

PSIHIATRIE

CURS 1

PSIHISMUL UMAN

Psihismul uman se împarte în doua nivele:

1. Psihismul conștient
2. Psihismul inconștient

1) Psihismul conștient – are ca element central CONȘTIINȚA cu următoarele aspecte:

- Vigilitatea ca stare conștientă, stare de trezire
- Conștiință morală
- Conștiință de sine – ca poziție socială
- Conștiința bolii (insight)

Câmpul actual de conștiință se referă la: intenționalitate (adică atenția care se concentrează pe un anumit stimul) care dă naștere la o percepție, ce determină înțelegerea situației și apoi orientarea temporo-spațială.

Câmpul actual de conștiință are:

a) Nivele de claritate, în care distingem:

- Câmp de conștiință clar
- Câmp de conștiință denivelat, de exemplu:

Obnubilarea

Hipervigilența (o stare de alertă ce poate apare în anxietate, intoxicații cu psihostimulente)

- Scădere vigilenței (în oboseala psihică)
- Comă vigală

b) Conținutul câmpului actual de conștiință

- Câmp de conștiință îngustat - de ex. starea crepusculară (o îngustare punctiformă, neselectivă, dar păstrând anumite contacte de legătură cu realitatea – ex. beția patologică reacții explozive severe sau afect patologic)
- Expansiunea câmpului de conștiință (stări de exaltare, meditație ce pot apărea în diferite intoxicații acute ≠ experiența psihedelică)

c) Disociația câmpului actual de conștiință: o dezintegrare a unității câmpului de conștiință; ex. în stările disociative isterice: amnezii, fugă, transă, posesiune, personalitatea multiplă.

2) Psihismul inconștient ce poate fi:

- Conștientizabil (bagajul mnezic ce nu este conștient, dar poate fi evocat în anumite situații, de ex. hipnoză, stări de stres extrem)
- Neconștientizabil (sediul pulsiunilor instinctuale).

RITMURILE BIOLOGICE

Ritmurile biologice se înscriu în grupul mare al bioritmurilor și își au originea în "orologiile interioare", coordonate de nucleul suprachiasmatic al hipotalamasului.

Somnul este o stare fiziologică periodică, reversibilă, caracterizată prin abolirea conștiinței și diminuarea răspunsurilor la stimuli (creierul este mai reactiv la stimuli interni decât la stimuli externi).

Somnul are 2 faze:

- REM – de consolidare.
- Non-REM – refacerea metabolică și biologică.

Tulburări ale ritmului circadian somn-veghe

Se referă la:

- Durată
- Și/sau calitate
- Inversiunea ritmului
- Parasomnii

1. Tulburări ale duratei somnului

- Insomnia = scăderea duratei/24 ore în comparație cu necesarul.
 - Totală - ex. în manie, consumul de stimulente
 - Parțială
 - De adormire (persoana nu poate să adoarmă - ex. anxietate)
 - De trezire (persoana se trezește în cursul nopții și nu poate readormi - ex. depresie)
- Hipersomnia = creșterea duratei/24 de ore de somn în comparație cu necesarul - ex. tulburări organice, nevroze
 - Totală
 - Parțială

2. Tulburările calității somnului

- Dissomnia – durata nu este afectată, dar este neodihnitor, cu oboseală matinală (ex. nevroze)

3. Inversarea ritmului somn-veghe –în delirium

4. Parasomniile = evenimente episodice anormale ce apar în cursul somnului

- Coșmarurile – de obicei în a II-a parte a somnului.
- Somnambulismul
 - în prima treime a perioadei somnului.
 - este în fond o stare crepusculară, cu îngustarea punctiformă a câmpului actual de conștiință și automatism ambulator nocturn.

- amnezia episodului.
- Pavor nocturn – precedat de un coșmar și urmat de o trezire incompletă.

Starea confuzională

Reprezintă o alterare a câmpului actual de conștiință, atât ca nivel de vigilitate, cât și ca arie (conținut).

Viața psihică se desfășoară haotic, nu mai există intenționalitate, nu mai există percepție structurată, nu mai există înțelegerea situației și, în consecință, apare dezorientarea temporo-spațială.

Există o serie de simptome satelite ca:

- Halucinații predominant vizuale
- Hipomnezie, amnezie
- Inhibiție sau agitație psihomotorie
- Inversiunea ritmului somn-veghe

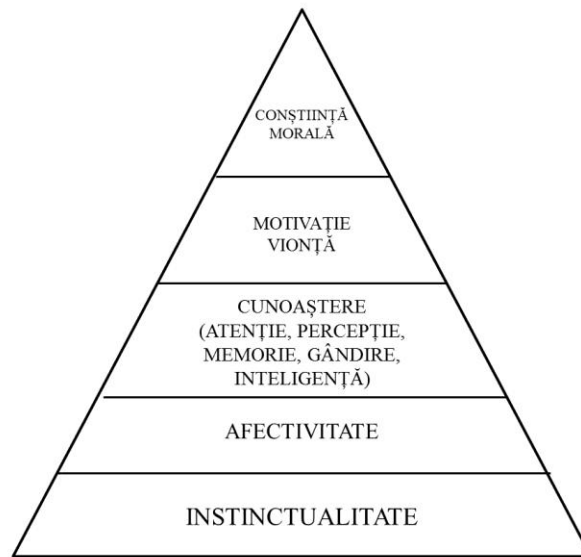
Poate apărea în:

- Delirium tremens
- Alte intoxicații
- Infecții severe, febră
- Postpartum
- Tulburări hidro-electrolitice, acido-bazice
- Tumori cerebrale
- Traumatisme cerebrale

CURSURI 2-3

NIVELELE FUNCȚIONALE ALE PSIHISMULUI

Schematizate în modelul piramidal:



NIVELUL INSTINCTUAL

Pulsunile instinctive sunt tendințe generate la nivel instinctiv ce motivează comportamentul individului.

INSTINCTUL SEXUAL

Are un scop biologic – perpetuarea speciei – și un scop psihologic – obținerea plăcerii.

1. Disfuncțiile sexuale

- a) Tulburări ale dorinței sexuale - scădere
- creștere
- b) Tulburări ale excitației sexuale
- c) Dispareurie (durere în timpul actului sexual)

- d) Vaginism (constricții involuntare ale musculaturii vaginului)
- e) Tulburări ale orgasmului - scăzut
- crescut

2. Parafiliile

a) Partener anormal

- Masturbarea
- Homosexualitatea/lesbianismul
- Incestul (partenerul este o rudă de gradul I)
- Pedofilia
- Gerontofilia
- Zoofilia – partener animal
- Necrofilia

b) Conduite anormale

- Exibiționism
- Fetișism (manipularea obiectelor feminine de îmbrăcăminte)
- Travestism
- Voyeurism (contemplarea scenelor sexuale)
- Masochism
- Sadism

INSTINCTUL MATERN

Scop – protejarea copilului.

La femei se dezvoltă încă intrauterin.

La bărbați se dezvoltă treptat.

Perturbarea instinctului matern:

- Copil nedorit
- Sentimentul de copil "în plus"
- Copilul cu tată necunoscut sau care refuză recunoașterea
- Rejectarea, abandonul copilului
- Pruncuciderea

INSTINCTUL ALIMENTAR

Există:

1) Tulburări cantitative

- Hiperfagia (bulimia) = consumul excesiv și impulsiv de alimente

Explicație bulimia nervoasă (consumul excesiv, impulsiv de alimente ce apar în episoade recurente, cu creșterea în greutate)

- Consumul excesiv de lichide (potomania)
- Inapetența
- Anorexia

Explicație anorexia nervoasă (incapacitatea identificării cu propria schemă corporală)

2) Tulburări calitative

- Pica – ingerarea de alimente necomestibile (ex. retardul mental)

INSTINCTUL VITAL

Reprezintă apărarea vieții și integrității corporale.

Tulburări ale instinctului vital:

1) Agresivitate

- Îndreptată asupra propriei persoane (autoagresivitate: automutilare, parasuicid, suicid)
- Îndreptată asupra altei persoane: verbală, comportamentală (heteroagresivitate)

a) Automutilare – vizează integritatea corporală:

- Creștere impulsivă, superficială
- Înghițire de obiecte ascuțite pentru a obține un beneficiu secundar
Ex. personalitățile psihopate, schizofrenia.

b) Parasuicidul

= Este intenția de a mima suicidul cu scopul de a-i impresiona, manipula pe cei din jur.

- Nu există intenția reală de a muri
- Actul e demonstrativ, cu măsuri de siguranță pentru a fi descoperit
- Deseori actul este impulsiv, nejustificat.
- Alege o modalitate mai puțin violentă
- Lasă scrisori lacrimogene
- Aruncă responsabilitatea asupra celorlalți

Ex. în stări conflictuale, la personalități psihopate

c) Suicidul

- Intenția reală de a muri
- Planificat, își ia măsuri de a nu fi găsit
- Alege o modalitate violentă
- Dacă lasă scrisori, își asumă responsabilitatea actului suicidar

Suicidul apare în:

- Patologie: depresie, schizofrenie, psihoze halucinatorii, alcoolism
- Normalitate
 - Condiționat de o stare emoțională (disperare, decepții)
 - Condiționat de un raționament obscur (rușine)
 - Ca și protest public
 - Suicid altruist
 - Suicid de onoare

NIVELUL AFECTIV

Afectivitatea (timia) este prezentată din următoarele perspective:

- a) Endotimie (interioară) ce se referă la dispoziția afectivă de fond, necondiționată de factori exteriori, ce poate oscila între cei doi poli opuși (bună dispoziție – proastă dispoziție).
- b) Exotimie (exterioară), reprezentată de reacțiile afective (veselie, frică, furie etc.) și la diverși stimuli.

Există o afectivitate:

- Tranzitivă – îndreptată spre persoanele din jur
- Netranzitivă – centrată pe propria persoană (egocentrism, autodeprecieri)
- c) Sensibilitate (capacitatea de a rezona afectiv cu ceilalți)
- d) Expresivitate (a trăirilor interioare)

Din punct de vedere al intensității trăirilor afective distingem:

- Emoția – trăire intensă, declanșată brusc, la stimuli exteriori, de durată scurtă, însoțită de reacții vegetative
- Afectul – trăire foarte intensă, ce lasă urme adânci, de obicei declanșată de o persoană înalt semnificativă pentru individ (ex. răutate din partea unui prieten)
- Sentimentul – debut treptat sau lent, poate fi controlat rațional cu intensitate ce poate varia pe parcurs
- Pasiune – spre deosebire de sentiment, nu poate fi controlată rațional.

Cele mai importante tulburări afective sunt:

1. Hiperemotivitatea: hipersensibilitate și hiperactivitate față de intensitatea stimulilor declanșatori.
2. Labilitatea emoțională: trecerea rapidă de la o stare emoțională într-una opusă
Ex.:
 - Ca trăsătură de personalitate
 - Stări nevrotice
 - La bătrâni
3. Afectul patologic: trăire foarte intensă, în special conflictuală, în care individul este conștient de ceea ce face, dar nu ia în calcul consecințele actelor sale.
4. Anxietatea: frică nejustificată, generalizată (fără obiect), cu presentimentul unui pericol iminent ce nu poate fi precizat și cu o stare de așteptare încordată, tensionată.
5. Atacul de panică – frică intensă paroxistică, tematizată (frica de moarte, de a pierde controlul) de scurtă durată.
6. Fobia – frica patologică cu obiect, excesivă față de gradul de pericolozitate al obiectului, cu intenția de evitare a obiectului fobogen (în contact cu obiectul – atac de panică).

7. Depresia – este echivalentul patologic al tristeții normale și este caracterizată prin: apăsare sufletească, durere morală intensă, fără capacitatea de a se bucura, sentiment de autodeprecieri, inutilitate, fără perspectivă.

8. Euforie – elăție – stare de bine, fericire, veselie cu sentimentul de atotștiință, putere, expectanță pozitivă pentru viitor.

9. Disforie – o stare de iritare morocănoasă.

10. Ambivalență afectivă – coexistența de trăiri emoționale diametral opuse.

11. Inversiunea afectivă – ură apărută brusc față de o persoană familială.

12. Suspiciozitate – sentimentul de bănuială, neîncredere față de o persoană.

13. Răceală afectivă – incapacitatea de a resimți sentimente.

14. Apatie – scădere marcată a dispoziției afective, areactivitate, insensibilitate.

15. Aplatizare – limitarea paletelor și intensității trăirilor afective.

16. Tocirea afectivă – scăderea intensității, expresivității afective și absența rezonanței afective.

NIVELUL CUNOAȘTERII

Atenția (prosexia)

Funcția ce orientează, focalizează psihismul conștient înspre un anumit sector al realității.

Atenția se caracterizează prin:

- Selectarea stimulilor relevanți.
- Concentrare pe un anumit stimul.
- Persistență – capacitatea de a menține atenția la un nivel optim de concentrare.
- Mobilitate – capacitatea de a muta atenția pe un alt stimul.
- Dispersie – aria de atenție superficială în jurul stimulului principal

Tulburări de atenție

1. Hipoprosexia – scăderea atenției (depresie, epuizare).
2. Hiperprosexie – creșterea atenției (manie)

Percepția

Aceasta este funcția psihică prin care realitatea obiectivă este reflectată subiectiv (necesită prezența unui obiect în realitate).

Tulburări ale percepției

1. Tulburări cantitative

- a. Hiperestezia (exagerarea percepției)
- b. Hipoestezia (diminuarea percepției)

Întâlnite mai mult în patologia somatică.

2. Tulburări calitative

- a. Iluzia – este o percepție falsă (adică cu o altă semnificație decât cea reală) cu obiect (obiect ce există în realitate).
(ex. psihoze, iluzia de schemă corporală)
- b. Halucinația – este o percepție fără obiect, percepută în spațiul exterior individului.

- Vizuale - simple

- scenice

- Olfactive (percepere de mirosuri)

- Gustative

- Auditivă (cele mai frecvente)

- Simple (pocnituri, sunete)

- Complexe – voci

- comentative (mai multe voci care discută între ele)

- apelative (vocea se adresează persoanei)

- imperative (voce dă ordine persoanei, sunt cele mai periculoase)

Halucinațiile apar în psihoze.

- c. Pseudohalucinații – când vocile sunt percepute în cap sau în corp.

Apar în schizofrenie și alte psihoze.

Memoria (Mnezia)

Funcția psihică ce are rolul de a:

- Înregistra informația atât timp cât este necesar pentru procesarea acesteia.
 - Memoria imediată (de foarte scurtă durată).
 - Memoria de lucru (menține temporar informația și după dispariția stimulului, permițând executarea proceselor cognitive).
- Înregistrarea și stocarea informației pentru o perioadă delimitată de timp:
 - Scurtă – memoria de scurtă durată
 - Lungă – memoria de lungă durată
- Evocarea informației (amintiri)

Din perspectiva procesului de prelucrare a informației distingem:

- Memoria de fixare
- Memoria de evocare

Există o uitare normală, deoarece canalul informațional nu este nelimitat.

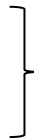
Tulburările memoriei

1. Cantitative

a. Hipomnezia (scăderea)

1. De fixare

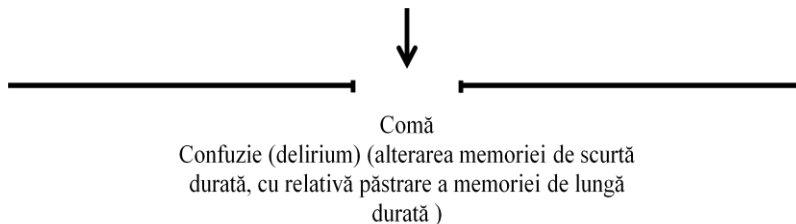
2. De evocare



Ex. anxietate, depresie.

b. Amnezie

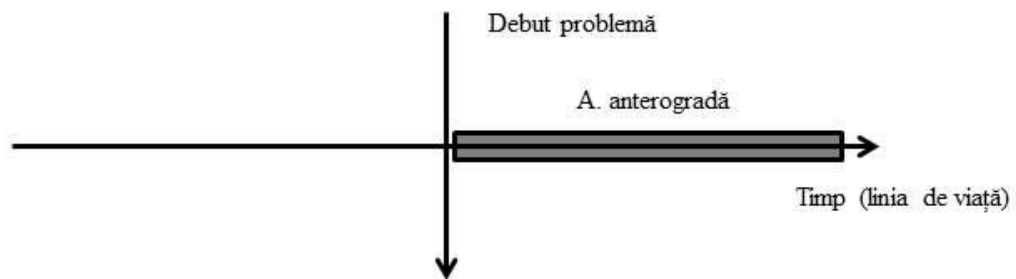
- Lacunară (o perioadă scurtă de timp)



- Selectivă (uită anumite informații, evenimente, în special cu încărcătură negativă – frustrări, dezamăgiri)



- Anterogradă (pe axa timpului – după debutul problemei)



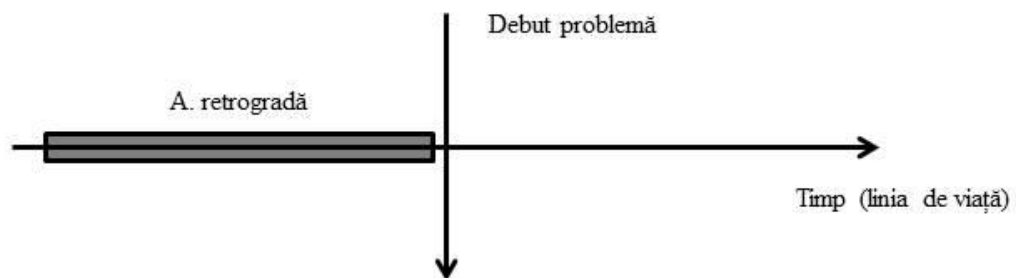
Ex. Sindromul Korsakov (alcoolic, posttraumatic)

- păstrează memoria imediată
- abolirea memoriei de scurtă durată și lungă durată și a evocării informațiilor vechi

(dezorientare în ordonare succesiunii secvențelor biografice)

- confabulații
- euforie
- anosognozie

- Retrogradă (ce activează anterior debutului problemei)



Ex. Demență

- amnezie anterogradă (de scurtă și lungă durată)
- amnezia retrogradă se asociază în timp.

c. Hiperpermnezia (creșterea funcției mnezice) ex. manie, toxicomanie, în situații de pericol vital extrem.

2. Calitative = paramnezii (ex. demențe, alte patologii organice)

1. Ecmnezia – plasarea în prezent a unor amintiri din trecut
2. Criptamnezia – persoanele își atribuie un material făcut de altcineva
3. Deja/jamais vu/connu (deja/niciodată văzut, trăit, cunoscut)

Gândirea

Se iau în considerare următoarele aspecte:

- Raționamentul – din două sau mai multe judecăți se obține o judecată nouă ce decurge logic din primele.
- Deducția – raționament logic, independent de experiență.
- Inducția – o lege generală, pornind de la un număr mare de fapte.
- Intuiția – formă de cunoaștere imediată bazată pe experiența anterioară și nu prin raționament.
- Judecata – capacitatea de a gândi logic.

Tulburări de gândire

1. Tulburări cantitative

a. De ritm ideativ

- Fugă de idei – gândire accelerată, având ca exprimare verbală – vorbire rapidă, telegrafică (vorbire rapidă = logoree)

Ex. manie, intoxicații

- Mentism (Număr mare de gânduri ce se derulează rapid)
- Lentoare ideativă – gândire lentă (cu vorbire lentă, cu pauze, monosilabică = bradilalie)
- Baraj (întrerupere bruscă)
- Fading (lentoare progresivă până la întrerupere)

b. De conținut

- Sărăcirea conținutului vorbirii (ex. depresie);
- Exagerarea conținutului vorbirii (idei multe) (ex. manie).

2. Tulburări calitative

a. Ideea obsesivă

➤ Idee intruzivă, penetrantă, recurentă, ce parazitează gândirea, pacientul recunoscând caracterul propriu, dar fără să poată lupta împotriva ei, în ciuda tuturor încercărilor.

b. Ideea delirantă = DELIRUL

➤ Convingere patologică ce derivă de la o judecată falsă, fără substrat real, ce nu poate fi combătută cu argumente logice, al cărei caracter patologic nu este recunoscut de pacient.

Din punct de vedere al conținutului distingem:

- Delir senzitiv de relație – Convingerea ca nimic nu este întâmplător, totul are o semnificație în raport cu subiectul, oamenii vorbesc, râd de pacient, își fac semne;
- Delir de persecuție – prejudiciu – are teme ca: urmărire, amenințare, intenție de omorâre, otrăvire.

Cele două tipuri de delir sunt cunoscute sub denumirea de delir paranoid.

- Delir de culpă, vinovăție.
- Delir de inutilitate.
- Delir de capacități deosebite (Delir de grandoare): convingerea că deține puteri deosebite, are capacități deosebite, supranaturale, parapsihologice.
- Delir de gelozie: convingerea că partenerul înșeală.

- Delir mistic: convingerea că are o relație specială cu divinitatea, este Dumnezeu, trimisul său, identificându-se cu figuri religioase.
- Delir bizar – un ansamblu de teme, convingeri total imposibile ce implică mecanisme fizice, parapsihologice bizare, ce se petrec fără voia pacientului, cu sentimentul de străin.
- Delir de control și influență a gândurilor (uneori și sentimentelor, acțiunilor) – sunt influențate, controlate din afară, de către ceilalți.
- Delir de inserție a gândurilor (gândurile sunt introduse în corp – mintea pacientului).
- Delir de retragere a gândurilor (gândurile sunt extrase din mintea pacientului).
- Furtul gândirii = i se fură gândurile.
- Citirea gândurilor – cineva îi citește, îi cunoaște gândurile.
- Sonorizarea gândirii – gândurile se aud tare, ca la radio.

c. Ideea prevalentă

- idee ce pleacă de la un fapt real, dar care acaparează toate preocupările pacientului (nu recunoaște caracterul patologic și nu se poate sustrage caracterului patologic)

3. Tulburări formale

- a. Gândire digresivă – se abate de la tema discursului, dar până la urmă ajunge la ea.
- b. Gândire circumstanțială – amănunțele sunt ridicate la rang de esență, adezivitate puternică de temă, răspunde la întrebări, dar revine la tema veche.
- c. Disociație (incoerență) ideo-verbală – ideile se asociază la întâmplare (uneori și cuvintele), se pierde structura gramaticală și sensul (text total incomprehensibil = salată de cuvinte).

Uneori se formează sensuri noi ale cuvintelor sau chiar cuvinte noi.

Intelectul

Trebuie să facem referire la următoarele aspecte:

1. Inteligenta rațională (gândirea logică)
 - Se referă la rapiditatea găsirii unei soluții într-o situație dată.

- Se măsoară prin coeficientul de inteligență (QI).
- Scăderea inteligenței apare în retardul mental (oligofrenie).
- Creșterea QI – persoană supradotată.
 2. Imaginație – imagini, amintiri care prin combinații duc la o neoproducție cu funcție anticipatorie.
- Scăderea imaginației – la anumite tipuri de personalitate.
- Creșterea imaginației – persoane isterice.

Nivelul motivațional și volițional

Distingem:

- instanțe motivaționale (cu referință la nevoi instinctuale sau pulsuni, dorințe, interes, curiozitate, voință, aspirații).
- procese motivaționale (activarea instanțelor motivaționale, deliberare, decizie, trecere la act, persistență în act pentru atingere scopului).

Cele mai importante tulburări ale acestui nivel sunt:

1. Tulburări globale, inclusiv ale energiei psihice
 - Diminuarea globală (indiferență față de orice, apragmatism); ex. depresie.
 - Inhibiție (necesită efort suplimentar pentru a depăși obstacolul).
 - Creșterea generală; ex. manie.
2. Tulburări ale tendințelor la act
 - Absența, inhibarea tendințelor la act (pulsional, afectiv)(= atimhormie)
 - Declinul pulsuniilor, afectelor.
 - Exagerarea pulsuniilor, afectelor.
 - Pulsuni patologice: pentru droguri, cleptomanie, piromanie, gambling, mitomanie, dromomanie.
 - Pierderea/ creșterea intereselor
 - Ambivalență, ambitendență (incapacitatea de a acționa din cauza indeciziei ... și da...și nu)
3. Tulburări ale proceselor motivaționale și voliționale

- Hiperdeliberarea – decizie luată dificil sau tardiv
 - Hipodeliberarea – decizie luată nejustificat de repede
 - Absența deliberării cu trecere automată la act
 - Hipo/Abulie:
 - Voință insuficientă pentru a controla tendințele neacceptabile.
 - Nu poate impune decizia luată
 - Nu se poate impune împotriva actului de voință a altei persoane
- Ex. depresie, structuri de personalitate particulare
- Hiperbulia – se referă la afectarea calitativă a voinței
- Ex. personalități particulare, psihopate, paranoice
- Nerespectare deciziei luate
 - Trecere automată la act (explozivitate)
 - Trecere la act prin incapacitatea de control voluntar al impulsurilor = acte impulsive.
 - Trecere la act după o scurtă rezistență = act compulsiv

Ex. patologia obsesiv-compulsivă

- Trecere dificilă la act (repetări, amânări)

4. Tulburări ale perseverării în actul demarat

- Perseverare dificilă (finalizare dificilă)
- Perseverare rigidă

Nivelul spiritual valoric

Dimensiunea morală

Conștiința morală se referă la totalitatea valorilor, normelor morale care stau la baza funcționării în societate.

Distingem valori: individuale, familiale, de apartenență la un grup și universale.

Afectarea dimensiunilor morale apare la tulburările de personalitate.

Expresivitatea mimico-gestuală

Expresivitatea mimico-gestuală ajută la evidențierea trăirilor psihice interioare, fiind în mod normal coerentă cu acestea și adecvată realității.

Cele mai importante tulburări psiho-patologice sunt:

- Hiperexpresivitatea – ex. manie, personalitate histrionică.
- Hipoexpresivitatea – ex. depresie, schizofrenie.
- Grimasele – contorsionarea musculaturii feței - ex. schizofrenie.
- Manierismele – exagerarea cu pierderea semnificației funcționale - ex. schizofrenia.

Mișcări anormale:

- Tremor – mișcări involuntare, ritmice.
- Ticuri – mișcări bruște, repetitive, involuntare.
- Stereotipii – repetare fără semnificație.
- Tahikinezie – exagerarea mișcărilor.
- Bradikinezie – diminuarea mișcărilor.

Tulburări ale comportamentului

1. Neliniște psiho-motorie - ex. anxietate, manie.
2. Agitație psiho-motorie – grad maxim de neliniște psiho-motorie, dezordonată, cu posibilă auto, heteroagresivitate - ex. psihoze, stări confuzionale.
3. Inhibiție psiho-motorie - ex. depresie.
4. Stupor – grad maxim de inhibiție psiho-motorie cu absența mișcărilor - ex. depresie, psihoze.
5. Negativism – ignoră comenzile examinatorului sau uneori execută contrarul - ex. schizofrenie.
6. Comportament bizar – dezorganizat, lipsit de sens - ex. schizofrenie.
7. Comportament dramatic, teatral – ex. histerie.
8. Comportament dezinhibat – decenzurat, fără convenții sociale - ex. manie
9. Comportament impulsiv – detensionare prin trecerea imediată la act - ex. personalitate instabil-emoțională, tulburări de control al impulsului (piromanie, cleptomanie).

10. Comportament compulsiv – acte fizice sau mentale utilizate de pacient pentru a reduce tensiune interioară - ex. tulburare obsesiv-compulsivă.

CURS 4

PERSONALITATEA

Personalitatea este modul constant al unui individ de a gândi, simți, acționa și reacționa.

Ea are trei dimensiuni:

- Corporală – cu referință la constituția corporală (ex. sangvinic, melancolic, coleric, flegmatic – după Galen; sau: picnic, leptosom – astenic, athletic – după Kretschmer).
- Psihologică – cea mai importantă fiind teoria cognitivă, elementul central fiind organizarea materialului perceput și a experienței, pentru a-i da un sens și a determina reguli de interpretare a lumii și reguli de comportament.
- Spirituală – prin care omul creează valori, se raportează transcendent, fără de care nu poate fi considerat o persoană.

Când facem referință la personalitate trebuie să luăm în considerare:

- Temperamentul – înnăscut, de origine biologică, nemodificabil.
- Caracterul – aspectul vizibil al personalității (trăsăturile motivaționale, aspectul moral, tenacitatea individului), dobândit, structural și modificabil prin educație.

Procesul de formare al personalității se numește PERSONOGENEZĂ – începe în copilărie și se încheie în jurul vârstei de 25 de ani.

Pe parcursul său existențial, subiectul își constituie un mod relativ constant și persistent de reacție, acțiune, atitudini interioare, de expresie în diverse situații, ceea ce constituie STRUCTURA CARACTERIALĂ.

Intervalul de normalitate este populat de persoane caracterizate prin individualitate și diversitate.

Pregnanța unor anumite trăsături caracterizează personalitățile particulare.

Exagerarea unor anumite trăsături caracterizează personalitățile accentuate, cu dificultăți de adaptare și relație.

Tulburările de personalitate: personalitățile patologice

Se caracterizează printr-o dezvoltare anormală a structurii caracteriale a personalității, determinând **CARACTERIOPATIA**.

Această dezvoltare apare de timpuriu și se încheie în momentul adultizării.

Până la adultizare există o șansă teoretică de corectare a acestei dezvoltări anormale, dar după adultizare șansa corectării este practic absentă (eventual minimală).

Caracteropatia nu este consecința unei boli (neurologice sau psihiatrice), ea este primară, neschimbabilă, de obicei severă, definitivă, putând fi definită prin anumite seturi de trăsături anormale de caracter, dar cu variabilitate de expresie comportamentală în timp, dependentă de factori interni și exteriori (perioade în care este mai vizibilă și perioade în care este mai puțin vizibilă).

ETIOLOGIE

Determinismul este plurifactorial, complex și nonliniar.

Sunt incriminați: factori biologici (genetici, biochimici, anatomo-morfologici) și psihosociali (parentali, modele educaționale disfuncționale).

TABLOU CLINIC GENERAL

- Sunt afectate toate planurile de funcționare: profesional, familial, social, determinând disfuncționalitatea.
- Subiectul nu simte nevoia de schimbare, este mulțumit de sine, încercând să-i facă pe alții să se schimbe, să se adapteze cerințelor sale.
- Comportamentul este de obicei inflexibil, într-o varietate de situații, deci predictibil.
- Nu învață din experiența anterioară.
- Nu are conștiința modului său patologic de a gândi, simți, acționa (este, deci, ineducabil, incurabil).
- Poate fi factor de vulnerabilitate pentru diverse boli psihice.

Tipuri de personalități patologice:

Tulburarea de personalitate de tip paranoid

- 1.Megalomanie;
- 2.Sensibilitate mare la critică;
- 3.Tendința la rânchiună și răzbunare;
- 4.Suspiciozitate;
- 5.Hipervigilență (nu se confesează nici prietenilor);
- 6.Interpretativitate: subiectul are tendința de a interpreta totul în defavoarea sa;
- 7.Tenacitate în lupta pentru drepturile proprii;
- 8.Comportament revendicativ, cverulent, procesoman.

Tulburarea de personalitate de tip schizoid

- 1.Dezinteres pentru relații strânse sau intime;
- 2.Indiferență la critică sau laudă;
- 3.Excentricitate, noncoformism;
- 4.Viață solitară;
- 5.Răceală afectivă;
- 6.Preocupare pentru fantezii și introspecție;
- 7.Preferință pentru activitățile solitare și abstracte;

Tulburarea de personalitate de tip instabil - emoțional

- Tipul impulsiv: instabilitate emoțională+ lipsa controlului impulsurilor
- Tipul borderline:
 - 1.Relatii interpersonale strânse și intense;
 - 2.Eforturi disperate de a evita un abandon real sau imaginar;
 - 3.Impulsivitate cu potențial de autovătămare (cheltuieli excesive, sex, abuz de substanțe, bulimie, șofat imprudent);
 - 4.Instabilitatea imaginii de sine;
 - 5.Instabilitate afectivă cu reacții afective intense (euforie, anxietate, iritabilitate, furie);

- 6.Comportament de autovătămare, tentative, amenințări cu suicidul;
- 7.Sentiment de gol interior, ideație paranoidă.

Tulburarea de personalitate de tip histrionic

- 1.Nevoia de a fi în centrul atenției, de fi admirat, iubit: egoism de tip captativ, cu slabă capacitate de transfer afectiv;
- 2.Sociabilitate superficială (prietenii se fac ușor și tot la fel se pierd);
- 3.Superficialitate afectivă cu labilitate emoțională;
- 4.Toleranță redusă la frustrare cu hiperemotivitate (exagerare în exprimarea emoțiilor), plâns facil;
- 5.Sugestionabilitate;
- 6.Comportament teatral, manipulator afectiv (uneori șantaj afectiv prin parasuicid), seducător de atragere a atenției asupra sa.

Tulburarea de personalitate de tip disocial (antisocial)

- 1.Dispreț pentru drepturile și sentimentele celorlalți;
- 2.Dispreț față de legi și normele sociale cu violarea acestora;
- 3.Utilizarea minciunii, intrigilor, șantajului, complicităților în vederea obținerii profitului personal;
- 4.Iresponsabilitate la locul de muncă (nu se poate adapta, schimbă numeroase locuri de muncă, în familie (părăsirea partenerii și copiilor);
- 5.Toleranță redusă la frustrare și impulsivitate;
- 6.Agresivitate;
- 7.Incapacitatea de a simți remușcare și de a învăța din pedepse.

Tulburarea de personalitate de tip anankast

1. Standarde exagerate autoimpuse (perfecționism inhibant) și impuse și celorlalți;
2. Devoțiune pentru muncă (nejustificată din punct de vedere material) în dauna timpului liber (hobby, relații interpersonale);
3. Aderență la convențiile sociale și normele morale;
4. Neputința de a se dispensa de obiecte inutile;
5. Parcimonie;
6. Reticență de a-și delega responsabilitățile;
7. Autoritarism și verificarea subordonaților;
8. Rigiditate;
9. Controlul exprimării emoțiilor.

Tulburarea de personalitate de tip anxios – evitant

1. Preocupare excesivă și frică de a fi rejectat și criticat;
2. Sentimente de inferioritate, de inadecvare în plan social;
3. Reticență în a lega relații interpersonale dacă nu e sigur că e plăcut;
4. Reticență față de relațiile intime;
5. Inhibiție în relațiile interpersonale noi;
6. Reticență în a-și asuma riscuri sau responsabilități;
7. Evitarea activităților ce implică relații interpersonale.

Tulburarea de personalitate de tip dependent

1. Neîncredere în capacitățile proprii;
2. Dificultate în luarea deciziilor fără supervizarea sau de a iniția proiecte proprii;
3. Nevoia ca alții să-și asume responsabilitatea pentru el;
4. Sentiment de neajutorare atunci când trebuie să ia singur deciziile;
5. Incapacitate de a-și exprima dezacordul sau acceptarea unor sarcini neplăcute pentru a obține sau a evita pierderea suportului din partea celorlalți;

6.Căutarea neîntârziată a unei noi relații de supervizare atunci când precedenta se destramă;

7.Preocupare nejustificată, frică de a nu fi lăsat să se descurce pe cont propriu.

Diagnostic diferențial cu

- 1) Modificări de personalitate determinate de o cauză organică (tumori, traumatisme, demențe).
- 2) Modificări de personalitate după o psihotraumă majoră.

Tratamentul tulburărilor de personalitate

Este o utopie. Teoretic, există o serie de abordări psihoterapeutice, dar cu finalitate practica aproape nulă. Este luat în calcul doar ajutorul profesionist atunci când există dorință și motivație prin autoeducație a persoanei.

CURSURI 5-6

SCHIZOFRENIA

Schizofrenia este cea mai importantă psihoză, nu numai ca prevalență și incidență (1:10.000 locuitori), dar și pentru că afectează adultul tânăr, determinând alterarea globală a funcționalității, cu consecințe multiple asupra persoanei.

Etiologie

Determinismul bolii este plurifactorial și nonliniar (mai multe cauze care se determină reciproc) și pe departe de a fi elucidat complet.

Cei mai importanți factori sunt:

1. Factori genetici

Sunt implicate mai multe gene și mai multe locusuri genetice, fără să fie vorba de o transmitere dominantă (se moștenește doar predispoziția ce poate deveni clinic manifestă sau nu).

Există o serie de studii genetice ce obiectivează rolul genetic și anume:

- Studii pe gemeni (gemenii monoziگوٹی au risc mai mare de a face boala decât cei dizigoٹی).
- Studii familiale (riscul de a face boala crește o dată cu numărul de rude afectate într-o familie).
- Studii de adopție (copiii cu părinți biologici schizofreni, adoptați fiind de familii sănătoase, au risc crescut de a face boala)

2. Factori biochimici – implicarea neurotransmițătorilor cerebrali:

- Sistemul dopaminergic
 - o Hiperfuncția dopaminergică în zona mezo-limbică (ce determină simptome pozitive);
 - o Hipofuncția dopaminergică în zona cortexului prefrontal (ce determină simptome negative și cognitive).
- Dezechilibrul în sistemul serotoninergic ca urmare a modificărilor dopaminergice.
- Dezechilibrul în sistemul glutamatergic (reducere) cu afectarea filtrului talamic (legat de apariția halucinațiilor, disociației).

3. **Modificări morfologice**: atrofie cerebrală, dilatarea ventriculilor.

4. **Teoria neurodevelopmentală**

Ce incriminează o alterare foarte timpurie a dezvoltării neuronale (degenerare) și a maturării neuronale în perioada embriogenezei.

5. **Factori intra-peri-postnatali**: sarcini, nașteri cu risc, tulburări în timpul nașterii – nașteri distocice, infecții postnatale imediate.

6. **Factori psihologici**

- Personalități schizoide
- Tulburări ale relației mamă-copil în primii ani de viață
- Alterări ale comunicării familiale (mesaje cu dublu sens)
- Familii cu expresie emoțională crescută (hiperprotectori, dominanți, dar și hipercritici).

7. **Evenimente stresante de viață** (mai ales cumulul lor).

8. **Rețea și suport social deficitar**

Toți acești factori (la care se adaugă cei necunoscuți încă) determină o predispoziție (vulnerabilitate) pentru boală, care rămâne latentă și constantă pe toată perioada vieții.

Când pragul de vulnerabilitate este depășit apar episoadele de boală, care sunt clinic manifeste și limitate în timp.

Tabloul clinic

Debutul bolii – de obicei între 18-45ani (există și forme infanto-juvenile).

- Este de obicei lent, insidios, precedând cu luni, uneori chiar ani, episodul index de boală. Astfel se constată modificări în funcționalitatea premorbidă (retragere, izolare, scăderea performanțelor școlare).
- Urmează apoi faza premorbidă, inițial cu simptome nespecifice: instabilitate emoțională, modificări de atenție, preocupări pentru abstract și apoi cu simptome relativ specifice (bizării comportamentale, idei de referință, suspiciozitate, halucinații simple).
- Rar, există un debut acut – cu simptome specifice bolii.
- Și mai rar, debutul este subacut, cu acte medico-legale.

Episodul index (primul episod de boală)

Se caracterizează prin următoarele tipuri de simptome:

1. Simptome pozitive

- Halucinații – de toate tipurile, dar mai ales halucinații auditive (comentative, apelative, imperative).
- Delir paranoid
de grandoare
bizar (control, transparență-influență, inserția, retragerea, furtul, citirea, sonorizarea gândirii).
- Incoerență ideo-verbală, disociație ideo-verbală, dezorganizare conceptuală (metodă practică de investigare: să redea sensul unui proverb, să enumere asemănări/deosebiri între obiecte).
- Comportament dezorganizat, motivat delirant (uneori agitație psihomotorie, stereotipii, grimase, manierisme), bizar.
- Inversiune afectivă
- Ambivalență
- Inadecvanță
- Lipsește conștiința bolii

2. Simptome negative

- Aplatizare afectivă
- Răceală afectivă
- Retragere socială
- Scăderea intereselor, preocupărilor
- Abulie

3. Simptome cognitive

- Tulburări de atenție, de memorie,
- Tulburări ale funcției executive (dificultăți de planificare, organizare, anticipare).

- Dificultăți în gândirea abstractă

În funcție de predominanța unor anumite seturi de simptome se descriu următoarele **forme clinice** de boală:

- 1) Schizofrenia paranoidă – predomină simptomele pozitive.
- 2) Schizofrenia dezorganizată – predomină disociația ideo-verbală, comportamentală, inadecvanță, inversiune, ambivalență afectivă.
- 3) Schizofrenia simplă – se caracterizează prin simptome negative și cognitive (de obicei cele pozitive sunt absente).
- 4) Schizofrenia catatonă – formă rară: se caracterizează prin: stupor, negativism, stereotipii de poziție, hipertonie musculară, dar cu posibile raptusuri și agitație psihomotorie.

Există norme internaționale de clasificare a bolilor psihice ce impun criterii fixe de diagnostic al schizofreniei.

Evoluția bolii

În general este o boală cu evoluție episodică recurentă și perioade inter-episodice cu simptome variabile (simptome reziduale).

Avem următoarele tipuri evolutive:

- Episodul unic cu remisiune completă (revenire la nivelul anterior bolii).
- Mai multe episoade (recăderi) și remisiune completă între episoade.
- Mai multe episoade, dar cu remisiuni incomplete între episoade (simptome reziduale nespecifice – labilitate afectivă – sau specifice bolii – intermitent halucinații și idei delirante vag exprimate).
- Mai multe episoade cu remisiune incompletă și simptome reziduale ce se accentuează progresiv, determinând o stare de defect (deteriorare).
- Evoluție cronică – cu simptome pozitive, negative permanent – prezente.

Factori de prognostic

	POZITIV	NEGATIV
DEBUT	Vârstă matură	Vârstă tânără
	Acut	Insidios
FORMĂ CLINICĂ	Paranoidă	Cu predominanța simptomelor negative.
AFECTIVITATE	Bogată	Săracă
REȚEA, SUPTOR SOCIAL	Bune	Deficitare
DURATA EPISODULUI	Scurtă	Lungă
FUNCȚIONALITATEA	Bună	Deficitară
PREMORBIDĂ		
GENETICĂ PT. PSIHOZE	Absentă	Prezentă

Tratament

Tratamentul este individualizat în funcție de etapa de boală (episod sau perioadă interepisodică) și complex (medicamentos și psiho-socio-terapeutic).

Tratamentul episodului de boală – se face de obicei în spital.

1) Medicație antipsihotică/ Neuroleptice

a. Tipice (clasice)

I. Sedative – Levomepromazin

Efecte adverse: hipersedare cu scăderea TA (hipotensiune ortostatică, lipotimie), tahicardie.

II. Incisive – Haloperidol

Efecte adverse: *sindrom extrapiramidal*

- Akatisie/hiperkinezie (imposibilitatea de a sta locului, cu neliniște interioară).
- Diskinezie (mișcări involuntare la față, membre).
- Tremor.

- Parkinsonism
- Distonie acută: crize oculogire, plafonarea privirii, trismus, tulburări de deglutiție.

efecte anticolinergice

ATENȚIE la:

- Uscăciunea mucoaselor(gură uscată, constipație)
- Retenție urinară
- Midriază
- Glaucom cu unghi închis
- Adenom de prostată

accentuarea simptomelor negative și cognitive

Clozapină

Efecte adverse: sialoree

agranulocitoză, trombocitopenie

Se monitorizează constant hemograma (leucocite, trombocite; scăderea acestora impune întreruperea tratamentului).

b. Atipice (de nouă generație)

Substanțe active: OLANZAPINA, RISPERIDONA, QUETIAPINA, ARIPIPRAZOLUL, ZIPRASIDONA (denumirile comerciale sunt diferite în funcție de firma producătoare).

Efecte adverse:

- Sindromul metabolic

Monitorizări:

- Creșterea în greutate – obezitate
- Creșterea glicemiei – Diabet zaharat
- Creșterea lipidelor/trigliceridelor – Dislipidemii
- Lipide/TG.

- Risc crescut pentru boli cardio-vasculare

- Creșterea prolactinei

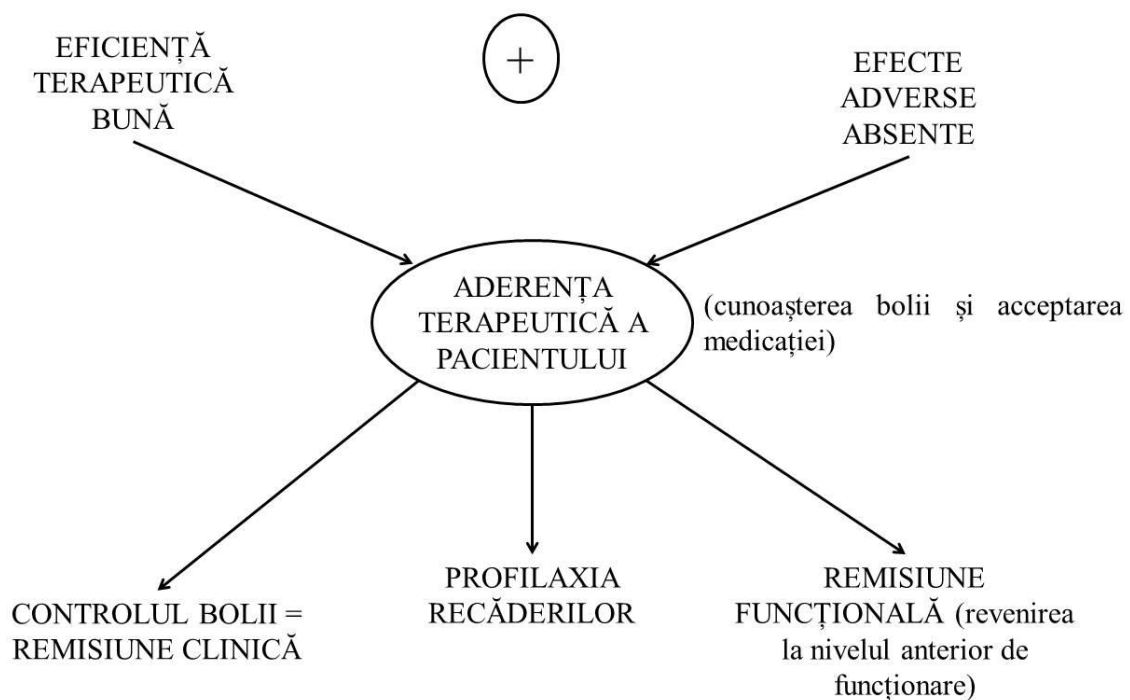
- o Galactoree
- o Amenoree
- o Ginecomastie
- o Tulburări sexuale

- Valabil pentru toate neurolepticele:
 - o Reacții alergice
 - o Tulburări de ritm și conducere cardiacă
 - o Hepatotoxicitate

Medicația se poate administra oral (una sau mai multe prize) sau, în cazuri severe, injectabil (Haloperidol, Olanzapină).

Se începe cu o doză mică apoi, prin titrare, se ajunge la doza terapeutică, ce este menținută până la ameliorarea (dispariția) simptomelor, pentru ca apoi să se scadă progresiv până la doza de întreținere (doza necesară menținerii remisiunii).

DEZIDERAT IMPORTANT



Prevenția recăderilor – tratament de întreținere

- Se face în ambulatorul de specialitate, cu o supraveghere activă a pacientului.
- Se menține medicația neuroleptică în doză minimă (dar eficientă).

Se poate opta pentru medicație orală sau pentru medicație depot injectabilă (Haloperidol, Olanzapină, Risperidonă).

Durata tratamentului este extrem de discutabilă, mai ales din punct de vedere practic. Teoretic, se consideră că după primul episod este nevoie de 1-2 ani de tratament, iar după o recădere de 5 ani. Decizia întreruperii tratamentului este dificil de luat și uneori este nevoie de o perioadă foarte lungă de tratament.

Tratament adjuvant

- 1) Medicația antiparkinsoniană – dacă este cazul (sindrom extrapiramidal) (Romparkin).
- 2) Anxiolitice (în caz de neliniște mare).
- 3) Hipnotice (Zolpidem, Zopiclonum) (dacă există insomnie).

Terapii psiho-sociale

Ele se adresează mai ales perioadelor inter-episodice și constituie ansamblul de intervenții de reabilitare ce au ca scop analizarea funcționalității globale, astfel încât pacientul să-și poată îndeplini diverse roluri (profesional, social, familial), să trăiască în comunitate și să aibă o viață calitativă.

Câteva dintre cele mai importante terapii sunt:

- 1) Terapia cognitivă – tehnici cognitive ce se adresează deficitului cognitiv;
- 2) Reabilitare profesională
 - Loc de muncă protejat
 - Terapie ocupațională
 - Ergoterapie.
- 3) Tehnici de creștere a abilităților sociale (funcționează pe rezolvarea de probleme);
- 4) Terapie familială – educarea familiei (cunoașterea, acceptarea bolii);
- 5) Psihoeducație – cunoașterea bolii de către pacient;
- 6) Terapii recreative: art- sport – meloterapie.

Un rol important îl au proiectele antistigmă de educare a populației generale, vizând atitudinea față de bolnavul schizofren.

ALTE PSIHOZE

1. Tulburările psihotice acute și tranzitorii

- Debutul este brusc, de foarte multe ori precipitat de evenimente de viață;
- Durata este scurtă (1-3 luni) cu remisiune completă;
- Tabloul clinic cuprinde: deliruri, halucinații, foarte frecvent simptome afective și se caracterizează prin variabilitate, atât ca intensitate, cât și ca tematică (uneori chiar de la o zi la alta);
- Episoadele se pot repeta în timp, dar pot evolua și spre alte psihoze (schizofrenie, tulburare delirantă persistentă);
- Tratamentul este neuroleptic.

2. Tulburări delirante persistente

- Debutul este de obicei după 40 de ani, când personalitatea este deja formată și, în consecință, nucleul personalității nu se alterează, astfel că impactul asupra funcționalității globale este mult mai mic.
- Tabloul clinic conține diverse tipuri de delir (megaloman, paranoid, de gelozie), bine structurat și sistematizat ca tematică. Pot fi prezente și halucinațiile (vizuale, auditive, gustative, olfactive).
- Evoluția este cronică, necesitând tratament neuroleptic de lungă durată.

3. Tulburarea schizo-afectivă

În acest tip de psihoză sunt prezente concomitent, pe o durată variabilă de timp, ambele linii sindromatice: linia schizofrenă și linia afectivă.

Se descriu astfel episoade schizo-maniacale și schizo-depresive, ce se succed aleator în timp.

Necesită tratament neuroleptic (în episoadele schizo-maniacale) și neuroleptic și antidepressiv (în episoadele schizo-depresive), de obicei pe o durată lungă de timp.

Schizofrenia se cere a fi diferențiată de aceste alte tipuri de psihoză.

CURS 7

TULBURĂRILE AFECTIVE PERIODICE

Sunt tulburări ce sunt centrate de modulul afectiv – maniacal sau depresiv, ca prim episod de boală și ulterior, longitudinal, caracterizate prin episoade recurente de boală.

Se descriu :

TULBURAREA DEPRESIVĂ RECURENTĂ (numai episoade depresive)

TULBURAREA AFECTIVĂ BIPOLARĂ (episoade maniacale și episoade depresive)

Etiopatogenie

1. Factori genetici

- Familiali – agregarea mai multor rude cu tulburare afectivă în familie.
- Studii pe gemeni – gemenii monoziagoți au risc crescut de boală față de cei dizigoți.

- Studii pe adopție – confirmă importanța factorului genetic.

2. Factori biochimici – cu implicarea neurotransmițătorilor cerebrali.

În manie – există exces de neuroadrenalină și dopamină.

În depresie – există deficit de noradrenalină, dopamină și serotonină.

3. Tulburări ale axului hipotalamo-hipofizar

- Tiroidian
- Corticosuprarenal

4. Tulburări de bioritm nictemeral – pentru depresie, unde există o modificare a arhitectonicii somnului (somnul REM).

5. Distorsiuni cognitive (pentru depresie) cu apariția încă de timpuriu în viață a schemelor (modelelor) cognitive disfuncționale cum sunt:

- Autodevalorizarea
- Interpretarea negativă a evenimentelor de viață
- Expectanța negativă în ceea ce privește viitorul
- Neajutorarea învățată (prin experiențele repetate de viață)

6. Anumite tipuri de personalitate reprezintă factori de vulnerabilitate pentru patologia afectivă (ex. instabil-emoțională).

7. Evenimente de viață, în special de pierdere - pentru depresie.

Tulburarea depresivă recurentă

Are central EPISODUL DEPRESIV.

Tablou clinic constă din mai multe seturi de simptome (care definesc sindromul depresiv).

- Expresivitate mimico-gestuală

- Vorbire lentă, cu pauze, monotonă.
- Privire fără strălucire, plecată.
- Hipomimie.
- Gestică redusă.
- Vestimentație în culori sumbre (uneori neglijentă).

- Simptome afective

- Tristețe patologică, deznădejde, dezamăgire, disperare.
- Durere morală, incapacitate de a se bucura.
- Uneori iritabilitate.
- Uneori cu asocierea anxietății.

- Simptome cognitive

- Tulburări de atenție (deficit de concentrare).
- Tulburări de memorie, cu orientarea acesteia spre aspecte negative.
- Percepție – estompată (uneori cu prezența de halucinații)
- Gândire – lentă, cu conținut negativ, pesimist, idei de subapreciere, devalorizare, idei de culpă, vinovăție, inutilitate.
- Idei, planuri suicidare
- Scăderea intereselor și preocupărilor

- Simptome comportamentale

- Indecizie
- Dificultăți de trecere la act

- Inhibiție sau neliniște motorie
- Simptome somatice
 - Durere cu localizare variabilă
 - Simptome gastro-intestinale, urinare
 - Simptome sexuale (reducerea libidoului)
 - Astenie (scăderea energiei)
 - Scăderea apetitului/creșterea apetitului
 - Scăderea în greutate/creșterea în greutate
 - Insomnie (de obicei de trezire); uneori hipersomnolență.

Intensitatea episodului este variabilă, definind diferitele tipuri (forme) clinice:

- Ușoară
- Medie
- Severă - Poate să fie cu simptome psihotice (halucinații, delir).

Durata episoadelor este variabilă (uneori luni de zile).

Longitudinal, boala se caracterizează printr-o succesiune de episoade depresive la intervale variabile de timp. Perioadele inter-episodice pot fi cu remisiune completă sau cu simptome reziduale de intensitate variabilă.

Tulburarea afectivă bipolară

Constă în recurența EPISOADELOR DEPRESIVE (vezi episoadele depresive) și a EPISOADELOR MANIACALE, aleator, fără a putea ști când apare următorul episod și de ce tip este. Inter-episodic poate să existe remisiune completă (fără niciun simptom) sau pot exista simptome reziduale variabile ca intensitate și expresie clinică.

Descrierea clinică a episodului maniacal

Tablou clinic este centrat de sindromul maniacal.

- Expresivitate mimico-gestuală
 - Vorbire: accelerată, logoree, uneori telegrafică, ton ridicat
 - Privire distributivă, pătrunzătoare
 - Mimică exagerată

- Gestică amplă, largă
- Vestimentație în culori stridente, podoabe încărcate
- Simptome afective
 - Bună dispoziție, euforie, încredere – totul “în roz”
 - Uneori iritabilitate
- Simptome cognitive
 - Atenție dispersă, mobilă, dar inefficientă
 - Memorie orientată pe evenimente pozitive, dar cu filtrare deficitară
 - Percepție exagerată – uneori cu prezența de halucinații
 - Gândire: accelerată, fugă de idei, conținut pozitiv: idei de putere, supravalorizare, abilități deosebite, planuri multiple
- Simptome comportamentale
 - Comportament decenzurat, dezinhibat (face avansuri, pierde convenționalitatea socială)
 - Nu ia în considerare consecințele (cheltuiește bani)
 - Neliniște sau agitație psihomotorie
- Simptome somatice
 - Dezinhibiție sexuală
 - Energie crescută
 - Nevoie redusă de somn (fără a simți oboseala)
 - Prag ridicat pentru durere (se pot trece cu vederea anumite afecțiuni somatice concomitente)
 - Neglijarea alimentației (uneori cu consecințe somatice)

Pentru diagnosticul pozitiv este necesar de cel puțin un episod depresiv și unul maniacal. Existența unui singur episod index impune diagnosticul de EPISOD (MANIACAL SAU DEPRESIV).

Prin convenție, succesiunea doar a episoadelor maniacale impune diagnosticul de Tulburare afectivă bipolară.

Longitudinal, un diagnostic de Tulburare depresivă recurentă cu apariția unui episod maniacal va fi modificat în diagnosticul de Tulburare afectivă bipolară.

Forma diminuată de manie se numește HIPOMANIE. Episoadele hipomaniacale pot apărea în tulburarea afectivă bipolară.

Complicațiile tulburării afective periodice

- Patologia cardio-vasculară (mai ales în cadrul depresiei).
- Adicție (mai ales la bipolarii).
- Suicid – în perioadele depresive (risc mai mare la bipolarii).
- Destrămarea familiei, pierderea locului de muncă.

Tratamentul tulburărilor afective periodice

Tratamentul depinde de:

- Tipul de episod
- Momentul în timp:
 - o Tratamentul episodului.
 - o Profilaxia apariției altor episoade (tratamentul de întreținere).

Tratamentul episodului depresiv

Medicația antidepresivă

1) Antidepresive clasice – TRICICLICE:

Amitriptilină, Doxepin, Clomipromină

Efecte secundare:

- Uscăciunea mucoaselor
- Retenție urinară
- Constipație
- Creșterea presiunii intraoculare
- Tulburări cardiace de ritm și conducere
- Scăderea reflexelor.

ATENȚIE la:

- Cardiaci – monitorizare TA și EKG

- Glaucom
- Adenom de prostată
- Șoferi
- 2) Antidepresive – TETRACICLICE
Maprotilină, Mianserină
- În general bine tolerate.
- 3) Antidepresive – inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei
Fluoxetină, Sertralină, Paroxetină, Citalopram, Excitalopram

Efecte secundare:

- Anxietate
- Tremor
- Grețuri, vărsături
- Cefalee
- Disfuncție sexuală
- Creșterea impulsivității
- 4) Antidepresive duale – acționează prin intermediul a două căi de neurotransmițători.
Duloxetina, Venlafaxina, Bupropiona
- Sunt în general bine tolerate.
- 5) Antidepresive ce acționează pe sistemul melatoninergic (restabilesc arhitectura somnului)
Valdoxan

Câteva reguli în prescrierea medicației antidepresive

- Alegerea produsului trebuie să țină cont de:
 - o Forma clinică
 - o Comorbiditățile somatice și psihiatrice
 - o Vârsta
 - o Experiența anterioară a pacientului
- În general se preferă monoterapia, dar în anumite cazuri se pot face și combinații.

- Dozele se cresc progresiv – în funcție de toleranță – se mențin – apoi se scad progresiv.
- medicație asociată:
 - o Anxiolitice – când există anxietate.
 - o Hipnotice – pentru insomni.
 - o Timostabilizatori
- Când răspunsul terapeutic este insuficient, se poate face augmentare cu un produs neuroleptic (Quetiapina).

Prevenția recăderilor depresive

Se face cu antidepresive în doză de întreținere pe o durată de minimum 6 luni, până la 2 ani, uneori chiar mai mult.

În prevenția recăderilor depresiei din Tulburarea afectivă bipolară, trebuie avută grijă la utilizarea tratamentului antidepresiv, pentru a nu induce un episod maniacal.

Tratamentul episodului maniacal

1) Medicația antipsihotică (neuroleptice)

- Clasice – Haloperidolul
- Atipice (Quetiapină, Olanzapină) (vezi schizofrenia)

2) Stabilizatori timici

- Carbonatul de litiu – necesită monitorizare tiroidiană și a funcției renale.

Efecte secundare: hipotiroidie, diabet insipid.

- Carbamazepina

Efecte secundare: leucopenie, sedare, reacții alergice.

Monitorizare: hemoleucogramă.

- Valproat

Efecte secundare: trombocitopenie, creșterea transaminazelor.

Monitorizare: sanguină și hepatică

Schemă clasică: un antipsihotic +

un timostabilizator

După tratarea episodului acut se trece la tratatamentul de întreținere cu rol în prevenția recăderilor - fie

- Neuroleptic+Timostabilizator, fie
- numai Timostabilizator.

Durata de terapie este variabilă, dar de obicei lungă.

EPISODUL de boală – de obicei se tratează în spital; prevenția recăderilor se face în ambulatorul de specialitate, cu supravegherea activă a pacientului.

PSIHOTERAPII

- Psihoeducație – cunoașterea bolii.
- Psihoterapie cognitivă – schimbarea distorsiunilor cognitive.
- Psihoterapia sistemică familială (modificarea relațiilor în familie).

CURS 8

TULBURĂRILE ANXIOASE

Anxietatea normală este un răspuns normal la pericole și stres, fiind absolut necesară supraviețuirii, oferind modalități de coping cu stresul.

Anxietatea patologică se caracterizează prin faptul că:

- Determină un sentiment de disconfort
- Este persistentă
- Nu include modalități de coping
- Are efecte negative asupra vieții

Teorii etiologice

1. Teoria cognitivă – are la bază o interpretare cognitivă neadevătată, catastrofică, cu caracter de pericol iminent a unor senzații somatice neconfortabile sau a unor emoții neconfortabile.

2. Teoria comportamentală – atacurile de panică sunt răspunsuri condiționate la situații amenințătoare.

3. Teoria existențială – persoană care trăiește o viață lipsită de sens are de fapt un vid existențial și acest vid este umplut de anxietate.

4. Teoria psihodinamică – anxietatea este un afect ce aparține ego-ului și acționează ca sistem de alertă atunci când există un pericol “internal” (ex. conflicte intrapsihice, pulsuni, dorințe și cenzură).

5. Teoria genetică – anxietatea apare la 1/2 dintre pacienții cu rude afectate de tulburări anxioase.

6. Teoria biologică – cu implicarea sistemelor de neurotransmisie cerebrală:

- Disfuncție serotoninergică
- Alterarea sistemului inhibitor GABA-ergic

7. Factori psihosociali

- Evenimente stresante de viață (în special cele ce afectează sentimentul de securitate);

- Perioade stresante, cu creșterea responsabilităților
- 8. Anumite trăsături particulare de personalitate
- Dependență
- Personalități evitante

Vom descrie cele mai importante tulburări anxioase.

TULBURAREA DE PANICĂ

Are ca element central ATACUL DE PANICĂ: o criză paroxistică de frică intensă ce se instalează brusc, durează puțin (10-15 min.), cu sfârșit brusc, dominată de senzația subiectivă catastrofală că ceva dramatic se va petrece.

Simptomele atacului de panică

- a. Simptome corporale – palpitații, tahicardie, dificultăți de a respira, tremor, transpirații reci sau valuri de căldură, dureri toracice, greață, nod în gât, amețeli, senzație de cădere (nu poate sta în picioare, fuge pământul de sub picioare).
- b. Simptome cognitive – modalitate anormală de a gândi – gândire catastrofală: „voi muri” (infarct, accident vascular cerebral), „voi înnebuni”, „voi pierde controlul”.
- c. Simptome comportamentale – neliniște, agitație psihomotorie, fugă, inhibiție psihomotorie, nepreocupare față de preajmă, cu scanare selectivă a mediului pentru posibilul pericol ce precede atacul.

Alte caracteristici ale bolii

- De obicei primul atac de panică apare spontan (deși se pot decela: stres emoțional, epuizare fizică, consum de toxice).
- Ulterior apar atacuri de panică recurente, la interval variabil de timp, în care pacientul se adresează de repetare ori serviciului de urgență (acuzând că are o boală somatică gravă).

- Între atacurile de panică există intervale libere de simptome, dar pe parcurs poate să apară anxietate anticipatorie (frică de a nu face un atac de panică) și conduită de evitare (evitarea situațiilor în care apar atacurile de panică).

- Evoluția se poate prelungi (luni, ani) și pot apărea comorbidități cu: depresia, hipocondria, consumul nociv de alcool sau benzodiazepine, tulburarea de anxietate generalizată.

Clasificare clinică

1. Există (mai rar) tulburare de panică propriu-zisă, în care atacurile de panică apar nelegate de o altă problematică (atacuri de panică fără agorafobie).

2. Atacuri de panică cu agorafobie (în sens larg) se referă la situațiile în care atacurile de panică apar în prezența agorafobiei.

Agorafobie: anxietate ce apare în situațiile, locurile din care ieșirea (scăparea) poate fi dificilă sau în care nu există posibilitatea de acordare a ajutorului (în caz că apare un atac de panică).

Ex.: a fi singur acasă, a fi într-o mulțime, a sta la o coadă, a fi pe un pod, a fi în tren, autobuz, mașină, avion.

- În asocierea atacului de panică cu situația agorafobică se dezvoltă conduita de evitare.

- Boala determină marcată suferință subiectivă și o scădere a nivelului global de funcționalitate al persoanei.

3. Atacuri de panică ce apar împreună cu diverse tipuri de fobii.

Diagnostic diferențial

1. Afecțiuni somatice cu simptomatologie asemănătoare:

- Afecțiuni cardio-vasculare: infarct miocardic, hipertensiune arterială, tulburări de ritm.

- Afecțiuni pulmonare: astm bronșic, embolie pulmonară.

- Afecțiuni neurologice: vertij.

2. Sevrajul de la diverse droguri.

3. Alte tulburări mentale în care coexistă atacuri de panică: tulburări fobice, tulburări obsesiv-compulsive.

FOBIA SOCIALĂ

Descriere clinică

- Fobia socială se caracterizează printr-o frică persistentă, exagerată, irațională de a presta o activitate într-o situație socială în care există posibilitatea de a fi într-o ipostază jenantă, umilitoare sau de a fi supus comentariilor critice ale altora: de ex. frica de a nu roși în public, de a vorbi în public (bâlbâială), de a mânca în public, de a intra în contact cu persoane străine.

- La nivel cognitiv există anumite schemate disfuncționale (de ex. „trebuie să fiu perfect”), astfel încât persoana se simte vulnerabilă. Modul patologic, negativ de a gândi („alții vor râde de mine”) va determina o stare afectivă, emoțională negativă.

- În situația fobogenă apar atacuri de panică. Doar gândul la situația fobogenă poate determina anxietate anticipatorie.

- Comportamental, există o stare de hipervigilență pentru a depista „pericolele” (dar intră în acțiune un cerc vicios: cu cât mai mult te preocupă faptul că ești în centrul atenției, cu atât simptomele vor fi mai intense și cu atât mai mică va fi încrederea în sine, ceea ce va accentua modul patologic, negativ de a gândi).

Totodată se dezvoltă și o conduită de evitare a situațiilor fobogene, cu dorința de a se proteja, de a se securiza.

Acest fapt are consecințe negative asupra funcționării globale a persoanei (cu imposibilitatea de îndeplinire a diverselor roluri).

Evoluția – este persistentă, cu perioade de acutizări și de ameliorare, chiar remisiuni.

Diagnosticul diferențial – vezi tulburarea de panică.

FOBIILE SPECIFICE

Se caracterizează printr-o frică patologică cu obiect (disproporțională ca intensitate față de gradul de pericolozitate al obiectului și percepută ca irațională de către subiect, care însă nu poate controla frica).

Caracteristici clinice

- Existența situației sau obiectului fobogen.
- Apariția atacului de panică la confruntarea cu obiectul fobogen.
- Anxietate anticipatorie.
- Conduită de evitare a situației fobogene sau de securizare.

Obiecte fobogene

- Animale, elemente naturale (furtuni), apă, tunet, spații înguste, lift, înălțime, sânge, injecții + altele.

Evoluția este îndelungată.

Diagnosticul diferențial – vezi tulburarea de panică.

TULBURAREA DE ANXIETATE GENERALIZATĂ

Este o frică difuză, fără obiect (nu poate preciza de ce îi este frică), dar cu un sentiment că ceva rău se va petrece.

Acest sentiment nu poate fi controlat, determină o marcată suferință subiectivă și o stare de îngrijorare permanentă (legată de problemele de zi cu zi, chiar minore), dar și o stare de așteptare anxioasă („să se întâmple răul”).

Îngrijorarea este asociată cu:

- Neliniște psihomotorie accentuată vespéral (seara)
- Tensiune intrapsihică

- Tensiune musculară (poate da cefalee, dureri musculare)
- Hiperactivitate vegetativă (transpirații, dificultăți de respirație, palpitații, tulburări digestive, urinare)
- Oboseală
- Tulburări de concentrare a atenției
- Iritabilitate
- Insomnie: de adormire, somn superficial, coșmaruri.

Evoluția este trenantă și pot apărea complicații: depresie, alcoolism, atacuri de panică.

REAȚIA ACUTĂ DE STRES

Apare ca răspuns la o psihotraumă (orice eveniment ce amenință viața sau integritatea subiectului sau a altor persoane și care este perceput de subiect ca traumatic).

Apare imediat după psihotraumă.

Clinic se manifestă prin:

- Dezinhibiție (agitație dezorganizată/criză explozivă) / inhibiție psihomotorie (leșin/stupor)
- Detașare afectivă
- Îngustarea câmpului actual de conștiință
- Disperare, neajutorare
- Derealizare (senzație de schimbare a preajmei)
- Depersonalizare (senzație de schimbare, modificare a propriei persoane)

TULBURĂRILE DE ADAPTARE

Apar în relație cu un eveniment de viață sau cu o schimbare a modului de viață și de obicei și în relație temporală cu evenimentul (dispare o dată cu dispariția, neutralizarea evenimentului).

Mai sunt cunoscute sub denumirea de reacții psihopatologice.

Clinic distingem reacții:

- Anxioase
- Depresive
- Anxios-depresive
- Cu tulburări de comportament (agresivitate)

TULBURAREA POSTTRAUMATICĂ DE STRES

- Apare la persoane care au trăit un intens stres emoțional, care prin magnitudinea sa ar fi fost traumatizant pentru oricine (catastrofe naturale, accidente, războaie, viol).
- Debutul simptomelor este la distanță de eveniment, după o perioadă de latență
- **Clinic** se caracterizează prin:
 - Trăirea obsesivă a psihotraumei (rememorări spontane, coșmaruri).
 - Evitarea persoanelor sau a situațiilor care reamintesc de eveniment.
 - Anxietate generalizată.
 - Fenomene disociative (detașare afectivă, amnezie de evocare a evenimentului).

TRATAMENTUL TULBURĂRILOR ANXIOASE

1. Tratamentul medicamentos

a. Antidepresive

De elecție (având în vedere implicarea mecanismului serotoninic) sunt antidepresivele de tipul inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei: Sertralină, Fluoxetină, Paroxetină, Escitalopram.

- Inițial în doze mici
- Cu creșterea dozei până la doza terapeutică (atenție există un timp de latență de 2 săptămâni până la apariția efectului terapeutic)

- Tratamentul se menține câteva luni, după care doza se reduce treptat.

b. Benzodiazepine

Alprazolam, Lorazepam, Oxazepam, Diazepam

Reguli în tratamentul cu benzodiazepine:

- Tratamentul să fie de scurtă durată, pentru a nu da dependență.
- Doza mai mare se dă seara, pentru a nu produce sedare în timpul zilei.
- Doza se reduce treptat pentru a se evita apariția reacției de sevraj.
- Se evită asocierea cu alcoolul (risc de cumul și de efecte secundare pe SNC)
- Atenție la:
 - o șoferi (scade reflexele)
 - o glaucom cu unghi închis
 - o afecțiuni respiratorii grave

Sevrajul la benzodiazepine:

- insomnie, anxietate, dureri, tahicardie, HTA, tremor, transpirații, convulsii. Uneori halucinații și confuzie mentală!!!
- c. Hipnotice** pentru ameliorarea tulburărilor de somn: Zolpidem, Zopiclonum. (pe perioadă scurtă pentru a evita dependența).

2. Tratamentul psihoterapic

Abordarea cea mai eficientă este cea cognitiv-comportamentală. Acesta implică următorii pași:

- Cunoașterea problemei (a anxietății)
- Evaluarea anxietății
- Redirecționarea atenției spre alte lucruri, situații
- Tehnici de relaxare (ex. de respirație)
- Tehnici de schimbare a schematelor cognitive disfuncționale (exagerare, catastrofizare, ignorarea aspectelor pozitive, minimalizare).
- Tehnici de confruntare a fricii (expunere treptată, progresivă cu obiectul fobogen până la neutralizarea fricii).

CURS 9

TULBURAREA DE SOMATIZARE

În acest tip de tulburare acuzele pacientului se centrează pe simptome somatice, dar care nu au o justificare obiectivă (sau, și dacă există, ea este minimală, neconcordantă cu intensitatea acuzelor pacientului).

Simptomele somatice au în spate o suferință psihologică și reprezintă un mijloc de comunicare, un strigăt după ajutor al pacientului, convertit însă în suferință somatică. Acest mecanism este foarte greu acceptat de pacient. Pacientul se prezintă la mai mulți medici pentru a-i fi „depistată boala”.

Debutul este de obicei sub 30 de ani, mai frecvent la femei.

Acuzele corporale sunt: multiple, variate, cu localizare imprecisă, persistente, cu oscilații de intensitate în timp.

Cele mai frecvente tipuri de localizări sunt:

- Gastro-intestinale: greață, vomă, balonare, diaree;
- Simptome algice: cefalee, durere toracică, abdominală, dureri la nivelul extremităților, dureri de spate;
- Sexuale: pierderea apetitului sexual, disfuncție erectilă sau ejaculatorie, cicluri neregulate, dismenoree;
- Neurologice: tulburări de echilibru, instabilitate, “nod în gât”, „piatră la stomac”, parestezii, senzații de arsură cutanată;
- Cardio-vasculare: palpitații, apăsare în piept.

Există o hiperexpresivitate, lamentație, cu dorința de atragere a atenției.

TULBURAREA HIPOCONDRIACĂ

Elementul central este reprezentat tot de acuze somatice (cu același mecanism ca și în tulburarea de somatizare), dar de data acesta:

- Acuzele somatice, deși imprecise, sunt interpretate ca semne ale unei „anumite” boli grave, care de obicei este denumită de pacient (infarct, cancer etc.);
- Există o preocupare persistentă pentru diagnosticarea bolii (repeți doctori, repetate examinări, analize);
- Pacientul este nemulțumit de rezultatele negative ale examinărilor medicale și se simte ofensat când este trimis la psihiatrie;
- Comportamentul este de atragere a atenției asupra suferinței sale.

Tulburarea de somatizare și tulburarea hipocondriacă:

- **Evoluție:** cronică, oscilantă.
- **Complicații:** abuz de medicamente și alcool, acutizări, depresie.
- **Diagnostic diferențial:** cu afecțiunile somatice; între ele (somatizare, hipocondriacă).
- **Tratament:** anxiolitice, antidepressive, psihoterapie.

TULBURAREA DISMORFOFOBICĂ

Este o preocupare excesivă asupra unui defect al corpului sau al feței imaginar sau o distorsiune exagerată a unui defect minimal.

Pacientul este cu marcată suferință subiectivă și solicită repetate intervenții chirurgicale reparatorii.

TULBURAREA CONVERSIV-DISOCIATIVĂ

Pulsiunea este o energie psihică concretizată într-o dorință, reprezentare (sexuală sau agresivă în sens larg și nu numai literar).

- Este diferită de instinct.
- Este consecința unei excitații venite fie din interiorul pacientului, fie din exterior.

SIMPTOMELE CONVERSIVE (tulburare conversivă), de obicei pseudoneurologice:

- Mutism
 - Cecitate (dar ocolește obiectele)
 - Disfagie
 - Afonie (dar cu tuse prezentă)
 - Surditate
 - Anestezii
 - Paretezii
 - Plegii
 - Tremor
 - Tulburări de echilibru
 - Crize pseudoepileptice (fără mușcarea limbii, emiterea de urină sau fecale).
- } fără să respecte teritoriile anatomice neurologice

SIMPTOME DISOCIATIVE (tulburare disociativă)

- Fugă disociativă
- Agitație psihomotorie
- Stare crepusculară (cu îngustarea câmpului de conștiință și acte automate)
- Amnezie
- Transă
- Personalitate multiplă
- Pseudodemență
- Pseudopuerilism

Diagnostic diferențial

1. Simularea conștientă
2. Boli neurologice (în funcție de simptome)
3. Boli organice (demențe)

Evoluție

= Este în relație cu persistența conflictelor și a stresului (pot reapărea ori de câte ori reapar conflictele).

Tratament: Anxiolitice, Antidepresive, Psihoterapie

TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

Boala debutează de obicei în adolescență sau la adultul tânăr, insidios.

Etiologic sunt incriminați:

- Neurotransmițătorii cerebrali: serotonina, dopamina
- Factori genetici
- Modificări neuroanatomice
- Factori comportamentali
- Experițe traumatizante timpurii
- Factori de personalitate

Tablou clinic

- Obsesii: gânduri, imagini (de cele mai multe ori cu caracter dezgustător, violent) intruzive, recurente, ce parazitează gândirea, iraționale, ce produc marcată suferință subiectivă, percepute ca fiind proprii, împotriva cărora pacienții încearcă să lupte, dar pe care nu le pot îndepărta.

- Ruminații: cugetări sterile fără finalitate.

- Impulsuri: tendință spre un act particular sau stânenitor (autoagresiv, heteroagresiv, sexual).

- Îndoială obsesivă

- Fobii obsesive (frici cu obiect care apar în afara situației fobogene)

- Compulsii (repetitive; stereotipe; excesive; luptă împotriva lor, dar nu se poate abține; determină marcată suferință) – sub forma de:

- o Activități mentale (numărat, repetarea unor cuvinte, numere periculoase/norocoase);

- Activități comportamentale (spălare, verificare, colecționare, ordonare, evitare, ritualuri).

Există forme clinice:

- Predominant obsesive
- Predominant compulsive
- Mixte

Evoluția este cronică, oscilantă, cu perioade de acutizare și remisiune (parțială, totală) și cu posibilă agravare.

Pot apărea **complicații**:

- Anxietate
- Depresie (suicid)
- Simptome psihotice (cu conținut extrem de bizar)
- Comorbiditate cu boala ticurilor

Tratament:

- Medicamentos:
 - Antidepresive (în special inhibitori ai recaptării serotoninei): Sertralină, Paroxetină, Excitalopram.
 - Anxiolitice
 - Hipnotice
 - Antipsihotice (neuroleptice) în formele grave
- Psihoterapie:
 - Psihoeducație
 - Terapie cognitiv-comportamentală

CURS 10

DEMENTELE

Demența – este o deteriorare a psihismului: globală, dobândită, progresivă, ireversibilă, ce afectează funcțiile cognitive, viața afectivă și comportamentul, ducând în final la complicații somatice și deces.

Debutul este de obicei insidios și numai rareori acut.

Descriere clinică generală:

1. Tulburări de memorie:
 - Tulburări de memorie cu deteriorare și inabilitate de a învăța lucruri noi (afectarea memoriei de scurtă durată).
 - Afectarea memoriei de lucru (dificultăți în realizarea simultană a mai multor sarcini, dificultăți de planificare, organizare).
 - Amnezie retrogradă ce interesează mai ales amintirile recente (uită nume, adrese, unde a pus lucrurile).
 - Amnezie anterogradă cu progresie spre trecut, cu ștergerea treptată din prezent spre trecut a achizițiilor mnezice.
2. Tulburări de atenție de focusare, concentrare, persistență.
3. Gândirea și vorbirea devin sărace, concrete, stereotipe (repetă amintirile vechi); cu progresarea bolii vorbirea poate deveni incoerentă. Uneori pot apărea deliruri, dar care sunt fragmentare.
4. Dezorientare în timp-spațiu-situație (foarte des se rătăcește)
5. În plan afectiv: labilitate, iritabilitate, depresie (mai ales în fazele inițiale, când este un element de diagnostic diferențial), tocire afectivă.
6. Modificări de comportament:
 - Scad interesul, preocuparea
 - Activitatea devine rigidă, stereotipă
 - Se pot accentua unele trăsături de personalitate (egocentrism, avariție)
 - Poate apărea colecționarismul

- Crize de agitație psihomotorie
- Dromomanie, vagabondaj
- 7. Simptome neurologice (diferite în funcție de tipul de demență)
- 8. Dificultăți de autoadministrare, autoîngrijire, în fazele avansate fiind nevoie de supraveghere permanentă.
- 9. Complicații somatice:
 - Cașexie, incontinență sfincteriană, dificultăți de alimentare, deces.

Diagnostic diferențial

1. Delirium: debut acut, evoluție fluctuantă, durată scurtă, afectarea vigilenței.
2. Depresie – în fazele inițiale.
3. Între diferitele forme de demență

Clasificare în funcție de etiologie:

1. D. degenerative
 - D. Alzheimer
 - D. din boala Parkinson
2. D. vasculare (în bolile cerebro-vasculare)
3. D. induse de alcool și droguri
4. D. posttraumatism cerebral
5. D. din tumorile cerebrale
6. D. din bolile infecțioase (SIDA)
7. D. din bolile endocrine (hipotiroidism)

DEMENȚA ALZHEIMER

Câteva particularități:

- Histopatologic, este o boală degenerativă (plăci senile, degenerare granulo-vacuolară, ghemuri de neurofibrile).
- Anatomic: inițial este afectat hipocampusul, apoi cortexul temporal și apoi, în evoluție, cortexul frontal și parietal (și occipital uneori).

- Alterarea transmisiei colinergice.
- Implicarea factorilor genetici.
- Posibil infecție cu virus lent, procese autoimune.
- Există semne neurologice: afazie, apraxie, agnozie.
- Diagnosticul este susținut:
 - o Imagistic: creier în miez de nucă, dilatarea șanțurilor și a ventriculilor cerebrali, atrofie cerebrală progresivă.
 - o Teste psihologice: MINI MENTAL STATE EXAMINATION.
- Există boală cu debut
 - Precoce – sub 65 ani
 - Tardiv – după 65 ani
- Boala evoluează de la un deficit mic spre moderat și sever, pe o pantă cu accentuare progresivă.

Tratament:

- a) Medicamentos :
 - anticolinesterazice (cresc cantitatea de acetilcolină):
 - ex. Rivastigmină, Donepezil, Galantamină
 - Memantina
 - Nootrope (Piracetam, Encephabol, Cerebrolyzin)
 - Antioxidanți (Ginko Biloba)
- b) Trainingul abilităților cognitive
- c) Îngrijire – cât este posibil la domiciliu și ulterior în instituții specializate.

DEMENTA VASCULARĂ

Câteva particularități:

- Debut acut, uneori după un accident vascular cerebral masiv
- Alteori debut lent, dar cu agravare și evoluție în trepte
- Intensitatea simptomelor este fluctuantă

- Deficite cognitive în sectoare (inițial cu conservarea personalității)
- Semne neurologice de focar: piramidal, extrapiramidal, pseudobulbar (embol emoțional – labilitate afectivă)
- Antecedente de boală vasculară (AVC, HTA)
- Investigații imagistice cerebrale:
 - Imagini hipodense (ischemice)
 - Imagini hiperdense (hemoragie)
- Clasificare:
 - Demența multi-infarct (infarcte multiple corticale produse de emboli, trombi proveniți din plăci ateromatoase; istorie și semne clinice de AVC)
 - Demența subcorticală – leziuni situate în substanța albă profund; istorie de HTA.
 - Demența mixtă cortico-subcorticală

Tratament:

- Antihipertensiv
 - Antilipidic
 - Vasodilatator cerebral
 - Trofic cerebral
- + Îngrijire

CURS 11

ALCOOLISMUL

Există mai multe **tipuri de consum de alcool**:

1. Consumul experimental
2. Consumul integrat social
3. Consumul abuziv-nociv pentru sănătate
4. Consumul cronic cu dependență (etilism cronic maladiv)

Etiopatogenie:

Cei mai importanți factori incriminați sunt:

1. Factori genetici
 - Studii pe gemeni arată un risc crescut la gemenii monoziгоți față de cei dizigoți
 - Studiile familiale arată o aglutinare a rudelor consumatoare în anumite familii
 - Băieții tatălui consumator au risc mai mare de a face boala decât fetele
 - Studii pe adopție implică foarte mult și importanța aspectului educației
2. Factori biochimici (deficit de acetaldehid dehidrogenaza)
3. Personalități predispușe
 - Dependentă, anxios-evitantă, instabil emoțională, antisocială.
4. Conflicte și atmosferă familială disfuncțională (soție dominatoare)
5. Anturaj consumator la persoane vulnerabile

INTOXICAȚIA ALCOOLICĂ ACUTĂ

Poate apărea accidental, la consumatori habituali sau la consumatori dependenți.

Tabloul clinic este stadial, în funcție de gradul de alcoolemie: dezinhibiție, logoree, tulburări de echilibru, vorbire dificilă, mers ebrios, confuzie, somn, comă.

BETIA PATOLOGICĂ

Apare la persoane cu microleziuni cerebrale (deseori după traumatisme craniene).

La cantități mici de alcool consumat apare o stare crepusculară cu mare potențial agresiv și amnezie lacunară a episodului.

DEPENDENȚA ALCOOLICĂ

- Consum cronic de alcool, în cantități variabile, pe perioade lungi.
- Persoana pierde controlul asupra cantității ingerate
- Utilizarea majorității timpului pentru a procura alcool
- Consumă alcool în ciuda problemelor nocive asupra sănătății și în ciuda problemelor produse de alcool în cadrul familiei, la locul de muncă. De obicei atribuie aceste probleme altor cauze.
- Consumul de alcool devine prioritar față de alte lucruri, situații ce ar trebui luate în calcul ca priorități necesare.
- Consumul de alcool este sursă de plăcere.
- Apare toleranța (în timp, pentru același efect dorit, trebuie să consume o cantitate mai mare de alcool) – ulterior toleranța poate să scadă.
- La oprirea bruscă apare sevrăjul.
- După o perioadă de abținere, reluarea consumului de alcool face să reapară dependența.

Consumul constant, îndelungat de alcool, cu dependență, determină ETILISMUL CRONIC MALADIV.

La persoana cu etilism cronic maladiv se analizează:

- Modalitatea de consum
 - o Continuu
 - o Intermitent – de tip dipsoman.
- Durata de timp
- Cantitatea consumată zilnic
- Tipul de băutură

- Dacă consumă singur sau în grup

SEVRAJUL ALCOOLIC

Apare la oprirea bruscă a consumului de alcool la o persoană cu dependență etanolică.

Tabloul clinic inițial se caracterizează prin: neliniște psihomotorie, anxietate (chiar atacuri de panică), insomnie, incapacitatea de a duce un lucru la bun sfârșit, transpirații, tremurături.

Uneori poate să apară o criză comițială inaugurală.

Sevrăjul netratat duce la apariția unei complicații severe și anume:

DELIRIUM TREMENS (Stare confuzională gravă)

Clinic se caracterizează prin:

- Denivelarea câmpului actual de conștiință cu modificarea vigilității.
- Dezorientarea temporo-spațială, situațională, adesea cu false recunoașteri.
- Scăderea capacității de concentrare și persistență a atenției.
- Afectarea memoriei imediate și de scurtă durată, cu amnezie lacunară a episodului.
- Gândire haotică, cu vorbire incoerentă.
- Halucinații predominant vizuale și cutanate (animale mici ce se urcă pe corp), dar și scenico-panoramice.
- Neliniște, agitație psihomotorie
- Inversarea ritmului somn-veghe
- Evoluție fluctuantă
- Accentuare vespérală
- Tremurături generalizate
- Transpirații masive
- Vărsături
- Oscilații tensionale, tahicardie, aritmii
- Febră
- Deshidratare

- Tulburări acido-bazice, hidro-electrolitice.
- Crize comițiale
- Comă – deces

Tratamentul sevrajului

Hidratare per os

Vitamine B₁, B₆ per os

Anxiolitice: Meprobamat

Anticonvulsivante: Carbamazepină

Tratamentul Deliriumului tremens

Hidratare în perfuzii (glucoză, ser fiziologic – atenție la HTA, DZ)

Corectarea dezechilibrelor electrolitic și acido-bazic

Vitamine B₁, B₆ injectabil

Anxiolitice: Diazepam injectabil

Anticonvulsivante: Tiapridal injectabil

Antipsihotice: Haloperidol

Monitorizare: puls, TA, EKG, glicemie, probe hepatice, diureză.

COMPLICAȚIILE ETILISMULUI CRONIC MALADIV

Somatice:

- Gastro-intestinale (gastrită, enterită, sindrom de malabsorbție).
- Pancreatită
- Steatoză hepatică
- Hepatită alcoolică
- Ciroză hepatică
- Cardio-vasculare

Neurologice:

- Simptome cerebeloase
- Polinevrită
- Sindrom Korsakov
- Crize comițiale

Psihiatrice:

- Sevraj complicat cu delirium tremens
- Depresie cu risc suicidar
- Anxietate
- Tulburare delirantă (delir de gelozie)
- Demență

Sociale, profesionale, familiale, penale:

- Pierderea locului de muncă
- Separare – divorț
- Pierderea prietenilor anteriori (înlocuirea cu prietenii de pahar)
- Comportament antisocial (agresivitate, furt, accidente de circulație, crime)
- Degradarea globală
- Mari dificultăți financiare

MANAGEMENTUL BOLNAVULUI ALCOOLIC

Impune evaluarea stadiului în care se află:

1. Tratamentul de dezintoxicare – în spital se axează pe tratamentul sevrajului și al deliriumului tremens.

2. Tratamentul aversiv cu DISULFIRAM (are ca scop condiționarea negativă la alcool) – a se lua în calcul riscurile și beneficiile (asocierea alcool + disulfiram poate duce la deces).

3. Tratament simptomatic

- Anxiolitice – ATENȚIE, RISC DE DEPENDENȚĂ
- Antidepresive – Coaxil
- Hipnotice
- Tratamentul afecțiunilor somatice (hepatotrofice, trofice cerebrale).

4. Tratament psihoterapeutic

- Motivație pentru abținere !!!
- Logoterapie (găsirea unor alte soluții la problemele de viață).
- Terapia cognitiv-comportamentală
- Terapie suportivă individuală sau de grup

- ALCOOLICI ANONIMI!!!

- Terapie familială

Tratamentul este de durată, complex, făcut de echipe multidisciplinare.

Dezideratul este obținerea și menținerea abstinentei.

De-a lungul timpului sunt posibile recăderi (reluarea consumului) ce impun aceeași atitudine terapeutică complexă.

CURSURI 12-13

TOXICOMANII

Toxicomania este o stare fizică și psihică rezultată din consumul unui medicament (deturnat de la utilizarea lui terapeutică), drog ilicit sau altă substanță pentru care nu există interdicție ilicită (cafea, nicotină), caracterizată prin modificări comportamentale și prin alte reacții (întotdeauna și prin pulsivitatea de a consuma substanța respectivă).

- Obișnuința – dependența psihică – dependența psihologică este impulsivitatea de a consuma cu scopul de a obține plăcere sau de a anula o tensiune intrapsihică; ea poate avea efecte negative asupra individului.
- Dependența fizică – corespunde unor necesități a organismului de a consuma drogul, în vederea asigurării unui eventual echilibru.
 - dă fenomene de impregnare cronică;
 - toleranță (necesitatea de a crește cantitatea pentru a obține aceleași efecte dorite);
 - sevraj (la abținere);
 - efecte negative asupra individului, familiei, societății.

Epidemiologie

- greu de recoltat date;
- grup de risc – copii, adolescenți.

Cauze

- disponibilitatea drogului;
- personalitatea vulnerabilă: imaturitate, fragilitate, slăbiciunea eului, viață condusă după principiul plăcerii, afirmare narcisică, negăsirea unor soluții pentru rezolvarea conflictelor (evadare);
- obiceiuri sociale (contagiunea);

Ce apare caracteristic?

- consum abuziv pe o perioadă lungă de timp;
- dorință persistentă de consum;

- incapacitate de a controla consumul;
- supune celelalte plăceri, dorințe și activități procurării și consumului drogului;
- consum continuu, indiferent de complicațiile somatice;
- comportament maladaptativ socio-familial-profesional;
- fenomene de toleranță;
- riscul de sevraj caracteristic substanțelor respective.

Substanțe:

1. OPIOIZII

ADMINISTRARE

OPIUL: ingerat, fumat

MORFINA: ingerată, injectată

HEROINA: injectată (shoot), fumată, prizată

Heroina pură e o pulbere albă cu gust amar, frecvent este amestecată cu chinină, stricnină, glucoză, talc, făină, bicarbonat și devine colorată. !risc de reacție anafilactică

SPEED BALL(dublu flash): injectarea unui amestec de opiacee cu cocaină sau amfetamină.

HEROINA – INTOXICAȚIE

INTOXICAȚIA :PSIHIC	INTOXICAȚIA:SOMATIC
EUFORIE	ANALGEZIE
CU SEDARE (FERICIRE PASIVĂ)	BRADICARDIE,
APATIE, detașare de lumea exterioară,	DEPRESIE RESPIRATORIE
distractibilitate	ȘI A REFLEXULUI DE TUSE
Sentimente de pace, uitare	CONSTIPAȚIE
Injecția iv produce o senzație intensă de plăcere	GREAȚĂ, VĂRSĂTURI
asociată cu căldură (flash), comparată adesea cu	VASODILATAȚIE PERIFERICĂ (cu senzație de
orgasmul	căldură, furnicături, transpirație)
	MIOZĂ

INTOXICAȚIA SEVERĂ: OBNUBILARE, COMĂ MIOZĂ DEPRESIE RESPIRATORIE COLAPS	TRATAMENTUL INTOXICAȚIEI Cu antagoniști: NALORFINA NALOXON NALTREXONA
--	--

REAȚIA DE SEVRAJ

OPIOIZII dau TOLERANȚĂ, DEPENDENȚĂ PSIHICĂ ȘI BIOLOGICĂ	E importantă durata de acțiune a preparatelor: PENTAZOCINA 2-3 ore MEPERIDINA 2-3 ore HEROINA ȘI CODEINA 3-4 ore MORFINA 3-4 ore METHADONA 12-24 ore
Sevrăjul la heroină apare la 8-10 ore de la ultima priză: CRAMPE ABDOMINALE, MIALGII ÎN MEMBRE RINOREE, LACRIMAȚIE, DIAREE, TRANSPIRAȚII, GREAȚĂ, FEBRĂ MIDRIAZĂ, PILOERECȚIE ANXIETATE, INSOMNIE, AGITAȚIE, NEVOIA DE DROG	TRATAMENT Reechilibrare hidro-electrolitică, Tranchilizante injectabile, neuroleptice, analgice non morfinice Substituție cu Methadonă

2. CANNABIS

Mod de utilizare:

INHALARE: efectul se instalează rapid (după câteva minute și durează câteva ore)

Țigară: cannabis amestecat cu tutun sau cocaină (JOINT)

Pipă specială

INGESTIE: efectul este mai întârziat (3 ore) și mai slab

Dulciuri

Băuturi

- Efectul se realizează prin intermediul neuronilor GABA
- Există un analog endogen: ANANDAMIDA (ananda= fericire)
- Dă dependență psihică și toleranță instalată lent. E considerat drog slab, dar este, totodată, poarta de trecere spre droguri mai puternice
- Se poate doza în urină

INTOXICAȚIE ACUTĂ	SOMATIC Conjunctive injectate Tahicardie Foame (hipoglicemie) Uscăciunea gurii Hipotermie Hipotensiune	PSIHIC Beția canabică Delirium toxic Psihoză paranoidă Anxietate (horror trip)
INTOXICAȚIE CRONICĂ	Atrofie cerebrală Deprimarea spermatogenezei BPCO, cancer bronho-pulmonar	Sindrom amotivațional: apatie, dezinteres Încetinire intelectuală Afectarea memoriei

BEȚIA CANABICĂ

I	EXCITAȚIE EUFORICĂ	Euforie Expansivitate Logoree
---	--------------------	-------------------------------------

II	EXALTARE SENZORIALĂ ȘI AFECTIVĂ	Hiperestezie senzorială Hiperemotivitate, ilaritate, impulsivitate, agresivitate
III	EXTAZ liniștit	Distorsiuni perceptivă în timp și spațiu Halucinații
IV	SOMN	

Efectele depind de așteptările consumatorului de drog, dar și de mediu (set and setting).

3. COCAINA

CLORHIDRAT DE COCAINĂ (COKE, ZĂPADĂ)	<p>Pudră care se prizează</p> <p>Efect rapid 15-60 min</p> <p>Durata 4-6 ore</p> <p>Se dizolvă și se administrează ca băutură revigorantă sau se</p> <p>Injectează iv (flash): cocaină cu heroină iv – speedball</p> <p>Pudra se poate aplica pe mucoase</p>
ALCALOID DE COCAINĂ FREEBASE (cocaină clorhidrat cu alcalii și eter) CRACK (cocaină clorhidrat cu bicarbonat de sodiu, amoniac și apă)	Se fumează în pipe sau în țigarete de marijuana

FORME DE PREZENTARE

INTOXICAȚIA ACUTĂ	PSIHIC Euforie activă Insomnie Apetit redus Energie crescută Încredere în sine Logoree Anxietate Delirium toxic	SOMATIC Midriază HTA +/-AVC Aritmii +/-IMA Febră Transpirații Convulsii Greață Prurit și leziuni de grataj
INTOXICAȚIA CRONICĂ	Apatie sau violență Psihoză cocainică (halucinații vizuale, tactile, paranoide)	Cașexie Perforații ale mucoasei nazale Emfizem pulmonar
Efectul euforizant (high) DUREAZĂ PUȚIN și este urmat de o senzație de iritabilitate care împinge cocainomanul să continue consumul până la epuizarea sa sau a stocului. După aceea se instalează CRASH-UL cu depresie, foame, oboseală, anxietate și o dorință chinuitoare de a-și procura drogul (dependența psihologică, craving-ul)		

4. AMFETAMINELE

AMFETAMINELE CLASICE stimulează eliberarea dopaminei:

LEVOAMFETAMINA

DEXTROAMFETAMINA

METHAMFETAMINA

METILFENIDAT (RITALINA)

AMFETAMINE DESIGNER stimulează eliberarea dopaminei, noradrenalinei și serotoninei, combinând efectele amfetaminelor clasice cu cele ale halucinogenelor

MDMA (ECSTASY, ADAM)

MDEA (EVE)

MDA

DOM

UTILIZARE

<p>UTILIZATORI:</p> <ul style="list-style-type: none">Studenti înainte examenelorOameni de afaceri surmenațiSportivi înainte competițiilorSoldați în marșurile lungiȘoferii de cursă lungă pentru a combate somnulFemei pentru a slăbi	<p>Căile de administrare.</p> <ul style="list-style-type: none">Oral (efect după o oră și durează 6 ore)IV shootingIMInhalareFumat (durată ore)-ICE
<p>UTILIZAREA ÎN MEDICINĂ</p> <ul style="list-style-type: none">Decongestionare nazală (methamfetamina)NarcolepsieSindrom hiperkineticDepresii rezistente la tratament	<p>Toxicomanii la amfetamine sunt denumiți speedfreaks (monștri vitezei)</p>

INTOXICAȚIA ACUTĂ	PSIHIC Euforie Excitație Dispariția foamei, oboselii, somnului Creșterea pragului durerii Stimă de sine crescută Anxietate	SOMATIC Tahicardie Polipnee HTA Hipertermie Scădere ponderală Midriază Valuri de căldură, frisoane
	PSIHOZA AMFETAMINICĂ (1-3 zile) Halucinații vizuale și tactile Efect PARANOIA Idei de urmărire, halucinații auditive	ÎN CAZURILE SEVERE: Fibrilație ventriculară Convulsii Crize HTA cu AVC Sau insuficiență cardiacă cefalee

RUN = utilizarea în permanență în doze de până la 10 injecții pe zi mai multe zile/săptămâni după care urmează CRASH-UL:

DEPRESIE, IRITABILITATE
OBOSEALĂ
HIPERSOMNIE
FOAME

Pentru a scăpa de depresie se asociază HIPNONTICE

Depresia se poate complica cu SUICID

5. HALUCINOGENELE

- psihedelice: produc senzația de expansiune a minții
- psihodisleptice: perturbă mintea
- psihotomimetice: mimează psihoza

AMANITA MUSCARIA –Afganistan

PSILOCYBINA-utilizată de mayași

MESCALINA –utilizată de azteci

ATROPA BELLADONNA

LSD dietilamida acidului lisergic (sintetizat în 1938 de dr. Hoffmann)

<p>EXPERIENȚA PSIHEDELICĂ</p> <p>Faza I (2 ore)</p> <ul style="list-style-type: none">RelaxareEuforieSociabilitateLuciditateEfecte somatice simpaticomimetice <p>Faza II (2 ore)</p> <p>distorsiuni perceptiv: iluzii vizuale geometrice, sinestezii</p>	<p>BAD TRIP</p> <p>Experiență asemănătoare cu atacul de panică</p> <p>Uneori se asociază halucinațiile și delirul</p>
<p>Faza III</p> <ul style="list-style-type: none">perceperea distorsionată a timpuluiSentiment de dedublare, de decorporare, depersonalizareSentimentul de capacități deosebite,disoluția eu-lui într-un extaz mistic,Perceperea organelor interne, retrăirea unor evenimente foarte îndepărtatePsihoză paranoidă, delirium	<p>FREETRIP (FLASH BACK)</p> <p>Recurențe spontane și tranzitorii ale experienței psihedelice (secunde, minute) care apar mult după ce drogul a fost eliminat din organism</p>

7. BARBITURICELE

INTOXICAȚIE Beția barbiturică: Dezinhibiție psihomotorie Logoree Labilitate emoțională Iritabilitate, agresivitate Ataxie, dizartrie Tulburări de atenție și memorie Comă cu depresie respiratorie	SEVRAJ Brutal cu risc vital: Anxietate, iritabilitate Tahicardie, transpirații Oscilații tensionale Greață Delirium Mioclonii, criză grand mal
Frecvent toxicomania la barbiturice se asociază cu abuzul de tranchilizante, alcool, amfetamine și reprezintă o complicație a pacienților anxioși care caută refugiu în somn	Sindrom deficitar Apatie Astenie Lentoare Sărăcire intelectuală

FAZELE CONSUMULUI DE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE(DROGURI)

Crește frecvența utilizării sau cantitatea drogului Toleranța crește	Utilizare de tip binge Pierde controlul asupra consumului de drog	Utilizare continuă a drogului sau substitutelor Toleranța scade
Utilizarea pentru a se simți mai bine sau a scăpa de anxietate	Utilizare pentru a nu se simți rău (reacție de sevraj)	Utilizare pentru a nu se simți rău (reacția de sevraj)
Intoxicații episodice	Infecții respiratorii, cutanate, supradoze	Supradoze, suicid, septicemii, afectare organică
Caută ocazii pentru a consuma drogul	Renunță la activități nelegate de consumul de drog: biserică, teatru, hobby-uri	Planifică activitatea zilnică în funcție de consumul de drog
Conflicte la serviciu	Randament scăzut, concediere	Muncitor cu ziua, șomer
Accidente de muncă, circulație	Datorii	Tâlhării, prostituție
Cheltuiește fondurile familiei Mai multe locuri de muncă pentru a face rost de bani	Cheltuiește 1/4-1/2 din venit pe achiziționarea drogului	Cheltuiește majoritatea venitului pe drog
Neglijază familia, caută societatea consumatorilor	Se mută dintr-un loc în altul	Trăiește singur în medii sărace și insalubre
Prognostic bun: 60-80 %	40-60%	10-20%

TRATAMENT

OBIECTIVE:

SEVRAJ: treptat în cazul benzodiazepinelor și barbituricelor

Se utilizează preparatele utilizate de toxicoman în cazul tranchilizantelor și hipnoticelor sau înrudite (methadonă în cazul morfinei și heroinei). Inițial ½ din doza bănuită, apoi scădere treptată

Asociere de neuroleptice sedative sau antidepresive anxiolitice (nu dau dependență) și măsuri de reechilibrare hidro-electrolitică

POSTCURĂ în servicii specializate, psihoterapie individuală, de grup

Toxicomanul se prezintă rar din proprie inițiativă:

- când nu se mai descurcă financiar și trebuie să-și scadă dozele
- când este cu adevărat motivat

BILANȚ:

- substanța sau substanțele utilizate (frecvent politoxicomanie) și în ce doze (rar toxicomanul recunoaște dozele adevărate).

Se obțin informații și de la aparținători.

- bilanț somatic

CURS 14

TULBURĂRILE PSIHICE ÎN PERIOADA SARCINII ȘI TULBURĂRI ALE POST-PARTUM-ULUI

TULBURĂRI PSIHICE ÎN PERIOADA SARCINII

Perioada sarcinii este o stare specială în viața oricărei femei; ea necesită o pregătire pentru funcția de părinte, pentru acest rol nou – cel maternal. Implicațiile sunt și la nivelul cuplului, deoarece necesită capacitatea de adaptare la noi cerințe de funcționare, cu nevoi diferite și rearanjarea priorităților.

1. Tulburări psihopatologice predominant anxioase

- de obicei sunt minime și tranzitorii;
- se constată:
 - labilitate emoțională
 - anxietate generalizată
 - disforie
 - dependență afectivă și nevoie de protecție
 - rumații pe teme existențiale
 - insomnie
 - tulburări ale apetitului alimentar
- se indică psihoterapie suportivă.

2. Tulburări psihotice acute

- sunt puțin frecvente, deoarece sarcina are un rol „protector”;

Clinic: delir, halucinații cu caracter polimorf, variabil;

Terapie:

- în primul trimestru, pe cât se poate, se evită medicația psihotropă;
- trimestrele doi și trei: anxiolitice, neuroleptice (olanzapină).

3. Depresia

- apare mai frecvent în primul trimestru de sarcină;
- se pot identifica de obicei evenimente stresante de viață (conflicte în familie, sarcină nedorită, sarcină sau naștere cu probleme în antecedente);

Clinic: plâns facil, tristețe, rumații pe teme existențiale, neîncredere în sine, sentiment de insuficiență, autodeprecieri, insomnie.

- uneori intensitatea poate să fie cea a unui episod depresiv sever, unde pot exista idei suicidare;

Terapie: anxiolitice și antidepresive (atenție la trimestrul I).

4. Accentuarea unei patologii psihotice preexistente

TULBURĂRI PSIHICE ALE POST-PARTUM-ULUI

1. Post-partum blues (baby-blues, sindromul cele de-a 3-a zi)

- sunt tulburări de durată scurtă (sub o săptămână), ce apar concomitent cu lactația;
- ca și factori de risc se decelează:

- antecedente personale și familiale de depresie
- istorie personală de sindrom premenstrual

Clinic:

- labilitate afectivă (plâns facil)
- neliniște intrapsihică
- neliniște motorie
- anxietate
- astenie
- iritabilitate
- disforie
- sentiment de insuficiență, neîncredere, tristețe

- rumații, problematizări multiple pe tema viitorului apropiat
- îngrijorare.
- durata este scurtă, cu remisiune completă a simptomelor în cele mai multe cazuri.
- rar poate să evolueze spre depresie post-partum sau psihoză puerperală

Tratament: psihoterapie suportivă.

2. Depresia post-partum

Survine la 2-8 săptămâni după naștere.

Ca factori de risc se citează: antecedente psihiatrice de depresie, complicații obstetricale, evenimente stresante de viață, personalități particulare.

Clinic se decelează:

- plâns facil și labilitate afectivă
- iritabilitate
- alte semne caracteristice depresiei
- atenție la depistarea ideilor suicidare (care sunt frecvent prezente)
- impulsuri heteroagresive (copil)
- teama de a nu face rău copilului.

Durata de evoluție este de câteva luni.

Există risc crescut de recidivă (la următoarele nașteri) și de evoluție spre cronicizare.

Patologia afectează relația mamă-copil și pot apărea perturbări în dezvoltarea psihologică a copilului.

Tratament:

- de obicei, ablactare
- antidepressive (ca tratament acut, dar și de întreținere)
- psihoterapie.

3. Melancolia delirantă

Este o depresie severă, cu anxietate marcată, agitație psihomotorie, tematică delirantă ce se concentrează pe mamă și copil (incapacitate, lipsă de demnitate, moarte, ruină, autoacuzare, persecuție). Există risc de suicid și infanticid.

Tratamentul este cu neuroleptice și antidepresive.

4. Psihoza puerperală

Apare la 2-3 săptămâni după naștere.

Factori de risc: antecedente personale și familiale de depresie, psihoză, primiparitate, complicații obstetricale perinatale.

Debutul bolii este de obicei cu: insomnie, coșmaruri, anxietate, oscilații afective, comportament bizar.

Tabloul clinic în faza de stare este dominat de:

- deliruri centrate pe copil
- perplexitate
- fluctuații ale dispoziției
- insomnie
- risc de suicid și infanticid
- neliniște psihomotorie
- comportament motivat delirant
- depersonalizare (senzația că nu mai sunt „eu”)
- derealizare (necunoașterea realității ca familiară, sentiment de ireal, straniu, îndepărtat).

Evoluția este de obicei favorabilă, dar cu risc de recădere în cursul altei sarcini. Uneori, poate evolua spre schizofrenie sau tulburare bipolară.

Tratament:

- obligatoriu spitalizare
- separarea precoce de copil

- antipsihotice (atipice) după ablactare
- psihoterapie, consiliere
- continuarea tratamentului de întreținere, cu control în ambulatorul de specialitate.

Diagnosticul diferențial se face cu: infecțiile post-partum, retenția placentară, recăderea unor boli psihice existente anterior.

5. Episodul maniacal post-partum

Este mai rar, tabloul clinic fiind cel al unui episod maniacal obișnuit, dar cu tematică delirantă frecvent centrată pe copil. Uneori, tabloul clinic poate mixta și elemente depresive.