

TULBURARE PSIHOTICĂ SCURTĂ SUPRAPUSĂ PESTE TULBURAREA BORDERLINE

ADELA MAGDALENA CIOBANU, CAMELIA POPA,
ELIZA RĂDOI

Brief Psychotic Disorder: Clinical Features. Patients with borderline personality disorder make desperate efforts to avoid real or imagined abandon and commit potential auto-damaging acts (e.g. excessive spending). Affective instability is due to a marked reactivity of mood. Their tantrums are intense and they have anger management difficulties, they practice repetitive self-destructive acts and may develop psychiatric complications such as depression, suicide and substance abuse or brief psychotic disorder.

Keywords: brief psychotic disorder, borderline personality disorder, anger control.

Tulburarea psihotică scurtă a fost considerată mai mult timp drept o versiune a altor tulburări mintale. Experții în sănătate mintală au constatat că ea se asociază frecvent cu tulburarea de personalitate borderline. Tulburarea psihotică scurtă debutează brusc, cu cel puțin un simptom psihotic (iluzii, halucinații, vorbire dezorganizată etc.), nu este asociată consumului de substanțe psihoactive și nici altor condiții medicale (DSM IV, Sadock&Sadock, 2008). În tulburarea borderline, pacienții afișează un model de relații intense și furtunoase cu familia și cu prietenii, cu schimbări bruște de direcție, de la apropiere extremă și dragoste, idealizare, până la ură extremă și furie, devalorizare. Comportamentele impulsive, distructive, auto-prejudiciabile și tentativele de suicidare sunt adeseori prezente, ca și anxietatea socială, în asociere cu deficitele marcante în integrarea informațiilor sociale, cu antagonismul interpersonal (inadecvarea la interlocutor), cu slăbii control al emoțiilor (accese de mânie), precum și cu o suspiciune crescută față de oameni și situații (Ciobanu&Popa, 2013; Minzenberg, 2006; Livesy, 2001).

Prezentarea cazului

Studiul de caz propus prezintă diagnosticarea unui caz de tulburare psihotică scurtă suprapusă peste tulburarea borderline. Pacienta M. V., în vârstă de 62 de ani, a avut doi copii, dintre care o fată (fără internări la psihiatrie), care s-a sinucis la 18 ani. Pacienta are diabet zaharat de tip II iar menopauza fiziologică s-a instalat la vârsta de 53 de ani. M.V. afirmă că ea însăși a avut două tentative de suicid: prima în jurul vârstei de 14 ani prin defenestrare („Am vrut să mă arunc pe geam, dar m-a prins mama”) iar cea de-a doua la 18 ani, prin ingestie polimedimentoasă („Am luat multe pastile ca să mă omor”); ambele tentative au survenit în contexte stresante la școală, asociate fiind cu o mare anxietate de performanță. Tatăl

pacientei a avut antecedente psihiatrice în tinerețe, dar diagnosticul nu este cunoscut.

Pacienta locuiește cu soțul la bloc într-un apartament proprietate personală. Familia deține încă un apartament în același bloc, în care locuiește fiul, împreună cu soția și copilul acestuia. M.V. are o relație tensionată cu soțul, pe care îl acuză de infidelitate. Aceeași acuzație i-o aduce și nurorii („*Copilul am crezut că nu e al băiatului meu, eu i-am pus să facă test de paternitate*”). A absolvit o școală postliceală, a lucrat ca tehnician proiectant până în 1989, după care a decis să se ocupe de copii. A fumat timp de 4 ani, în jurul vârstei de 50 ani. În prezent neagă consumul de alcool, tutun și droguri.

Episodul actual. Pacienta este adusă la Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Al Obregia” de către soț și fiu, aflându-se la prima internare în serviciul de psihiatrie. Motivele prezentării la spital sunt: amenințările cu suicidul (cu tendință de trecere la act), agitație psihomotorie, heteroagresivitate față de soț și fiu, ideea delirantă de gelozie, idei de grandoare, demonstrativitate. Toată această simptomatologie a apărut și s-a agravat progresiv în săptămâna dinaintea internării. Soțul a afirmat că M.V. l-a acuzat încontinuu, în intervalul respectiv, de faptul că o înșeală de 17 ani, cerându-i să-i spună numele amantei („*A fost mereu geloasă, dar așa ca acum nu a fost niciodată; a sărit la mine să mă bată, a vrut să îmi scoată ochii și mi-a dislocat corpul vitros, a amenințat că se omoară, a luat cuțitul și l-a pus la mână că se taie*”; „*A spart totul prin casă; a aruncat cu obiecte dure în capul băiatului*”; „*Eu i-am zis că nu mai suport și m-am hotărât să plec și în acel moment a început să se roage de mine să nu o părăsesc pentru că ea moare de foame*”). Diagnosticul stabilit la internare este „Episod depresiv sever cu elemente psihotic. Tentativă de suicid”.

Examenle clinic și paraclinic au oferit următoarele rezultate: obezitate, TA = 130/70 mmHg, AV = 102 bpm. Pacienta a prezentat escoriații superficiale la nivelul antebrațului stâng („*Am vrut să mă tai cu cuțitul*”), hiperglicemie, hiperpotasemie.

Examenul psihologic a relevat următoarele: capacitatea de fixare și de evocare imediată și de lungă durată – în limite normale; scăderea importantă a capacității de concentrare, a mobilității și a distributivității atenției; lentoare severă în efectuarea sarcinii, distractibilitate; atenție sporită față de situațiile și persoanele care sunt legate de bănuielile personale; vocabular și volum informațional de nivel mediu; asociații logice posibile, capacitate de abstractizare păstrată, sesizează absurdul; ideea de persecuție și prejudiciu, interpretativitate și suspiciozitate.

În ceea ce privește structura personalității, aceasta este de tip borderline. Profilul tendințelor psihonevrotice clinice ilustrează tendințe potențial accentuate paranoid, la instabilitate și impulsivitate. Testul Szondi a relevat: iritabilitate, descărcarea liberă în comportament a furiei și a ostilității, toleranță scăzută la frustrare, tulburări de comportament, instabilitate relațională și acțională, dificultăți în stabilirea și menținerea relațiilor de atașament, dificultăți de adaptare și de integrare, nesiguranță și neîncredere în relațiile cu cei din jur, teamă de abandon,

iar la nivelul Eului – lipsa prizei de conștiință, insight absent, tendințe paranoide, interpretativitate.

Concluziile examenului psihologic au fost: eficiență cognitivă globală de nivel mediu; tulburare de personalitate borderline; iritabilitate, toleranță scăzută la frustrare, tulburări de comportament, inversiune afectivă și tendință la violență, instabilitate, echilibru emoțional precar, ideație de persecuție și de prejudiciu, interpretativitate, suspiciozitate, tendințe paranoide; ideație de grandoare, stimă de sine crescută, tentative de suicid repetate.

Examenul psihiatric. Pacienta, în ținută de spital îngrijită, avea o igienă corespunzătoare, mimică și gestică mobile, manierisme. Putea stabili un contact vizual și verbal, un dialog spontan, coerent și bogat, avea o atitudine cooperantă. A negat tulburări de percepție de intensitate psihotică în momentul examinării. În sfera atenției s-au constatat o hipoprosexie spontană și o centrare pe conflictul cu soțul, iar în cea a memoriei – o ușoară hipomnezie de fixare. Pacienta era orientată temporo-spațial auto și allopsihiic, avea o conștiință lucidă, dar un insight absent. A fost remarcat un comportament violent, cu heteroagresivitate și crize clactice.

În sfera gândirii, au fost reținute ritmul și fluxul ideoverbal ușor accelerate. Pacienta a negat ideația suicidară la momentul examinării, afirmând că tentativa sa de suicid a fost un impuls cu scop demonstrativ. M.V. avea un discurs bogat, elaborat; limbajul ei era ușor circumstanțial, uneori dezinhibat, focalizat pe ideile de gelozie și pe ideația de prejudiciu la adresa nurorii („Soțul meu mă înșeală de 17 ani, știu eu, că soțiile mereu știu. Vreau să îmi spună, atât tot, că merit să știu. Noră-mea vrea doar banii fiului meu. Eu am avere mare, vilă, apartamente și cristale foarte valoroase, iar ea îi vrea doar banii; e o ușuratică și o alcoolică”). Prezenta o gândire cu conținut delirant de gelozie, de prejudiciu și de grandoare, asociate cu o stimă de sine crescută („Bărbatul meu e un neica nimeni, nu trebuia să mă căsătoresc cu el, eu sunt cinva, el acum îmi vrea averea, să o cheltuiască cu amanta”). Asociațiile logice erau posibile, iar capacitatea de abstractizare – păstrată. Pacienta prezenta inversiune afectivă față de soț și față de noră, avea o dispoziție iritabilă și toleranță scăzută la frustrare.

Au mai fost constatate: agitație psihomotorie, auto și heteroagresivitate; funcționalitate socio-ocupațională scăzută; păstrarea instinctului alimentar și insomniile mixte.

Diagnosticul

Diagnosticul a fost cel de tulburare psihotică scurtă (fără stresori marcanți), pe Axa I. Pe Axa II a fost diagnosticată tulburarea de personalitate borderline iar pe Axa III a fost notat diabetul zaharat tip II.

Pacienta a îndeplinit criteriile DSM IV pentru tulburare psihotică scurtă: idei delirante (de gelozie, de prejudiciu, de grandoare); durata episodului a fost mai mult de o zi, dar mai puțin de o lună. Tulburarea nu a satisfăcut criteriile pentru schizofrenie, tulburare schizoafectivă, tulburare afectivă cu elemente psihotice și nu a avut drept cauze ingestia de substanțe psihoactive sau o condiție medicală

generală. De asemenea, criteriile de diagnostic DSM IV pentru tulburarea de personalitate borderline au fost îndeplinite: pacienta prezenta impulsivitate marcantă cu debut din perioadă de adult tânăr, comportamente de automutilare și amenințări recurente cu suicidul, gesturi suicidare, instabilitate afectivă din cauza reactivității dispoziției, mânie inadecvată și idei paranoide tranzitorii.

Tratament și prognostic

A fost inițiat un tratament antipsihotic, sedativ și timostabilizator, cu ajutorul căruia simptomatologia s-a atenuat în aproximativ 2 săptămâni de la internare. La externare, s-au recomandat continuarea tratamentului psihiatric antipsihotic și terapia cognitiv-comportamentală. Factorii de prognostic favorabil ai acestui caz sunt: trăsăturile schizoide premorbide puține, durata scurtă a simptomelor și suportul familial. Factorii de prognostic nefavorabil sunt: vârsta înaintată, comorbiditățile somatice și faptul că nu are conștiința bolii.

Bibliografie

- Ciobanu, A.M., Popa, C., *Boala psihică și eșecul social*, Editura Universitară, București, 2013.
- DSM-IV. *Manual pentru Diagnosticul și Statistica Tulburărilor Mintale*, Editat de Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2000.
- Livesley, W. J., *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, Guilford Press, 2001.
- Minzenberg, M. J., Poole, J. H., Vinogradov, S., *Socialeemotion recognition in borderline personality disorder*, Compr. Psychiatr., 47, 6, 2006, p. 468-474.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., *Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry*, Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

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