentru a decela trasaturile schizotipale in populatia generala, trasaturi care se raspandesc dimensional, pe un continuum, in psihoza fiind doar vorba doar de o expresie severa a trasaturilor schizotipale.

Conform autorilor, trasaturile schizotipale pot fi masurate psihometric pentru ca sunt raspandite in populatie in diferite grade de severitate, pe cand trasaturile realmente psihotice, precum simptomele de prima rang a lui Schneider, sunt raportate de indivizii cu tulburari clinice severe si rar sunt vazute in populatia generala. Mai mult, autorii constata ca instrumentele existente nu sunt capabile decat sa identifice experiente delirante severe, de intensitate realmente psihotica si construiesc un instrument care sa permita identificarea echivalentului "normal" al unei trairi delirante. Pentru aceasta autorii pun la fiecare intrebare cuvintele "ca si cum" tocmai ca sa captureze intregul evantai de trairi delirante. Intrebarile au fost luate din sectiunea "delir" a Present State Examination (Wing si colab. 1974) si acopera sapte tipuri de teme delirante: delir de control, de interpretare, de identificare, de referinta, de persecutie, expansiv si alte tipuri (de vinovatie, hipocondriac, depersonalizare, etc.).

Scala cu 21 itemi (Anexa Nr. 5) s-a realizat prin excluderea mai multor itemi din versiunea cu 40 itemi dupa o analiza a componentelor principale cu rotatie varimax . Acesti itemi se refera la persecutie (itemii 4 si 5), suspiciozitate (itemii 1 si 3), ideatie paranoida (itemii 13 si 15), religiozitate absurda (itemii 8 si 11), grandiozitate (itemii 6 si 7), credinte paranormale (itemii 9 si 12), tulburari de gandire (itemii 18 si 20), idei de referinta si influenta (itemii 2 si 10), transmiterea gandirii (itemii 17 si 19), depersonalizarea (itemul 16) si etichetare negativa (itemii 14 si 21). In cazul in care subiectul neaga trairea unei experiente scorul itemului este "0" iar daca ea este prezenta evaluarea se face pe o scala cu 5 trepte, de la 1 la 5 si pe trei subscale: frecventa experientei, gradul de veridicitate a experientei respective (cat de mult crede ca este adevarata) si cat de suparatoare a fost aceasta. Scorul se face pentru fiecare subscala: frecventa, veridicitate, distress si un scor total care reprezinta raportul dintre raspunsurile DA si NU la toate intrebarile.

Studiul de validitate si confidenta s-a facut pe un esantion de 444 indivizi si rezultatele arata ca scala reuseste sa masoare cu incredere experientele delirante care se pot intalni in populatia generala.

Scala Cardiff de evaluare a anomaliilor perceptive (*The Cardiff Anomalous Perceptions Scale - CAPS*)

Aceasta scala vine sa acopere domeniul tulburarilor perceptive ca parte importanta a conceptului de "pierdere a contactului cu realitatea" ce defineste nucleul real al psihozei. Scala

a fost construita de Bell si colab. (2006) ca un instrument de auto-evaluare cu 32 itemi (Anexa Nr. 6). Autorii remarca constatarea ca experientele perceptuale “anormale” sunt diferit raportate si traite de populatia generala si de indivizii “bolnavii”. La acestia din urma tulburarile perceptivе sunt date de fenomenele halucinatorii din diferite modalitati perceptuale insotite de lipsa insightului, pe cand la populatia generala ele sunt mai vagi, experimentate in context de distress sau preocupari si convingeri particulare si etichetate ca experiente neuzuale sau stranii, mai mult sau mai putin legate de o conditie exterioara. Aceste experiente sunt in curs de validare sau nu, in functie de dezorganizarea conceptuala sau de credintele culturale particulare care le pot insoti. Ele se pot constitui insa in fenomene para-normale care pot anunta procesul de constituire a unei trairi franc psihotice. Aceste fenomene premergatoare instituirii unei experiente psihotice sau care sugereaza psihoza au fost denumite “inclinatii psihotice” (*psychosis proneness*) si l-au facut pe Eysenck (1976) sa postuleze “psihoticismul” ca o dimensiune a personalitatii sau pe Rado (1960) sa inventeze termenul de schizotipie. Acesta din urma a format acest cuvânt prin abrevierea cuvintelor schizofrenie si schizotip. Acest termen l-a inlocuit pe cel de schizofrenie pseudonevrotica si era caracterizat de Rado ca o “deficienta a integrarii placerii” ceea ce duce la “tulburari emotionale, suprasenzitivitate, insecuritatea selfului, o corpului si a ambiantei”. Din acesti indivizi se recrutau schizofrenii de mai tarziu.

Scala CAPS este construita cu scopul de masura valid si confident din punct de vedere psihometric experientele perceptivе anormale si a inclinatiilor perceptuale psihotice din populatia generala si nu numai. Ea cuprinde itemi care evalueaza experiente perceptuale pe toate canalele senzoriale. Subiectul este invitat sa raspunda daca respectiva experienta este prezenta si daca da, sa o evalueze de-a lungul a trei subscale, respectiv cat de suparatoare (distress), frecventa si intrusiva este pe o scala Likert cu 5 ancore.

Scala a fost testata pe 336 subiecti extrasi din populatia generala non-clinica si pe 20 subiecti cu tulburari psihotice. Confidentia interna a scale a fost inalta (indice Cronbach=0,87) iar validitatea de constructie si de criteriu, comparativ cu alte scale, a fost buna. Scala CAPS furnizeaza un scor total, in functie de raspunsurile Da si Nu si scoruri parțiale pentru fiecare din cele trei subscale. Scala s-a dovedit utila in masurarea experientelor perceptuale anormale la indivizii indiferent de diagnosticul clinic sau statutul de bolnav.

Inventarul de auto-evaluare a experientelor anormale (*Examination of Anomalous Self-Experience - EASE*)

Experientele anormale subiective reprezinta adevaratul fenotip la tulburarilor din spectrul schizofreniei. Ele au fost neglijate de psihiatria moderna din cauza curentului “behaviourist” care a validat doar simptomele la nivel comportamental. Acest instrument a fost dezvoltat de Parnas si colab. (2005) si este un checklist semi-structurat care evalueaza anomaliiile subiective care pot fi considerate ca tulburari bazale sau minime pe care un subiect le poate experimenta in fazele de inceput ale unei tulburari din spectrul schizofren si traduc primele modificari ale traiirilor subiective valide pentru aceste tulburari. Acestea constau in tulburari ale traiirii proprii individualitati dar care sunt destul de greu de pus in cuvintele limbajului laic si despre care subiectul cu greu accepta sa vorbeasca cu altii.

Acest inventar este de fapt o descriere fenomenologica predominant calitativa a experientelor de modificare a sensului persoanei, respectiv a sentimentului de a fi subiect al actiunilor, gandurilor sau experientelor proprii. Autorii s-au inspirat din experienta clinica proprie si din lucrarile lui Pierre Janet, Hans Gruhle, Joseph Berze, Eugene Minkowski si Wolfgang Blankenburg la care se adauga lucrarile echipei lui Gert Huber si conceptul lor de “simptome bazale” fundament de fenomenologia lui Husserl.

In constructia acestui instrument, autorii pornesc de la dificultatea culegerii acestor strari subiective particulare pe care subiectul le poate percepe ca “inefabile”, “instabile”, “prost structurate” si pe care nu poate sa le descrie in acelasi fel in ocazii diferite sau foloseste metafore pentru a se face inteles. Mai multe, acest experiente afecteaza capacitatea subiectului de autoreflexie si nu de putine ori subiectul le considera prea private pentru a le face publice.

Instrumentul contine 5 domenii mari: i) cognitia si fluxul constiintei; ii) constiinta propriei identitati si prezenta de sine; iii) experientele corporale; iv) demarcare/tranzitivism si v) reorientarea existentiala (in Anexa Nr. 7 se va prezenta doar lista itemilor si modul de cotare). Fiecare domeniu contine o serie intreaga de itemi care reprezinta tot atatea modalitati de traire distorsionata a propriei subiectivitati si pe care intervievatorul le culege dintr-un dialog activ cu pacientul pe baza formularii si reformularii, a frazarii si refrazarii primei descrieri date de pacient cu scopul de a obtine cea mai inalta acuratete a raspunsului. Raspunsul se coteaza pentru fiecare item in functie de frecventa/severitatea traiirii pe o scala de la 0 la 5,

iar totalizarea scorurilor itemilor da un scor total pentru fiecare domeniu si pentru scala intrega.

Se recomanda ca aplicarea acestui interviu semi-structurat sa fie facut numai dupa ce intre pacient si clinician se stabileste o relatie confidenta si de aceea autorii recomanda ca examinarea subiectului sa inceapa cu un interviu psihosocial si doar dupa aceea sa se continue cu administrarea acestui inventar. Interviewatorul incepe cu formularea unei intrebari specifice itemului de evaluat la care subiectul furnizeaza prima versiune a raspusului lui. Apoi interviuatorul reformuleaza raspunsul subiectului propunand exemple sau metafore la care subiectul va furniza exemplele lui sau metaforele proprii si astfel se incearca capturarea cu adevarat a traiirii respective. Fiecare item este prevazut cu o descriere a ceea ce intentioneaza sa evalueze si este prevazut cu diferite "probe", respectiv sugestii de intrebari sau exemple. In general autorii recomanda ca perioada de timp la care sa se refere interviul sa fie ultimele doua saptamani din viata subiectului.

Interviul prezinta o buna confidenta intra-cotatori dar aceasta este slaba cand e vorba de cotatori diferiti; prin analiza factoriala autorii nu reusesc sa deceleze structura factoriala a scalei. Din cauza dificultatilor administrarii si cu scopul marii confidentei inter-cotatori, deci a uniformizarii modalitatii de culegere a datelor, autorii organizeaza cursuri de formare pentru aplicarea acestei scale, cursuri care dureaza trei zile si cu un cost de 300 Euro. Doritorii se pot adresa la Directorul cursului Dr. Peter Handest, Psychiatric Center Hvidovre, Brøndbyøstervej 160, 2605 Brøndby, Denmark.

Scala Bonn pentru evaluarea simptomelor de baza (*The Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms - BSABS*) si Instrumentul de evaluare a inclinatiei spre schizofrenie (*Schizophrenia Proneness Instrument-adult version - SPI-A*)

Aceasta scala a fost dezvoltata de Gross si colab. (1987) bazati pe teoria simptomelor bazale a lui Huber si Gross (Huber si Gross, 1989). Dupa acesti autori, simptomele bazale sunt acele simptome subtile, experimentate subclinic la nivelul gandirii, afectivitatii, perceptiei, vorbirii, activitatii motorii, impulsurilor, activitatii vegetative si a tolerantei la stress, simptome care apar in fazele prodromale ale episodului psihotic, indiferent ca este vorba de primul episod de psihoza, de o recadere psihotica sau de stari reziduale si pot fi culese chiar in timpul episodului franc psihotic (Gross si Huber, 2005). Ele exprima perturbarile subiective din

fazele preliminare ale psihozei, care sunt greu de verbalizat si astfel raman predominant private pentru persoana afectata. Ele rar sunt observate ca atare de altii, ramanand evidente doar modalitatile prin care subiectul le evita sau cauta sa le depaseasca. O alta caracteristica a lor este ca subiectul le considera normale si reale si doar cu o cota de perturbare a proceselor mentale proprii. Persoanele cu un bun insight le poate trai totusi ca o experiente greu de explicat sau stranie, dar cu cat procesul psihotic se dezvolta cu atat abilitatea subiectului de a le explica sau a le depasi scade si ele se topesc in productiile delirant-halucinatorii. Simptomele de baza sunt o expresie timpurie a proceselor neuropsihologice bazale care genereaza expresia psihotica de mai tarziu.

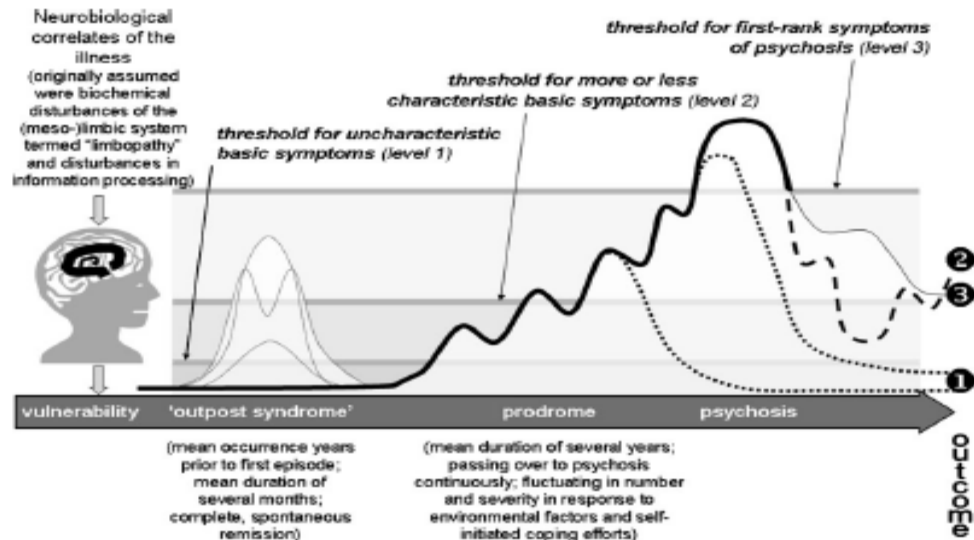


Fig. 1: Conceptul de “simptome de baza” a lui Huber: curba (1) reprezinta stadiul reversibil post-psihotic, curba (2) intrupeaza stadiul prodromal iar curba (3) reprezinta stadiul ireversibil post-psihotic. Sunt figurate si pragurile sub care simptomele de baza pot fi o expresie vaga a unei tulburari a subiectivitatii individuale (simptome de baza necaracteristice), pragul dupa care ele devin caracteristice si pragul peste care ele se pot transforma in simptome evidente pentru schizofrenie (simptome de prim-rang Kurt Schneider). (dupa Schultze-Lutter, 2009)

Dupa scoala lui Huber simptomele de baza ale schizofreniei pot apare sub trei forme sau stadii (vezi Fig. Nr. 1): i) “necaracteristice”, afectand mai mult impulsurile, vointa, afectivitatea, memoria si concentrarea; ii) “caracterstice” cand simptomele bazale intereseaza

in special gandirea, vorbirea, perceptia si activitatea motorie si iii) simptomele psihotice ca atare (Schultze-Lutter, 2009). Simptomele bazale apar in faza premonitoare a dezvoltarii schizofreniei sub forma simptomelor din stadiul intai, ca simptome necaracteristice si ele pot evalua mai departe sau se pot remite in aceasta faza. Aceasta vine sa sublinieze cat de importanta este identificarea timpurie a simptomelor bazale necaracteristice sau caracteristice, ca modalitate de detectare timpurie a procesului psihotic cu ceea ce decurge de aici: interventia precoce.

Dupa mai multi ani de cercetari atat pe populatia generala cat si pe cea clinica, pe baza conceptului de simptome bazale, Schultze-Lutter, Ruhrmann si Klosterkotter (2009) dezvolta anume criterii pentru definirea fazei prodromale a psihozei (vezi Tabelul Nr. 4).

Gross si colab. (1987) dezvolta scala BSABS care cuprinde 92 itemi care acopera tot atatea simptome de baza si fiecare item este prevazut cu o descriere, criterii pentru a fi deosebit de alti itemi si cu exemple de intrebari care sa fie puse pacientului cu scopul de a determina existenta acestuia.

Simptomele sunt impartite in doua stadii: stadiul I care cuprinde simptome necaracteristice si stadiul II care cuprinde simptome de baza care sunt mai mult specifice schizofreniei. Fiecare item poate fi evaluat ca absent, posibil prezent si prezent cu certitudine. Aplicarea scalei dureaza in jur de 180 minute si necesita un evaluator certificat in aplicarea acestei scale. Conform rezultatelor lui Vollmer-Larsen si colab (2007) scala prezinta o buna confidenta si validitate.

Scala este aparata de drepturile de autor si nu poate fi reproducuta in volumul de fata.

Cu scopul de a fi mai usor de aplicat si scorat, Schultze-Lutter si colab. (2007) construiesc o versiune scurta a scalei Bonn pe care o denumesc: *Schizophrenia Proneness Instrument-adult version (SPI-A)*. Scala cuprinde 34 itemi impartiti in 6 subscale. Fiecare item este evaluat pe o scala Likert cu 7 ancore, de la 0 = simptom absent pana la 6 = simptom prezent in fiecare zi. Scala cuprinde definitii si probe de intrebari pentru fiecare item iar in Anexa Nr. 8 scala este prezentata doar sub forma foii de scor.

Ambele scale, *Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS)* si *Schizophrenia Proneness Instrument – Adult version (SPI-A)* pot fi procurate direct de la editor: Giovanni Fioriti Editore, Via Archimede, 179, 00197 Roma, Italia, www.fioriti.it.

Interviul structurat pentru simptomele prodromale (*Structured Interview for Prodromal Symptoms – SIPS*) si Scala pentru simptome prodromale (*Scale of Prodromale Symptoms- SOPS*)

Aceste doua instrumente au fost dezvoltate de Miller si colab. (1999) de la Yale University ca o parte a programului lor de preventie si identificare a riscului de dezvoltare a psihozei. Ei au pornit de la experienta Australiana privitor la programele de detectie timpurie a schizofreniei, programe care au identificat semnele prodromale si definitiile operationale ale acestora (McGorry si colab. 1996). Simptomele stranse in corpul scalei SOPS si intrebarile care acopera aceste simptome din interviul SIPS au fost testate si rafinate pe un lot clinic de psihotici. Instrumentele au fost modelate dupa structura instrumentului PANSS cuprinzand patru grupe de simptome prodromale: pozitive, negative, de dezorganizare si generale cu modificarile conform cu descrierile simptomelor prodromale pre-psihotice.

- ❖ Simptomele de baza cognitiv-perceptive (necesar ≥ 1 din urmatoarele):
 - interferenta gandirii
 - perseverenta gandirii
 - presiunea gandirii
 - blocajul gandirii
 - tulburarea receptarii vorbirii
 - scaderea abilitatii discriminarii dintre idei/perceptii sau fantezie/memorie adevarata
 - idei de referinta instabile
 - derealizare
 - tulburari ale perceptiei vizuale
 - tulburari ale perceptiei acustice

- ❖ Tulburari cognitive (necesar ≥ 2 din urmatoarele):
 - inabilitatea de a divide atentia
 - interferenta gandirii
 - presiunea gandirii
 - blocajul gandirii
 - tulburarea receptarii vorbirii
 - tulburarea expresiei vorbirii
 - idei de referinta instabile
 - tulburari ale gandirii abstracte
 - captivarea atentiei de detalii ale campului vizual

- ❖ Simptome pozitive atenuate (necesar ≥ 1 din urmatoarele):
 - idei de referinta
 - credinte bizare sau gandire magica
 - experiente perceptuale neuzuale
 - suspiciozitate sau ideatie paranoida
 - gandire sau vorbire bizara
 - ❖ Simptome pozitive intermitente si limitate in timp (necesar ≥ 1 din urmatoarele):
 - Halucinatii
 - Deliruri
 - Tulburare formala de gandire
 - Comportament dezorganizat sau cataton
-

Tabelul Nr. 4: Definitile psihopatologice ale starii prodromale a psihozei

Scopul acestor instrumente este de a furniza o masurare sistematica a prezentei/absentei simptomelor prodromale, de a masura severitatea lor si de a defini un prag dincolo de care riscul de aparitie a psihozei este foarte probabil.

Scala pentru simptome prodromale (SOPS) cuprinde 19 itemi dintre care cinci simptome pozitive, sase simptome negative, patru simptome de dezorganizare si patru pentru simptomele generale (vezi Anexa Nr. 9). Alegerea acestor simptome este si in concordanta cu studiile lui Yung si colab (1996, 1998) care arata ca exista trei sindroame prodromale cu ajutorul carora se poate identifica riscul pentru dezvoltarea schizofroniei: i) simptomele pozitive psihotice care apar scurt si intermitent; ii) simptomele pozitive atenuate si iii) declinul functional.

SIPS este un interviu structurat care diagnosticheaza cele trei sindroame prodromale la fel ca si Structured Clinical Interveiw for DSM-IV (SCID). Interviul cuprinde un checklist pentru tulburarea schizotipala de personalitate, un chestionar de istorie familiala, scala de functionare globala (GAF) si scala SOPS. Interviul pentru simptome prodromale (SIPS) nu poate fi reprodus fara permisiunea autorilor dar poate fi obtinut la cerere de la acestia. SOPS, ca parte inclusa in acest interviu, se aplica atunci cand individul interviuat este pozitiv pentru prezenta simptomelor pozitive. Scala se poate aplica si separat, simptomele putand fi culese printr-un interviu clinic nestructurat obisnuit.

Interviul SIPS are o buna validitate predictiva demonstrata prin faptul ca mai mult de 54% din subiectii cu simptome prodromale dezvolta schizofrenie in urmatorul an si o buna

confidenta intercotatori dupa cum autorii au evidentiat in diferite studii (Miller si colab. 2002 si 2003).

Fiecare simptom de pe scale SOPS este evaluat pe o scala Likert cu 7 ancore (de la 0 = absent la 6 = sever cu trasaturi psihotice) iar scorul total al scalei se poate intinde de la 0 la 114. Se poate obtine un scor separat pentru fiecare grup de simptome prodromale.

Pe baza interviului SIPS Loewy si colab (2005) au realizat un chestionar de auto-evaluare a simptomelor prodromale, pornind de la constatarea ca aplicarea interviului cere personal calificat si antrenament specific. Aceasta instrument numit “*Prodromal Questionnaire*” este o scala cu 92 itemi de autoevaluare si prezinta o sensibilitate de 90% si o specificitate de 49%. Scala de autoevaluare se poate obtine direct de la autori.

Scalele Chapman de masurare a schizotipiei (*The Perceptual Aberrations Scale, Magical Ideation Scale, Social Anhedonia Scale*)

Modelele etiologice curente ale schizofreniei presupun ca boala apare prin acumularea si interactiunea mai multor factori de risc precum factori genetici, agresiuni pre- si post-natale si factori psihosociali (Andreasen, 1999), model care figureaza plasarea schizofreniei, a formelor “*schizophrenia-like*” si a subiectilor predispusi la schizofrenie (“*schizophrenia-prone*”) pe un continuum, forme care impartasesc aceleasi factori etiologici dar in variate constelatii. Categoria indivizilor “*schizophrenia-prone*” a sedus multi cercetatori din considerate teoretice, precum izolarea factorilor etiologici, si practice, respectiv identificarea indivizilor cu risc inalt si interventia in fazele prodromale ale dezvoltarii procesului schizofren. Trebuie remarcat ca majoritatea indivizilor schizofrenic-prone nu merg mai departe spre schizofrenie ci raman ca indivizii cu diferite grade de experiente rudimentare sau prost formulate de psihoza. Acestia se constituie in grupul mare a persoanelor schizotipice concept introdus de Rado (1960) si reluat de Meehl (1962) si caracterizat prin patru trasaturi: derapaje cognitive, anhedonie, ambivalenta si probleme ale asertivitatii interindividuale. Pe baza acestei teorii Chapman si colaboratorii construiesc patru scale care sa acopere in mare parte acest concept cu dorinta expresa de a identifica indivizii cu risc de a dezvolta schizofrenia. Aceste scale sunt: Scala pentru evaluarea aberatiilor perceptuale (*The Perceptual Aberrations Scale*, Chapman si colab. 1978), Scala de ideatie magica (*Magical Ideation Scale*, Eckbald si Chapman, 1983), Scala anhedoniei sociale (*Social Anhedonia Scale*) si Scala anhedoniei fizice

(*Physical Anhedonia Scale*) (Chapman si colab. 1976). Studiul longitudinal pe 10 ani a validat doar valoarea primelor trei scale in detectare vulnerabilitatii la schizofrenie (Chapman si colab. 1994) ceea ce a facut ca doar aceste trei scale sa fie prezentate in aceasta lucrare.

Scala de evaluare aberatiilor perceptuale este o scala cu 35 itemi, fiecare reprezentand o afirmatie fata de care subiectul trebuie sa se pozitioneze prin “adevarat” sau “fals”. Scala evalueaza distorsiunile perceptuale legate de trairea corporalitatii si alte experiente senzoriale (Anexa Nr.10), distorsiuni care se presupune a fi markeri pentru schizotipie continand afirmatii precum: “Uneori am senzatia ca parti din corpul meu nu sunt ale aceleiasi persoane”, “Uneori culorile imi pare prea stralucitoare pentru mine”. Coeficientul de confidenta test-retest este de 0,79.

Scala ideatiei magice cuprinde 30 afirmatii referitoare la credinte slab validate bazate pe gandirea magica precum: “Am avut momente cand am crezut ca locul cuiva a fost luat de cineva care seamana perfect” sau “Cred ca as putea sa citesc gandurile oamenilor daca as vrea”. Raspunsurile sunt “adevarat” sau “fals” (Anexa Nr.11). Aceasta scala coreleaza bine cu scala aberatiilor perceptuale ceea ce arata ca ambele evalueaza cam aceiasi dimensiune a persoanei “schizophrenia-prone”. Aceste doua scale au fost unite intr-una singura si au format Scala aberatiile perceptuale si a gandirii magice (*Per-Mad Scale*) (Chapman si colab.1982).

Scala anhedoniei sociale cuprinde 40 itemi trebuind sa fie cotate ca “adevarat” sau “fals” si care evalueaza raportarea individului in a fi impreuna cu altii si fata de valorile sociale precum si capacitatea individului de experimenta placerea. Exemple de itemi: “Oamenii se simt mai bine daca se tin deoparte de o legatura emotionala cu altii”, “As putea fi fericit sa locuiesc singur intr-o cabana in padure sau pe munte” sau “In mult privinte eu prefer compania animalelor decat compania oamenilor” (Anexa Nr. 12).

Combinarea acestor scale impreuna conduce la o scala unica care se mai numeste si scala de schizotipie Wisconsin, care prezinta o buna validitate constructiva, structura factoriala cu doua dimensiuni si o corelatie semnificativa intre ele (Kwapil si colab. 2008) si poate decela foarte bine trasaturile schizotipice si predica dezvoltarea schizofreniei (Horan si colab, 2008).

Modul de scorare a scalelor este destul de diferit de ceea ce am vazut pana acum. Acest model este furnizat de autori in Wisconsin Manual for Assessing Psychotic-like Experiences (Kwapil si colab. 1999) si prevede ca indivizii a caror scor se situeaza peste o deviatie statistica de 1.96 sa fie considerati ca “identificati pozitiv” pentru schizotipie.

Scorurile medii pentru aceste scalea sunt prezentate in Tabelul Nr. 4 (dupa Chmielewski si colab. 1995 si Kwapil si colab. 2002)

	Scalele Chapman					
	Scala de aberatii perceptuale		Scala ideatiei magice		Scala anhedoniei sociale	
	Chmielewski	Kwapil	Chmielewski	Kwapil	Chmielewski	Kwapil
ALBI (CAUCAZIENI):						
Media	6,60	6,24	9,20	9,65	7,15	8,30
DS	6,04	6,13	5,80	5,90	5,13	5,65
AFRO-AMERICANI:						
Media	7,31	6,34	9,09	10,41	8,99	10,85
DS	5,64	5,08	5,76	5,14	5,12	5,29

Tabelul Nr. 4: Scorurile medii si deviatia statistica pentru Scalele Chapman (Populatia generala)

Inventarul de cognitii schizotipale a lui Rust (*The Rust Inventory of Schizotypal Cognition-RISC*)

Rust (1988) dezvolta acest instrument cu scop de a evalua modificarile cognitive care sustin expresia schizotipala a subiectilor cu aceasta vulnerabilitate, cognitii care fiind trasaturi stabile a persoanei pot sta si la baza personalitatii schizotipale a personalitatii (Anexa Nr. 13).

Inventarul RISC este un chestionar cu 26 itemi si este destinat mai mult populatiei generale decat celei clinice, accentul punandu-se mai mult asupra “continutului cognitiilor decat asupra deficitului cognitiv”. Fiecare item este evaluat pe o scara Likert cu 4 trepte in functie de cat de acord sau nu este subiectul cu fiecare afirmatie prezentata. Exemple de afirmatii cuprinse in aceasta scala: “Uneori gandurile mele suna asa de tare ca si altii le pot auzi”, “Organizatiile secrete nu au o putere reala asupra vietii noastre” sau “Uneori oamenii sau obiectele imi par sa radieze o lumina launtrica”. Dupa Steuerwald si Balogh (1991) instrumentul se preteaza foarte bine pentru screeningul in populatia generala si identificarea indivizilor cu risc inalt.

Instrumentul are o buna validitate si s-a dovedit capabil sa discrimineze schizofrenii de populatia generala. Nu s-a decelat diferente in raspunsurile intre cele doua sexe, femeile si barbatii dand scoruri comparabile.

Inventarul RISC este recomandat ca unul din cele mai bune instrumente pentru decelelarea schizotipiei cu atat mai mult cu cat indivizii schizotipali sunt rar vazuti in facilitatile clinice, ei nu cauta atentie si/sau tratament medical sau psihologic si in plus, schizotipia nu este izomorfa cu conceptul de schizofrenie asa cum cred inca multi practicieni (Lenzenweger, 1994).

Scala de schizotipie Venable (*Venable Schizotypy Scale*)

Aceasta scala a fost dezvoltata de Venable si colab. (1990) cu scopul de a identifica indivizii cu schizotipie, respectiv indivizii cu risc de a dezvolta schizofrenie. In constructia acestei scale autorii au imprumutat itemii componenti de la scalele mai vechi de schizotipie, precum scalele Chapman, *Nielson-Peterson Schizophrenism Scale*, *Golden & Meehl's Schizoidia Scale* si *Eysenck & Eysenck Psychoticism Scale* in acord cu constructul teoretic al schizotaxiei ca nucleu al schizotipiei si schizofreniei. Ei considerau ca mecanismul care sta la baza vulnerabilitatii pentru schizofrenie reprezinta o dimensiune continua care face ca trasaturile schizotipice sa fie raspandite in diferite proportii atat in populatia generala cat si cea clinica. Spre deosebire de scalele mai vechi, care au fost construite intuitiv, Venable si colegii au construit scala lor urmand o analiza factoriala riguroasa, analiza care a evidentiat ca scala cuprinde doi factori: schizofrenismul si anhedonia, factori care insa nu coreleaza intre ei.

Scala Venable este o scala de auto-raportare care cuprinde 30 afirmatii la care se raspunde cu "adevarat" sau "fals" in functie de acordul sau dezacordul cu acestea, precum "Este posibil sa ranesc oamenii numai gandindu-ma rau la ei" sau "Cand imi sunt prezentate persoane straine, adesea ma gandesc daca nu cumva i-am cunoscut inainte". (Vezi Anexa Nr. 14). Scala prezinta o validitate satisfacatoare si o confidentiala buna.

Chestionarul de evaluare a sindromului schizotipic (*Schizotypic Syndrome Questionnaire - SSO*)

Constructia acestui instrument pleaca de la modul in care van Kampen conceptualizeaza sindromul preodromal al schizofreniei (Van Kampen, 2005). Sindromul prodromal este definit de el ca o perioada de perturbari prepsihotice ce se intind de la debutul

lor pana la aparitia primelor simptome franc schizofrene, in special halucinatiile si delirurile. In general, perioada prodromala poate tine intre 2 si 5 ani. In conceptia autorului, simptomele prodromale prezinta o similitudine cu simptomele fundamentale ("Grundsymptome") a lui Bleuler si Kraepelin, tradand "o relaxare a unitatii interioare a vietii psihice" manifestata in special prin 12 simptome: anxietate sociala (SAN), izolare activa (AIS), trairea intr-o lume fantastica (FTW), aplatizare afectiva (AFF), egocentrism (EGC), ostilitate (HOS), sentimente de alienare (ALN), tulburari perceptuale (PER), gandire deliranta (DET), suspiciune (SUS), apatie (APA), deraiere cognitiva (DER). Aceste simptome sunt interdependente si sensul ca se determina reciproc. Acestor 12 simptome le corespunde 12 subscale ale chestionarului pe care van Kampen il construieste pentru ca decela stadiul prodromal (van Kampen, 2006).

Forma finala a chestionarului s-a obtinut prin administrarea unui numar mare de intrebari la trei esantioane de 281, 265 si 329 subiecti recrutati din populatia generala. Subscalele au fost testate privitor la consistenta interna si validitatea concurentiala, confidenta intercatorilor iar modelul intreg cu 12 factori a fost testat prin analiza Lisrel in vederea evidentierii relatiei dintre factori. Astfel s-au stabilit cateva relatii cauzale precum: ostilitatea este determinata mai ales de suspiciozitate, izolarea activa si anxietate sociala sau gandirea deliranta este legata de trairea intr-o lume fantezista, de tulburari perceptuale si alienare. Studiul de confidenta si validitate a aratat indici in plaja de "bun - foarte bun".

Chestionarul cuprinde cele 12 subscale si fiecare subscala contine 9 itemi, deci in total chestionarul cuprinde 108 itemi. Fiecare item este cotate pe o scala cu patru ancore in functie de cat de mult se aplica continutul itemului subiectului testat: total DA, partial DA, partial NU si total NU (Anexa Nr. 15).

Analiza factoriala a chestionarului a dat o solutie cu trei factori: schizotipie negativa, schizotipie asociala si schizotipie pozitiva.

Chestionarul SSQ, in ciuda lungimii lui, se constituie un instrument valid atat in cercetare cat si in clinica, precum programele de detectie timpurie a psihozei.

Scorurile normative obtinute pe esantionul testat (N=771 subiecti) sunt prezentate in Tabelul Nr. 5.

Lot		SAN	AIS	CDR	AFF	PER	FTW	SUS	APA	ALN	DET	EGC	HOS
Feminin 16-37 ani	Media	15,27	14,31	15,12	12,49	10,51	15,78	17,40	15,08	12,29	11,63	13,10	17,43
	DS	5,49	4,51	5,48	4,62	2,62	5,59	5,93	5,49	4,31	3,29	3,46	5,02
Masculin 16-37 ani	Media	14,52	15,08	15,35	13,73	10,61	17,05	17,43	14,39	12,20	11,91	13,86	18,14
	DS	5,31	5,17	5,84	5,55	2,83	6,47	5,73	5,55	4,24	3,58	3,57	4,53
Feminin 38-59 ani	Media	15,93	15,67	16,29	14,79	11,47	15,27	18,17	16,42	13,37	11,79	12,77	17,05
	DS	6,39	5,36	6,57	6,64	3,54	5,97	6,34	6,72	5,56	3,81	3,63	4,91
Masculin 38-59 ani	Media	14,67	16,29	16,18	14,65	11,70	17,06	19,59	14,96	13,34	12,46	14,63	19,06
	DS	5,44	5,53	6,01	6,72	4,35	6,32	5,51	5,74	5,34	4,14	4,39	5,58

Tabelul Nr.5: Scorurile normative pentru SSQ (Van Kampen, 2006)

Exemple de itemi ai scalei SSQ in functie de subscala:

Anxietatea sociala (SAN): “In mod obisnuit am dificultati in a ma adapta la alti oameni”

Izolarea activa (AIS): “Prefer sa ma tin la distanta de altii”

Deraiere cognitiva (CDR): “Uneori nu pot sa dau sens cuvintelor mele”

Aplatizare afectiva (AFF): “Uneori sunt incapabil sa simt ceva”

Tulburari perceptuale (PER): “Uneori parti din corpul meu par sa fie moarte sau ireale”

Lume fantastica (FTW): “In fanteziile mele leaga lucrurile cum imi place mie”

Suspiciozitate (SUS): “Sunt neincredator cu majoritatea oamenilor”

Apatie (APA): “Adesea ignor ce am de facut”

Alienare (ALN): “Adesea ma simt instrainat”

Gandire deliranta (DET): “Uneori cred ca gandurile mele de fapt apartin altcuiva”

Egocentrism (EGC): “Ma intereseaza numai persoana mea”

Ostilitate (HOS): “Mi-e dificil sa iert pe altii”

Scala pentru evaluarea simptomelor pozitive (Scale for the Assessment of Positive Symptoms – SAPS) si Scala pentru evaluarea simptomelor negative (Scale for the Assessment of Negative Symptoms – SANS)

Aceste doua scale sunt prezentate impreuna pentru ca ele au fost dezvoltate de aceiasi autoare, Nancy Andearsen (1982, 1983 si 1984) cu scopul evident de a masura cele doua categorii de simptome ale schizofreniei, simptomele pozitive si cele negative.

Se stie ca una din cele mai mari provocari pentru clinicianul aflat in fata tulburarilor psihotice/schizofrenice este heterogenitatea acestora. Pacientii pot prezenta diferite combinatii de simptome si fiecare simptome in sine variaza in severitate. Pentru a reduce aparenta “dezordine” simptomatice a schizofreniei a fost introdus conceptul de simptome pozitive si negative cu scopul de a integra informatiile fenomenologice intr-un singur model. Acest model cu doua dimensiuni, care apar in diferite proportii la un pacient schizofren, este prelungirea conceptelor mai vechi psihopatologice ale lui Kraepelin si Bleuler si de mai tarziu a lui Crow (1980) care sustinea ca exista doua tipuri de schizofrenie, cu simptome pozitive si cu simptome negative si aceasta ar corespunde “patologiei moleculare” a schizofreniei. Desi modelul cu doua dimensiune a fost mereu contestat de cercetarile ulterioare, scalele SAPS si SANS s-au constituit ca un standard in evaluarea simptomatologiei schizofreniei si psihozelor in general. Mai mult, Cuesta si Peralta (1995) demonstreaza ca modelul cu doua dimensiuni, simptome pozitive si negative, reuseste sa faca diagnosticul diferential cu alte tulburari psihotice.

Cele doua scale furnizeaza impreuna o descriere detaliata a 50 de simptome ce permite o masurare comprehensiva a psihopatologiei acestor tulburari. Desi la inceput, aceste scale au fost concepute doar sa fie utilizate in cercetare, ulterior ele s-au raspandit si in practica clinica.

Scala SAPS cuprinde 30 itemi care evalueaza un spectru larg de simptome pozitive. Scopul principal al scalei este de a masura simptomele pozitive si dezorganizarea gandirii si comportamentului. Acesti itemi se grupeaza in 4 categorii: halucinatii, deliruri, comportament bizar si tulburari formale pozitive ale gandirii. Fiecare simptom prezinta o definitie si este scorat in functie de severitate pe o scala de la 0 la 5. Pentru fiecare categorie sau domeniu scale mai prezinta un item de evaluare globala a acestuia. Scala se coteaza pe baza unui interviu clinic, a observatiei directe si a informatiilor colaterale. (Anexa Nr.16).

Domeniile SAPS includ urmatoorii itemi individuali:

- a. Halucinatii: auditive, voci comentand, voci conversand, halucinatii somatice si tactile, halucinatii olfactive si halucinatii vizuale;
- b. Deliruri persecutorii, de gelozie, de vinovatie, grandioase, religioase, somatice, de relatie, control, citirea gandurilor, raspandirea gandurilor, insertia gandurilor si furtul gandirii;
- c. Comportament bizar: imbracaminte si aparenta, comportament social si sexual, agitatie si agresivitate, comportament repetitiv;

- d. Tulburari formale ale gandirii: deraieri ale gandirii, tangentialitate, incoerenta, gandire ilogica, circumstantialitate, presiunea vorbirii, vorbire distractibila si vorbire bazata pe sunete cuvintelor.

Pentru fiecare din aceste patru categorii este prevazut un item de evaluare a severitatii globale a domeniului.

Scala SANS are 20 itemi care prezinta definitii si ancore de evaluare a severitatii. Itemii se grupeaza in 5 categorii simptomatice: aplatizare si tocire afectiva, alogie, avolitie/apatie, anhedonie/asocialitate si tulburari de atentie (Anexa Nr. 17). Ca si in cazul scalei precedente scorarea scalei SANS se face dupa un interviu clinic obisnuit si dupa observatia clinica si completarea ei nu ar lua mai mult de 15-20 minute.

Domeniile simptomatologice ale SANS includ urmatoorii itemi:

- a. Aplatizarea si tocirea afectiva: expresie faciala fixa, descresterea miscarilor spontane, saracirea expresiei gestuale, contact vizual slab, lipsa de raspuns emotional, afect nepotrivit, lipsa inflexiunilor vocale;
- b. Alogie: saracirea vorbirii, saracirea continutului vorbirii, blocajul vorbirii si cresterea latentei raspunsurilor;
- c. Avolitie-apatie: proasta igiena si tinuta, proasta persistenta in munca sau scoala, anergie fizica;
- d. Anhedonie-retragere sociala: scaderea activitati si intereselor recreationale, scaderea interesului si a activitatii sexuale, scaderea abilitatii de a simti intimitatea si apropierea, reducerea relatiilor cu prietenii si egalii;
- e. Afectarea atentiei: lipsa de atentie in campul social, lipsa de atentie in timpul interviului.

Si aici, scala prevede pentru fiecare domeniu simptomatologica un item de evaluare a severitatii globale, deci am putea spune ca scala are de fapt 25 itemi.

Se recomanda ca perioada de timp la care se refera scala sa fie ultima luna.

Interesant de remarcat aici este ca un compatriot de-al nostru, Dr. Iulian Iancu, impreuna cu un grup de colegi din Israel (Iancu si colab. 2005) au construit un chestionar care sa acopere toti itemii ambelor scale si astfel sa creasca confidenta in aplicarea acesteia. Acest chestionar, numit *Positive and Negative Symptoms Questionnaire (PNS-Q)* cuprinde 80

intrebări și este un instrument de auto-evaluare, pacientul însuși evaluând cu “adevărat” sau “fals” fiecare întrebare.

În ceea ce privește proprietățile psihometrice, ambele scale stau bine, cu o consistență internă de peste 0,70 pentru fiecare domeniu simptomatologic, dar global scala SAPS are un indice scăzut de consistență internă care subliniază încă o dată că scala nu este unitară în ceea ce privește dimensiunile măsurate. Ulterior s-a văzut că de fapt scala SAPS măsoară doi factori distincti: simptomele pozitive (halucinațiile și delirurile) și dezorganizarea gândirii (Andreasen și Grove, 1986). Nici scala SANS nu este omogenă în măsurarea simptomelor negative și Sayers și colab. (1996) găsesc că de fapt scala cuprinde trei factori: diminuarea expresiei, lipsa de atenție-alogia și pierderea motivației sociale. În schimb, confidența intercatorilor a fost foarte bună pentru fiecare scala de-a lungul mai multor studii, indiferent de versiunea lingvistică folosită (Andreasen, 2000).

Validitatea sculelor este dincolo de orice dubiu demonstrată prin evaluări comparative cu scala PANSS (Norman și colab. 1996) sau BPRS (Nicholson și colab. 1995). Welham și colab. (1999) au analizat valoarea comparativă a sculelor SANS, PANSS-subscala negativă și BPRS-scala de simptome negative și găsesc că toate reușesc să deceleze foarte bine nucleul sindromului negativ schizofren, dar la nivel de itemi, scala SANS și PANSS-NS sunt superioare.

Aceste scale împreună cu scala PANSS reprezintă “standardul de aur” în evaluarea simptomatologiei schizofreniei și a psihozelor în general. Ele pot fi utilizate atât în practica rutinieră clinică, cât și în cercetare sau studii psihofarmacologice. Demn de semnalat este faptul că aceste două scale evaluează pentru fiecare domeniu severitatea generală în termeni de funcționare ceea ce le recomandă la utile pentru practica clinică.

Scala sindromului pozitiv și negativ (*Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS*)

Deși există nenumărate studii care atestă că structura simptomatologică a schizofreniei răspunde cel mai bine la împărțirea ei în cel puțin trei factori, pozitiv, negativ și dezorganizare, factori care nu corelează între ei și care evoluează independent unul față de altul de-a lungul evoluției schizofreniei (Arndt și colab. 1995). Simptomele negative au o variație relativ redusă de-a lungul evoluției, fiind prezente atât în perioadele acute cât și în cele cronice. Simptomele

pozitive inasa mult mai instabile si apar si dispar in functie de tratament sau de natura evolutiei bolii. Simptomele de dezorganizare prezinta cea mai mare variabilitate in timp. Cu toate acestea exista inca o puternica rutina de a explora doar simptomele pozitive si negative ale schizofreniei atunci cand se doreste evaluarea simptomatologica a ei. Daca simptomele pozitive sunt relativ usor de identificat si masurat, precum halucinatiile, delirurile si dezorganizarea comportamentala, pentru ca ele sunt caracteristici care se adauga in pozitiv situatiei normale a subiectului, in cazul simptomelor negative, precum aplatizarea afectiva, alogia si avolitia, ele sunt lucruri care lipsesc situatiei normale a unui subiect si astfel ele se prezinta intr-o forma complexa si variata de unde rezida greutati atat in identificare cat si in masurarea severitatii lor.

Masurarea severitatii simptomelor in schizofrenie, ca si in alte boli nu inseamna numai indicarea prezentei sau absentei simptomului si a intensitatii traiirii lui. Simptomele in bolile psihice nu apar izolat, ele coreleaza intre ele si daca un simptom poate fi sever celalalt nu il urmeaza intocmai. De aceea instrumentele de masura trebuie sa reflecte structura naturala sau structura latentă a simptomatologiei unei boli. In cazul schizofreniei, o boala cu un tablou clinic variat, dat de constelatia diferita a simptomelor componente, instrumentele de masura trebuie sa captureze intocmai aceasta distributie mozaic a simptomatologiei. Este ceea ce scala PANSS reuseste partial sa faca pentru ca ea cauta sa conceptualizeze dimensiunea fiecarui simptom care-l masoara.

Scala PANSS a fost dezvoltata de Kay si colab. (1987) pentru a masura severitatea psihopatologiei la adultii cu schizofrenie, tulburare schizoafectiva si alte psihoze in care sunt prezente simptomele pozitive si negative. Scala are la baza constructul teoretic al simptomelor pozitive si negative. Ea cuprinde 30 itemi care au fost imprumutati din Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS, Overall and Gorrham, 1988) si din Psychopathology Rating Scale (Singh and Kay, 1987). Itemii au fost astfel alesi incat sa acopere doar acele simptome care sunt lipsite total de ambiguitate conceptuala, care se diferentiaza usor unele de altele si care pot fi considerate primare, adica nu sunt trasaturi derivate din alte modificari psihopatologice. In plus, itemii alesi acopera tot spectrul tulburarilor functionale, respectiv cognitiv, afectiv, social si comunicare. Fiecare item este definit in mod amanuntit si este evaluat pe o scala care cuprinde 7 ancore in functie de severitate, de la absent la sever, dar si aceste ancore sunt la randul lor definit pentru a imbunatati confidenta.

Scala cuprinde trei subscale:

- subscale simptomelor pozitive (scala P) cu 7 itemi: delirurile, dezorganizarea conceptuala, comportamentul halucinator, excitatia, grandiozitatea, suspiciozitatea/persecutia si ostilitatea;
- subscale simptomelor negative (scala N) cu 7 itemi: tocirea afectiva, retragerea emotionala, raportarea deficitara, apatia/pasivitatea sociala, dificultati ale gandirii abstracte, lipsa de spontaneitate si fluenta in conversatie si gandirea stereotipa;
- subscale de psihopatologie generala (scala G) cu 16 itemi: preocupare somatica, anxietate, sentimente de vinovatie, tensiune psihica, manierisme si posturi, depresie, lentoare motorie, lipsa de cooperare, continut neobisnuit al gandirii, dezorientare, tulburare de atentie, pisa contiintei bolii (insight), tulburari de vointa, pierderea controlului impulsurilor, preocupare si retragere sociala (Anexa Nr. 18).

Fiecare simptom este bine definit si descris si fiecare treapta de severitate are prevazuta o descriere care permite o mai mare acuratete in evaluarea calitativa a simptomului cu rasunetul lui asupra comportamentului si functionarii subiectului.

Scala se completeaza dupa efectuarea unui interviu clinic obisnuit la care se recomanda adaugarea datelor culese de la alti informanti si din alte inscrieri clinice. Autorii recomanda ca interviul sa debuteze cu o discutie generala cu pacientul despre boala lui si circumstantele generale ale vietii pacientului, discutie care poate tine cateva minute, suficiente ca sa furnizeze clinicianului posibilitatea observarii comportamentului subiectului si a modului lui de gandire si exprimare. Urmatoarea perioada de timp trebuie sa fie dedicata intrabarilor care acopera fiecare item din cei cuprinsi in scala PANSS si interviuatorul coteaza severitatea fiecarui item corespunzator definitiilor scalei si datelor obtinute de la pacient. Ultima portiune a interviului se focalizeaza pe domeniile in care pacientul a fost defensiv, reticent, ambivalent cu scopul de a identifica continutul neobisnuit al gandirii, tulburarile de conceptualizare sau ideile delirante ale pacientului.

Perioada de timp la care se refera interviul este de ultima saptamana.

Scala PANSS furnizeaza un scor pentru fiecare dintre cele trei subscale si un scor general prin adunarea scorurilor tuturor itemilor scalei. Autorii furnizeaza urmatoarele scoruri normative prag pentru cele trei subscale (Kay si Sevy, 1990): scorul de 20 pentru subscale pozitiva, 22 pentru subscale negativa si 40 pentru subscale de psihopatologie generala. Se

poate calcula si un scor compozit care indica predominanta simptomelor pozitive sau negative, dupa cum e cazul. Acest scor se calculeaza prin adunarea scorurilor individuale ale itemilor din cele doua scale, suma algebrica, cu specificatia ca itemilor scalei negative li se atribuie semnul (-) astfel ca suma celor doua feluri de itemi, pozitivi si negativi se poate intinde de la -42, cand sunt numai simptomele negative sunt prezente, pana la +42, cand sunt prezente numai simptome pozitive. Astfel, cand suma este pozitiva inseamna ca predomina simptomele pozitive, iar cand suma este negativa predomina simptomele negative de schizofrenie (Kay, Opler si Fiszbein, 2000).

Scala PANSS se administreaza de personal calificat si antrenat special in aplicarea acesteia. Administrarea ei ia in jur de 30-40 minute.

Exista si o versiune pentru copii: Kiddie-PANSS (Field si colab. 1994) si un interviu structurat care transforma scala PANSS intr-un interviu clinic formal: *Structured Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale – SCI-PANSS* (Opler si colab. 1992).

Proprietatile psihometrice ale scalei PANSS sunt bune. Compararea modului in care scala PANSS captureaza cazurile cu simptome pozitive si negative cu alte scale traditionala precum BPRS, SANS sau SAPS a aratat o foarte buna validitate (Bell si colab. 1992; Norman si colab. 1996). Confidenta legata de consistenta interna a itemilor PANSS a fost peste 0.75 la toate cele trei scale (Kay si colab. 2000) in schimb confidenta inter-cotatori variaza in functie de gradul de antrenament a evaluatorilor in administrarea scalei. PANSS s-a aratat capabila sa determine severitatea schizofreniei cand s-a administrat concomitent cu scala *Clinical Global Impression-Severity (CGI-S)*. S-a constatat o corelatie semnificativa intre modificarile scorului global la CGI-S si scorul total al PANSS sau intre scorul CGI de ameliorare si procentajul schimbarii scorului PANSS fata de scorul de la care s-a pornit (Levin si colab. 2008).

Cat priveste structura factoriala a scalei PANSS, cei mai multi autori inclina spre o solutie su cinci factori: negativ, pozitiv, excitatie/activare, anxietate-depresie/disforie si dezorganizare/preocupari autiste (Van Der Oord si colab. 2006)

Scala PANSS este “standardul de aur” in identificarea si masurarea severitatii simptomelor schizofreniei si altor psihoze “schizophrenia-like”. Ea este folosita atat in activitatea clinica curenta pentru evaluarea severitatii, pentru identificarea simptomelor tinta si pentru a evalua recaderea sau reabilitarea, cat si in activitatii de cercetare sau in studiile psihofarmacologice.

Pentru a creste confidenta masurarii cu scala PANSS Opler si colab. (1992) construiesc un interviu semi-structurat Acest interviu permite intervievatorului sa evalueze in mod organizat subiectul si sa culeaga in mod ordonat informatii care apoi sa duca la cotarea fiecarui itemi din scala PANSS (Anexa Nr. 19). Acest interviu se administreaza in partea a doua a sedintei de evaluare, dupa prima parte de informare si discutie generala.

Scala de identificare a simptomelor si comportamentului (*Behavior and Symptoms Identification Scale – BASIS-32*)

Acest instrument a fost dezvoltat de Eisen si colab. (1994) cu scopul de a evalua rezultatului (“*outcome*”) tratamentului si ingrijirilor oferite de serviciile de psihiatrie in cazul tulburarile psihice majore din punctul de vedere al pacientului. La inceput a fost vorba numai de un interviu cu 24 intrebari, dar el fost revizuit ulterior (Eisen si cola. 2004) pentru a mari calitatile lui psihometrice. Instrumentul este de fapt o scala de auto-evaluare care cuprinde 5 domenii simptomatologice si de functionare pe care subiectul este incurajat sa le evalueze ca parte a procesului de apreciere a rezultatului tratamentului si a calitatii ingrijirilor primite: viata de zi cu zi/abilitatile de functionare de rol, relatiile cu sine si cu altii, depresie/anzietate, comportament adictiv/impulsivitate si psihoza.

Instrumentul este foarte folosit atat pentru a evalua outcome-ul cat si in studiile despre calitatea serviciilor si ingrijirile acordate de acestea. El este usor de utilizat si prezinta o buna senzitivitate la schimbare. Versiunea revizuita s-a bazat pe feed-back-ul pe care autorii l-au obtinut de la 75 de cercetatori, administratori, clinicieni si pacienti si a condus la refrizarea intemii in asa fel incat sa poata fi mai usor de inteles de subiecti cu nivele scazute de educatie, la inlocuirea celor care nu corelau bine cu domeniul sub care erau asezati si lungimea instrumentului a fost revizuita. Astfel, pentru versiunea revizuita, BASICS-32-R au ramas 36 itemi care sunt la intelesul unui individ cu 5 clase primare si care sunt scorati pe o scala de severitate/frecventa cu 5 puncte: 0 = niciodata, 1 = rareori, 2 = uneori, 3 = adesea, 4 = totdeauna. Scorul fiecarui domeniu se face prin adunarea valorii fiecarui item si impartirea la numarul de itemi ai domeniului.

Studiul de revizuire a instrumentului a cuprins 27 de institutii medicale din SUA care au licenta de a folosi acest instrument in practica curenta de evaluare a calitatii serviciilor si a evaluat un numar de 2656 pacienti interneti si 3222 pacienti ambulatori. Pe baza unei

metodologii sofisticate, autorii au facut ultimele ajustari si au dat forma finala a instrumentului. Niv si colab. (2007) fac un studiu despre cum acest instrument reuseste sa detecteze psihoza si pe baze analizei raportului dintre senzitivitate si specificitate contureaza scorurile prag dincolo de care un caz de psihoza pot fi considerat prezent: scorul de 0,5 si mai mare indica prezenta unei psihoze moderate iar scorul de 1,0 si mai mult indica o psihoza severa ceea ce subliniaza capacitatea acestei scale de a fi si un instrumente de screening.

Scara ca atare si modul de scorare sunt prezentate in Anexa Nr. 20. Scala permite obtinerea a doua scoruri generale, unul pentru psihopatologie generala (adunand 32 itemi apartinand depresiei, anxietatii, psihozei, etc) si unul pentru bunastarea generala (adunand 18 itemi apartinand auto-controlului, vitalitatii, sanatatii generale, etc.) si scoruri individuale pentru urmatoarele dimensiuni: depresie/anxietate, activitate zilnica si functionare de rol, relatiei cu sine/altii, comportament impulsiv/addictiv si psihoza.

Acest instrument este util pentru evaluarea dinamica a progreselor unui bolnav psihotic, mai ales atunci cand el este monitorizat printr-un program de “case management”, terapie comunitara asertiva sau alte programe care presupun mentinerea pacientului in familie si nu institutionalizarea lui.

Scala de evaluare a progreselor pacientului (*Routine Assessment of Patient Progress – RAPP*)

Este de acum o constatare comuna ca culegerea standardizata a informatiilor psihopatologice efectuata de clinicieni nu este suficienta pentru evaluarea longitudinala a progreselor facute de un pacient psihotic si a calitatii tratamentului/ingrijirilor la care este supus. Interviuurile cross-sectionale sau scalele aplicate in anume punct a contactului pacientului psihotic cu terapeutul sau nu ofera decat o imagine statica si uneori incompleta. Aceasta situatie poate fi corectata prin integrarea datelor obtinute prin mai multe metode de culeger a lor (observare, auto-raportare, interviu direct), printr-o abordare multidisciplinara a evaluarii, respectiv prin antrenarea mai multor categorii de profesionisti in procesul evaluarii si prin inglobarea functionarii pacientului printre domeniile explorate.

Scala de evaluare a progreselor pacientului, RAPP, este un instrument standardizat care permite surorilor sa incorporeze datele obtinute prin interviuare si a celor observationale intr-o evaluare comprehensiva a pacientilor psihotici internati intr-un serviciu clinic. Scala a fost

dezvoltata de Ehmann si colab. (1995) cu scopul de a oferi echipei terapeutice si de ingrijire o documentare confidenta a rezultatelor tratamentului, a formularii planului de tratament si o monitorizare longitudinala asupra constelatiei psihopatologice a pacientului.

In conceptia autorilor aceasta scala intruneste criteriile care trebuie sa le indeplineasca un instrument de evaluare de calitate: i) confidenta intercotatori, ii) consistenta interna, iii) validitate convergenta, iv) validitate discriminativa, v) sensitivitate la schimbare care sa discrimineze modificarile in stare pacientului, vi) itemi clar definiti, vii) transformarea datelor calitative in cantitative, viii) usor de utilizat/administrat, ix) promovarea unei bune comunicari in cadrul echipei sau transferul datelor catre altii, x) integrarea datelor din surse colaterale, xi) integrarea ei in interviul clinic.

Scala RAPP cuprinde 21 itemi scorabili care au o descriere comprehensiva care sa permite transferul informatiilor narative, calitative intr-o expresie cantitativa, respectiv evaluarea lor pe o scala de severitate in patru puncte (0= absent, 1=usor, 2=moderat,3=sever). Itemii scalei sunt impartiti in trei domenii de explorat (vezi Anexa Nr. 21):

- primii 5 itemi (itemii 1-5) sunt dedicati subscalei nevoilor bazale (dieta, somn, eliminare, siguranta, deplasare);
- urmatorii 8 itemi (itemii 6-13) apartin subscalei de psihoptologie (anxietate, dispozitie, activitate, delir, halucinatii, tulburari de gandire/discurs, ostilitate, cognitie/memorie);
- itemii 14-21 (8 itemi) apartin subscalei abilitatilor de functionare in viata de zi cu zi (igiena, cooperare, socializare, administrarea bugetului propriu, activitate sexuala, timp liber, rezolvarea problemelor, solicitarea ajutorului surorii);

Scala furnizeaza un scor pentru fiecare din aceste trei subscale si un scor general prin adunarea scorului subscalei de psihopatologie cu cea de functionare zilnica.

Scala se competeaza luand in considerare diferite surse de informare, cea mai importanta fiind observarea pacientului, interactiunea cu el, chestionarea tintita pentru unele aspecte, informatii din diverse documente sau din relatarile altora. Informatiile din surse indirecte trebuie sa fie cantarite cu grija pentru a discerne intre cele demne de incredere si cele anecdotice. Perioada de timp la care se refera scala este "ultima saptamana".

Scala aplicata la 71 subiecti comparativ cuscala PANSS, CGI, GAF si NOSIE-30 a oferit autorilor ei posibilitatea sa verifice validitatea scalei RAPP care a dat scoruri foarte bune.

Cat priveste confidenta intercotatori, indicele “kappa” intercotatori este foarte bun pentru subscala de psihopatologie ($8,80 \pm 4,18$) si doar bun pentru subscala de functionare ($6,32 \pm 4,51$). Aplicata in diferite momente in timp, precum la internare si externarea subiectului, fiecare din subscalele componente a aratat aceiasi senzitivitate la schimbare si au capturat bine progresele pacientului de-a lungul tratamentului si a recuperarii. Toate acestea face ca scala sa fie adecvata pentru masurarea deznodamantului terapiei, a recuperarii si recaderii.

Recent, Charles si colab. (2003) au intreprins un studiul de validare a scalei RAPP la 100 pacientii psihotici care au fost evaluati in ziua 3 si a 19 de spitalizare. Autorii au gasit scala coreleaza bine cu PANSS si cu CGI, captureaza bine schimbarile in starea psihoticului sub tratament si concordanta intre cotatori a fost foarte mare.

Inventarul de remitere a psihozei (*Psychosis Recovery Inventory – PRI*)

Remiterea psihozei este o alta problema destul de vag conturata atat pentru clinicieni cat si pentru cercetatori. In mod curent se considera ca scaderea severitatii simptomelor si/sau disparitia simptomelor pozitive, precum delirurile si halucinatiile, ar fi suficiente pentru a considera ca episodul acut s-a remis. Pe de alta parte, simptomele nucleare ale schizofreniei nu se remit in masura in care cele pozitive o fac. Disparitia simptomelor pozitive face ca functionarea subiectului sa devine mai coerenta si adecvata dar disparitia lor decoperteaza simptomele negative precum reducerea motivatiei, a suportului energetic, vitalitatii, interactiunii cu altii si a intereselor concrete. In unele cazuri exista o recuperare fragmentara, unele simptome sau probleme de functionare s-au remis, altele sunt inca “calde”, sau exista o “coada” a bolii, cand remiterea este lent progresiva. Se poate asista si la remiterea “cu defect” cand persista inca fragmente de simptome pozitive sau cand simptomele negative interfera cu functionarea subiectului intr-o masura semnificativa. Pentru multi autori insa, remiterea psihozei este legata de reaparitia “*insightului*”, a constintei bolii, a criticii retrospective a simptomelor traite si a aparitiei “*compliancei*”, respectiv aderenta si confortul cu modelul medical al bolii (McEvoy si colab. 1989).

Indiferent cu ar fi, atat expresivitatea schizofreniei cat si a recuperarii depinde de felul cum subiectul traieste si exprima suferinta psihologica care, la randul ei, este mediata de factorii culturali si sociali. In functie de acesti factori subiectul va avea mai mult sau mai

putine plangeri, va fi mai mult sau mai putin de acord cu diagnosticul si tratamentul, va fi mai mult sau mai putin colaborativ cu toate ipostazele ingrijirii.

Inventarul de remitere a psihozei este un instrument dezvoltat de Chen si colab. (2005) cu scopul de a oferi clinicienilor o privire longitudinala si multi-dimensionala asupra insightului si compliantei pacientului si, astfel, de a captura in mod judicios momentul adevarat al recuperarii subiectului din procesul psihotic. Pentru acesti autori expresia recuperarii este data de interactiunea dintre cunostintele subiectului privind boala sa, credintele proprii despre boala si sanatate, comportamentul de cautare a ajutorului, experienta din timpul tratamentului si relatiile cu furnizorii ingrijirilor de sanatate. In conceptia acestor autori, acest instrument este superior altor metode de evaluare care sunt doar cross-sectionale, "fotografaza" imagine subiectului doar intr-o singura dimensiune.

Inventarul PRI contine 25 itemi, fiecare item evaluat pe o scala Likert cu 6 puncte, de la 1=puternic dezacord, la 6=puternic acord. Itemii sunt formulati astfel ca sa surprinda trei feluri de atitudini; atitudinea fata de boala sa (de ex. experientele subiectului privind boala sa sau atributiile privind cauza bolii sale), atitudinile fata de tratament (de ex. modelul tratamentului si efectele secundare, increderea in eficacitatea tratamentului) si perceptia recuperarii si recaderii. Fiecare item este o afirmatie fata de care subiectul se pozitioneaza. Prin analiza factoriala scala reflecta o structura cu cu mai multi factori. Astfel domeniul atitudine fata de boala cuprinde trei factori: efortul de a intelege (itemii A3, A4, A5), constiinta bolii (itemii A1 si A7), non-complianta (itemii A2 si A6), domeniul atitudine fata de tratament cuprinde cinci factori: disfunctie cognitiva (itemii B3, B7, B8 si B12), aderenta pozitiva (B6, B9 si B10), atitudine negativa (B11 si B13), comportamentul compliant (itemii B1 si B4) si atributiile alternative (itemii B2 si B5) iar domeniul atitudine fata de recuperare si recadere cuprinde doi factori: ingrijorarea fata de recadere/recuparare (itemii C2, C3, C4) si controlul asupra recaderii/recupararii (Intemii C1 si C5). Instrumentul este prezenta in Anexa Nr. 22.

Instrumentul prezinta o buna consistenta interna si validitate converganta la fal ca si o buna confidenta test-retest ceea ce-l recomanda pentru includerea lui in practica clinica. Autorii il recomanda in special pentru evaluarea recuperarii in programele "primul episod de psihoza" sau la subiectii aflati la primele internari sau recaderi, el fiind mult mai putin adecvat pentru evaluarea recuperarii in cazurile cu evolutie indelungata.

xxx

Instrumentele prezentate aici pot reprezinta impreuna un “magazin” din care practicianul va alege ce i se pare mai bun si isi va constitui propria lui cutia cu instrumente pe care o va lua cu el in activitatea clinica/stiintifica.

Nu trebuie uitat ca orice instrument, oricat de bun si faimos ar fi, poate conduce la o evaluare corecta a pacientului doar in masura in care cel care il administreaza are grija ca in prealabil sa faca o “aliana terapeutica” cu pacientul, lucru care va creste confidenta in masurare, daca va alege cu grija momentul masurarii, dinamica temporala a masurarii si modul de administrare a lui, astfel incat evaluarea sa capete o fata prietenoasa iar pacientul sa colaboreze adecvat. Cresterea spiritului colaborativ al pacientul in evaluare se poate face prin promisiunea prezentarii rezultatelor testelor si discutarea lor, atunci cand aceasta este potrivita din punct de vedere terapeutic.

Rezultatele evaluarii trebuie sa fie integrate impreuna cu rezultatele altor metode clinice sau cu informatii din alte surse, astfel incat ele sa aiba relevanta pentru procesul de diagnostic si decizia terapeutica.

Nu trebuie neglijate nici aspectele etice ale evaluarii, subiectul poate avea liberetatea de a refuza evaluarea, are dreptul de a cunoaste rezultatele, si acestea trebuie sa fie tinute confidential si transferate altora doar in masura in care subiectul este de acord.

In final, recomandarea evaluarii standardizate face parte din uniformizarea si internationalizarea limbajului medical, din conceptul de medicina bazata pe dovezi si din cresterea responsabilitatii actului medical ca demers validat social si legal.

Cred ca cititorul va aprecia efortul si generozitatea colegiala care m-a condus la scrierea acestui capitol deficil.

Bibliografie:

Allardyce J, Gaebel, W, Zielasek J, van Os J (2007): Deconstructing Psychosis Conference February 2006: The Validity of Schizophrenia and Alternative Approaches to the Classification of Psychosis, *Schizophrenia Bulletin*, 33: 863-867.

Allardyce J, Suppes T, Van Os J (2007): Dimensions and the psychosis phenotype, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(S1): S34–S40.

- Andreasen N (1982): Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 39: 784-788.
- Andreasen N (1983): Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). University of Iowa.
- Andreasen N (1984): Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). University of Iowa.
- Andreasen N, Grove VM (1986): Evaluation of positive and negative symptoms in schizophrenia, *Psychiatry and Psychobiology*, 1: 108-121.
- Andreasen NC (1989): The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). Conceptual and theoretical foundation, *British Journal of Psychiatry*, Suppl. 7: 49-58.
- Andreasen NC, Carpenter WT Jr (1993): Diagnosis and classification of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 19:199–214.
- Andreasen NC (1999): A unitary model of schizophrenia: Bleuler's "fragmented phrene" as schizencephaly. *Archives of General Psychiatry*, 56: 781–787.
- Andreasen NC (2000): Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) and Scale for the Assessment of negative Symptoms (SAPS), in Rush AJ et al (Eds.): *Handbook of Psychiatric Measures*, American Psychiatric Association Press.
- Arndt S, Andreasen NC, Flaum M et al (1995): A longitudinal study of symptom dimensions in schizophrenia, *Archives of general psychiatry*, 52:352-360.
- Aronowitz R (2008): Framing disease: An underappreciated mechanism for the social patterning of health, *Social Science and Medicine*, 67:1-9.
- Asberg M, Montgomery SA, Perris C et al (1978): A Comprehensive Psychopathological Rating Scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl.271: 5-9.
- Bech P (1993): *Rating Scales for Psychopathology, Health Status and Quality of Life*, Berlin: Springer-Verlag.
- Beer MD (1995): Psychosis: From mental disorder to disease concept, *History of Psychiatry*, 6: 177-200.
- Beer MD (1996): Psychosis: History of the concept, *Comprehensive Psychiatry*, 37: 273-291.
- Bell V, Halligan PW, Ellis HD (2006): The Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS): A New Validated Measure of Anomalous Perceptual Experience, *Schizophrenia Bulletin*, 32: 366-377.

Bell M, Milstein R, beam-Goulet J et al (1992): The Positive and Negative Syndrome Scale and the Brief Psychiatric Rating Scale: reliability, comparability and predictive validity, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180:723-728.

Bentall RP, Kaney S (1996): Abnormalities of self-representation and persecutory delusions: a test of a cognitive model of paranoia, *Psychological Medicine*, 26:1231-1237.

Berrios GE (1987): Historical aspects of psychoses: 19th century issues, *British Medical Bulletin*, 43:484-498.

Bleuler E, (1911): Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenieen [Dementia praecox or group of schizophrenias]. In G. Asschaffenburg (Ed.), *Handbuch der Psychiatrie (Spezieller Teil, 4. Abteilung)* [Handbook of psychiatry (Special part, section 4)]. Leipzig: Deuticke.

Boks MPM, Leask S, Vermunt JK, Kahn RS (2007): The structure of psychosis revisited: The role of mood symptoms, *Schizophrenia Research*, 93: 178–185.

Brenner K, Schmitz N, Pawliuk N et al (2007): Validation of the English and French versions of the Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE) with a Montreal community sample, *Schizophrenia Research*, 95: 86–95.

Burgy M (2008): The concept of psychosis: Historical and phenomenological aspects, *Schizophrenia Bulletin*, 34:1200-1210

Chapman LJ, Chapman JP, Raulin ML (1976): Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 85: 374-382.

Chapman LJ, Chapman JP, Raulin ML (1978): Body-image aberration in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 87: 399-407.

Chapman LJ, Chapman JP, Miller EN (1982): Reliability and intercorrelations of eight measures of proneness to psychosis, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50:187-195.

Chapman LJ, Chapman JP, Kwapil TR, Eckblad M, Zinser MC (1994): Putatively psychosis-prone subjects 10 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 103:171-183.

Charles H, John T, Chandy S et al (2003): Validation of the Routine Assessment of Patient Progress (RAPP) in patients with psychosis in South India, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12:157-164.

Chen EYH, Tam DKP, Wong WS et al (2005): Self-administered instrument to measure the patient's experience of recovery after first-episode psychosis: development and validation of the Psychosis Recovery Inventory, *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 39:493-499.

Chmielewski PM, Fernandes LO, Yee CM, Miller GA (1995): Ethnicity and gender in scales of psychosis proneness and mood disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3): 464-470.

Crow TJ (1980): Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? *British Medical Journal*, 280:66-68.

Crow TJ (1998): From Kraepelin to Kretschmer leavened by Schneider: the transition from categories of psychosis to dimensions of variation intrinsic to *Homo sapiens*. *Archives of General Psychiatry*, 55:502-504.

Cuesta MJ, Perlata V (1995): Are positive and negative symptoms relevant to cross-sectional diagnosis of schizophrenic and schizoaffective patients? *Comprehensive Psychiatry*, 36: 353-361.

Dencker SJ, Frankenberg J, Hansen V, Malt U (1980): Clopenthixol and flupenthixol depot preparations in outpatient schizophrenics: II: Factor analysis of the CPRS subscale for schizophrenia, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61 (suppl 279):29-40.

Eaton WW, Romanoski A, Anthony JC, Nestadt G (1991): Screening for psychosis in the general population with a self-report interview. *Journal on Nervous and Mental Disease*, 179: 689-93.

Eckblad ML, Chapman LJ (1983): Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51:215-225.

Ehmann TS, Higgs E, Smith GN et al (1995): Routine Assessment of Patient Progress: A Multifformat, Change-Sensitive Nurses' Instrument for Assessing Psychotic Inpatients, *Comprehensive Psychiatry*, 36:289-295.

Eisen SV, Dill DL, Grob MC (1994): Reliability and validity of a brief patient-report instrument for psychiatric outcome evaluation. *Hospital and Community Psychiatry*, 45:242-247.

Eisen SV, Normand SL, Belanger AJ, Spiro A, Esch D (2004): The revised Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-R): reliability and validity. *Medical Care* 42 (12): 1230-1241.

Estroff SE (1989): Self, identity and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject, *Schizophrenia Bulletin*, 15:189-196.

Eysenck HJ, Eysenck SBG (1976): *Psychoticism as a Dimension of Personality*. London: Hodder and Stoughton.

Falkum E, Forde R (2001): Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the

physician-patient relationship attitudes among Norwegian physicians, *Social Science and Medicine*, 52:239-248.

Fields JK, Kay SR, Grosz D et al (1994): Assessing positive and negative symptoms in children and adolescents, *American Journal of Psychiatry*, 151:51-58.

First MB (2006): Deconstructing psychosis. <http://dsm5.org/conference5.cfm>

Freeman D, Dunn G, Gartey PA et al (2005): The psychology of persecutory ideation. I. A questionnaire survey, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 193:302-308.

Fulford KWM (1989): *Moral Theory and medical Practice*, Cambridge: Cambridge University Press

Gaebel W, Zielasek J (2008): The DSM-V initiative “deconstructing psychosis” in the context of Kraepelin’s concept on nosology, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 258 [Suppl 2]:41–47.

Goldman-Rakic PS (1995): More clues on “latent” schizophrenia point to developmental origins. *American Journal of Psychiatry*, 52:1701–1703.

Gross G, Huber G, Klosterkötter J et al (1987): *Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (BSABS); Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms*. Springer Verlag.

Gross G, Stassen HH, Huber G, Klosterkötter J (1990): Reliability of the psychopathological documentation scheme BSABS; in Stefanis CN, Rabavilas AD, Soldatos CR (eds): *Psychiatry: A World Perspective*. Amsterdam, Elsevier, pp 199–203.

Gross G. & Huber G. (2005): Basic symptoms and prodromal phase of schizophrenia. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 12:185-198.

Gurr RE, Keshavan MS, Lawrie SM (2007): Deconstructing psychosis with human brain imaging, *Schizophrenia Bulletin*, 33: 921-931.

Gurr RE, Mozley PD, Resnick SM et al (1991): relations among clinical scales in schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 148:472-478.

Hedlung JL, Vieweg BW (1980): The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): a comprehensive review, *Journal of Operational Psychiatry*, 11:48-65.

Heinimaa M (2000): On the grammar of “Psychosis”, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 3:39-46.

Heinimaa M (2002): Incomprehensibility: The role of the concept in DSM-IV definition of schizophrenic delusions, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 5:291-295.

Heinimaa M (2008): *The Grammar of Psychosis*, Turku: *Annales Universitatis Turkuensis*, T.823.

Honigfeld G, Gillis RD, Klett JC (1966): NOSIE-30: A treatment-sensitive ward behavior scale, *Psychological Reports*, 19:180-182.

Horan VP, Reise SP, Subotnik KL et al (2008): The validity of Psychosis Proneness Scales as vulnerability indicators in recent-onset schizophrenia patients. *Schizophrenia Research*, 100: 224-236.

Huber G. & Gross G. (1989): The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. *Recenti Progressi in Medicina*, 80: 646-652.

Huber G (2002): The psychopathology of K. Jaspers and K. Schneider as a fundamental method for psychiatry. *World Journal of Biological Psychiatry* 3:50–57.

Iancu I, Poreh A, Lehman B et al (2005): The Positive and Negative Symptoms Questionnaire: a self-report scale in schizophrenia, *Comprehensive Psychiatry*, 46:61-66

Jansson L, Handest P, Nielsen J et al (2002): Exploring boundaries of schizophrenia: a comparison of ICD-10 with other diagnostic systems. *World Psychiatry*, 1/2:109-114.

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987): The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 13:261-276.

Kay SR, Sevy S (1990): Pyramidal model of schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 16:537-545.

Kay SR, Opler LA, Fiszbein A (2000): Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), in AJ Rush et al (Eds.): *Handbook of Psychiatric Measures*, Washington DC: American Psychiatric Association Press.

Kendell R, Jablensky A (2003): Distinguishing Between the Validity and Utility of Psychiatric Diagnoses, *American Journal of Psychiatry*, 160:4-12.

Kendler KS, Karkowski LM, Walsh D (1998): The structure of psychosis: latent class analysis of probands from the Roscommon Family Study. *Archives of General Psychiatry*, 55:492-499.

Khater MA, Aljamal RM, Amr MA (2006): Schneiderian First Rank Symptoms in Schizophrenic versus Non-Schizophrenic Psychosis, *Egyptian Journal of Psychiatry*, 25:33-40.

Knorr L von, Strandman E (1978): A comparison between "Cronholm-Ottoson Depression Rating Scale" and variables concerned with depressive psychopathology in the CPRS, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl.271:45-51.

Kraepelin E (1904): *Lectures on clinical psychiatry* (Th. Johnstone, Trans., Ed.). New York:

Hafner. (Original work published in 1904)

Kwapil TR, Chapman LJ, Chapman J (1999): Validity and usefulness of the Wisconsin Manual for Assessing Psychotic-like Experiences, *Schizophrenia Bulletin*, 25:363-375.

Kwapil TR, Crump RA, Pickup DR (2002): Assessment of psychosis proneness in African-American college students, *Journal of Clinical psychology*, 58(12):1601-1614.

Kwapil TR, Barrentes-Vidal N, Silva PJ (2008): The dimensional structure of the Wisconsin schizotypy scales: factor identification and construct validity, *Schizophrenia Bulletin*, 34: 444-457.

Jacobsson L, Knorrning L von, Mattsson B et al (1978): The Comprehensive Psychopathological Rating Scale - CPRS - in patients with schizophrenic syndromes, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl.271:39-44.

Lenzenweger MF (1994): Psychometric high-risk paradigm, perceptual aberrations, and schizotypy: An update, *Schizophrenia Bulletin*, 20: 121-135.

Levine SZ, Rabinowitz J, Engel R et al (2008): Extrapolation between measures of symptom severity and change: An examination of the PANSS and CGI, *Schizophrenia Research*, 98: 318-322.

Loewy RL, Bearden CE, Johnson JK et al (2005): The prodromal questionnaire (PQ): Preliminary validation of a self-report screening measure for prodromal and psychotic syndromes, *Schizophrenia Research*, 77:141-149.

Martinsen EW, Friis S, Hoffart A (1989): A factor analytical study of the Comprehensive Psychopathological Rating Scale among patients with anxiety and depressive disorders, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80:492-498.

McDonald C, Bullmore E, Sham P, et al. (2005): Regional volume deviations of brain structure in schizophrenia and psychotic bipolar disorder: computational morphometry study. *British Journal of Psychiatry*, 186:369–377.

McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS et al (1989): Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177:43-47.

McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C et al (1996): EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2):305-326.

McIntosh AM, Job DE, Moorhead WJ, et al (2006): Genetic liability to schizophrenia or bipolar disorder and its relationship to brain structure. *American Journal of Medical Genetics and Neuropsychiatric Genetics*, 141:76–83.

Meehl PE (1962): Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17:

827-838.

Miller TJ, McGlashan TH, Woods SW et al (1999): Symptoms assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatric Quarterly*, 70:273-287.

Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL et al (2002): Prospective Diagnosis of the Initial Prodrome for Schizophrenia Based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: Preliminary Evidence of Interrater Reliability and Predictive Validity, *American Journal of Psychiatry*, 159:863–865

Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL et al (2003): Prodromal Assessment with the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms: Predictive Validity, Interrater Reliability, and Training to Reliability, *Schizophrenia Bulletin*, 29:703-715.

Montgomery S, Asberg M, Jornested L et al (1978): Reliability of the CPRS between the disciplines of psychiatry, general practice, nursing and psychology in depressed patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl.271:29-32.

National Institute of Mental Health (1978): *Handbook of Psychiatric Rating Scales*, 2nd ed. NIMH, Rockville, Maryland.

Nelson B, Yung AR, Bechdorf A, McGorry PD (2008): The Phenomenological Critique and Self-disturbance: Implications for Ultra-High Risk (“Prodrome”) Research, *Schizophrenia Bulletin* 34: 381–392.

Nicholson IR, Chapman JE, Neufeld RWJ (1995): Variability in BPRS of positive and negative symptoms, *Schizophrenia Research*, 17:177-185.

Niv N, Cohen AN, Mintz J et al (2007): The validity of using patient self-report to assess psychotic symptoms in schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 90: 245–250.

Nordgaard J, Arnfred SM, Handest P, Parnas J (2008): The Diagnostic Status of First-Rank Symptoms, *Schizophrenia Bulletin*, 34: 137–154.

Norman RM, Malla AK, Cortese L, Diaz F (1996): A study of the interrelationship between and comparative interrater reliability of the SAPS, SANS, and PANSS, *Schizophrenia Research*, 19:73-85.

Nys TRV, Nys MG (2006): Psychiatry under pressure: Reflections on psychiatry’s drift towards a reductionist biomedical conception of mental illness, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 9:107–115.

O’Connor K (2009): Cognitive and meta-cognitive dimensions of psychosis, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54:152-159.

Opler LA, Kay SR, Lindenmayer JP et al (1992) : Structured Clinical Interview for the Positive and negative Syndrome Scale (SCI-PANSS), Toronto, Multi-Health Systems.

Overall JE, Gorham DR (1988): Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling, *Psychopharmacological Bulletin*, 24: 97-99.

Overall JE, Gorham DR (2005): Brief Psychiatric Rating Scale, in AJ Rush et al (Eds.): *Handbook of Psychiatric Measures*, Washington DC: American Psychiatric Association Press

Overall JE, Pfefferbaum B (1982): The Brief Psychiatric Rating Scale for Children, *Psychopharmacological Bulletin*, 18:10-16.

Owen MJ, Craddock N, Jablensky A (2007): The genetic deconstruction of psychosis, *Schizophrenia Bulletin*, 33: 905-911.

Parnas J (1999): From predisposition to psychosis: Progression of symptoms in schizophrenia, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl.395:20-29.

Parnas J, Handest P, Lennart J, Saebye D (2005): Anomalous subjective experience among first-admitted schizophrenia spectrum patients: empirical investigation. *Psychopathology* 38:259–267.

Parnas J (2005): Clinical detection of schizophrenia-prone individuals, *British Journal of Psychiatry*, 187 (Suppl.48): s111-s112.

Parnas J, Moller P, Kircher T, et al. (2005): EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology* 38: 236–258.

Penn DI, Nowlin-Drummond A (2001): Politically Correct Labels and Schizophrenia: A Rose by Any Other Name? *Schizophrenia Bulletin*, 27:197-203.

Peralta V, Cuesta MJ (1999): Diagnostic significance of Schneider's first-rank symptoms in schizophrenia. Comparative study between schizophrenic and non-schizophrenic psychotic disorders, *British Journal of Psychiatry*, 174: 243-247.

Peters ER, Joseph SA, Garety PA (1999): Measurement of delusional ideation in the normal population: introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophrenia Bulletin* 25: 553-576.

Peters ER, Joseph S, Day S, Garety Ph (2004): Measuring delusional ideation: The 21-item Peters et al. Delusional Inventory (PDI), *Schizophrenia Bulletin*, 30:1005-1022.

Philip A (1979): Prediction of successful rehabilitation by nurse rating scale, *British Journal of Psychiatry*, 34:422-426.

- Rado S (1960): Theory and therapy: The theory of schizotypal organization and its application to the treatment of decompensated schizotypal behavior. In S. C. Scher & H. R. Davis (Eds.), *The Outpatient Treatment of Schizophrenia*. New York: Grune & Stratton.
- Rust J (1988): The Rust Inventory of Schizotypal Cognition (RISC). *Schizophrenia bulletin*, 14:317-322.
- Sajatovic M, Ramirez LF (2006): *Rating Scales in Mental Health*, 2nd ed. Hudson: OH: Lexi-Comp.Inc.
- Sass LA, Parnas J (2003): Schizophrenia, consciousness, and the Self, *Schizophrenia Bulletin*, 29:427-444.
- Saraceno B, Saxena S (2007) Issues around work on the classification of mental and behavioural disorders in World Health Organization. *Die Psychiatrie*, 4:86–91.
- Saugstad LF (2008): What is a psychosis and where is it located? *European Archives of Psychiatry and Clinica Neurosciences*, 258 [Suppl 2]:111-117.
- Sayers SL, Curran PJ, Mueser KT (1996): Factor structure and construct validity of the Scale for the Assessment of negative Symptoms, *Psychological Assessment*, 8:269-280.
- Schneider K (1959): *Clinical Psychopathology*. New York, NY: Grune & Stratton.
- Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Pickler H, et al (2007): The Schizophrenia Proneness Instrument (SPI-A): a tool for the assessment of basic symptoms. *European Psychiatry*, 21 (suppl.1): s27.
- Schultze-Lutter F (2009): Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: The basic symptom concept, *Schizophrenia Bulletin*, 35:5-8.
- Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Klosterkötter J (2009): Early detection of psychosis – establishing a service for persons at risk, *European Psychoatry*, 24: 1-10.
- Singh MM, Kay SR: Anticholinergic-neuroleptic antagonism in terms of positive and negative symptoms of schizophrenia: implication for psychobiological subtyping, *Psychological Medicine*, 17:39-48.
- Stefanis NC, Hanssen M, Smirnis NK et al (2002) : Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population, *Psychological Medicine*, 32:347-358.
- Stanghellini G, Ballerini M (2007): Values in persons with schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 33:131–141.
- Steuerwald BL, Balogh DW (1991): Identifying schizotypal conditions in a non-clinical sample using the Rust Inventory of Schizotypal Cognition (RISC), Unpublisher manuscript

upon Lana L. Lennington's PhD Thesis: Psychometric Characteristics of Three Measures of SPD: Effect of gender, Ball State university, Muncie, Indiana, 1992.

Stompe T, Karakula H, Rudaleviciene P et al (2006): The pathoplastic effect of culture on psychotic symptoms of schizophrenia, *World Cultural Psychiatry Research Review*, Jul/Oct:157-163.

Strauss JS (1969): Hallucinations and delusions as points on continua function. Rating scale evidence. *Archives of General Psychiatry*, 21:581– 586.

Stromgren E (1969): Uses and abuses of concepts in psychiatry, *American Journal of Psychiatry*, 126:777-788.

Tsuang MT, Stone WS, Faraone SV (2000): Toward Reformulating the Diagnosis of Schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 157: 1041-1050.

Tsuang MT, Faraone SV (2002): Diagnostic concepts and the prevention of schizophrenia, *Canadian Journal of Psychiatry*, 47:515-517.

Van der Oord EJCG, Rujescu D, Robles JR et al (2006): Factor structure and external validity of the PANSS revisited, *Schizophrenia Research*, 82:213-223.

Van Kampen D (2005): Pathways to Schizophrenic Psychosis: A LISREL-Tested Model of the Unfolding of the Schizophrenic Prodrome, *Journal of Clinical Psychology*, 61:909-938.

Vn Kampen D (2006): The Schizotypic Syndrome Questionnaire (SSQ): Psychometrics, validation and norms, *Schizophrenia Research*, 84: 305-322.

Van Os J, Verdoux H, Maurice-Tison S, et al (1999): Self-reported psychosislike symptoms and the continuum of psychosis. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 34, 459–463.

Van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Ravelli A (2000): Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research*, 45: 11–20.

Van Os J, Tamminga C (2007): Deconstructing Psychosis, *Schizophrenia Bulletin*, 33:861-862.

Venables PH, Wilkins S, Mitchell DA et al (1990): A scale for the measurement of schizotypy, *Personality and Individual Differences*, 11:481-495.

Vollmer-Larsen A, Handset P, Parnas J (2007): Reliability of measuring anomalous experience: The Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms, *Psychopathology*, 40:345-348.

Weiser M, Reichenberg A, Rabinowitz J, et al (2001): Association between nonpsychotic psychiatric diagnoses in adolescent males and subsequent onset of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 58:959-964.

Welham J, Stedman T, Clair A (1999): Choosing negative symptom instruments: issues of representation and redundancy, *Psychiatric Research*, 87:47-56.

Wing JK, Cooper JE, Sartorius N (1974): *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge University Press: London.

Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA et al (1996): Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2):283-303.

Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD (1998): Prediction of psychosis. A step toward indicated prevention of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172(Suppl): 14-20.

