

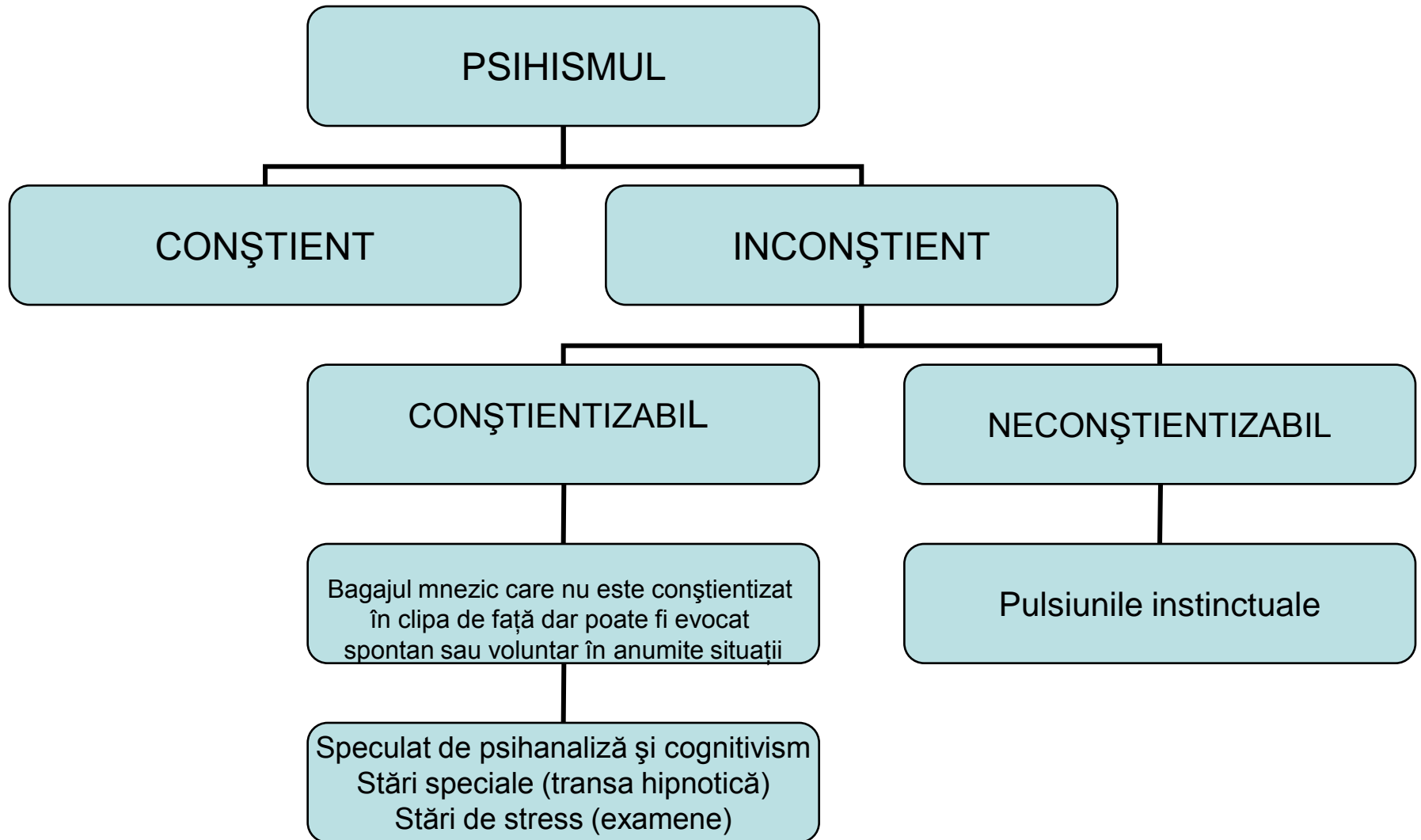
# CURS DE PSIHIATRIE ANUL VI MG

Prof. dr. Pompilia Dehelean

Şef. Lucr. Dr. Liana Dehelean

Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor  
Babeş” Timișoara

# PSIHISMUL UMAN



# PSIHISMUL CONȘTIENT

CONȘTIINȚA =

1. VIGILITATE, CONȘTIENȚĂ, STARE DE TREZIRE
2. MORALĂ
3. DE SINE ca și poziție socială
4. BOLII (INSIGHT)

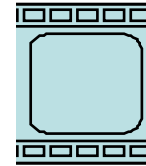
# PSIHISMUL CONȘTIENT

- Se realizează în condițiile stării de vigilitate

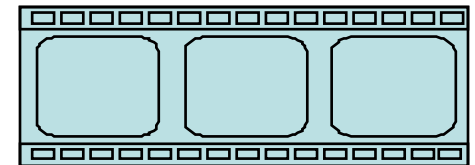
Are două dimensiuni

SINCRONĂ sau  
TRANSVERSALĂ

DIACRONĂ SAU  
LONGITUDINALĂ



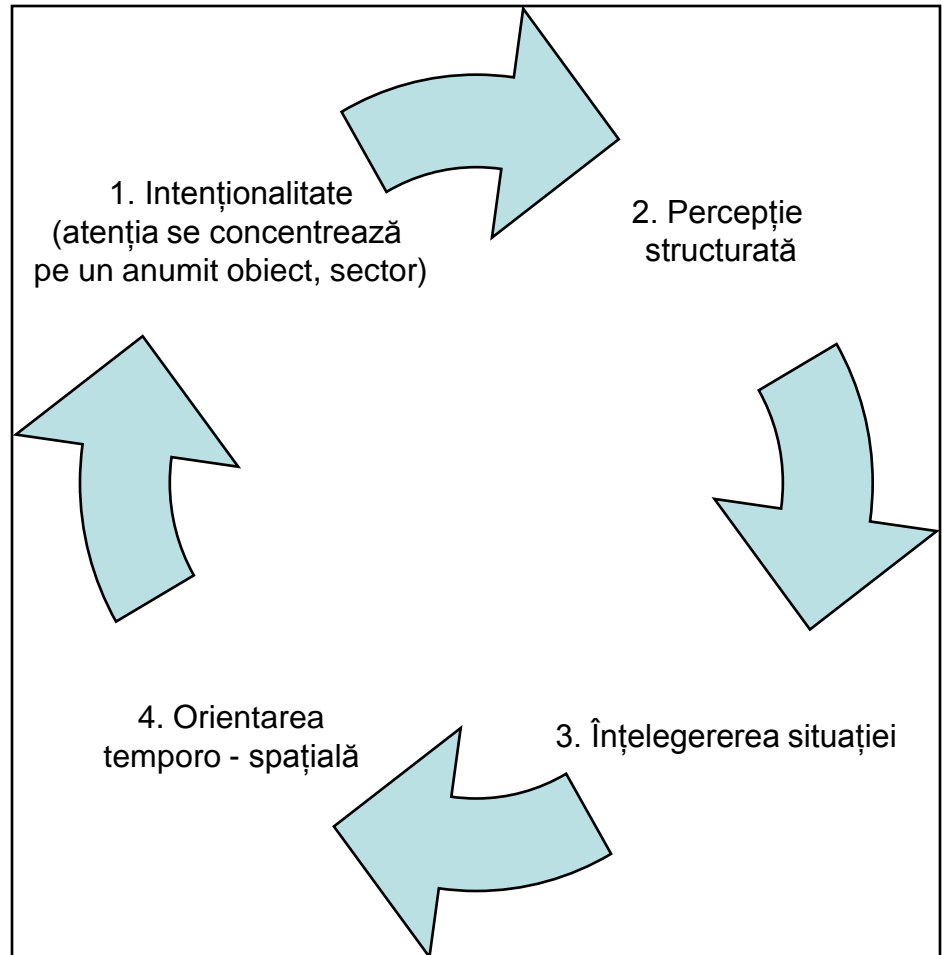
= Câmpul actual de  
conștiință (c.a.c)



= Succesiunea (în timp) de c.a.c cu conținut diferit

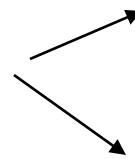
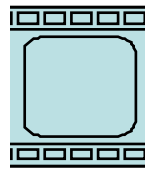
# CÂMPUL ACTUAL DE CONȘTIINȚĂ

- Are mai multe  
atribute

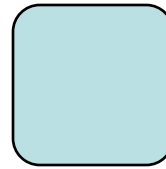


# CÂMPUL ACTUAL DE CONȘTIINȚĂ

- Are un anumit conținut (mai mult sau mai puțin bogat ) = aria c.a.c

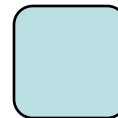
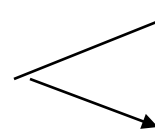
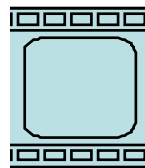


Câmp de conștiință îngustat  
( ex: starea crepusculară)



Expansiunea câmpului  
de conștiință ( ex:  
experiența psihedelică)

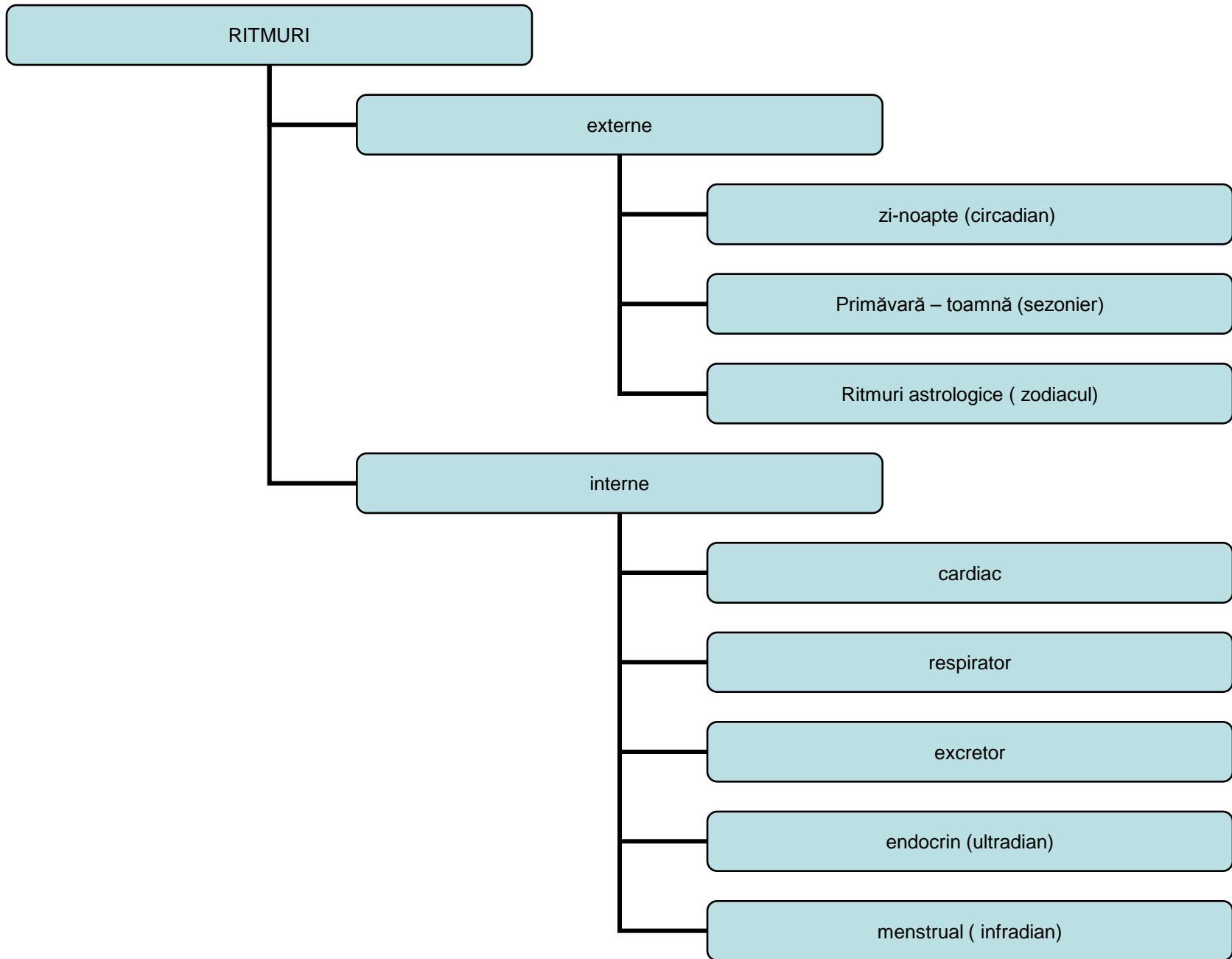
- Are un grad/nivel de claritate



Câmp de conștiință clar



Câmp de conștiință denivelat  
( ex: obnubilarea)

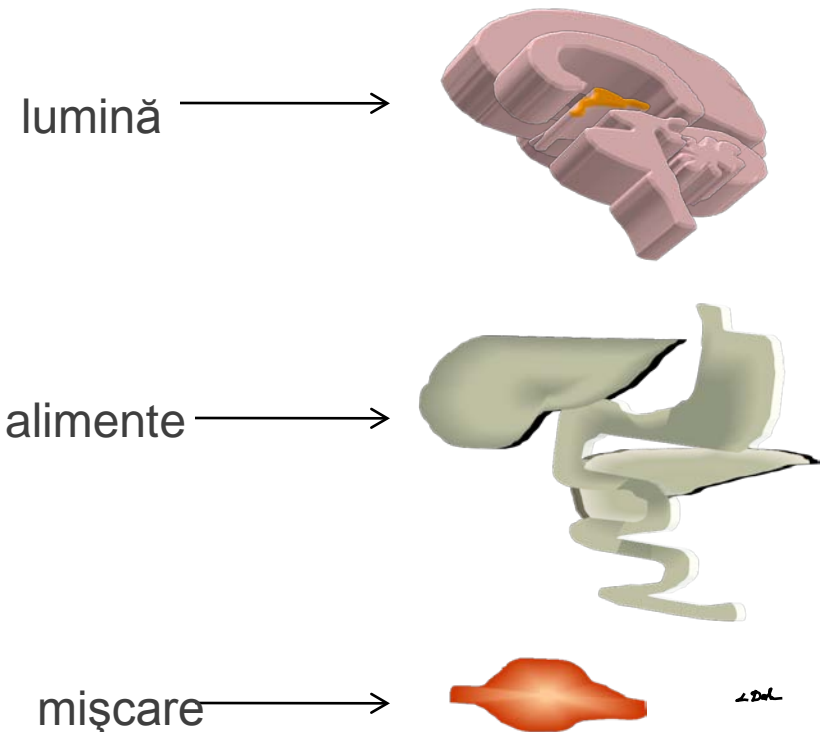


# BIORITMURILE

- CICLUL ULTRADIAN (sub 24 ore) : 30 min – 20 ore  
ex. Ciclul somn NONREM – SOMN REM
- CICLUL CIRCADIAN (în jur de 24 ore) : 20 – 28 ore  
ex. Ciclul SOMN - VEGHE
- CICLUL INFRADIAN (peste 24 ore): 28 ore – 2,5 zile  
ex. Ciclul menstrual

# RITMURILE BIOLOGICE

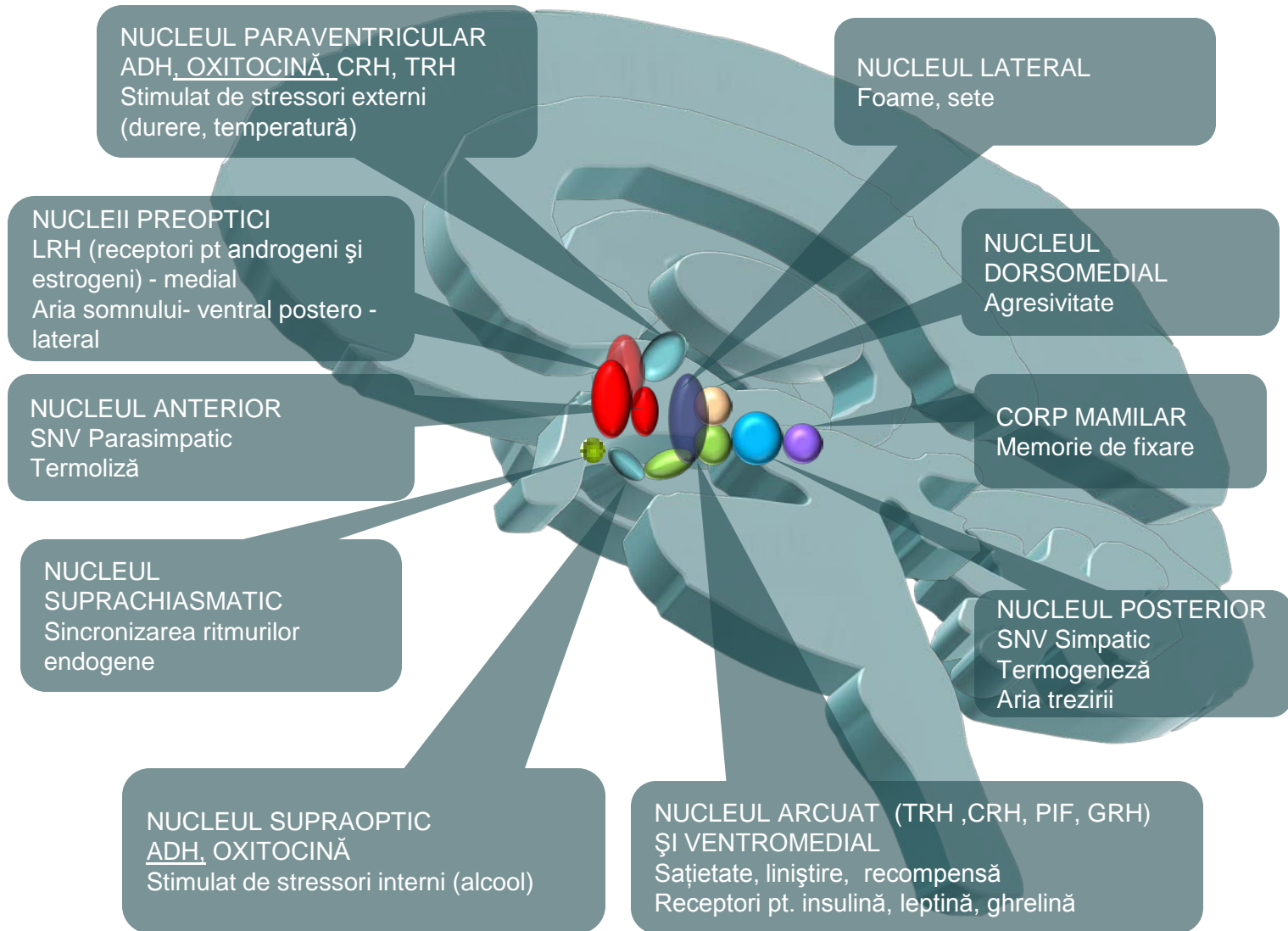
- De ex: somn-veghe, secrețiile hormonale, oscilațiile termice, oscilațiile TA
- Își au originea în activitatea "orologiilor interne" situate în diverse organe și coordonate de NUCLEUL SUPRACHIASMATIC AL HIPOTALAMUSULUI
- Trebuie sincronizate atât între ele cât și cu modificările mediului ambiant. Acest lucru se realizează prin intermediul SINCROIZATORILOR (variații repetitive ale intensității luminoase, alimentația, mișcarea)



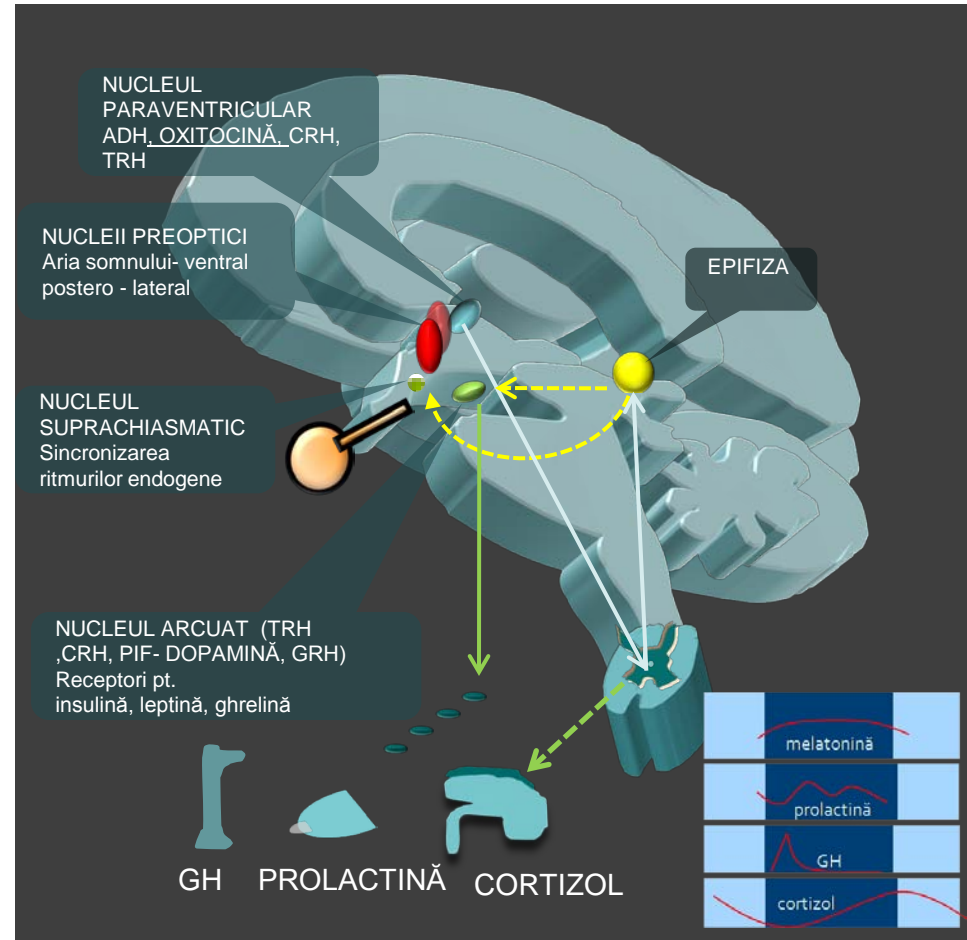
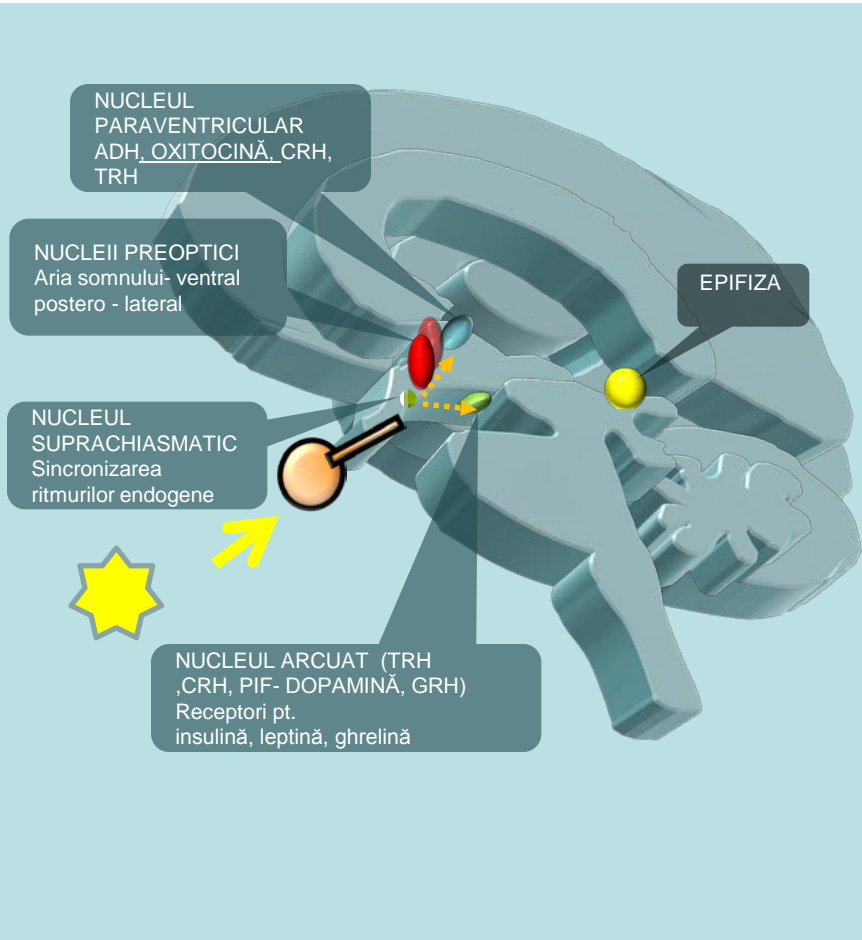
# RITMURILE BIOLOGICHE



# HIPOTALAMUSUL: NUCLEI



# NUCLEUL SUPRACHIASMATIC și COORDONAREA RITMURILOR ENDOGENE



# SOMNUL ȘI TULBURĂRILE DE SOMN

Abolirea c.a.c

```
graph TD; A[Abolirea c.a.c] --- B[În normalitate: SOMNUL]; A --- C[Patologic (prin accidente în timpul stării de veghe): COMA];
```

În normalitate: SOMNUL

Patologic (prin accidente  
în timpul stării de veghe): COMA

# SOMNUL

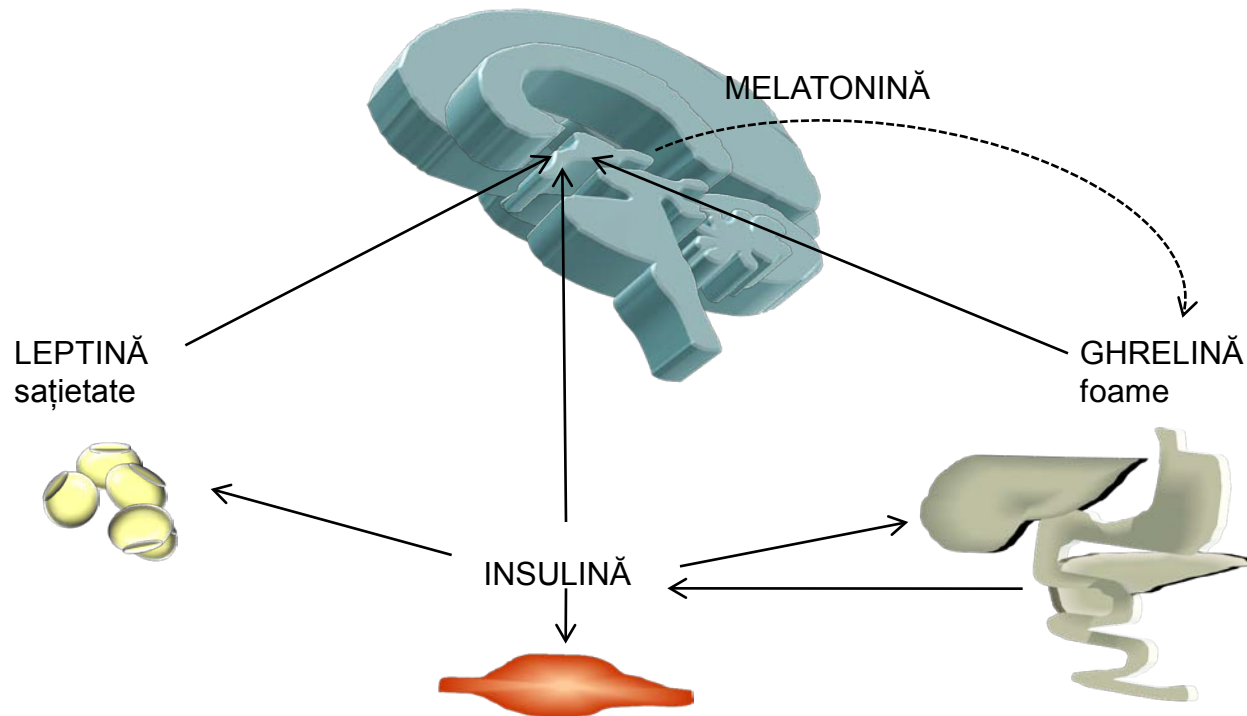
Stare fiziologică periodică și reversibilă  
caracterizată prin abolirea conștiinței și  
diminuarea reactivității la stimuli

Organismul este mai reactiv la stimulii interni  
decât la stimulii externi

# IMPORTANȚA SOMNULUI

- Efectul de refacere metabolică
  - Durata somnului: direct proporțională cu rata metabolismului (invers proporțională cu masa corporală)
  - O rată metabolică mare se corelează cu un stress oxidativ important, corelat la rândul său cu îmbătrânirea și demența
- Efectul de conservare a energiei pe 24 h
- Efectul de consolidare mnestică

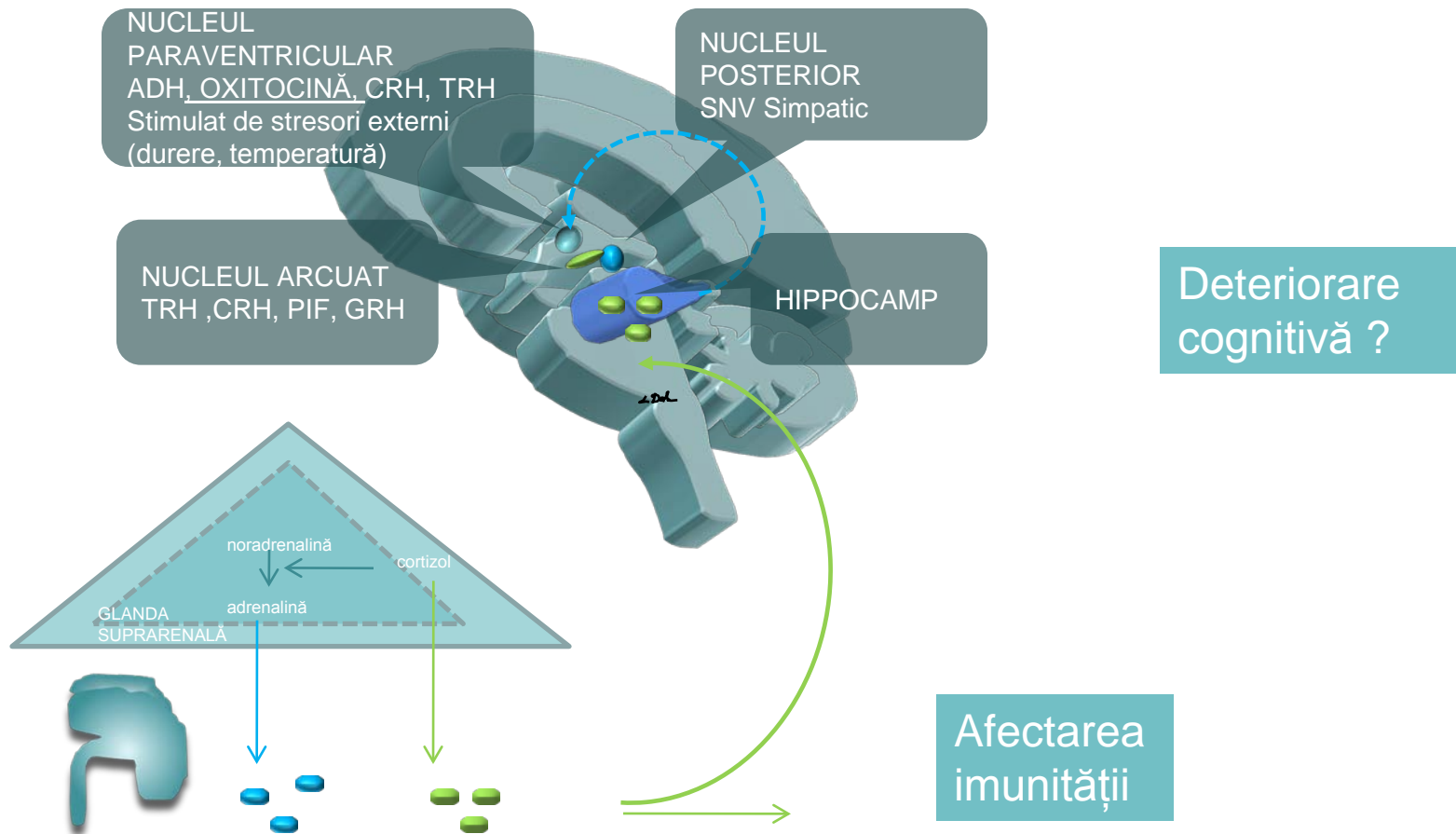
# SOMNUL ȘI ALIMNETAȚIA



Deficitul de somn din depresie afectează:

- Secreția de insulină și metabolismul glucidic (obezitate, diabet)
- Secreția de  $\text{TNF}\alpha$ , IL6 (risc cancerigen)

# SOMNUL ȘI IMUNITATEA



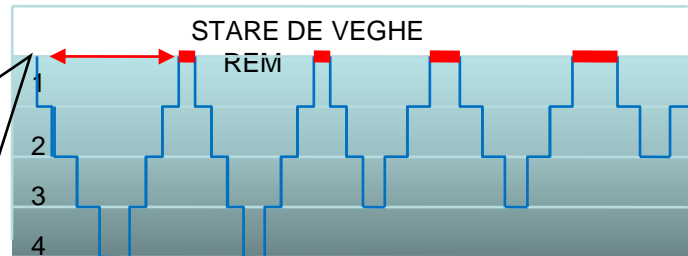
În mod normal secreția de cortizol scade în prima jumătate a nopții și crește în a doua jumătate. Deprivarea de somn va duce la hipersecreție de glucocorticoizi cu următoarele consecințe:

- Afectarea imunității
- Deteriorare cognitivă prin efect toxic asupra hipocampului

# FIZIOLOGIA SOMNULUI

## FAZA HIPNAGOGICĂ (trecere veghe-somn)

- durată: sec – min
- vigilanta scade (ușoară obnubilare cu scăderea atenției, clarității percepției, fixării informațiilor)
- Uneori halucinații hipnagogice (nepatologice)
- În anxietate: senzație de cădere în gol



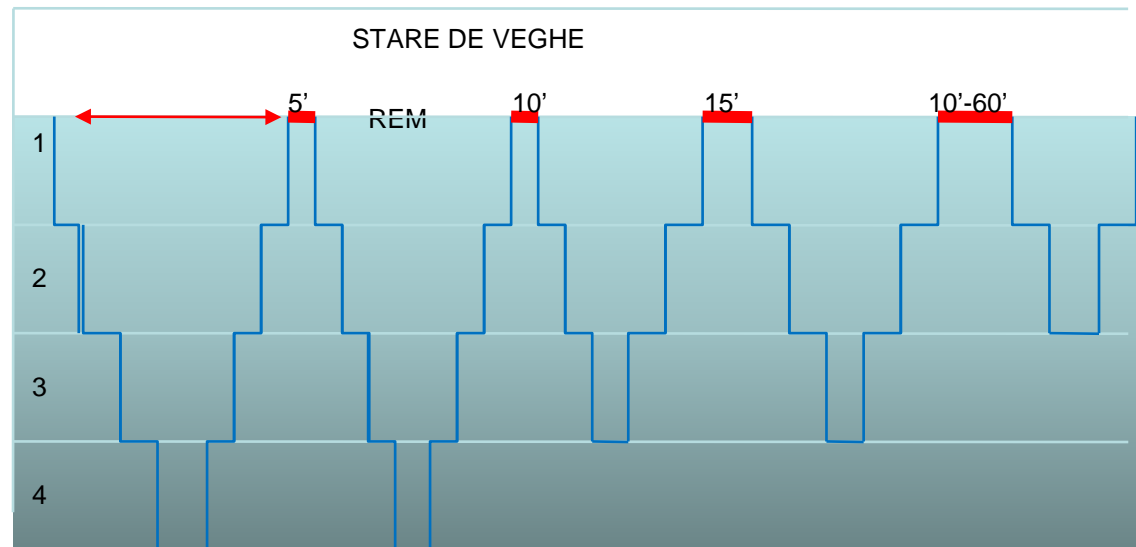
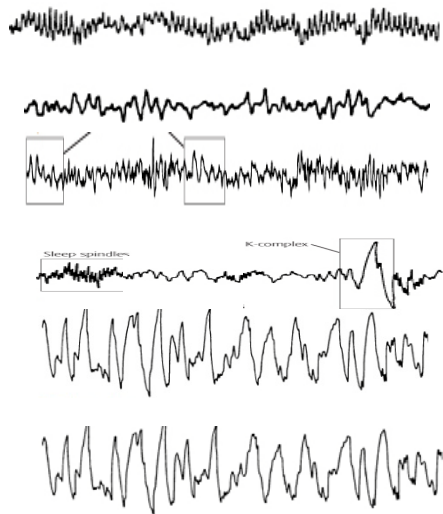
## FAZA HIPNOPOMPICĂ (trecere somn-veghe)

- Vigilanta încă e ușor perturbată
- Uneori halucinații hipnopompice (nepatologice)

# STADIILE SOMNULUI

Latența REM = 90 minute

Durata REM crește spre sfârșitul nopții



**SOMNUL PROFUND**  
predomină în prima  
jumătate a nopții

**SOMNUL SUPERFICIAL**  
predomină în a doua  
jumătate a nopții

# EEG în somn

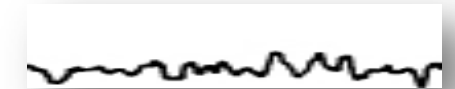
## STAREA DE VEGHE

ritm  $\beta$

în caz de relaxare ritm  $\alpha$



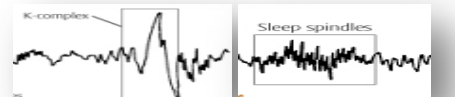
SOMN NONREM: ritm  $\beta$



STADIUL I unde  $\theta$  și episoade  $\alpha$

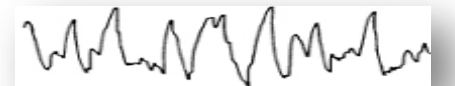


STADIUL II unde  $\delta$ , complexe K, fusuri de somn



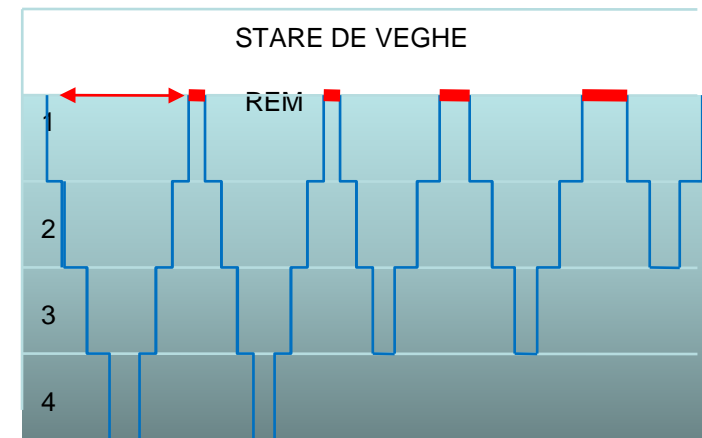
STADIUL III unde  $\delta$

STADIUL IV unde  $\delta$



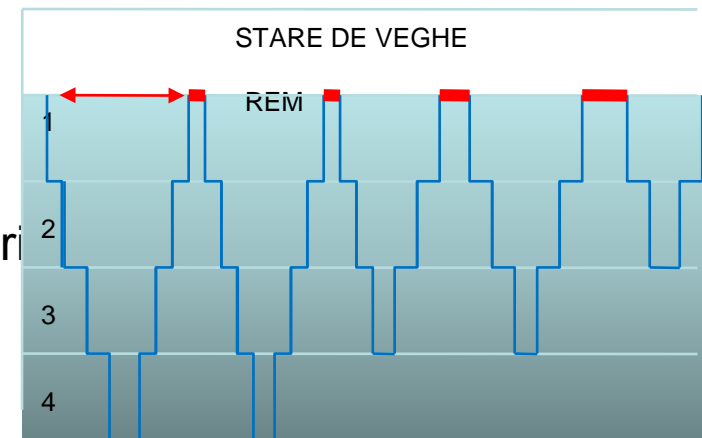
# SOMNUL LENT (NON REM)

- Unde lente (delta)
- 75 % din durata somnului
- Predomină la începutul nopții
- Somn profund
- Trezirea e dificilă
- Rol: refacerea organismului (musculatură, organe interne)
- Predominanță parasimpatică
- Scad: TA, excreția urinară, FC, FR rare și regulate
- Nu există vise
- Nu există mișcări rapide ale globilor oculari
- Posibile mișcări ale membrelor
- Nu scade tonusul muscular

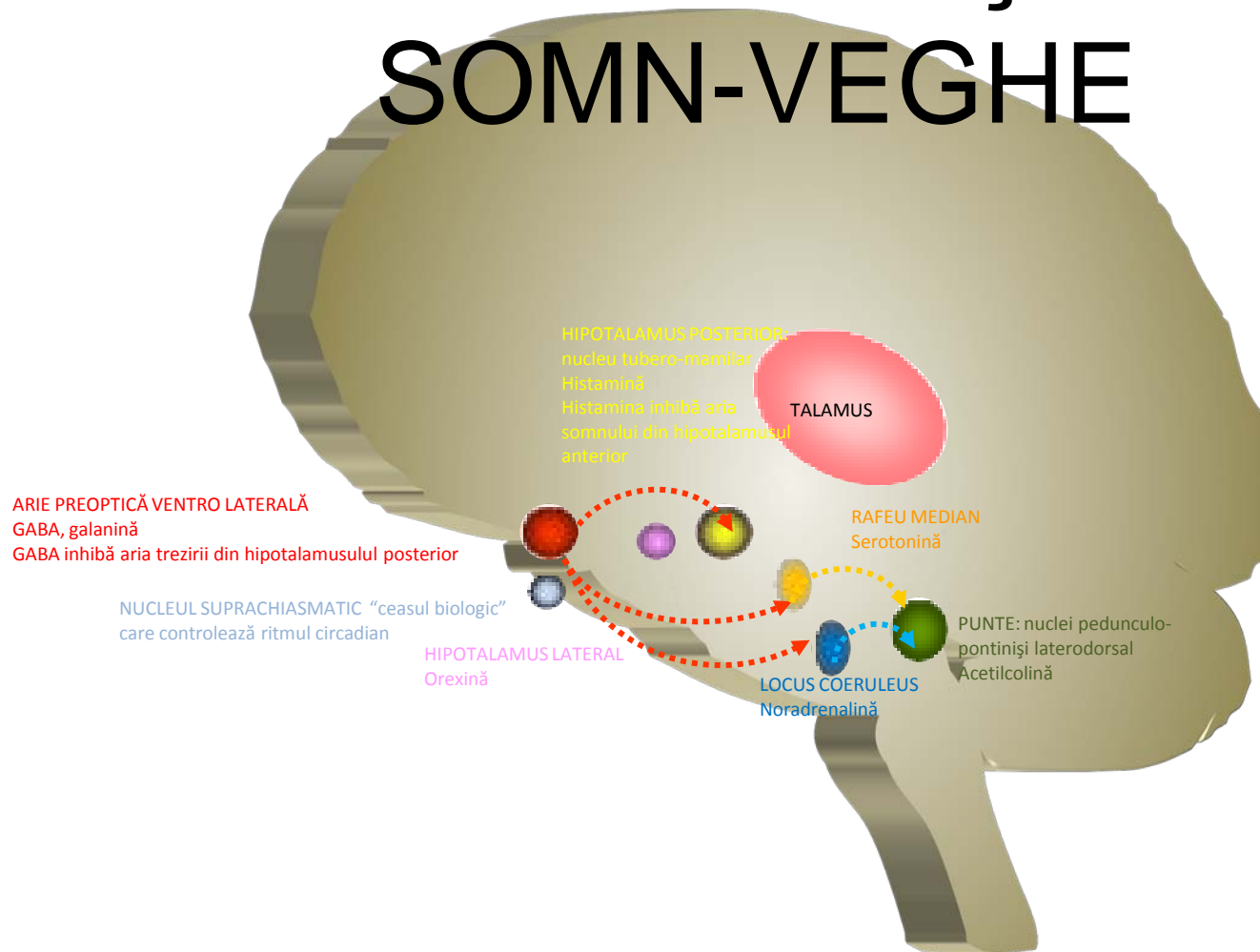


# SOMNUL REM (PARADOXAL)

- Unde rapide (unde beta)
- 25% din durata somnului
- Predomină la sfârșitul nopții
- Somn superficial
- Trezirea e ușoară
- Rol: consolidarea informațiilor mnezice, stimularea creierului în cursul maturării sale!
- Predominență simpatică
- Creșteri ale FC, TA, (risc AVC, moarte subită)
- Există vise
- Există mișcări rapide ale globilor oculari (Rapid Eye Movements)
- Hipotonie musculară (explică “paralizia de trezire”)



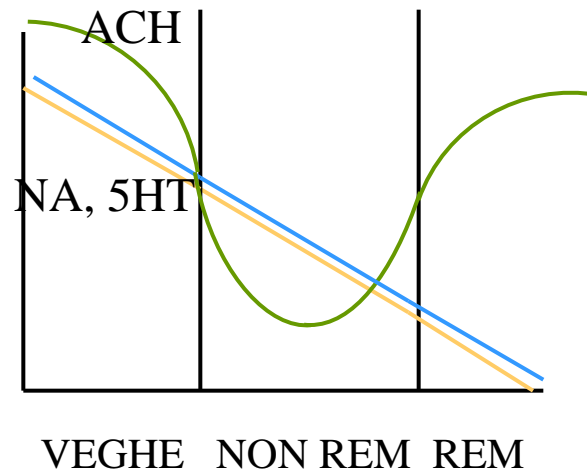
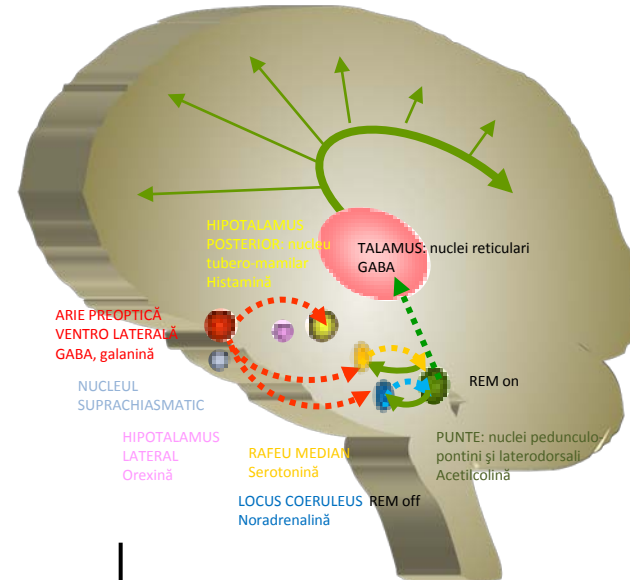
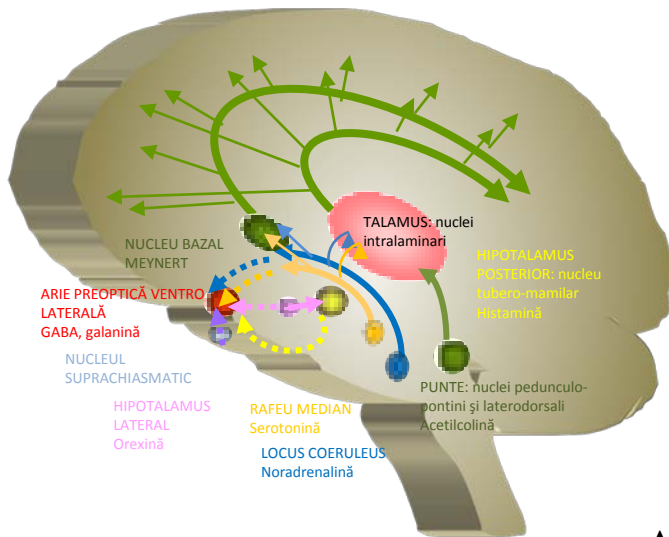
# HIPOOTALAMUSUL ȘI RITMUL SOMN-VEGHE



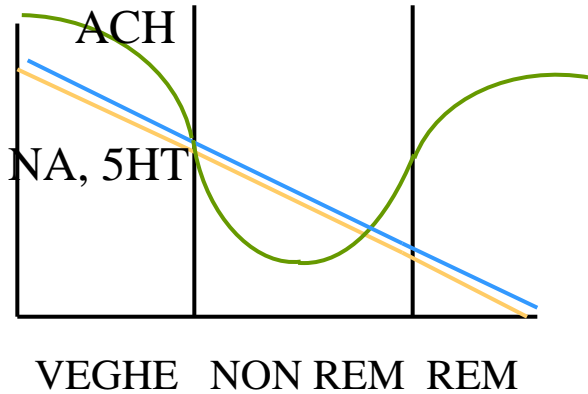
# ACTIVAREA CREIERULUI ÎN STAREA DE VEGHE ȘI ÎN SOMNUL REM

În starea de veghe creierul este activat de NA, 5HT, și ACH răspunzând la stimulii externi și interni

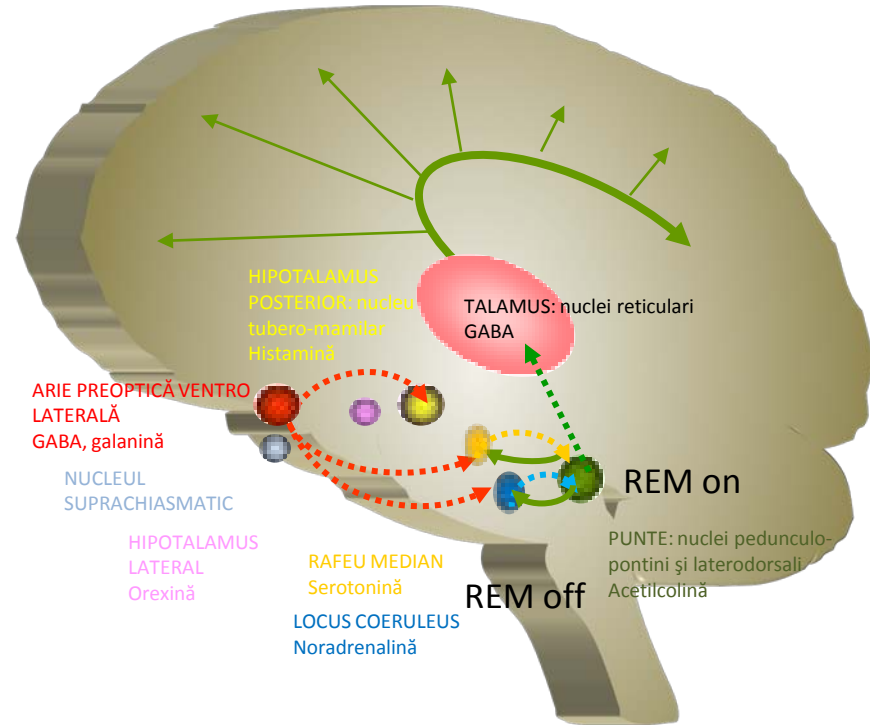
În starea de somn REM creierul este activat de ACH răspunzând la stimulii interni (material mneștic)



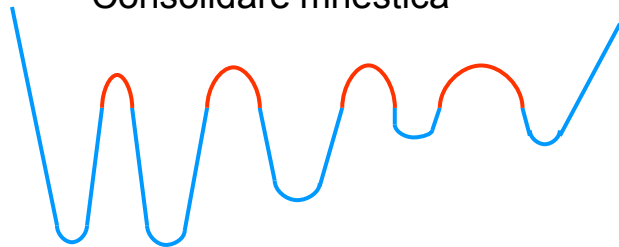
# SOMNUL



E.E. Benarroch et al, *Medical Neurosciences*, 1999



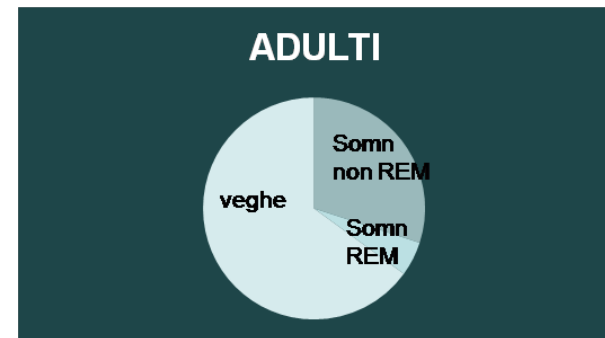
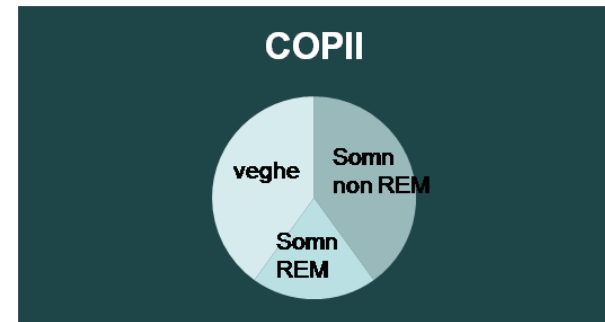
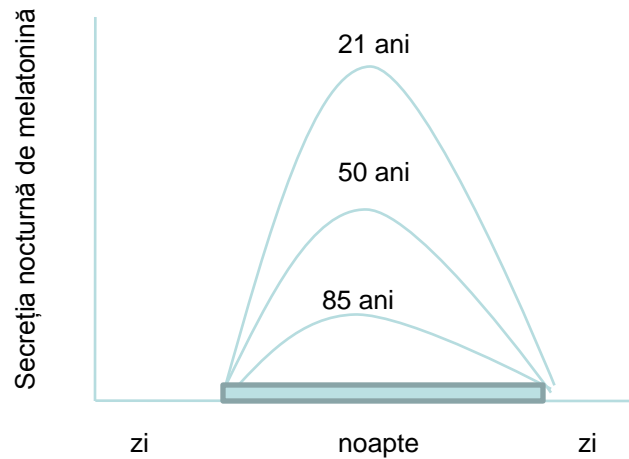
SOMN REM  
Consolidare mnestică



SOMN NONREM  
Refacere metabolică GH crescut, TSH redus  
Conservarea energiei

# SOMNUL ȘI VÂRSTA

Somnul REM la copii are rol în stimularea creierului în cursul maturării sale!



# TULBURĂRILE SOMNULUI

## TULBURĂRI CANTITATIVE

### INSOMNII

DE ADORMIRE

DE TREZIRE

PE TOATĂ DURATA NOPTII

### HIPERSOMNII

SD. PICKWICK, APNEEA NOCTURNĂ

NARCOLEPSIA

SD KLINE- LEVIN

## TULBURĂRI CALITATIVE (PARASOMNII)

SOMNAMBULISM

PAVOR NOCTURN

COȘMARUL

# INSOMNIA DE ADORMIRE

- Apare în:
  - ANXIETATE
    - Cauze:
      - tensiune musculară cu incapacitate de relaxare
      - frica de a muri în somn
    - Se asociază cu vise cu tematică specific anxioasă:
      - Cădere în gol
      - Scufundare în apă cu incapacitatea de a se salva
      - Urmărire cu incapacitatea de a se salva
      - Examenе cu sentimentul de lipsă de pregătire
  - ASTENIE (patologic) când crește activitatea SRAA susținută de efortul făcut de individ (insomnie vigală)
  - în normalitate după un examen însoțit de consum nervos

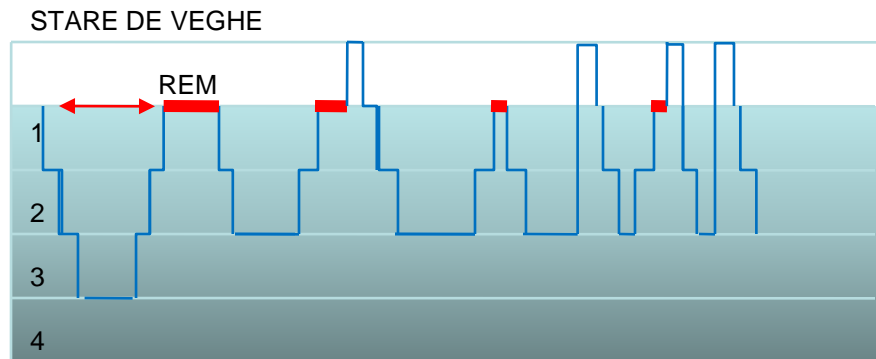
# INSOMNIA DE TREZIRE

- Apare în DEPRESIE
- Trezire la orele 3 – 4 dimineața cu incapacitatea de a mai readormi
- În aceste momente intensitatea depresiei este maximă, existând risc suicidar
- Se însoțește de coșmaruri cu tematică morbidă:
  - Morți, sicrie, cimitire

# SOMNUL ÎN DEPRESIE

În situațiile în care scade durata somnului PARADOXAL poate apărea depresia. Utilizarea medicației reechilibrează ponderea SL și SP

- Scade latența REM (sub 60 min)
- Somnul este mai superficial (reducerea stadiilor 3 și 4)
- REM predomină în prima jumătate a nopții
- Insomnie de trezire



# INSOMNIA PE TOATĂ DURATA NOPTII

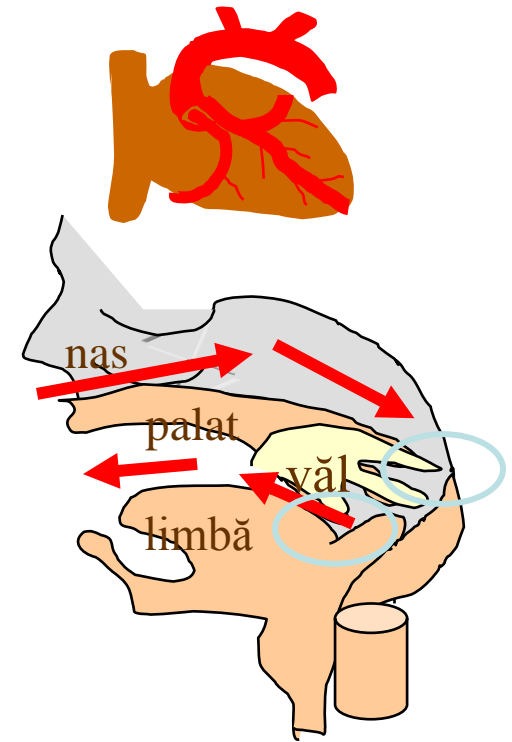
- Apare în:
    - manie
    - consum de stimulante ale SNC:
      - Cafea
      - Amfetamine
      - Alcool
- » În aceste situații se manifestă ca o scădere a nevoii de somn cu absența oboselii în ciuda insomniei

În condiții normale poate apărea în cazul:

- Muncii în 3 ture (12 ore serviciu cu 24 ore libere)
  - Schimbării fusului orar (jet lag)
- » În aceste situații se produce o inversare a ritmului somn - veghe

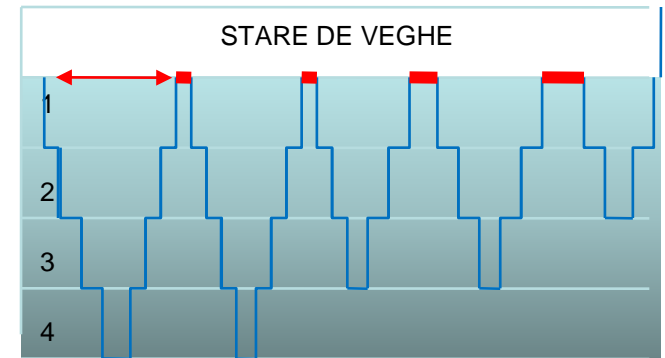
# HIPERSOMNIILE

- SD. PICKWICK:
  - Hipersomnie (somnia diurnă) + insuficiență cardiacă dreaptă (cord pulmonar cronic) + obezitate
  - Cauza: obezitatea
- SD. APNEEI NOCTURNE:
  - Hipersomnie (somnia diurnă) + apnee nocturnă (crize nocturne cu durată de 10 sec) + sforăit
  - Cauza: centrală sau obstructivă (îngustarea spațiului retropalatin sau retroglos), obezitate
- NARCOLEPSIA
  - Crize irezistibile de adormire în plină stare de veghe (20 min)
  - trecere directă din starea de veghe în starea de somn paradoxal produce hipotonie cu cădere (CATAPLEXIE) sau cu paralizie de trezire și halucinații vizuale
  - NARCOLEPSIE + CATAPLEXIE = SD GELINAUX
- SD KLEINE – LEVIN
  - Cicluri de hipersomnie + bulimie + hipersexualitate + iritabilitate, care apar la câteva luni la adolescenți
  - Cauza: afectare hipotalamo-hipofizară



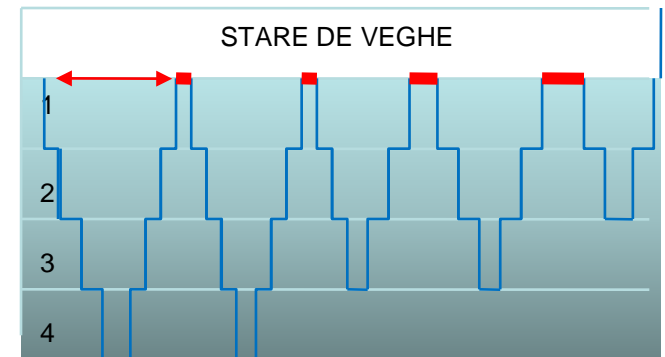
# COȘMARURILE

Apar cel mai frecvent în timpul somnului REM  
Uneori în PTSD pot apărea și în timpul somnului non REM

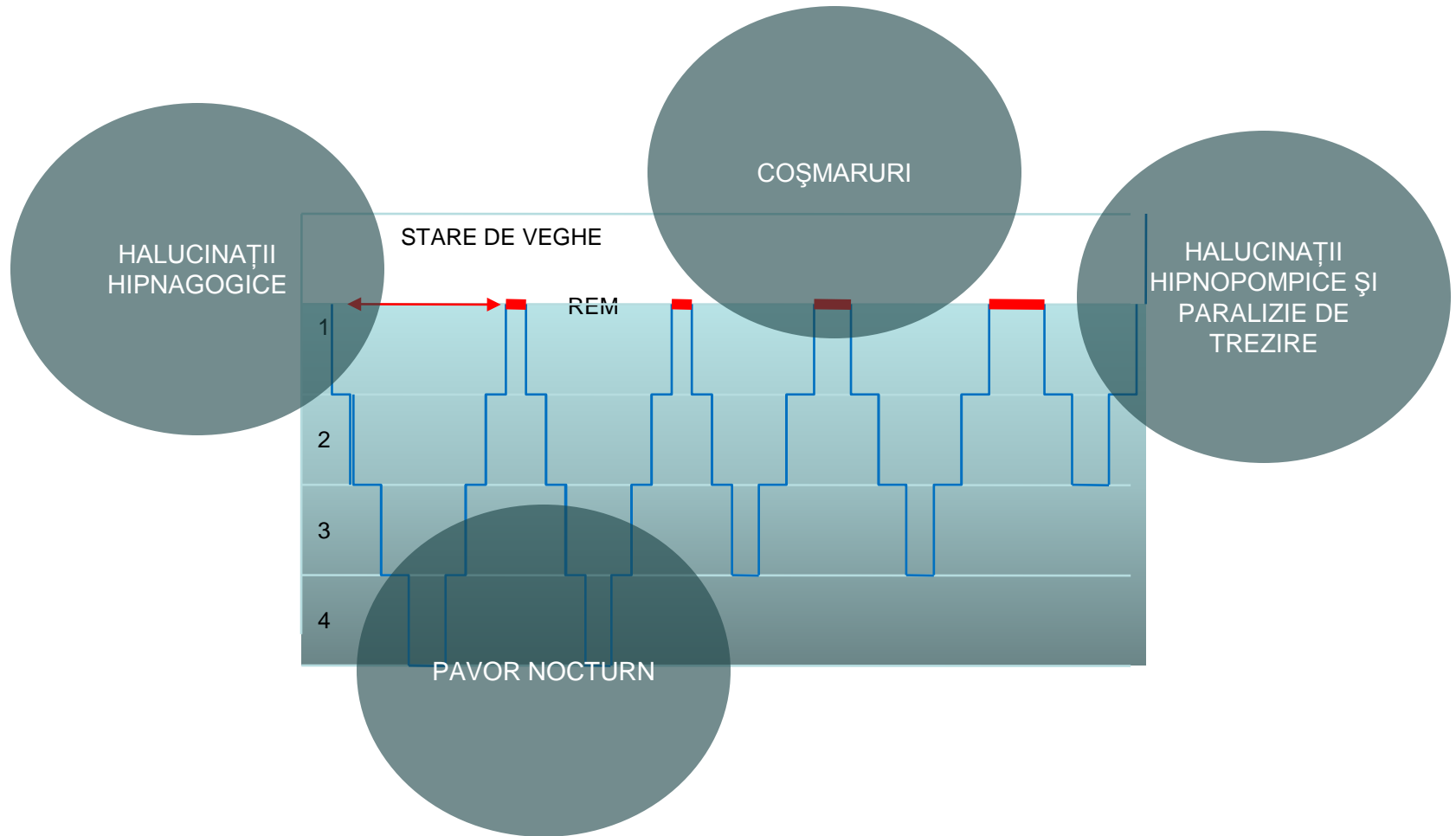


# PARASOMNIILE

- Apar în cursul somnului profund (NON REM), în prima treime a nopții
  - SOMNAMBULISMUL
    - Apare la tineri, componentă genetică
    - Comportament automat (nu este conștient de ceea ce face în timpul nopții): se scoală din pat, se mișcă prin casă, iese din casă, mută obiecte
    - Amnezia episodului
    - Măsurile de protecție (familia îl păzește )
    - Investigații: posibilă suferință cerebrală
  - PAVORUL NOCTURN
    - Mai ales la copii
    - Aparentă trezire din somn + mare anxietate și neliniște (plânge, țipă, se zvârcolește)
    - Amnezia episodului și nici nu-și amintește vreun vis.
    - Prezența membrilor familiei nu liniștesc individul deoarece acesta nu este în stare de veghe
    - Investigații: epilepsia temporală poate debuta cu crize de pavor nocturn



# PARASOMNIILE



# TULBURĂRILE CONȘTIENȚEI

Cantitative: tulburări ale  
nivelului de vigilitate

obnubilare

sopor

comă

calitative

stare confuzională

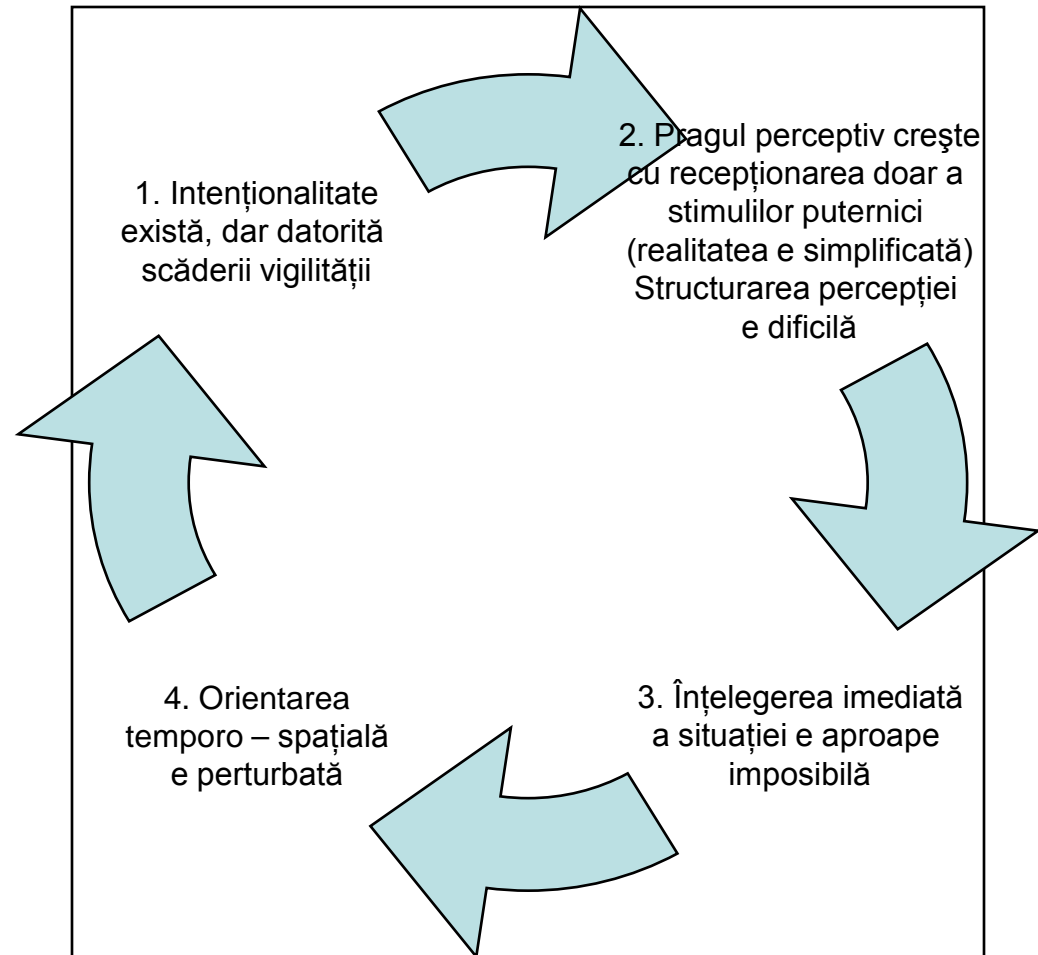
stare crepusculară

# OBNUBILAREA

- Stare de scădere, “încețoșare”, “înnourare” a vigilității

Apare în

- normalitate
  - în starea hipnagogică
  - în starea hipnopompică
  - în starea de oboseală
- Patologie
  - Tulburări organice cerebrale (TCC, AVC, infecții SNC, tumori SNC)
  - Tulburări somatice (insuf. renală, hepatică, respiratorie)
  - Intoxicație cu alcool, droguri, medicație psihotropă



# STAREA DE SOPOR

- Stare de somn profund
- Nu mai funcționează nici unul din atributele c.a.c
- Pacientul nu mai poate fi trezit decât de stimuli foarte puternici, pe durată foarte scurtă (secunde) după care recade
- Apare în:
  - Intoxicații cerebrale cu
    - Alcool, alte droguri
    - Substanțe psihotrope
  - Insuficiențe somatice: renală, respiratorie, hepatică

# STAREA CREPUSCULARĂ

- Se caracterizează prin îngustarea c.a.c cu păstrarea automatismelor motorii (poate merge, poate urca în tren, coborî). Uneori pot apărea acte de violență extremă cu consecințe penale (crimă, distrugere de bunuri materiale)
- Caracter paroxistic și tranzitor (apare și se termină brusc)
- Amnezie lacunară (pentru episod) după episod, foarte rar există rezidii mnezice
- Cauze:
  - Epilepsia temporală
  - Beția patologică
  - Stările disociative ale c.a.c la personalitățile de tip histrionic (crepuscul isteric)

# STAREA CREPUSCULARĂ

## Beția patologică

- 2 condiții necesare: creier microlezional + cantități mici de alcool la care rezistă oricine, mai puțin cei cu creier microlezional (50 grame alcool)
- Cauzele microleziunilor cerebrale:
  - TCC
  - Epilepsie
  - AVC
  - Stări post encefalită, meningo-encefalită
  - Tumori cerebrale
- Diagnostic diferențial cu beția simplă
- Diagnostic: EEG, proba de provocare
- Interzicerea consumului de alcool !

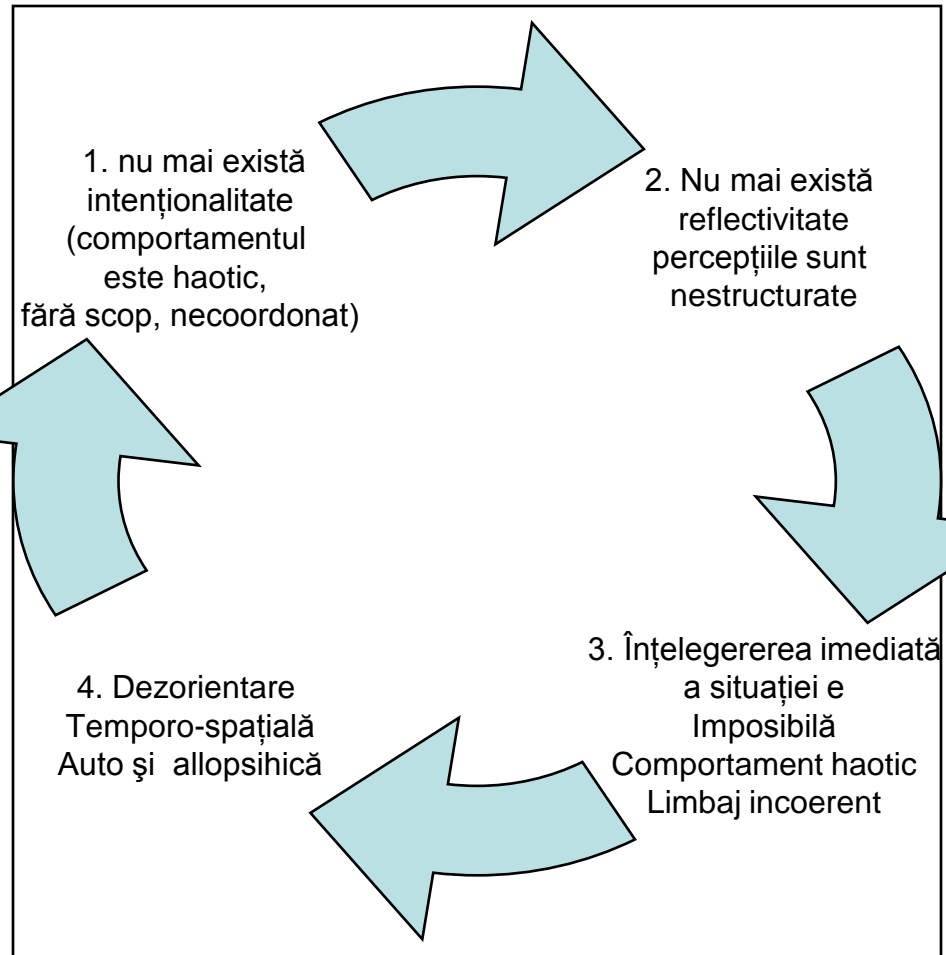
# STAREA CREPUSCULARĂ

Crepusculul isteric

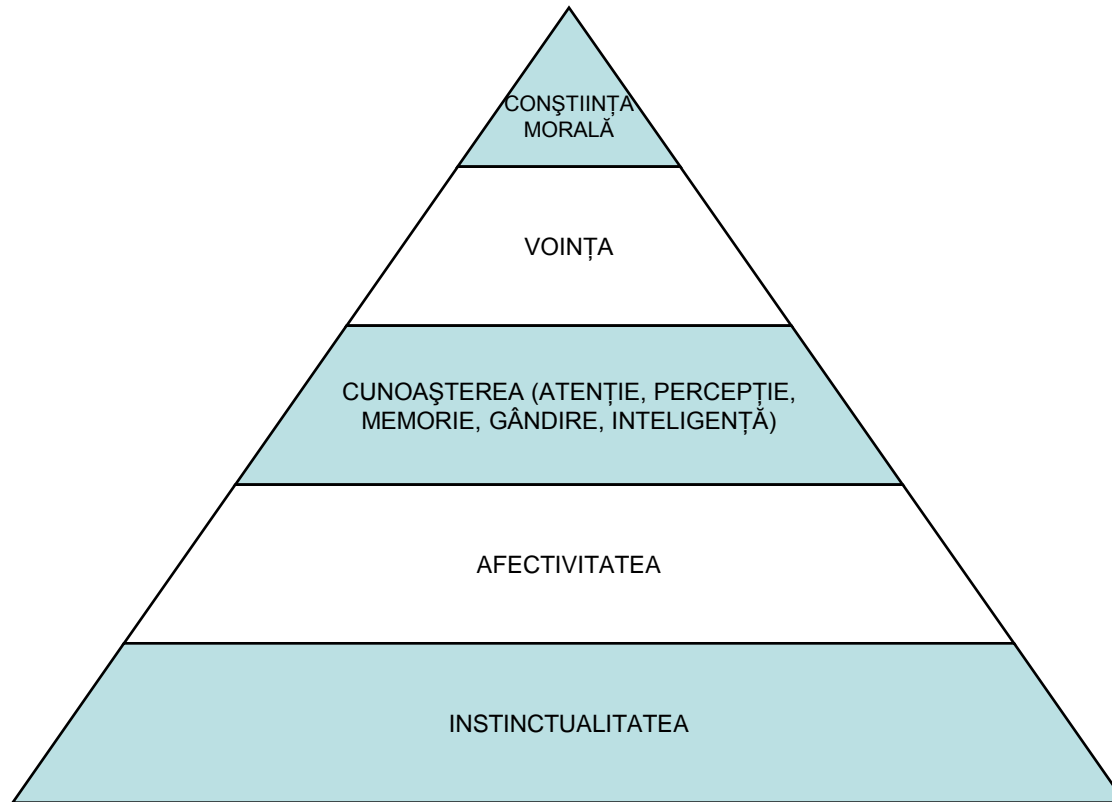
- Apare la personalitățile histrionice
- Brusc
- După o situație de frustrare
- Prezintă câteva repere din realitate
- După ieșirea din această stare, persoana se poate trezi într-o zonă unde nu a mai fost niciodată

# STAREA CONFUZIONALĂ

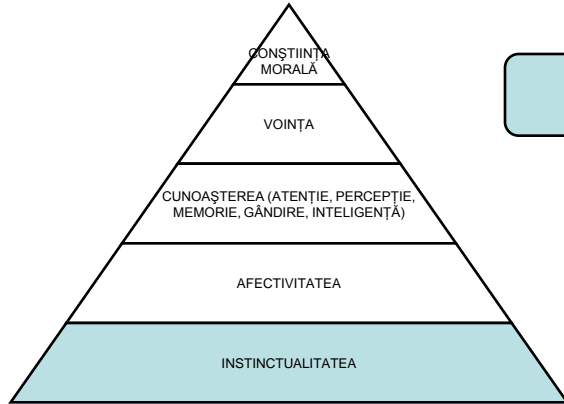
- C.a.c este perturbat atât ca arie, cât și ca nivel de vigilitate, Viața psihică se desfășoară haotic
- Debutul este brusc, evoluția acută tranzitorie
- Posibile halucinații vizuale și tactile zoomorfe în general micropsice asociate cu comportament motivat halucinator (uneori și macropsice: cai, vaci, draci) sau halucinații scenice terifiante ce provoacă anxietate uneori cu conținut profesional (stare confuz-onirică sau delirium)
- Hipomnezie, amnezie
- Inhibiție sau agitație psiho-motorie
- Inversarea ritmului somn-veghe
- Cauze:
  - Sevrajul alcoolic ( starea confuzională apare la 24-48-72 ore de la întreruperea consumului de alcool la un alcoolic cu dependență biologică)
  - Infecții severe (ale SNC sau septicemie): delirium infecțios
  - Febră mare (la copii): delirium febril ce evoluează în paralel cu febra (crește cu creșterea temperaturii, scade cu scăderea temperaturii)
- A NU SE CONFUNDA CU DELIRUL (convingerea patologică fără substrat real, acesta apare pe c.a.c clar !)
- la vârstnici A NU SE CONFUNDA CU DEMENTA (debut insidios, evoluție cronică progresivă). Uneori starea confuzională se poate suprapune peste o demență)



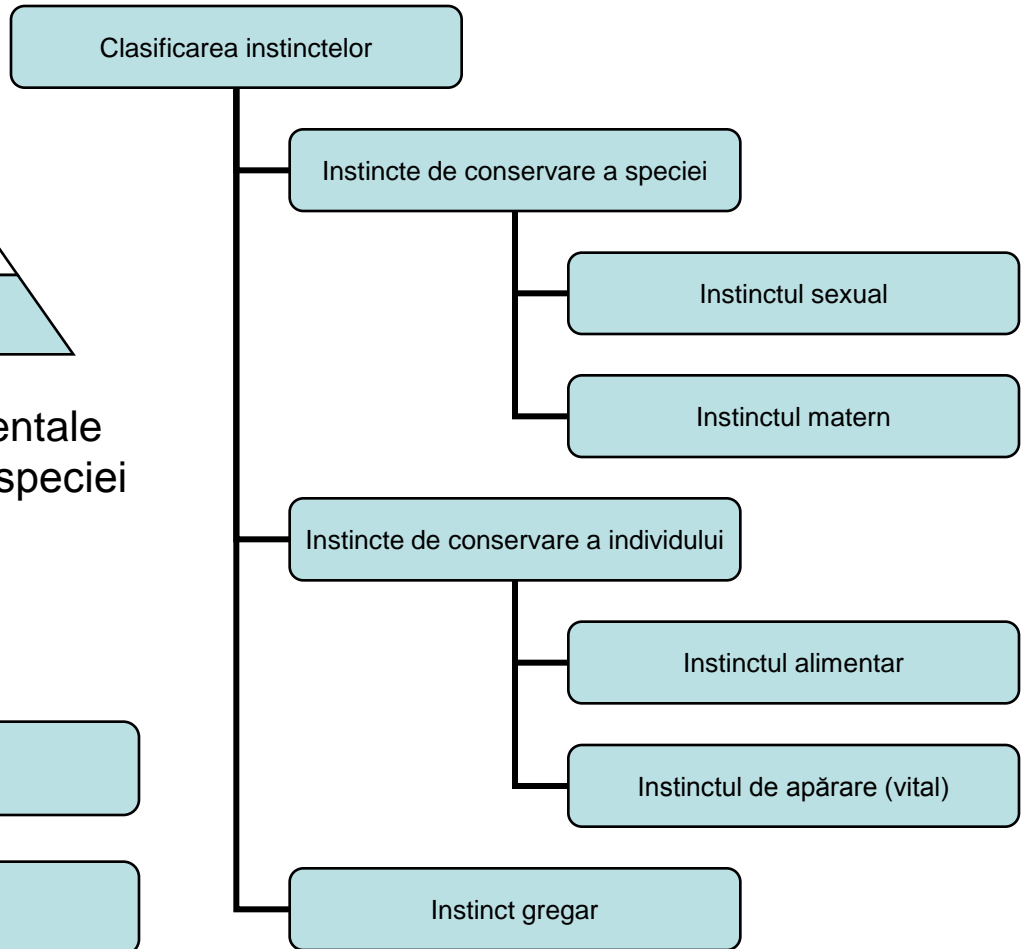
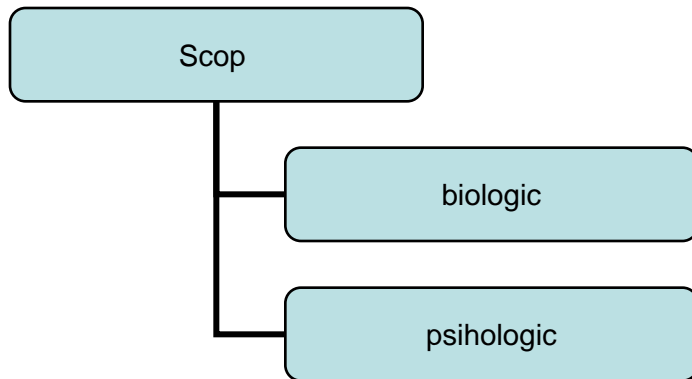
# NIVELELE FUNCȚIONALE ALE PSIHISMULUI



# NIVELUL INSTINCTIV



Instinctele: modele comportamentale  
înnăscute ce servesc adaptării speciei

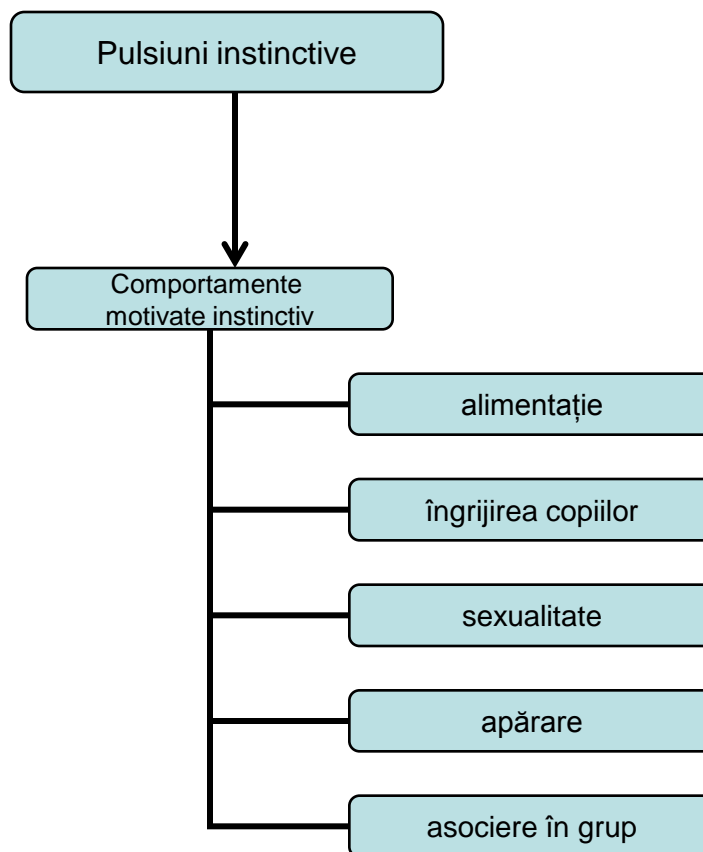


# NIVELUL INSTINCTIV

Pulsiunile instinctive: tendințe generate la nivel instinctiv ce motivează comportamentul individual

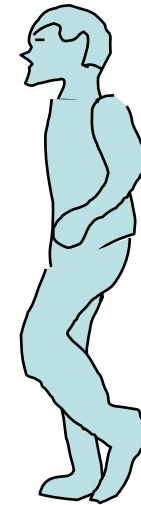
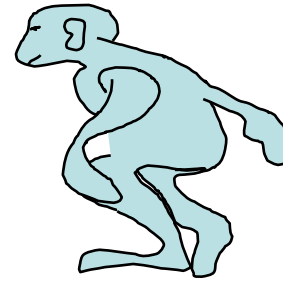
Sunt puternic încărcate energetic deoarece reprezintă imperative biologice

Instinctele aparțin psihismului inconștient neconștientizabil. Omul nu-și poate conștientiza pulsiunile instinctuale ci doar nevoia instinctuală (parazitantă, chinuitoare până când este satisfăcută complet)



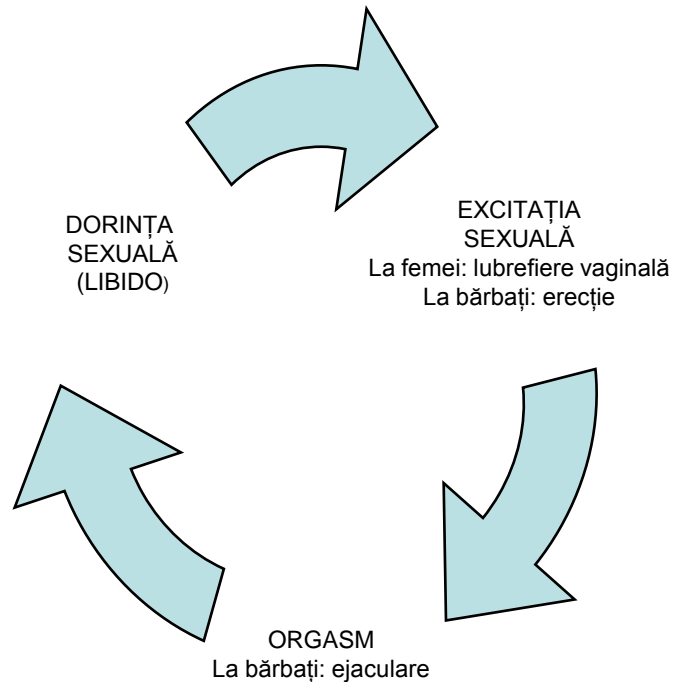
# NIVELUL INSTINCTIV

- Caracteristic animalelor dar prezent și în psihismul uman (la om nivelul instinctual e mai puțin dezvoltat decât la animale)
- Instinctualitatea oferă omului un număr finit de soluții de adaptare la mediul ambiant. Este nevoie de intervenția intelectului pentru a elabora soluții noi la situații noi.

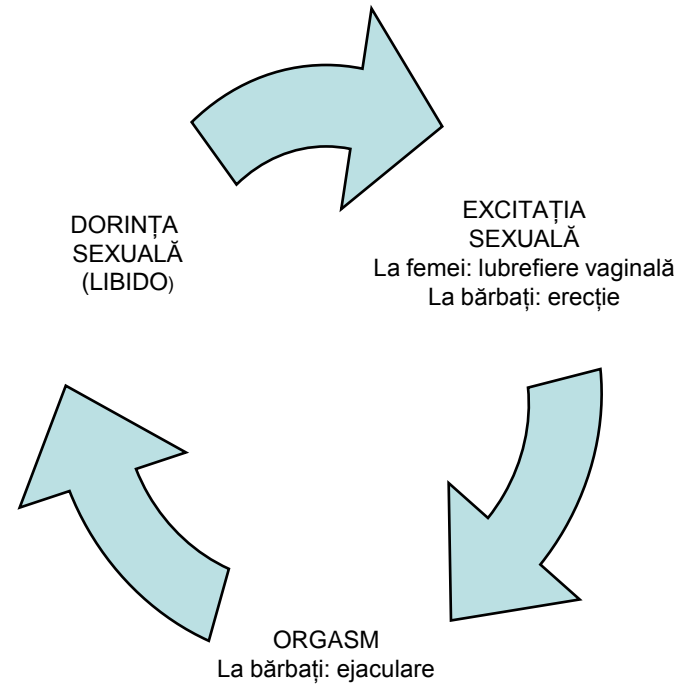
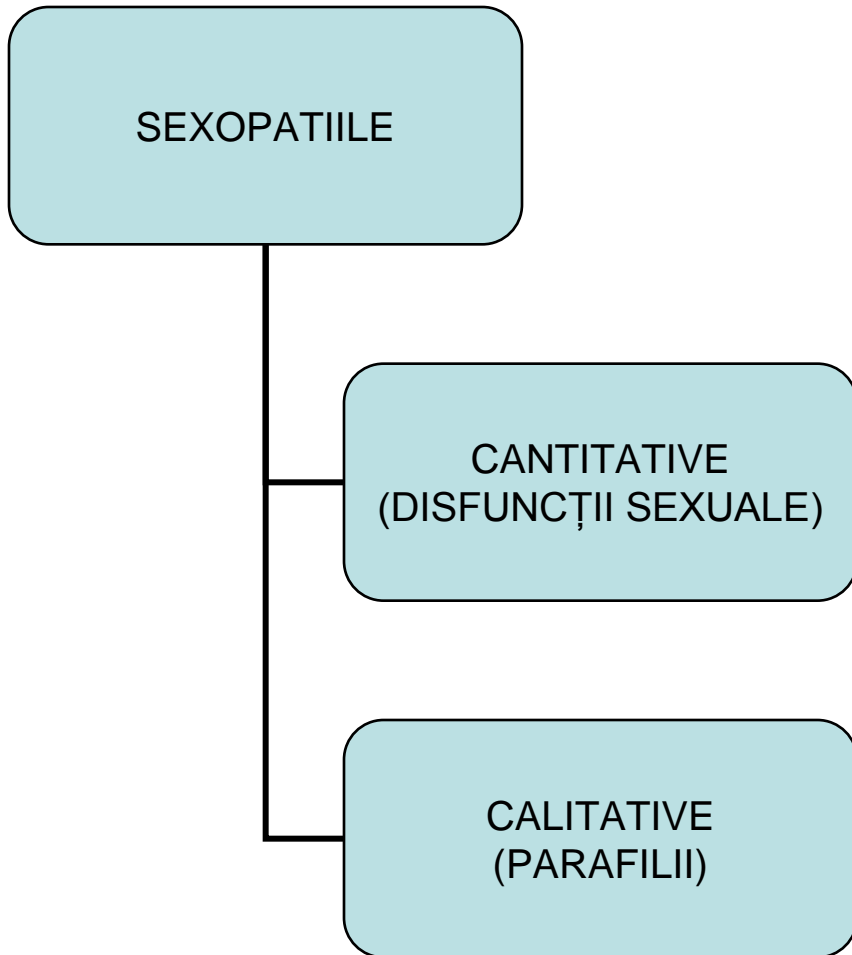


# INSTINCTUL SEXUAL NORMAL

- Scopul biologic:  
perpetuarea speciei  
Scopul psihologic: obținerea  
plăcerii (la om)
- Tot ce se abate de la  
normal este împotriva  
scopului biologic
- Contactul sexual normal:  
genito-genital cu un  
partener de sex opus



# SEXOPATIILE

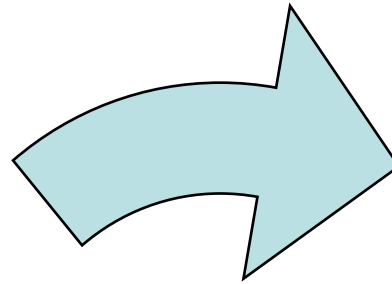


# DISFUNCTIILE SEXUALE

## Tulburări ale dorinței sexuale

- Scăderea dorinței sexuale
- Creșterea dorinței sexuale
- La bărbați: satiriazis
- La femei: nimfomanie

DORINȚA  
SEXUALĂ  
(LIBIDO)



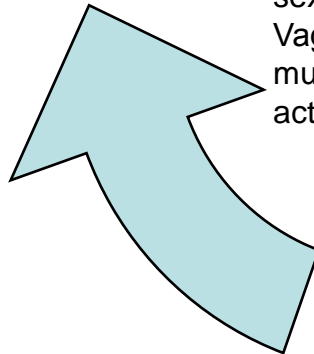
## Tulburări de excitație sexuală

- La bărbați: disfuncție erectilă (impotență)
- La femei: tulburări în a obține și menține excitația, lubrefiere insuficientă

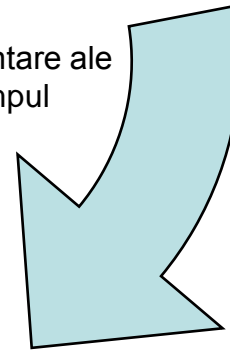
EXCITAȚIA  
SEXUALĂ

## Alte tipuri de disfuncție sexuală

- Dispareunie: durere în timpul actului sexual
- Vaginism: contracții involuntare ale musculaturii vaginale în timpul actului sexual



ORGASMUL



## Tulburări ale orgasmului

- La bărbați: ejaculare precoce, ejaculare întârziată, durere la ejaculare
- La femei: disfuncție orgasmică

# PARAFILIILE

Cu partener anormal:

- Subiectul însuși:  
**masturbație/onanism**
  - până la un anumit punct normală
  - trăită cu un sentiment de culpabilitate
  - frecvent întâlnită în internate, închisori, cazărmi, unde există restricții ale unei activități sexuale normale
  - devine patologică când devine un scop în sine (omul nu mai caută partenerul opus practicând masturbarea ca unică modalitate de satisfacere a instinctului sexual, de ex tineri schizofreni)
- Persoană de același sex:  
**homosexualitate**
  - **pederastie** la bărbați
  - **lesbianism** la femei
- Rudă gradul I: **incest**
- Partener nepotrivit ca vârstă:  
**pedofilie**  
**gerontofilie**
- Partener animal: **zoofilie**
- Obiect (statuie): **pygmalionism**
- Cadavru: **necrofilie**

Excitația sexuală e obținută în condiții neobișnuite:

- Prin expunerea organelor genitale în public:
  - **exhibiționism**
- Prin manipularea unor obiecte de îmbrăcăminte feminină:
  - **fetișism**
- Prin îmbrăcarea hainelor sexului opus:
  - **travestitism**
- Prin contemplarea scenelor sexuale:
  - **voyeurism**
- Prin chinuirea partenerului:
  - **sadism**
- Prin provocarea suferinței la subiect de către partener:
  - **mazochism**
- Prin frecarea de persoane străine în locuri publice:
  - **frotteurism**

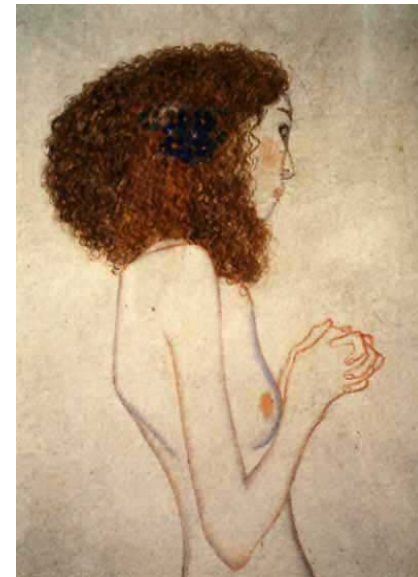
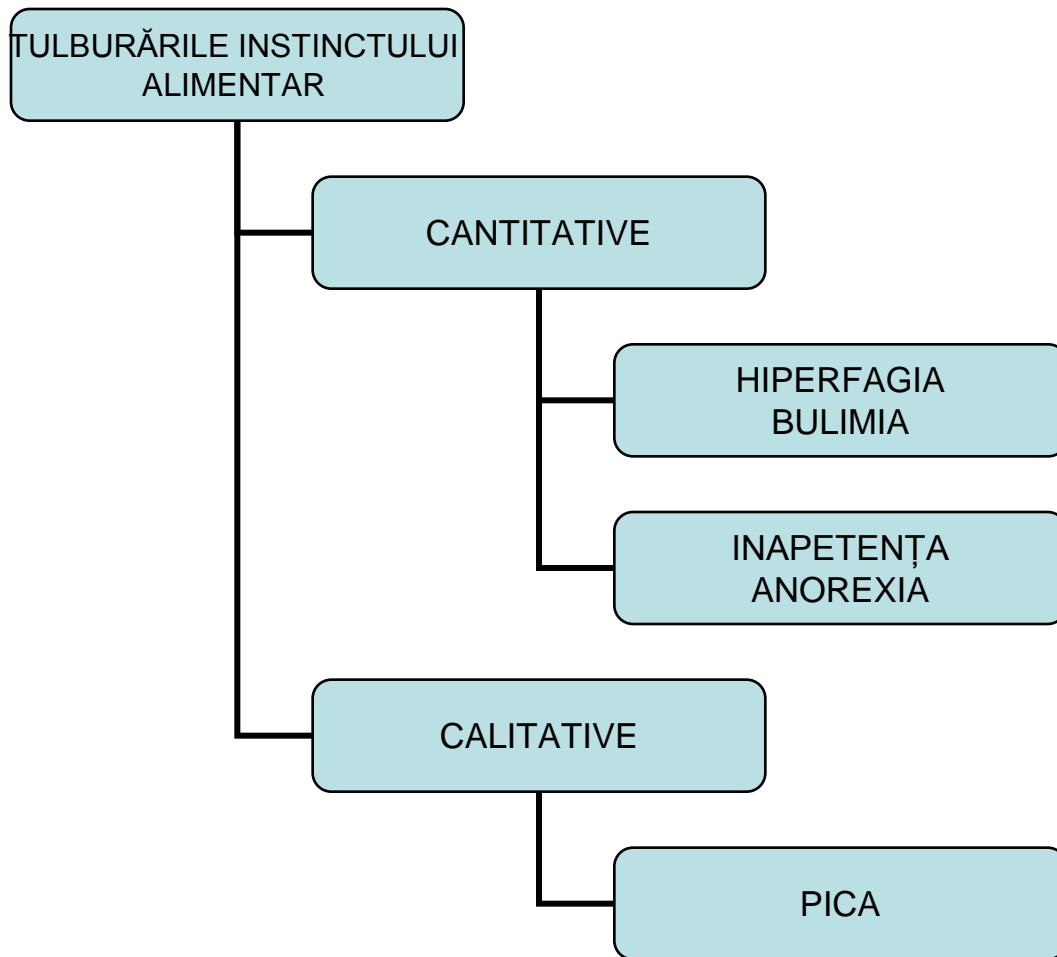
# INSTINCTUL MATERN

- Scopul biologic: perpetuarea speciei
  - Apărarea copilului
  - Protejarea copilului toată viața
- La femeie instinctul matern dezvoltă treptat (încă din viața intrauterină dacă copilul este dorit)
- La bărbat există un sentiment patern care se dezvoltă treptat

# PERTURBAREA INSTINCTULUI MATERN

- Cel mai frecvent apare în condițiile unui copil nedorit
    - Copilul este în plus într-o familie
    - Copil cu tată necunoscut sau care refuză recunoașterea acestuia (la tinerele fete)
- cu rejectarea acestuia
- de la abandonarea copilului în maternitate, stradă, gunoi până la
  - pruncucidere

# INSTINCTUL ALIMENTAR



# ANOREXIA MENTALĂ A TINERELOR FETE (ANOREXIA NERVOSA)

- Tulburare de schemă corporală: incapacitatea identificării cu propria schemă corporală
- Nu este o tulburare propriu-zisă a instinctului alimentar, anorexia apare în evoluția bolii
- **MOTIVAȚIA DE A SLĂBI ÎNVINGE INSTINCTUL ALIMENTAR**



- Debut: pubertate
- Mai frecventă la fete
- Factori favorizanți:
  - Genetici
  - Dezmierdări ale părinților
  - Glume răutăcioase legate de greutate
  - factori socio-culturali (moda “manechin”)
- Se poate asocia sau nu cu bulimia

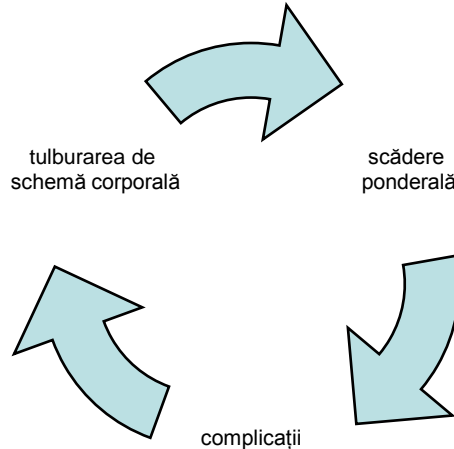
Tratament:

- Reechilibrare hidro-electrolitică
- Medicație: antidepresive, neuroleptice (uneori convingerea că sunt prea grase atinge intensitate DELIRANTĂ)
- Psihoterapie: terapie comportamentală, familială

Deficit ponderal important: URGENȚĂ (risc de deces)

# ANOREXIA MENTALĂ A TINERELOR FETE (ANOREXIA NERVOSA)

- Sentimentul că este excesiv de grasă și anxietate că se va îngrășa în condițiile unei greutate normale sau reduse
- Deficit ponderal de peste 15% din greutatea ideală (20-30 kg)



- Restricție alimentară (dietă, calcularea caloriilor fiecărui aliment)
- Vărsături inițial provocate apoi spontane
- Exces de laxative, diuretice
- Exerciții fizice
- Utilizarea de substanțe catabolizante

- Alcaloză hipo Cl, Hipo K (risc de aritmii), hipotensiune
- Cariii, esofagită, leziuni gastrice
- Anemie, leucopenie
- Constipație
- Piele uscată, descuamată, galbenă, lanugo, osteoporoză
- Ochii înfundați în orbite
- Dezechilibre endocrine:
  - Scăderea T3 cu TSH N
  - Creșterea secreției de glucocorticoizi
  - Întârzierea ciclului menstrual sau AMENOREE cu infertilitate
  - Hipotermie, hipoglicemie
- Scăderea performanțelor cognitive

# BULIMIA NERVOASĂ

- Episoade recurente de consum impulsiv a unor cantități mari de alimente (în special dulciuri) într-un timp scurt (înfulecare) cu sentimentul pierderii controlului.
- Creștere ponderală consecutivă bulimiei
- Conduită de a corecta creșterea ponderală:
  - Provocare de vărsături (în timp acestea pot deveni spontane)
  - Recurgerea la purgative, diuretice
  - Exerciții fizice
  - Restricție alimentară (dietă)
  - Recurgerea la substanțe catabolizante

# TULBURĂRI CANTITATIVE ALE INSTINCTULUI ALIMENTAR

- Consumul alimentar excesiv și impulsiv:  
bulimie
  - De ex în manie
- Consumul excesiv de lichide: potomanie
  - Trebuie diferențiat de diabetul zaharat și diabetul insipid

# TULBURĂRI CALITATIVE ALE INSTINCTULUI ALIMENTAR

## PICA:

- ingerarea de alimente necomestibile (pământ, cretă, haine)
- Se întâlnește:
  - Rar la unele femei doar în perioada de graviditate
  - În demență (formele avansate): persoana respectivă nu mai face distincția între comestibil și incomestibil
  - În retardul mental profund

# INSTINCTUL VITAL

- Scopul biologic: apărarea vieții și integrității corporale
- Poate genera agresivitatea normală (de luptă) verbală sau comportamentală.
- Agresivitatea poate fi îndreptată:
  - împotriva propriei persoane (autoagresivitate) :  
automutilare, suicid
  - îndreptată împotriva altor persoane (heteroagresivitate)
- Agresivitatea poate fi:
  - Verbală (ironie, înjurătură, amenințare, jignire)
  - Comportamentală

# AGRESIVITATEA



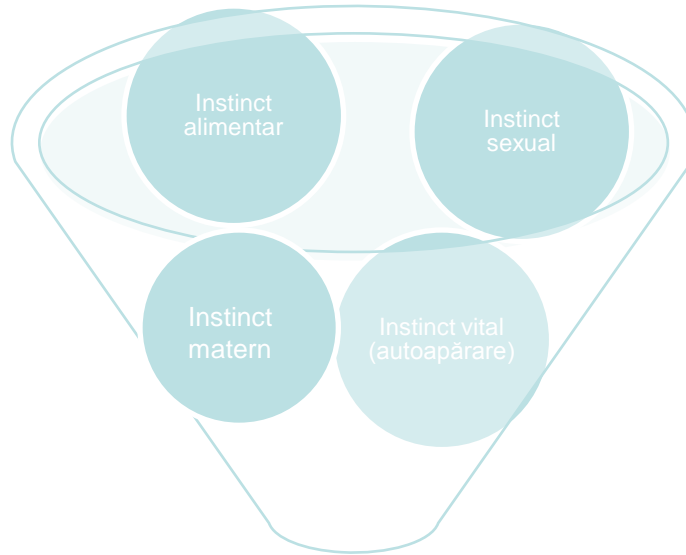
Luptă pentru teritoriu



Luptă pentru hrană



Protecția puilor



AGRESIVITATE



Rivalitate între masculii în vederea împerecherii



Împerechere mascul - femelă



Autoapărare

SUICIDUL

În NORMALITATE  
(ținând cont de CONTEXTUL cultural , istoric

Condiționat de o stare emoțională

Disperare (faliment)

Decepție (sentimentală)

Condiționat de raționamente obscure

Rușine

Asigurare de viață

Condiționat de protest în public  
la personalitățile patologice, parasuicid

Suicidul altruist

În context PATOLOGIC

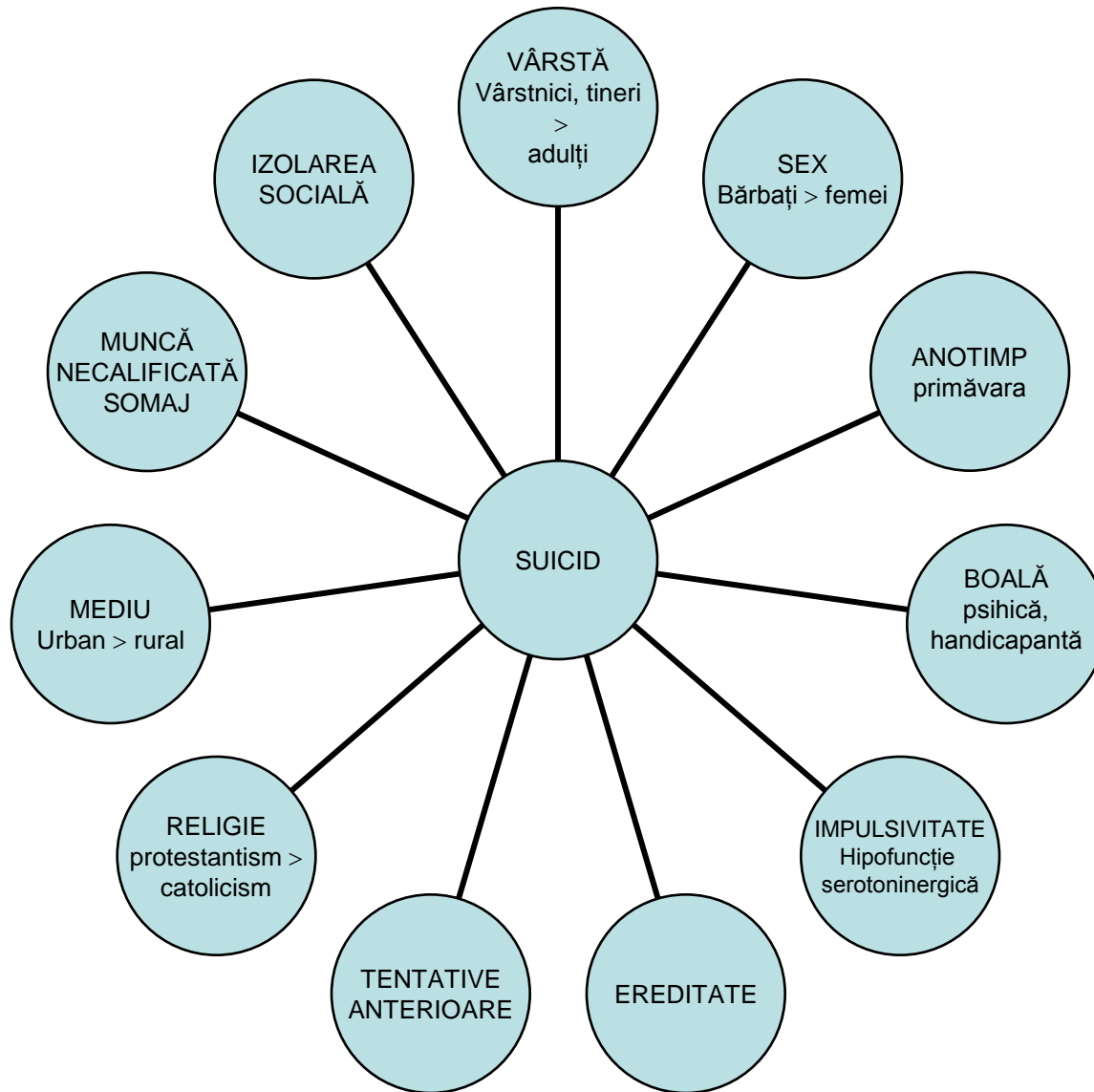
depresie

schizofrenie

psihoze halucinatorii

alcoolism

# SUICIDUL: FACTORI DE RISC



# SUICIDUL ÎN DEPRESIE

Context: depresia produce o perturbare a valorilor pentru individ (se pot sustrage suicidului doar acele persoane foarte credincioase)

De ex: prevalența suicidului e mai mică la populația sudică catolică decât la populația nordică protestantă

Factori favorizanți:

Dispare teama de moarte

Depresia e foarte mare

Inhibiția e foarte mică

(are energia de a trece la act)

În STUPORUL DEPRESIV există risc vital

- în timpul stuporului (prin refuz alimentar)
- când se ameliorează există risc suicidar

Caracteristicile suicidului

1. există intenția reală de a muri
2. este planificat, se iau măsuri pentru a reuși
3. este aleasă o metodă sigură, violentă:
  - Spânzurare
  - Împușcare
  - Aruncare de la înălțime
  - Aruncarea în fața unui tren, mașină
  - Ingestie de medicamente cu potențial letal în cantități mari
    - Venesectie
4. Momentul ales: când este singur și mai ales noaptea (depresia e maximă)
5. Nu lasă scrisori sau lasă scrisori în care preia asupra sa responsabilitatea actului suicidar

# SUICIDUL

- ÎN SCHIZOFRENIE
  - Suicidul împrumută caracterul bizar al bolii
  - Intenția suicidară poate să dispară brusc
- ÎN PSIHOZE CU HALUCINAȚII AUDITIVE
  - Halucinațiile dictează pacientului să se omoare
- ÎN ALCOOLISMUL CRONIC
  - Are ca și complicație depresia și secundar acesteia, riscul suicidar

# PARASUICIDUL

- Parasuicidul = Intenția de a mima suicidul cu scopul de a-i impresiona pe cei din jur
- Frecvent la personalitățile histrionice
- Poate fi repetat
- Uneori, din întâmplare individul poate deceda

## Caracteristici:

1. Nu există intenția reală de a muri
2. Actul e făcut demonstrativ, în public, când familia e reunită
3. Actul este deseori impulsiv, neplanificat
4. Alege o metodă mai puțin violentă și mai puțin sigură:
  - Ingestie de substanțe, medicamente: triferment, aspirină, nifedipin, tetracilină
  - Crestarea tegumentelor în dreptul venelor
5. Lasă scrisori lacrimogene în care individul se plasează în rolul de victimă a neînțelegerii celor din jur, responsabilitatea este aruncată asupra celorlalți cu scopul de a-i pedepsi

# AUTOMUTILAREA

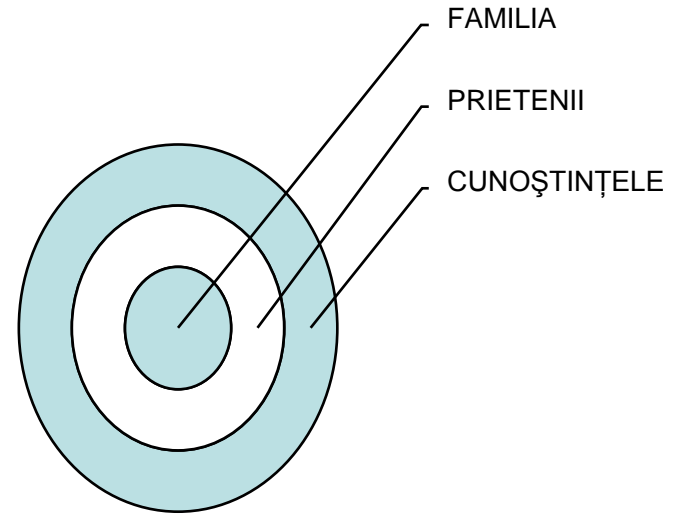
- Este un tip de autoagresivitate ce vizează integritatea corporală
- Apare la
  - bolnavii schizofreni ce prezintă tulburări de schemă corporală
  - personalitățile dizarmonice: histrionice, psihopat histrionice pentru a impresiona:
    - Crestare impulsivă și superficială cu lame, cuțite ducând la cicatrici multiple mai ales pe membrul nondominant
    - Înghițire de obiecte ascuțite în mod repetat în penitenciare având ca beneficiu secundar impresionarea celor din jur și evitarea privării de libertate (transfer în secțiile de chirurgie)

# AGRESIVITATEA PATOLOGICĂ

- Scop: obținerea unor beneficii
    - La indivizii impulsivi cu toleranță scăzută la frustrare
    - La bolnavi psihotici care nu au conștiința bolii:
      - maniacali
      - schizofreni
    - În stări de intoxicație (de ex: alcoolică)
    - La epileptici
    - La psihopații sociopați (care ridiculizează normele morale și fac rău de dragul răului)
- ! La persoanele educate agresivitatea se manifestă mai ales în plan verbal

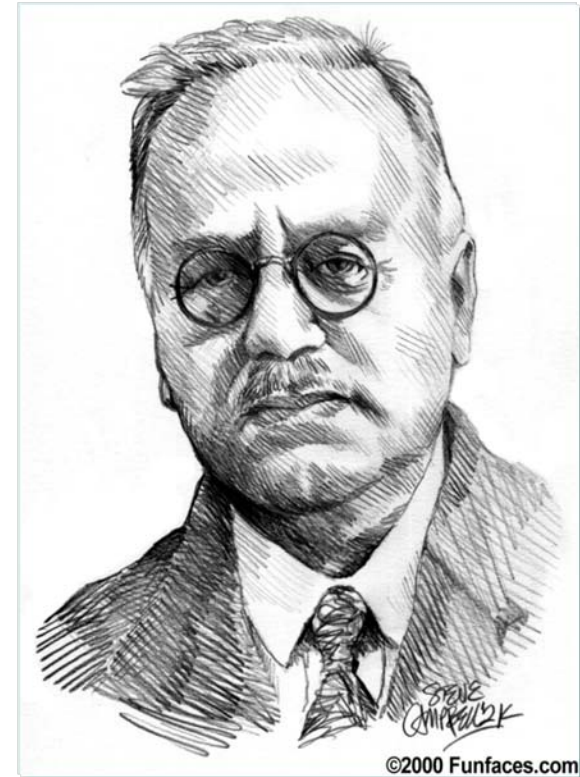
# INSTINCTUL GREGAR

- Se referă la asocierea la un grup:
  - Microgrupul familial
  - Grupul prietenilor, vecinilorRealizând rețeaua de suport social
- Dinamica grupului
  - Apariția unui leader care:
    - luptă pentru obținerea acestei poziții
    - apără partenerul, progeniturile
    - luptă pentru un teritoriu



# IMPORTANȚA GRUPULUI PENTRU FIINȚA UMANĂ

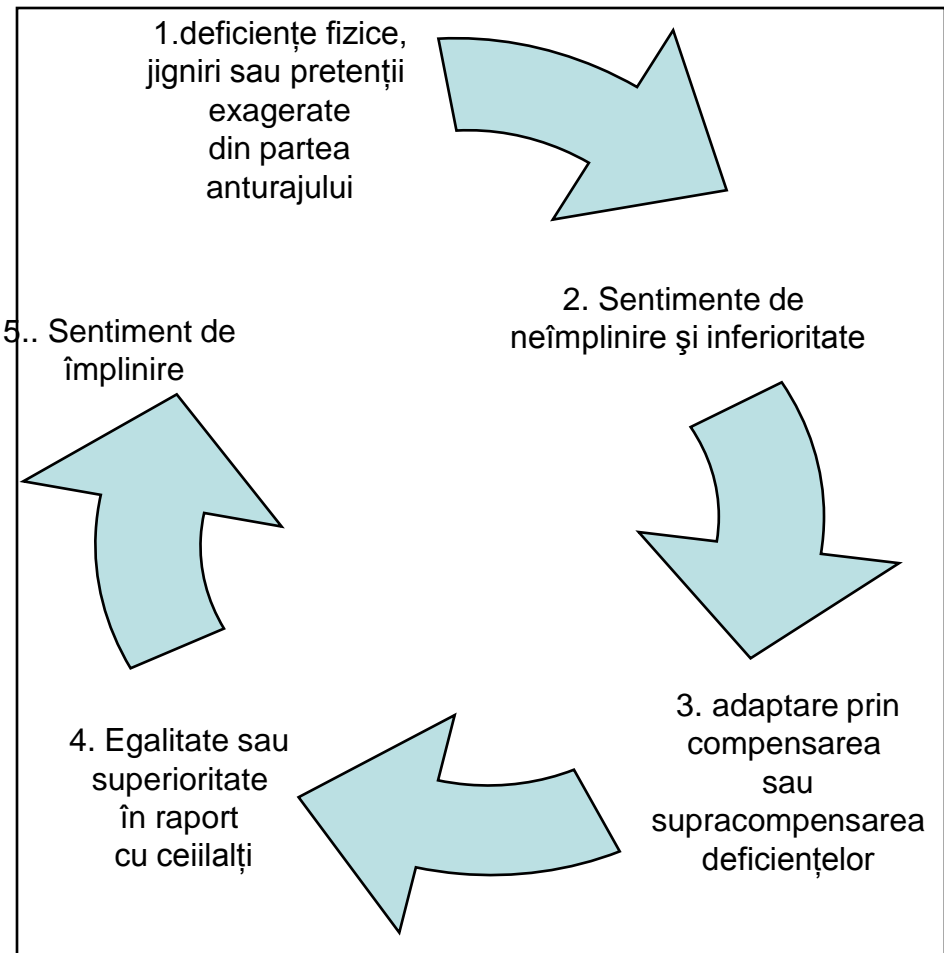
- Socializarea ca imperativ în lupta pentru supraviețuire: omul nu este îndeajuns de puternic ca să poată trăi singur, nu e capabil singur să opună rezistență naturii
- Omul față de alte animale are o INFERIORITATE CONSTITUTIVĂ (conștientizată ca un sentiment de NEÎMPLINIRE și INSECURITATE) care acționează ca stimulent permanent în direcția adaptării la viață
- Copilul are un sentiment înnăscut de comuniune socială



**Alfred Adler (1870 - 1937)**

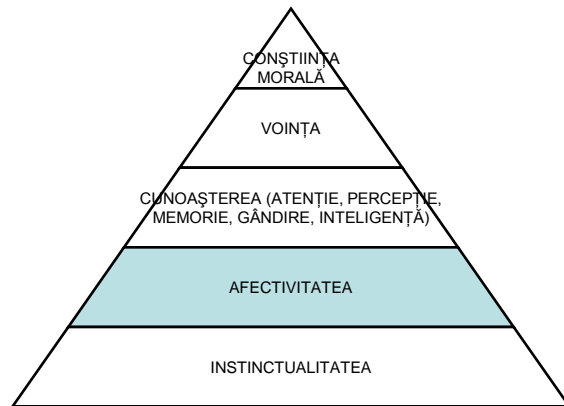
# INDIVIDUL ÎN SOCIETATE

- Dezvoltarea psihică a copilului e puternic influențată de raporturile cu societatea
- Două modalități de adaptare:
  - Atragerea solitudinii celorlalți prin manifestarea ostentativă a slăbiciunilor individuale
  - Luptă pentru depășirea slăbiciunilor individuale (compensare sau supracompensare)



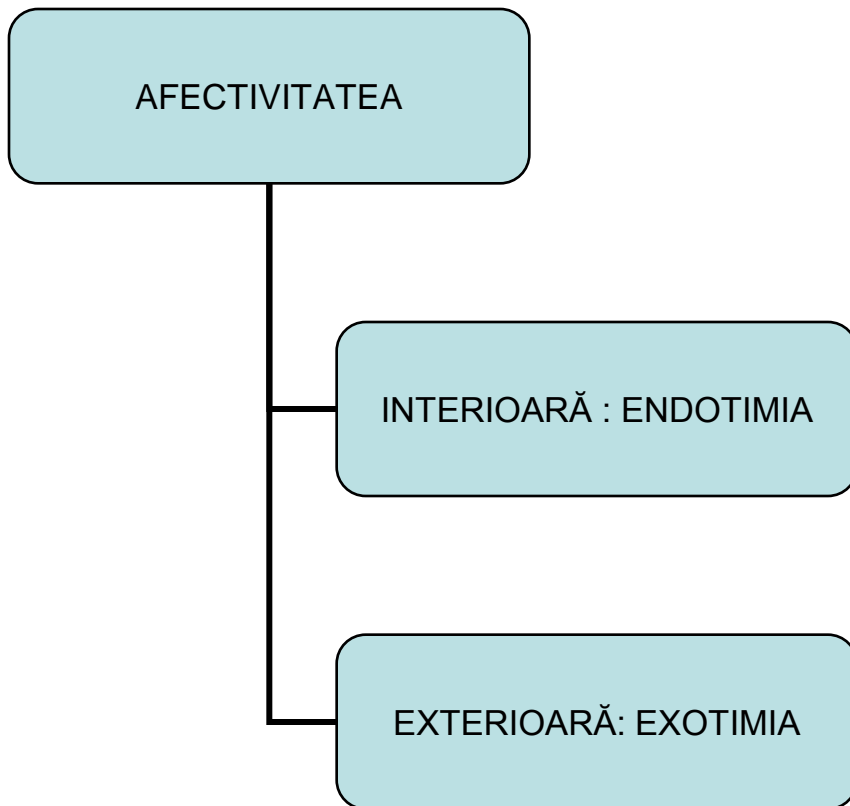
# NIVELUL AFECTIV

## CARACTERISTICI:



- Present la om și la animale
- Aparține psihismului conștient (ne conștientizăm trăirile afective)
- Nivel energetic puternic dar mai slab decât cel instinctiv
- Nivel al subiectivității (afectivitatea este subiectivă, rațiunea e obiectivă)
- Trăirile afective sunt polare:
  - plăcere neplăcere,
  - dragoste – ură,
  - veselie – tristețedar există și trăiri neutre (indiferență)

# AFECTIVITATEA (TIMIA)



- ENDOTIMIA

= dispoziția afectivă de fond

Nu e condiționată de factorii exteriori

Oscilează între poli opuși:

bună dispoziție – proastă dispoziție

Există o ciclicitate (de-a lungul unei zile, mai multor zile, sezonieră - bună dispoziție vara, proastă dispoziție toamna – CICLOTIMIE)

- EXOTIMIA

= reacțiile afective

Este condiționată de endotimie

Reacțiile afective sunt:

- Bazale: plăcere-neplăcere
- Comune: tristețe, veselie, frică, furie
- Existențiale: disperare-extaz
- Morale: vinovăție, empatie
- Tranzitive: iubire-ură, stimă-dispreț
- Intransitive: iubire excesivă de sine-autodeprecieri, mândrie-rușine

AFECTIVITATEA

```
graph TD; A[AFECTIVITATEA] --> B[TRANZITIVĂ: îndreptată spre persoanele din jur]; A --> C[NETRANZITIVĂ (EGOFILIE) centrată pe propria persoană]; C --> D[POZITIVĂ (EGOCENTRISM)]; C --> E[NEGATIVĂ (AUTODEPRECIERE)];
```

TRANZITIVĂ: îndreptată spre  
persoanele din jur

NETRANZITIVĂ (EGOFILIE)  
centrată pe propria persoană

POZITIVĂ (EGOCENTRISM)

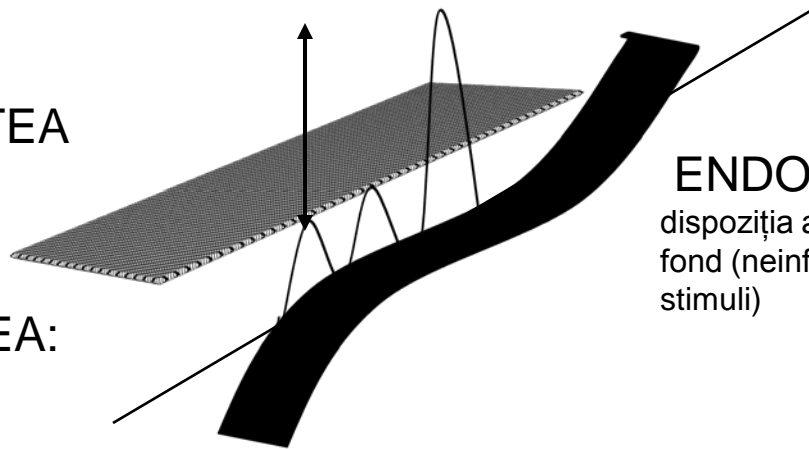
NEGATIVĂ (AUTODEPRECIERE)

# AFECTIVITATEA

**EXPRESIVITATEA**  
trăirilor interioare

**FILTRU**

**SENSIBILITATEA:**  
capacitatea a rezona  
afectiv, de a răspunde  
afectiv

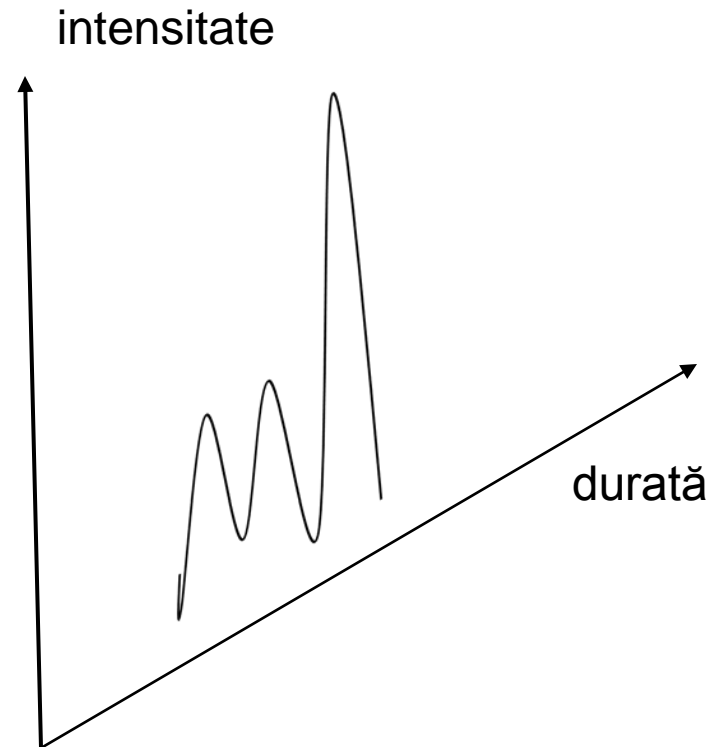


**EXOTIMIA**  
reacțiile afective  
la stimuli

**ENDOTIMIA**  
dispoziția afectivă de  
fond (neinfluențată de  
stimuli)

# TRĂIRILE AFECTIVE DIN PUNCTUL DE VEDERE AL INTENSITĂȚII

- EMOȚIA
- AFECTUL
- PASIUNEA
- SENTIMENTUL



# TRĂIRILE AFECTIVE DIN PUNCTUL DE VEDERE AL INTENSITĂȚII

- EMOȚIA

- Trăire afectivă intensă
- Declanșată brusc
- Durată scurtă
- Determinată de un factor exterior (examen, vorbitul în public, etc.)
- Însoțită de REACȚII VEGETATIVE: înroșire, tremurături, micțiuni imperioase, debacluri diareice

- AFECTUL

- Trăire afectivă foarte intensă de FURIE
- Declanșată de o persoană înalt semnificativă pentru individ (răutatea care vine de la un prieten)
- Lasă urme adânci

# TRĂIRILE AFECTIVE DIN PUNCTUL DE VEDERE AL INTENSITĂȚII

- **SENTIMENTUL**

- Debut treptat sau acut
- La început foarte intens, consumptiv (însoțit de insomnie, scădere în greutate)
- Intensitatea scade treptat (ex. anul de doliu)
- Poate fi controlat rațional
- Poate fi îndreptat spre o persoană sau poate avea conținut abstract ( patriotism, știință, diverse hobby-uri)

- **PASIUNEA**

- Spre deosebire de sentiment nu poate fi controlată rațional

ATACUL DE PANICĂ  
AFECTUL PATOLOGIC  
INVERSIUNE AFECTIVĂ  
AMBIVALENȚĂ AFECTIVĂ

EMOTIVITATEA  
RĂCEALĂ AFECTIVĂ

EXOTIMIA reacțiile  
afective la stimuli

EXPRESIVITATEA  
trăirilor interioare

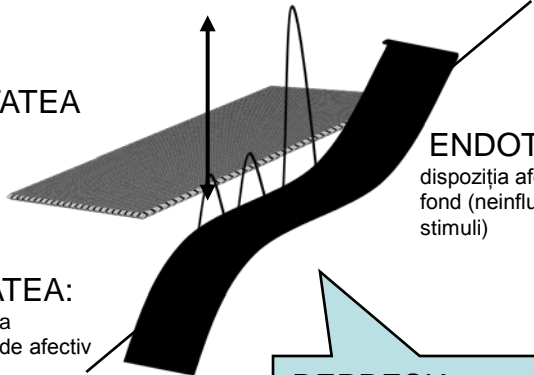
FILTRU

ENDOTIMIA  
dispoziția afectivă de  
fond (neinfluențată de  
stimuli)

SENSIBILITATEA:  
capacitatea a rezona  
afectiv, de a răspunde afectiv

LABILITATEA EMOȚIONALĂ  
ANESTEZIE AFECTIVĂ

DEPRESIA  
DISFORIA  
MANIA  
CICLOTIMIA  
ANXIETATEA



# TRĂIRILE AFECTIVE

- HIPEREMOTIVITATEA
  - hipersensibilitate + hiperreactivitate afectivă (intensitatea reacției afective este excesivă față de intensitatea stimulului declanșant)
- LABILITATEA EMOȚIONALĂ
  - Trecerea rapidă dintr-o stare emoțională într-una opusă (tristețe - bucurie)
  - Se poate accentua odată cu îmbătrânirea
  - Se întâlnește
    - ca trăsătură de personalitate
    - în patologia nevrotică
    - în manie ≠ virajul depresiv

# TRĂIRILE AFECTIVE

- Ciclotimia:
  - Cicluri mai lungi decât în normalitate, alcătuite din perioade hipomaniacale și subdepresive care alternează
- Afectul patologic :
  - Trăire foarte intensă, în special conflictuală
  - Individul nu este conștient de ceea ce face și nu calculează consecințele actelor sale.
  - de ex: act cu caracter penal (distrugeri, crimă)

# TRĂIRILE AFECTIVE

- ANXIETATEA
  - Frică nejustificată (fără obiect)
  - Presentimentul unui pericol iminent care însă nu poate fi precizat + stare de așteptare tensionată
- ATACUL DE PANICĂ (CRIZA DE ANGOASĂ)
  - Frică intensă, paroxistică tematizată: frică de moarte iminentă + simptome vegetative
- FOBIA
  - Frică patologică (excesivă față de gradul de pericolozitate al obiectului) cu obiect (obiect sau situație fobogenă)

# DEPRESIA

- DEPRESIA

- Echivalentul patologic al tristeții normale, dar calitativ diferită de aceasta (tristețea este patologică prin intensitate, durată, mod de apariție și reactivitate)
- Trăire sumbră, dezagreabilă
- Pentru individ este o senzație percepută ca o durere profundă, intensă, “morală” - totul își pierde valoarea: viața, persoana (sentimente de autodeprecieri: incapacitate, inutilitate, culpabilitate)
  - Individul resimte incapacitatea de a face planuri de viitor (și-a pierdut speranța)
  - Prezentul nu mai oferă nici o bucurie
  - Atracție pentru trecutul dureros care provoacă culpabilitate

# MANIA

- MANIA
  - Echivalentul patologic al veseliei, dar calitativ diferită de aceasta (veselie patologică prin intensitate, durată, mod de apariție și reactivitate)
  - Individul
    - trăiește într-o sărbătoare continuă (are tendința de a cânta, dansa)
    - își hipervalorizează propria persoană (se simte inteligent și frumos)
    - își face multiple planuri de viitor fără nici o legătură cu realitatea, are un optimism debordant
  - Fericirea debordantă poate deveni deranjantă pentru ceilalți

# TRĂIRILE AFECTIVE

- **AMBIVALENȚA AFECTIVĂ**
  - Prezența în același timp la aceeași persoană a două sentimente/reacții afective contrare
  - Se întâlnește în schizofrenie
- **INVERSIUNEA AFECTIVĂ**
  - Inversarea sentimentului de dragoste în ură și dispreț față de persoanele iubite (părinți, copii, partener de viață)
  - Se întâlnește în schizofrenie

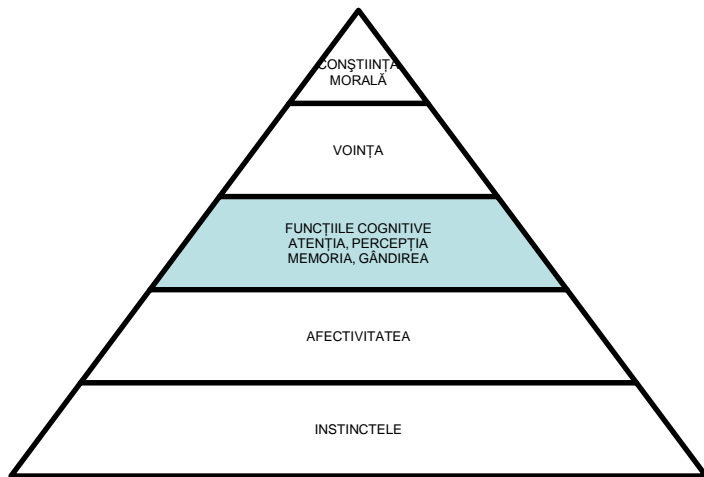
# TRĂIRILE AFECTIVE

- RĂCEALA AFECTIVĂ: controlarea strictă a manifestărilor reacțiilor afective
- TOCIRE AFECTIVĂ/ ATIMHORMIE
  - Lipsa capacității de reacție afectivă
  - Însoțită de inerție, lipsa voinței, inactivitate
  - Dă sentimentul că individul a pierdut și în plan intelectual
  - Apare în forma simplă a schizofreniei (cu simptome negative) – dementia praecox
  - Este un defect greu reversibil

# TRĂIRILE AFECTIVE

- ANESTEZIA AFECTIVĂ / ANHEDONIA
  - incapacitatea de a se mai bucura de ceva
  - apare în depresia de intensitate foarte mare
  - anestezia afectivă + autodevalorizarea explică decizia unor pacienți depresivi de a-și lua viața

# NIVELUL COGNITIV



## FUNȚIILE COGNITIVE

ATENȚIA

PERCEPȚIA

MEMORIA

GÂNDIREA

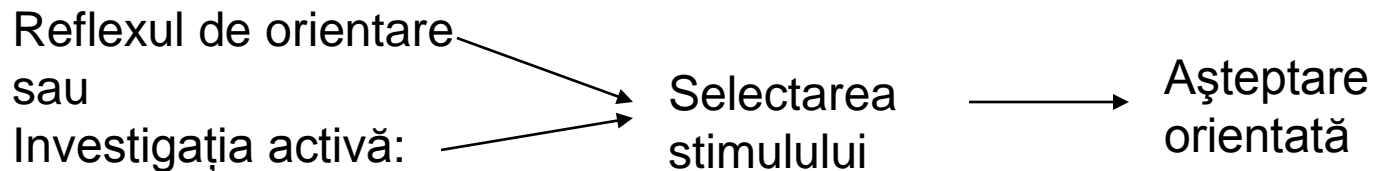
INTELIGENȚA

# CUNOAȘTEREA

- nu reprezintă o reflectare a realității obiective
- doar STRUCTUREAZĂ, ORGANIZEAZĂ experiența umană
- Dacă este PERTINENTĂ (rezistă probei experienței și permite predicția), reprezintă un INSTRUMENT util în adaptarea la REALITATE (alături de inteligență)

# ATENȚIA (PROSEXIA)

- Funcție care orientează (dirijează) și focalizează (concentrează) psihismul conștient înspre un anumit sector al realității (intenționalitate)
- Este influențată de afectivitate



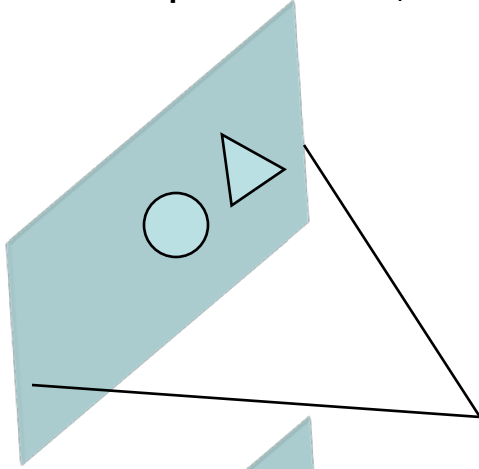
# ATRIBUTELE ATENȚIEI

- **CONCENTRAREA:** atenția se focalizează pe un anumit stimul (obiect) crescând eficacitatea percepției
  - se poate realiza fără efort (datorită curiozității, interesului)
  - poate necesita un efort al voinței
- **DISPERSIA:** aria de atenție superficială din jurul focarului de concentrare a atenției, în care obiectele sunt percepute mai puțin clar
- **PERSISTENȚA:** capacitatea de a menține atenția la un nivel optim de concentrare
- **MOBILITATEA:** capacitatea de a comuta atenția pe un alt obiect când necesitatea o impune.

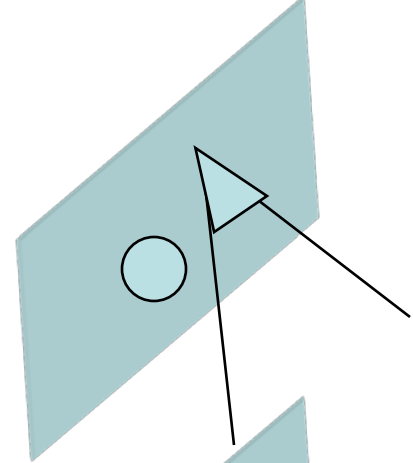
# ATRIBUTELE ATENȚIEI

Direct proporționale

Dispersia

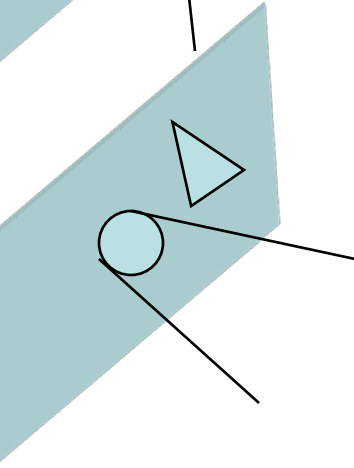
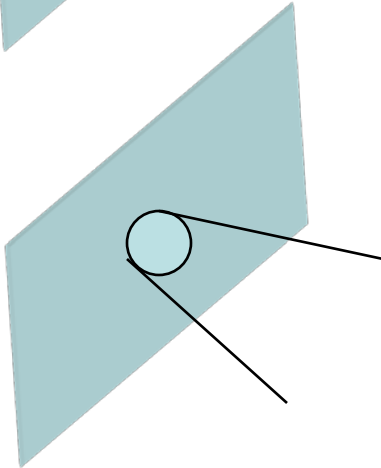


Mobilitatea



Indirect proporționale

Concentrarea (focalizarea)



Persistența

Invers proporționale

# MODIFICĂRI CANTITATIVE ALE ATENȚIEI

- **HIPOPROSEXIA:**
  - de concentrare și persistență (depresie, anxietate pentru exterior)
  - de dispersie și mobilitate (depresie)
- **HIPERPROSEXIA:**
  - de concentrare și persistență (personalitate epileptoidă, depresie – pentru propria suferință)
  - de dispersie și mobilitate (manie)

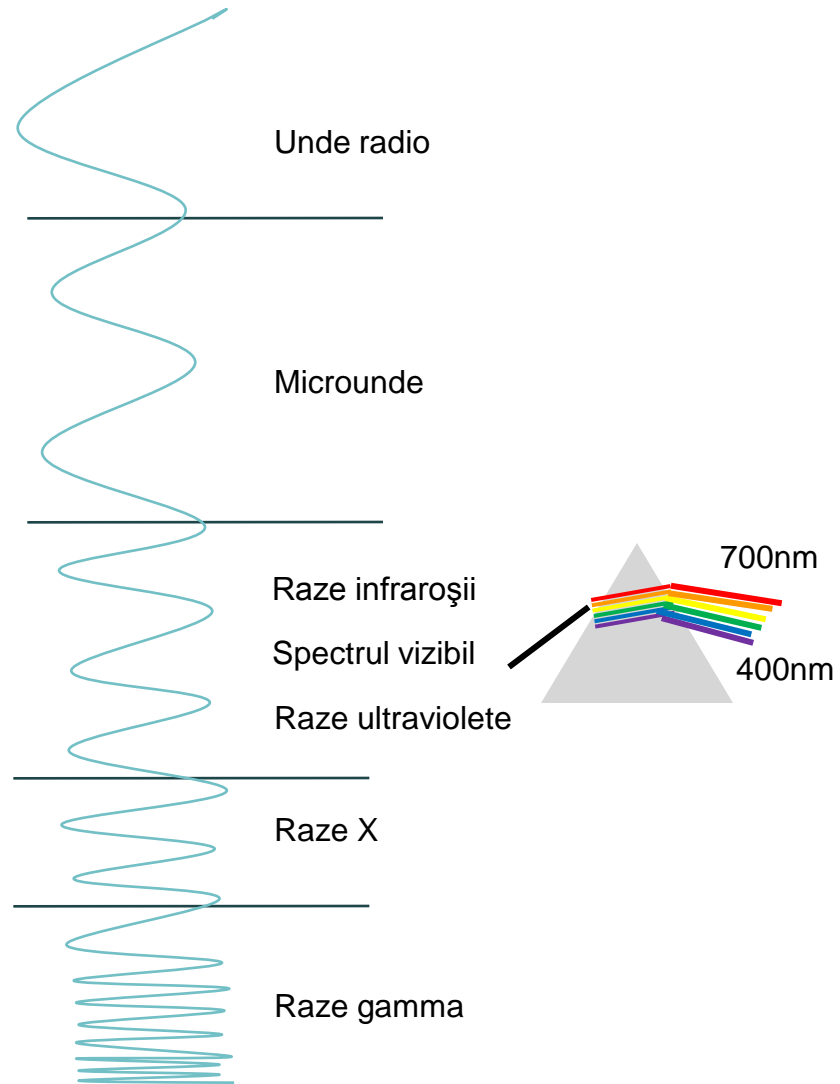
# PERCEPȚIA

- **IMMANUEL KANT:** există o distincție între percepție (PHENOMENON, ceea ce apare în minte) și lumea ce dă naștere percepției (NOUMENON)
- **JOHN LOCKE:** nu există distincție între percepție și realitate, mintea reflectând pasiv informația ce vine de la organele de simț

# PERCEPȚIA

Lumea  
reală, obiectivă nu  
este percepută  
decât fragmentar

Lungimea de undă

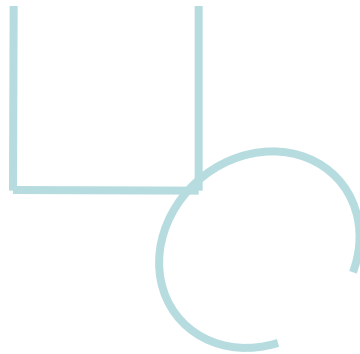


# PERCEPȚIA

- Nu este o recepționare pasivă a stimulilor, ci este o construcție, un produs al psihismului, ce are la bază experiența (memoria) la care face permanent apel

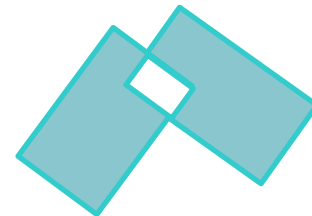
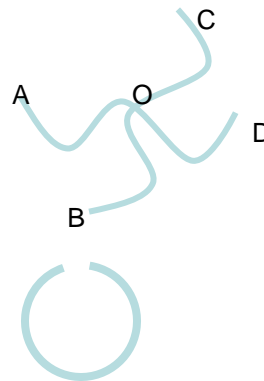
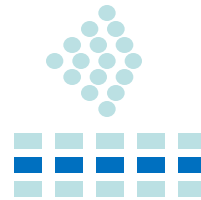
# LEGILE ORGANIZĂRII (percepției vizuale) – psihologia formei

- Pregnanța: forma (gestalt) cea mai bună e forma simplă



# LEGILE ORGANIZĂRII (percepției vizuale)

- Simetria
- Proximitatea
- Similaritatea
- Continuitatea
- Închiderea

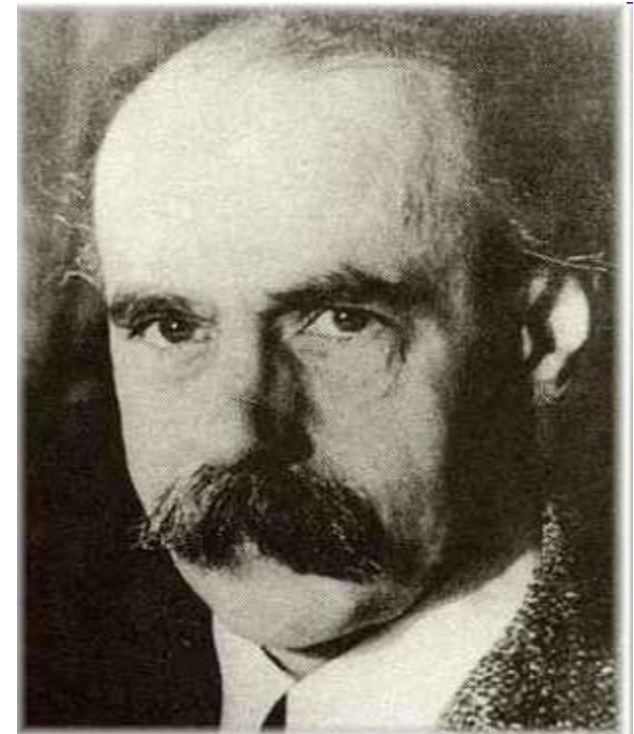
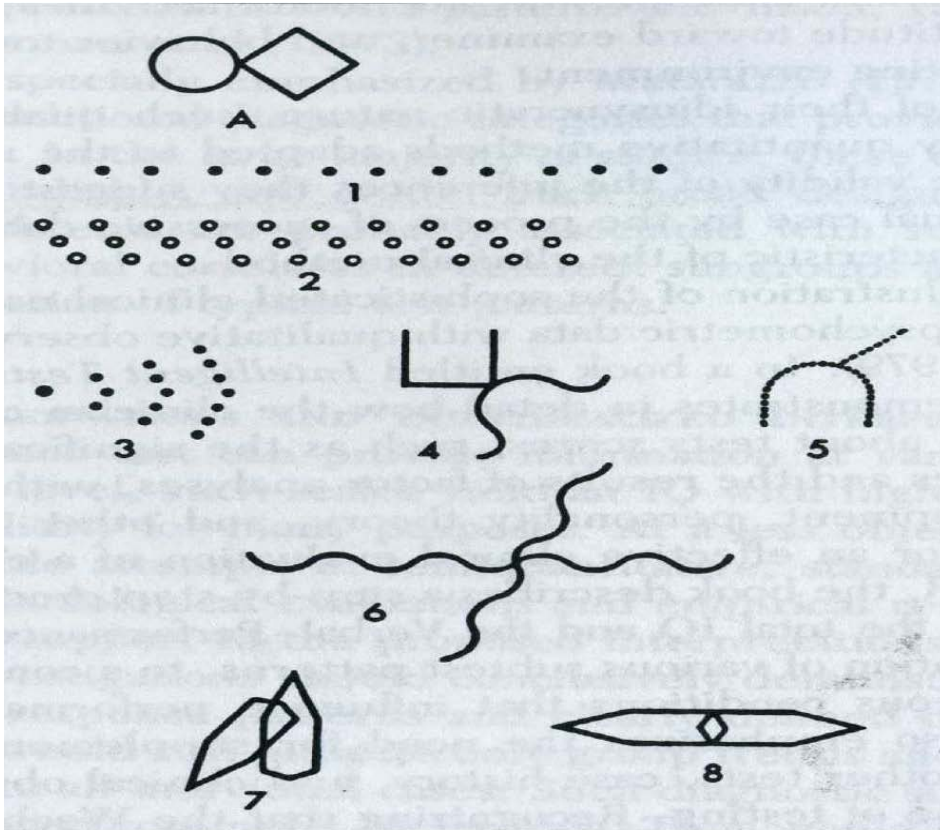


# FENOMENUL FIGURĂ/FOND

- Convexitatea
- Aria (figura mică)
- Orientarea (verticală/orizontală)



# Testul Bender-Gestalt folosește figurile imaginare de Max Wertheimer



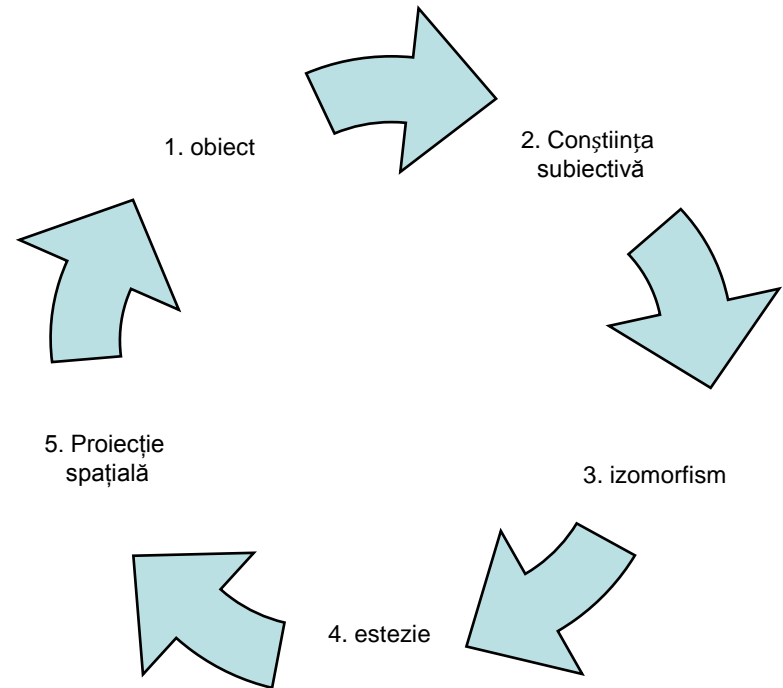
Max Wertheimer (1880-1943)

# PERCEPȚIA

- Nu reflectă întreaga realitate
- Este o construcție individuală
- Are la bază experiența (bagajul mnestic)
- Este interpretată subiectiv (primește un sens)
- Percepția este influențată de afectivitate

# PERCEPȚIA

- Funcția psihică prin care realitatea obiectivă este reflectată subiectiv
- Atributele unei percepții normale:
  - Prezența obiectului în realitate
  - Validarea (conștiința subiectivă a existenței obiectului)
  - Imagine mentală izomorfă (identică) cu obiectul (e important pentru semnificația atribuită percepției)
  - Estezia (intensitatea percepției): imaginea mentală este mai puțin pregnantă
  - Proiecția spațială (în afara corpului)



# TULBURĂRILE DE PERCEPȚIE



```
graph TD; A[TULBURĂRILE DE PERCEPȚIE] --> B[CANTITATIVE]; A --> C[CALITATIVE]; B --> D[HIPOESTEZIA]; B --> E[HIPERESTEZIA]; C --> F[ILUZIA]; C --> G[HALUCINAȚIA]; C --> H[PSEUDOHALUCINAȚIA]; C --> I[HALUCINOZA]
```

A hierarchical flowchart showing the classification of perceptual disorders. The root node is 'TULBURĂRILE DE PERCEPȚIE', which branches into 'CANTITATIVE' and 'CALITATIVE'. 'CANTITATIVE' further branches into 'HIPOESTEZIA' and 'HIPERESTEZIA'. 'CALITATIVE' branches into 'ILUZIA', 'HALUCINAȚIA', 'PSEUDOHALUCINAȚIA', and 'HALUCINOZA'. All nodes are represented by light blue rounded rectangular boxes with black outlines, connected by black lines.

CANTITATIVE

HIPOESTEZIA

HIPERESTEZIA

CALITATIVE

ILUZIA

HALUCINAȚIA

PSEUDOHALUCINAȚIA

HALUCINOZA

# TULBURĂRI CANTITATIVE ALE PERCEPȚIEI

- **HIPERESTEZIA:**
  - Sindrom meningian
  - Migrenă
  - Cefalee după un consumul unei cantități de alcool la care subiectul nu are toleranță
- **HIPOESTEZIA:**
  - Deficite ale organelor de simț  
(de ex. hipoacuzie, presbiopsie)
  - Oboseală
  - Obnubilare, sindrom confuzional
  - Normalitate: furie, activitate foarte preocupantă

# TULBURĂRILE CALITATIVE DE PERCEPȚIE

- ILUZIA: percepție cu obiect dar fără izomorfism ( i se atribuie obiectului perceput o semnificație diferită de cea reală, falsă)
- HALUCINAȚIA: percepție fără obiect, clară, proiectată în exteriorul individului și necriticată de acesta
- PSEUDOHALUCINAȚIA: percepție fără obiect, clară, proiectată în interiorul individului și necriticată de acesta
- HALUCINOZA: percepție fără obiect, clară, criticată de individ (individul nu pierde contactul cu realitatea)

# TULBURĂRILE CALITATIVE DE PERCEPȚIE

	Prezența obiectului	Conștiința subiectivă	Izomorfismul	Estezia	Proiecția spațială
ILUZIA	+	+	-	+/-	+
HALUCINAȚIA	-	+	+	+	+
PSEUDOHALUCINAȚIA	-	+	+	+	-
HALUCINOZA	-	-	+	+	+

# ILUZIA

- percepție cu obiect dar fără izomorfism  
(i se atribuie obiectului perceput o semnificație diferită de cea reală, falsă)
  - obiectul e prezent în realitate
  - există conștiința subiectivă
  - există proiecție spațială
  - nu există izomorfism

# ILUZIA

- Fenomen normal:
  - Iluziile optice
  - În condiții de frică: identificarea într-o umbră a unui animal
  - În stările hipnagogică și hipnopompică
- Fenomen patologic:
  - Iluzia de schemă corporală, dismorfobie, depersonalizare (schizofrenie)
  - Iluzia sosiilor (schizofrenie)
  - Iluzia de greutate corporală (depresie: corp greu)

# LEGENDA SOSIEI I



# LEGENDA SOSIEI II



ILUZIA SOSIA: pacientul este convins că o persoană apropiată a fost substituită de un dușman de-al său pentru a-l supraveghea

# ILUZIA FREGOLI



ILUZIA FREGOLI: pacientul este convins că diversele persoane pe care le întâlnește sunt de fapt aceeași persoană ostilă, deghizată

# HALUCINAȚIA

- Percepție fără obiect, clară, proiectată în exteriorul individului și necriticată de acesta
- Normală: doar în stările hipnagogică și hipnopompică și durează câteva secunde
  - Halucinațiile hipnagogice: la adormire
  - Halucinațiile hipnopompice: la trezire

# CLASIFICAREA HALUCINAȚIILOR:

- VIZUALE (scenice = onirism, zoomorfe)
- AUDITIVE  
(zgomote, voci, apelative, comentative, imperative, injurioase)
- TACTILE
- OLFACTIVE (se asociază cu delirul de otrăvire)
- GUSTATIVE (se asociază cu delirul de otrăvire)

# HALUCINAȚIILE VIZUALE

- Animale mici care se urcă pe piele și generează comportament de apărare (halucinații vizuale micropsice asociate cu halucinații tactile):
  - delirium tremens
- Scene asemănătoare visului (halucinații onirice):
  - delirium tremens (caracter profesional)
  - alte stări de delirium
  - intoxicație cu droguri: cocaină, hașiș
- Imagini cu conținut mistic: îngerii, Christos, arhanghelul Mihail, etc.
  - Parafrenie
  - Schizofrenie (mai rar)

# HALUCINAȚIILE AUDITIVE

- Cele mai frecvente în patologie
- Simple: zgomote, pocnete, clopote, claxoane
- Complexe: voci
  - Apelative: persoana este strigată pe nume
  - Comentative: persoana e comentată de voci
    - schizofrenie
  - Injurioase: vocile înjură persoana
    - schizofrenie
  - Imperative: vocile ordonă persoanei să execute acte negative: să omoare, să se omoare (PERICULOASE)
    - Schizofrenie
    - Psihoze paranoide
    - Parafrenie

# PSEUDOHALUCINAȚIA

- percepție fără obiect, clară, proiectată în interiorul individului și necriticată de acesta
  - Obiectul nu e prezent
  - Există izomorfism din partea pacientului
  - Conștiința subiectivă e foarte intensă
  - Estezia poate fi slabă
  - Proiecția spațială nu există
    - Subiectul vede imagini în cap
    - Subiectul aude voci în cap sau diverse organe
    - subiectul simte animale în interiorul corpului
- apare în schizofrenie

# HALUCINOZA

- percepție fără obiect, clară, criticată de individ (individul nu pierde contactul cu realitatea)
  - Obiectul nu e prezent
  - Există izomorfism din partea pacientului
  - Nu există conștiința subiectivă
  - Estezia poate fi slabă
  - Există proiecție spațială
  - Ambivalență între ceea ce percepe și critică
- apare:
  - la bătrâni cu ateroscleroză cerebrală

# MEMORIA

Funcția psihică care are rolul de a:

- înregistra informația atât timp cât e necesar pentru procesarea acesteia:

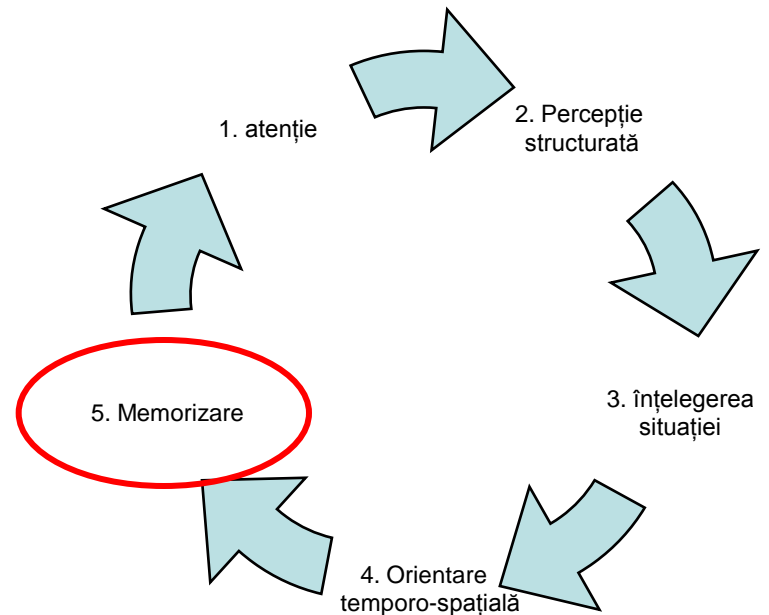
MEMORIA IMEDIATĂ sau MEMORIA DE LUCRU (WORKING MEMORY)

- înregistra și stoca informația pentru o perioadă determinată de timp:

- scurtă: MEMORIA DE SCURTĂ DURATĂ

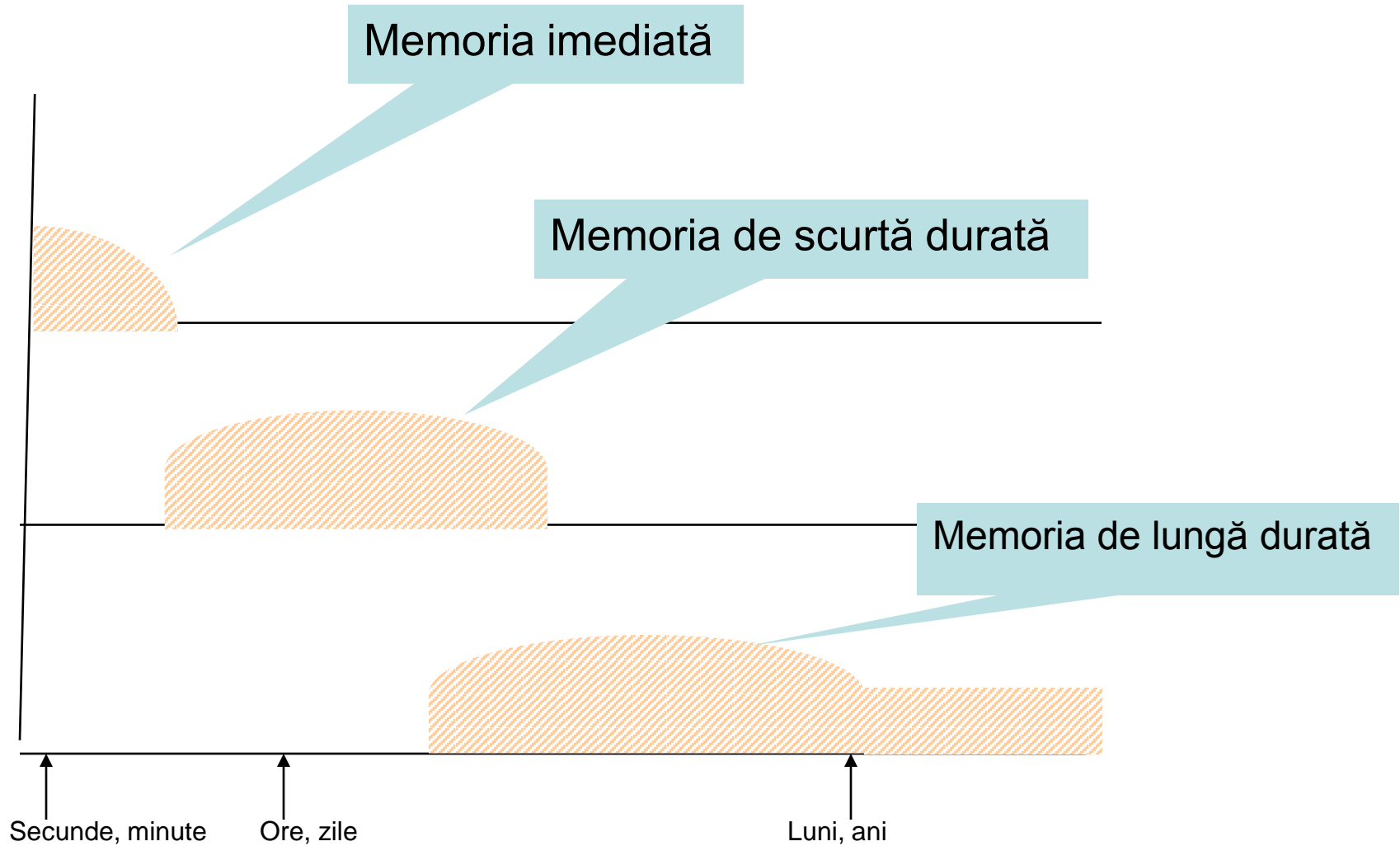
- lungă: MEMORIA DE LUNGĂ DURATĂ

- evoca informația (amintiri)

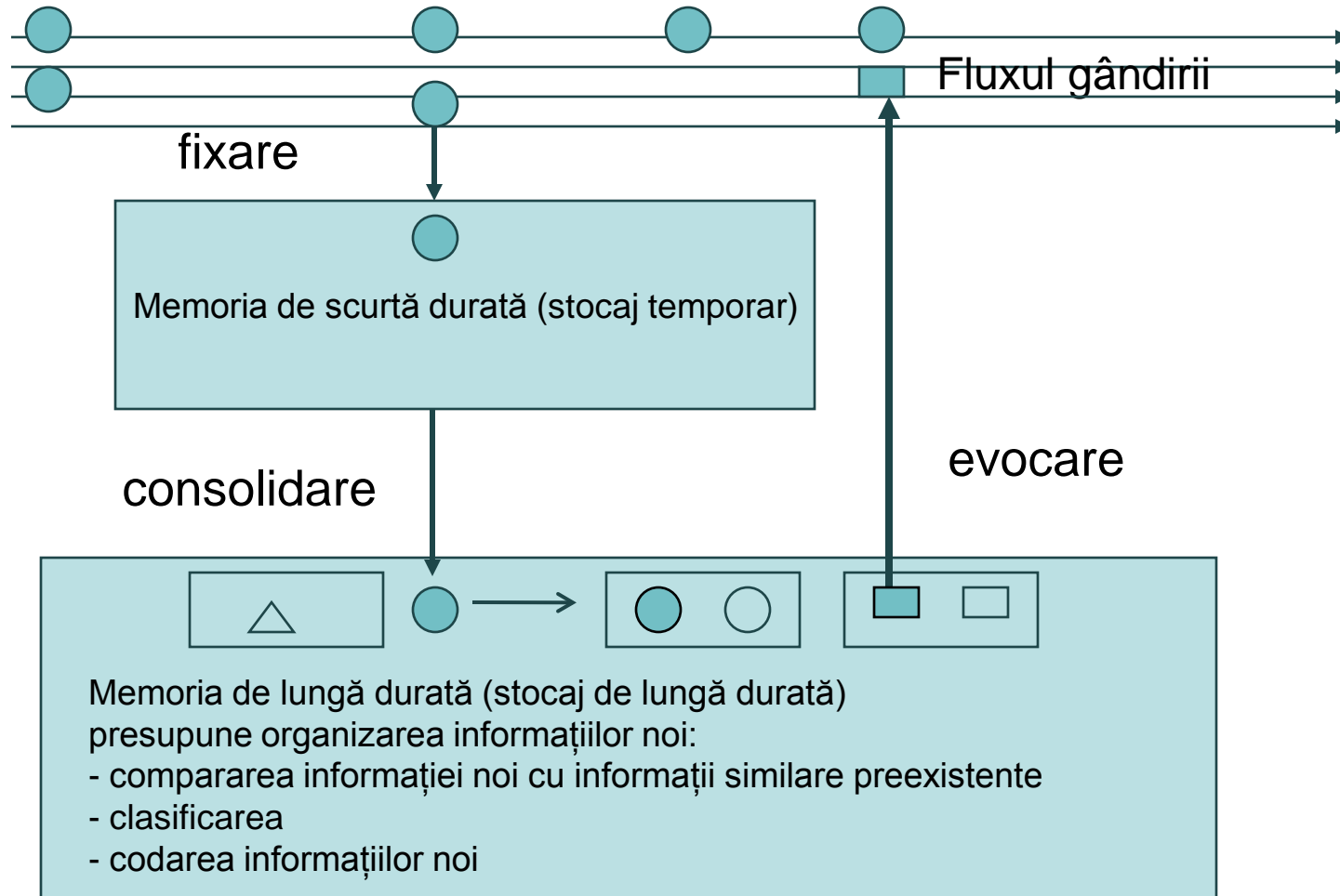


Memoria de lucru este deseori confundată cu memoria de scurtă durată.

# TIPURI DE MEMORIE



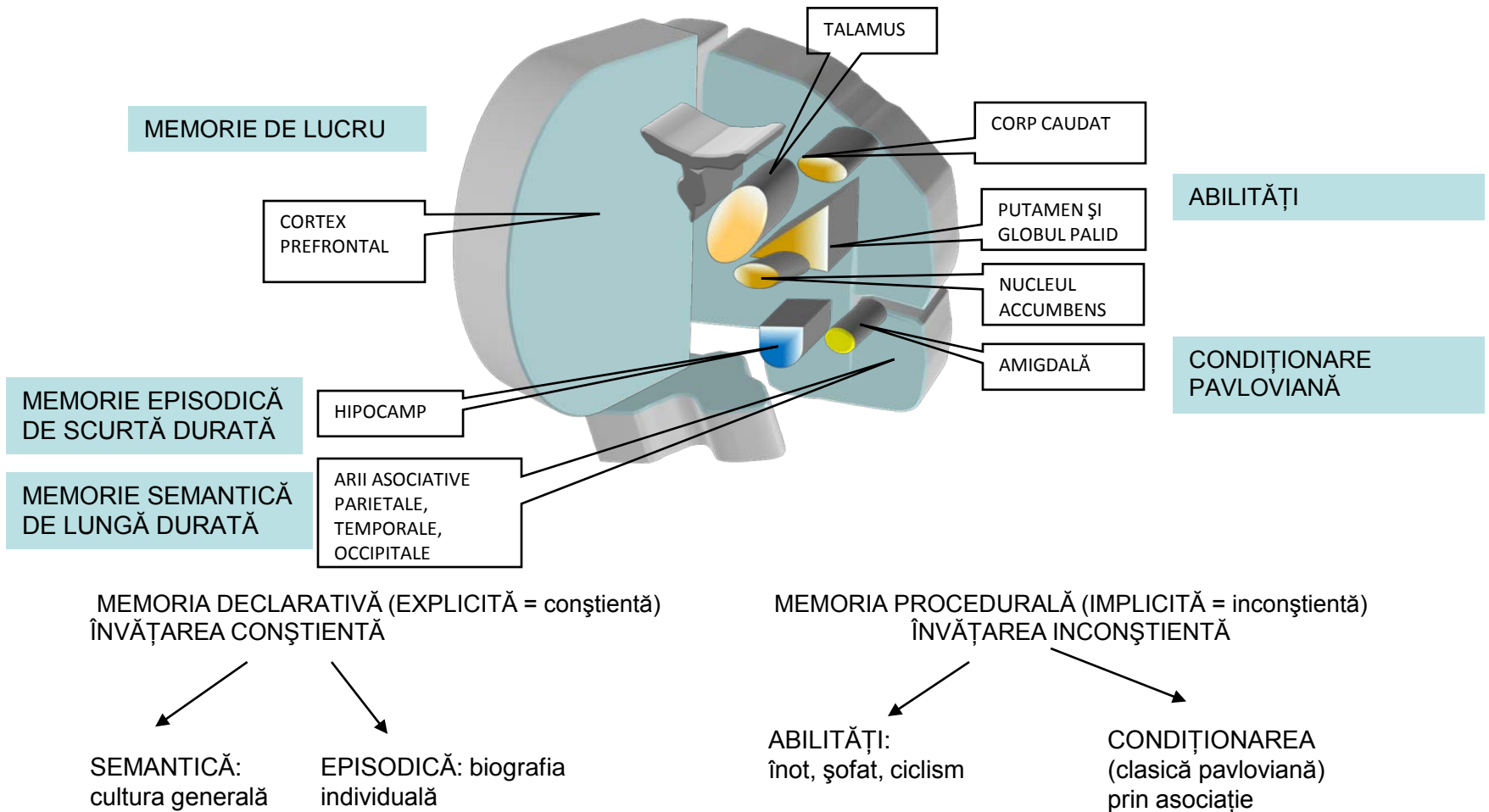
Memoria de lucru menține temporar după dispariția stimulului informația în câmpul actual de conștiință, permițând executarea simultană a mai multor procese cognitive



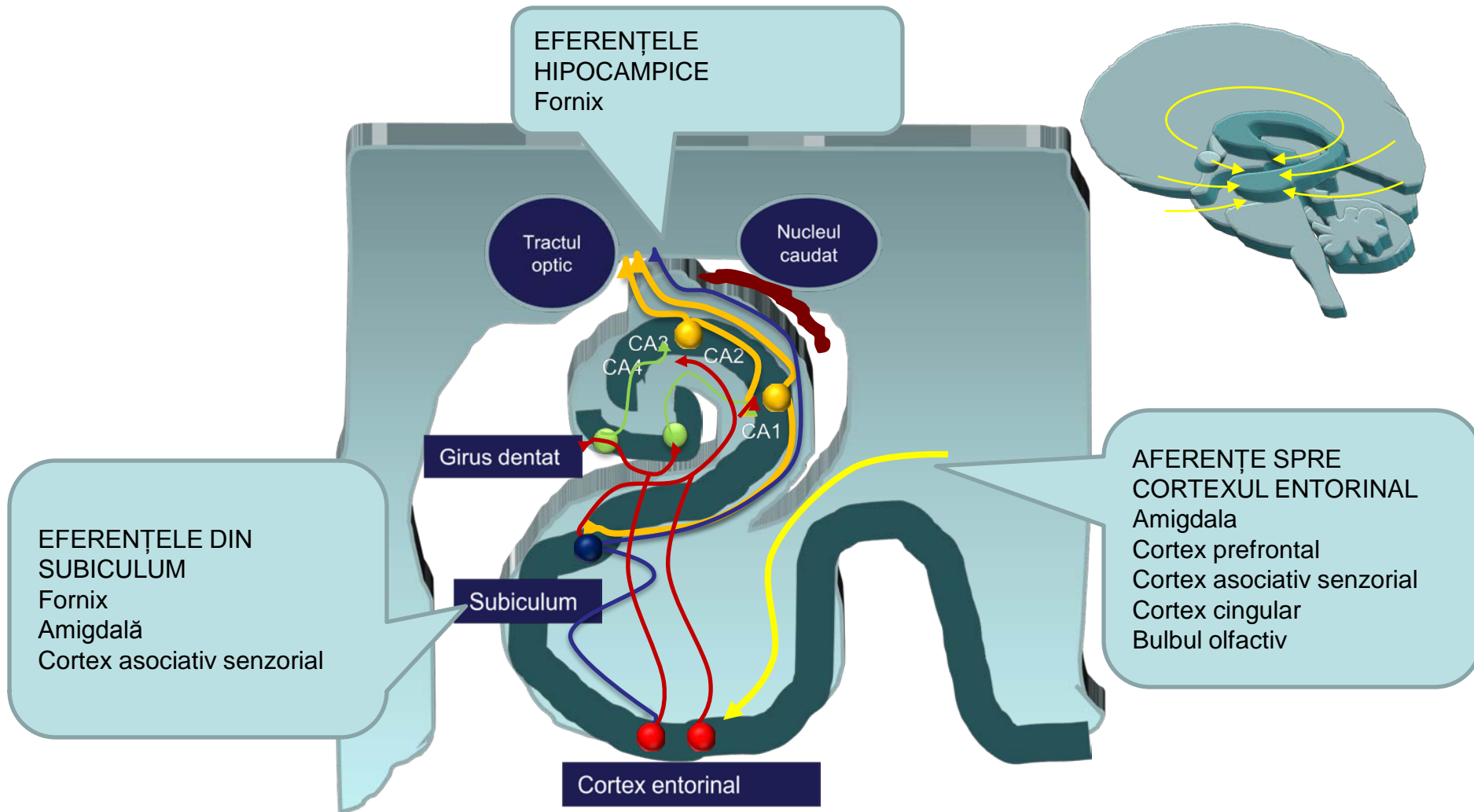
# MEMORIA

- Programarea: stocarea informației pe termen scurt sau mai lung
- Caracteristici:
  - Promptă
  - Completă
  - Corectă
- Mecanică/logică

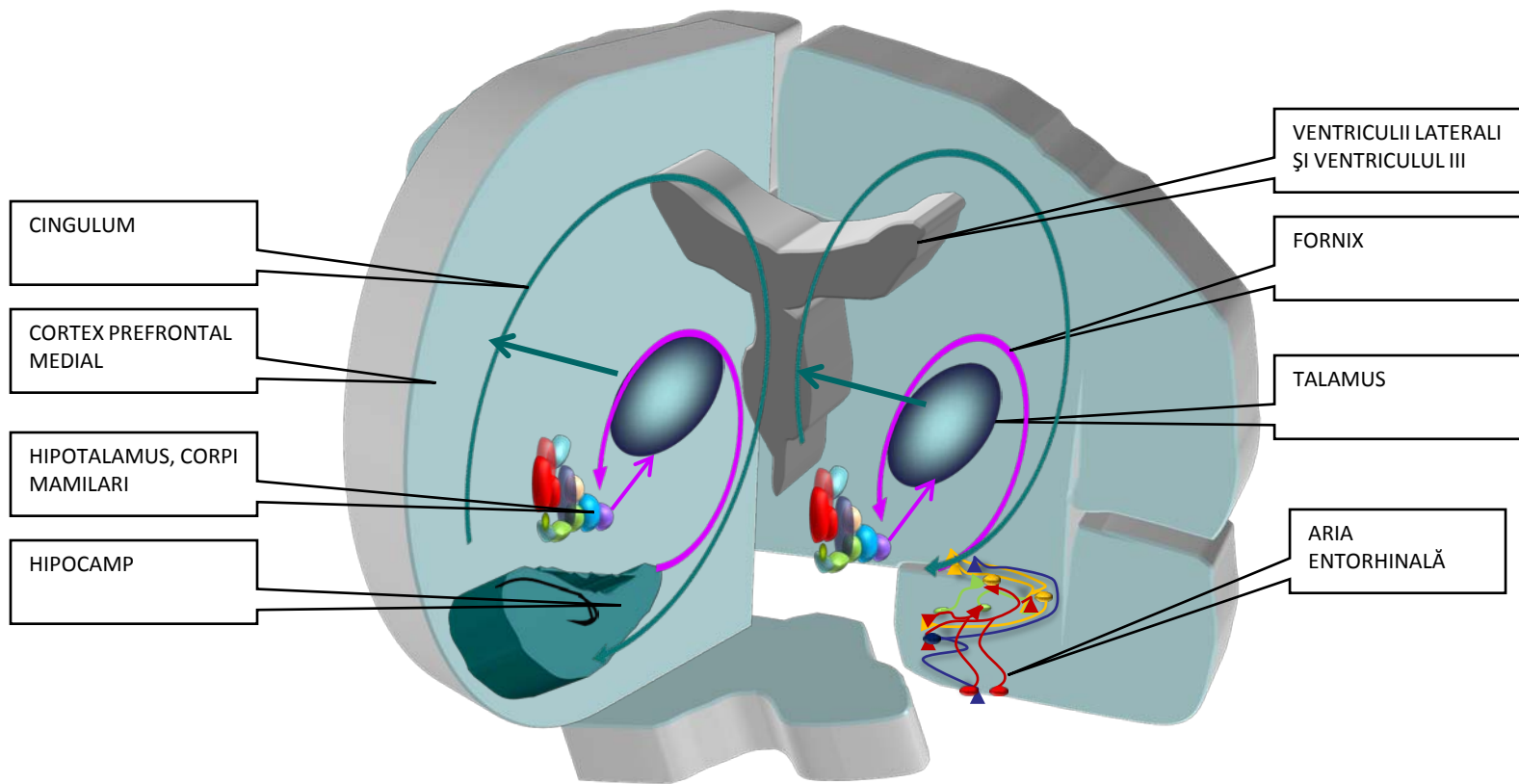
# STRUCTURILE IMPLICATE ÎN MEMORIE



# HIPPOCAMPUL



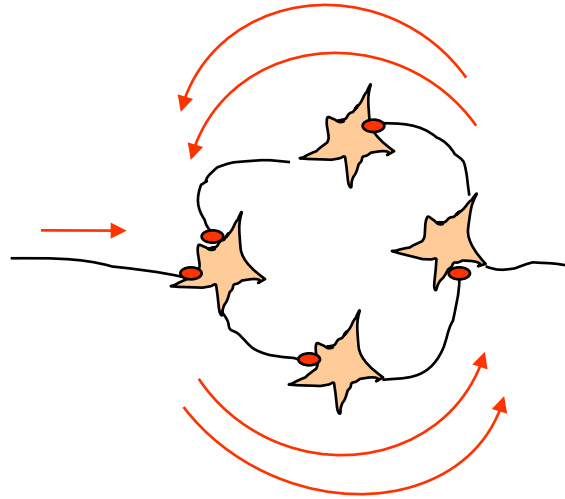
# CIRCUITUL LUI PAPEZ



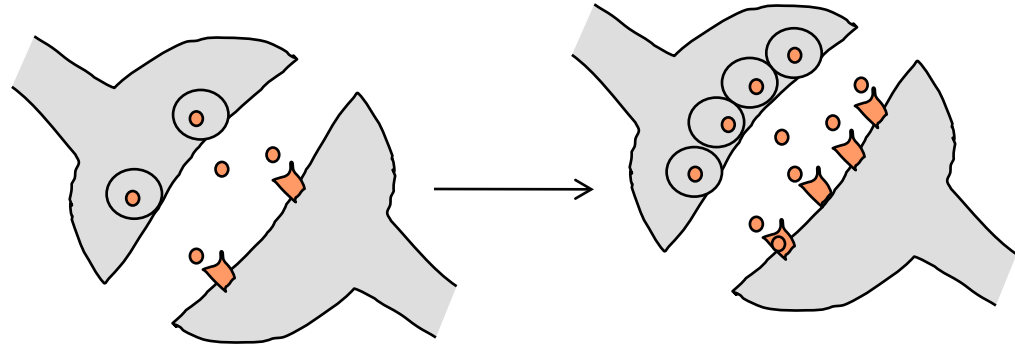
Informațiile sunt recirculate în circuitul lui Papez în vederea stocării

# MEMORAREA

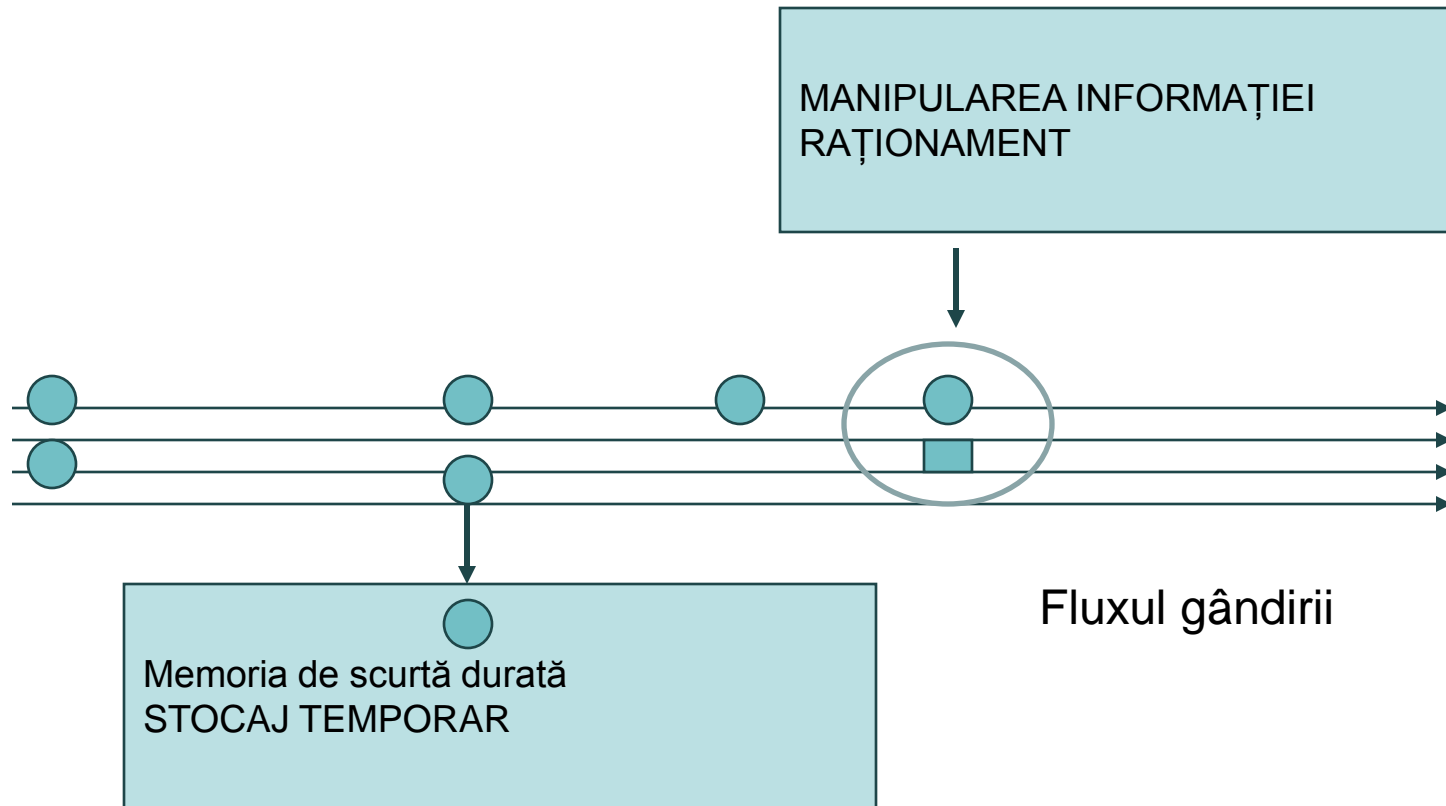
Fixarea informațiilor  
presupune implicarea  
circuitelor reverberante ale  
lui Hebb în hipocamp



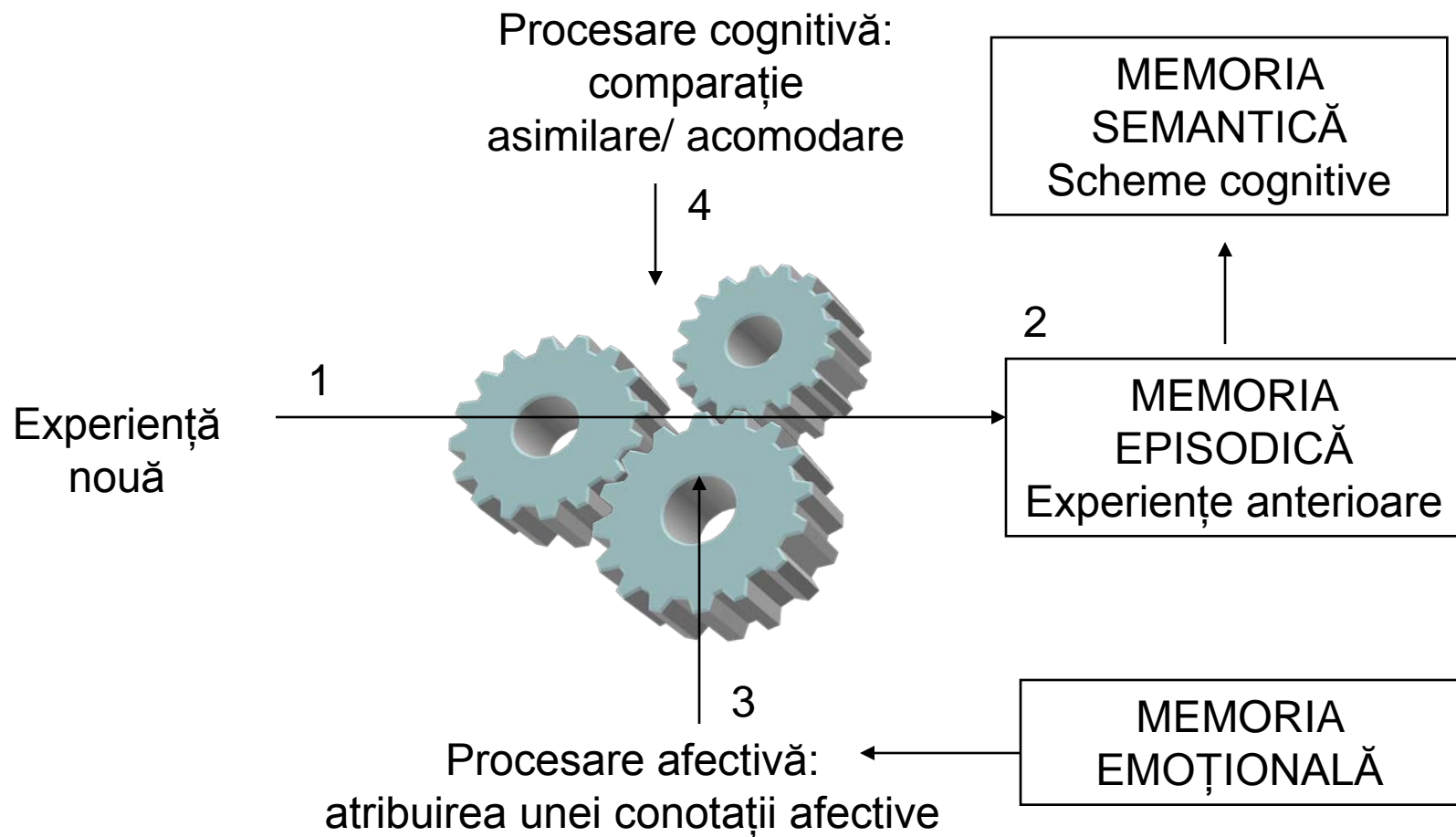
Consolidarea informației  
presupune mărirea  
numărului de punți  
sinaptice (modificări  
structurale la nivelul  
sinapsei)



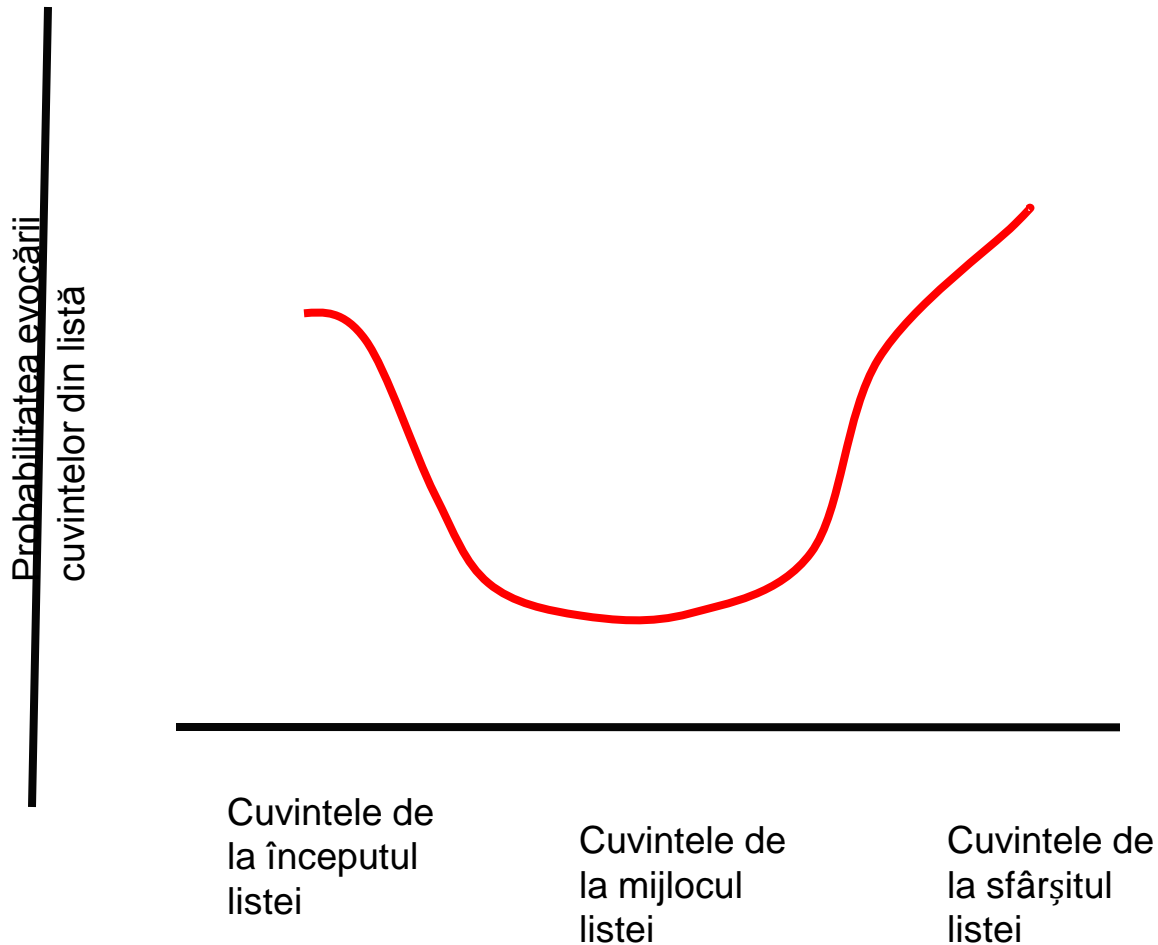
# FUNȚIILE MEMORIEI DE LUCRU



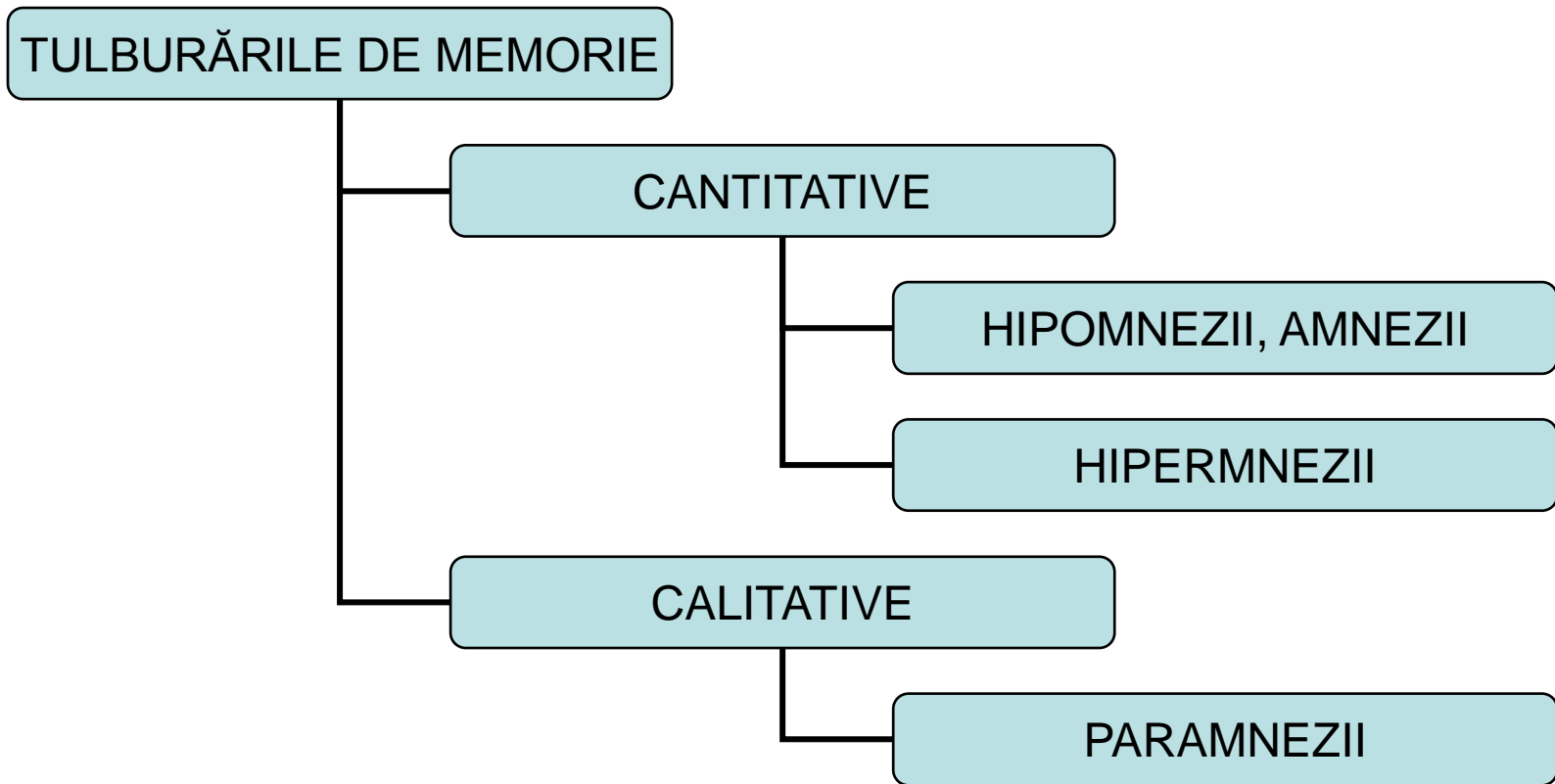
# CONSTRUCȚIA PERMANENTĂ A IMAGINII MENTALE DESPRE LUMEA SENSIBILĂ



# UITAREA NORMALĂ



# TULBURĂRILE DE MEMORIE



# TULBURĂRILE DE MEMORIE

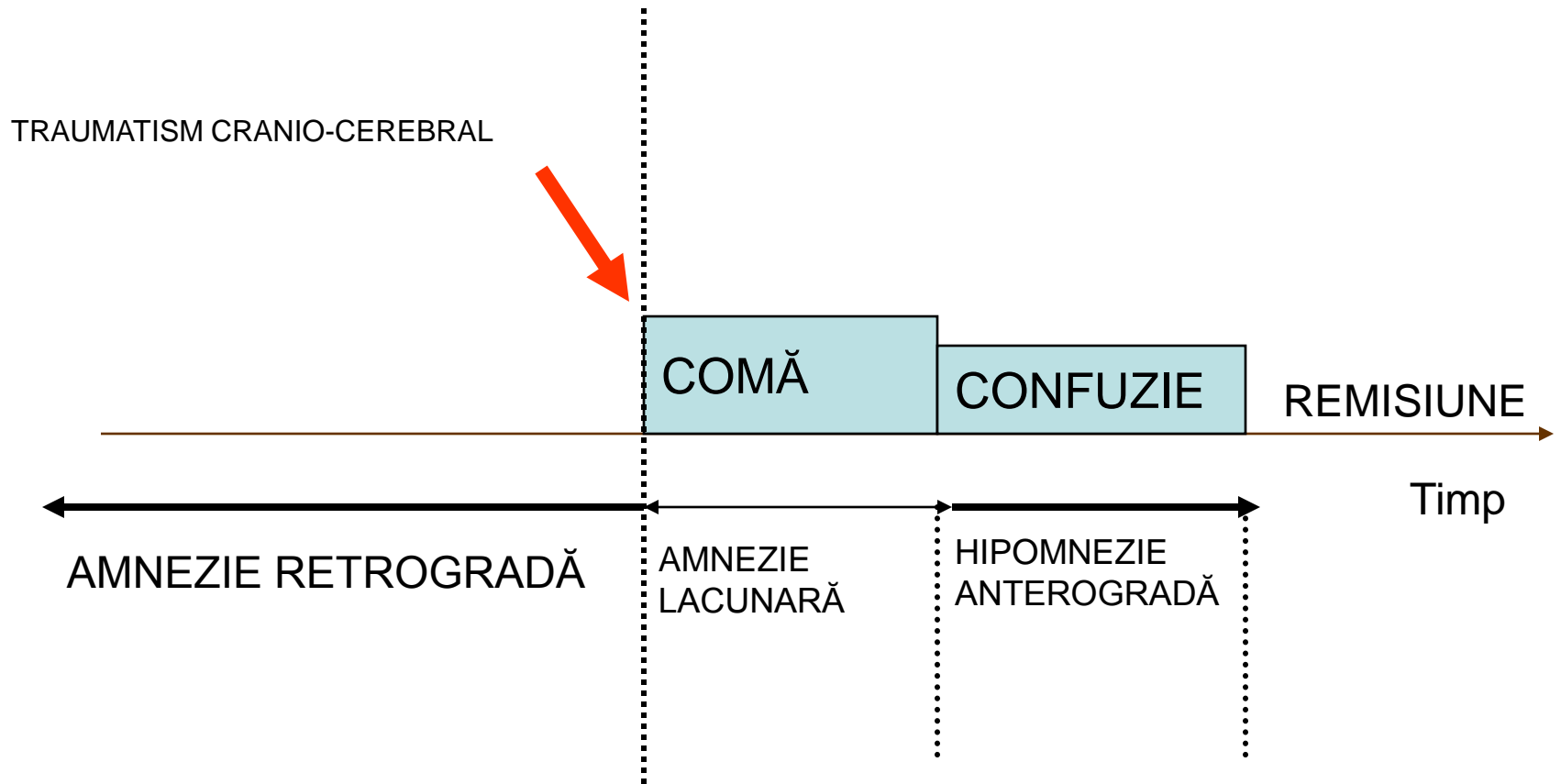
- **HIPOMNEZIILE:**

- De fixare:

- Normal: dacă materialul de învățat nu are logică
    - obnubilare
    - Intoxicații cerebrale
    - Intelecte de limită (nu înțelege)
    - Depresie
    - Anxietate

- De evocare: obnubilare, intoxicații, depresie

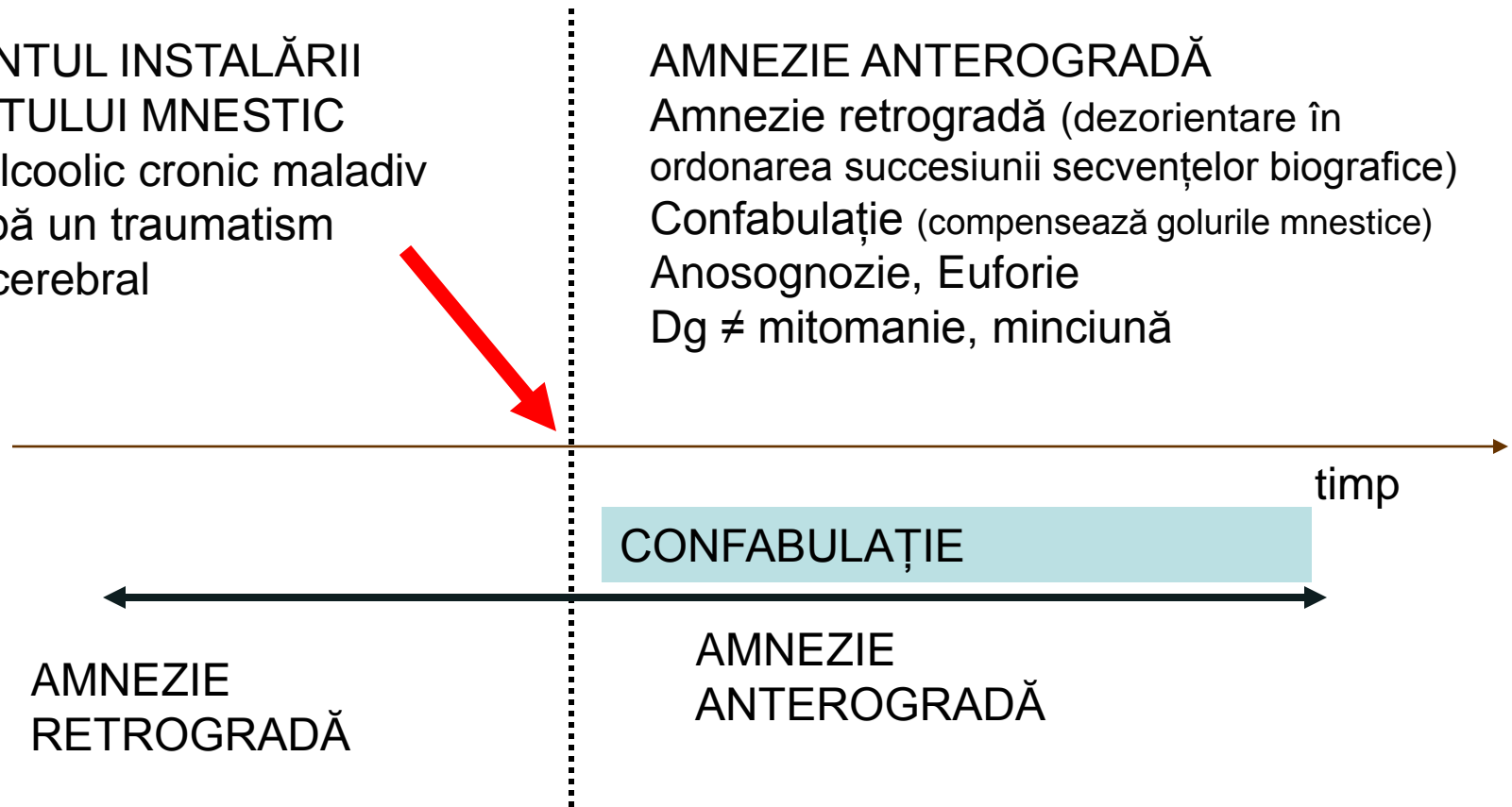
# TULBURĂRILE DE MEMORIE



# AMNEZIA PREDOMINANT ANTEROGRADĂ SINDROMUL KORSAKOV

MOMENTUL INSTALĂRII  
DEFICITULUI MNESTIC  
La un alcoolic cronic malativ  
sau după un traumatism  
cranio-cerebral

AMNEZIE ANTEROGRADĂ  
Amnezie retrogradă (dezorientare în  
ordonarea succesiunii secvențelor biografice)  
Confabulație (compensează golurile mnestice)  
Anosognozie, Euforie  
Dg ≠ mitomanie, minciună

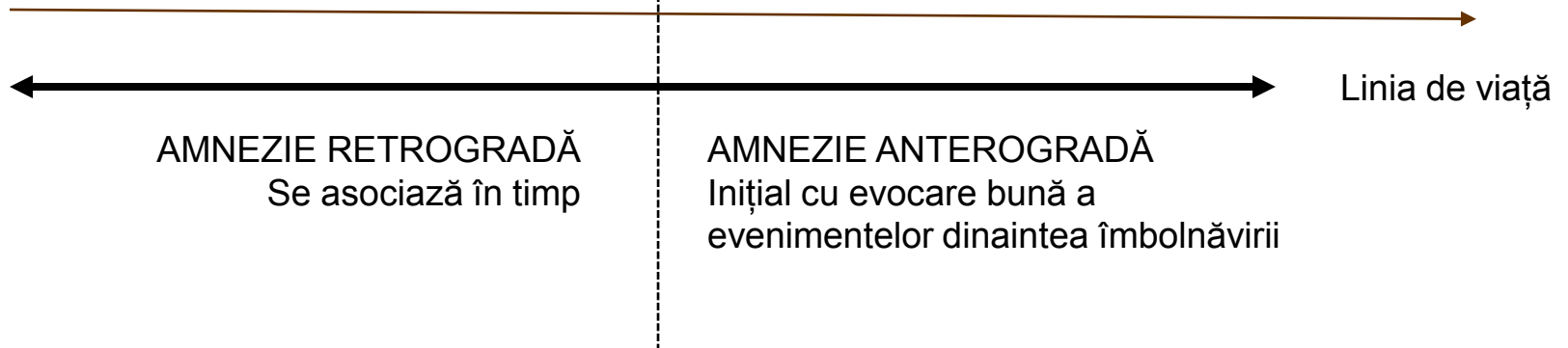


MEMORIA IMEDIATĂ (ÎNREGISTRAREA INFORMAȚIILOR NU ESTE AFECTATĂ) CI DOAR FIXAREA INFORMAȚIILOR NOI ȘI EVOCAREA INFORMAȚIILOR VECHI

# AMNEZIA DIN DEMENȚĂ

DEBUTUL DEGENERĂRII NEURONALE

Inițial evocare bună a  
evenimentelor dinaintea  
îmbolnăvirii

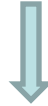


# AMNEZII

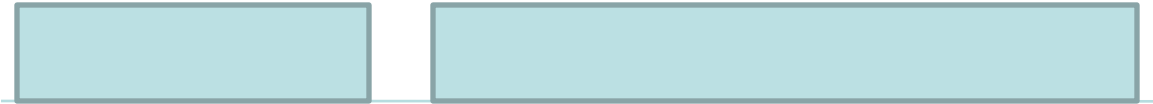
- AMNEZIA LACUNARĂ:
  - Comă
  - Stare confuzională
  - Criză Grand Mal
- AMNEZIA SELECTIVĂ /ELECTIVĂ:
  - Isterie: imposibilitatea a-și aminti un eveniment cu încărcătură negativă: frustrări, dezamăgiri

# AMNEZII

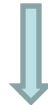
Comă  
Stare confuzională  
Criză epileptică majoră



AMNEZIE LACUNARĂ



Frustrare  
dezamăgire



AMNEZIE ELECTIVĂ



Personalitate histrionică

# AMNEZII

- LAPSUS:
  - aparentă amnezie de evocare
  - caracter parazitant
  - necesită un efort de voință pentru găsirea răspunsului sau consultarea dicționarului
  - apare în condiții normale

# HIPERMNEZIILE

- De fixare:
  - Rarisime
  - Fenomenul de EIDETISM: capacitatea de a fixa în toate detaliile și de a reproduce identic corect; nu e considerat patologic
- De evocare:
  - În manie (avalanșă mnezică)
  - În toxicomanii
  - Cu caracter panoramic la indivizii care trăiesc iminența unui pericol vital

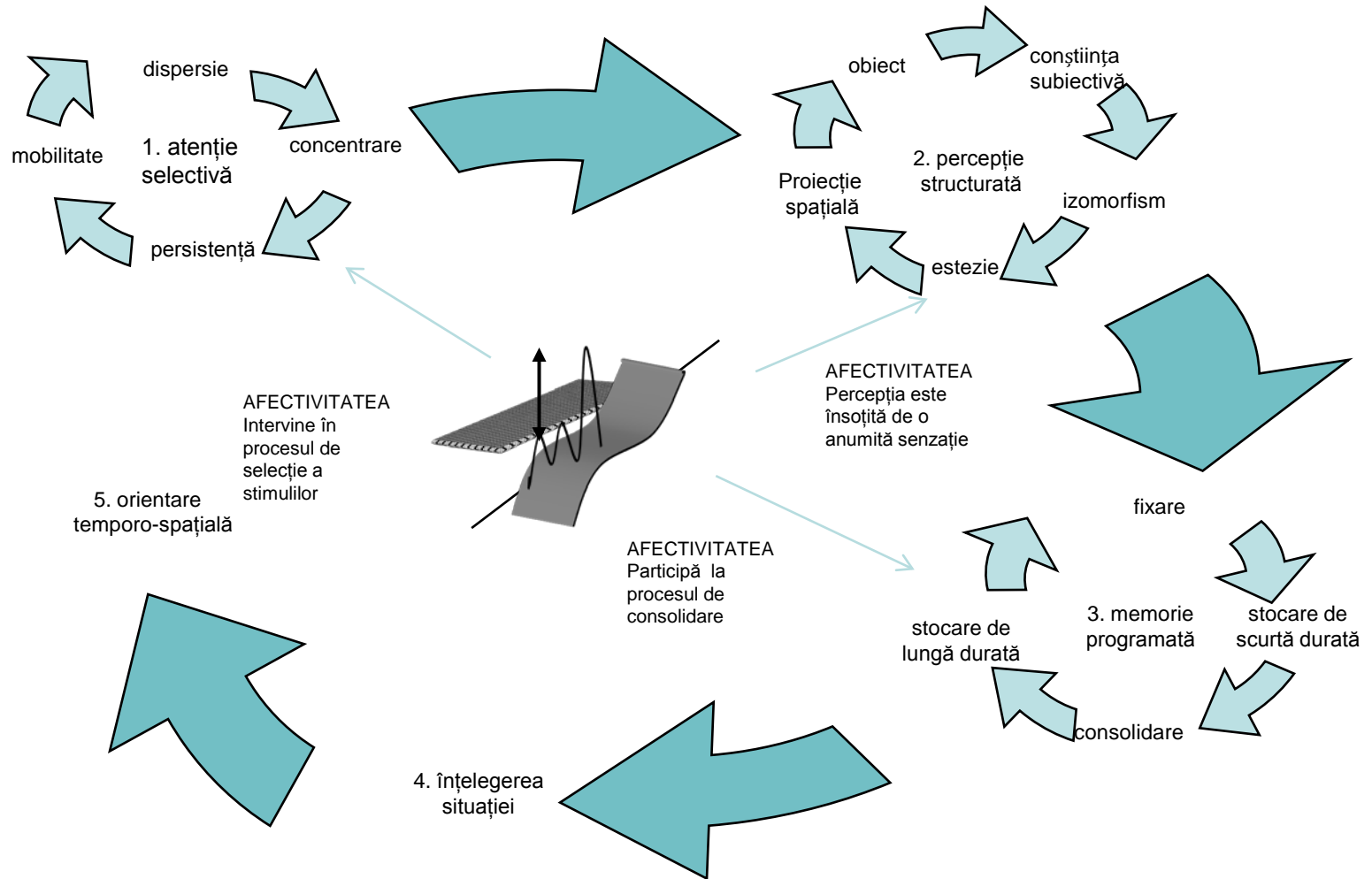
# PARAMNEZIILE

- ECMNEZIA: plasarea în prezent a unor amintiri din trecut (demență)
- CRIPTAMNEZIA: persoana își atribuie un material făcut de altcineva (dg≠ plagiat care e făcut cu bună știință)
- DEJA / JAMAIS VU, CONNU, VECU : în normalitate și în patologia de lob temporal
- LAPSUS: o aparentă lipsă de memorie, tulburare de evocare cu caracter parazitant; apare în condiții normale

# TULBURĂRILE DE MEMORIE

- Apar mai ales în patologia ORGANICĂ (degenerescență, tulburări circulatorii) sau indusă de SUBSTANȚE PSIHOACTIVE
- În PSIHIATRIE apar mai ales tulburări de randament

# FUNCȚIILE COGNITIVE (SINTEZĂ) ȘI AFECTIVITATEA



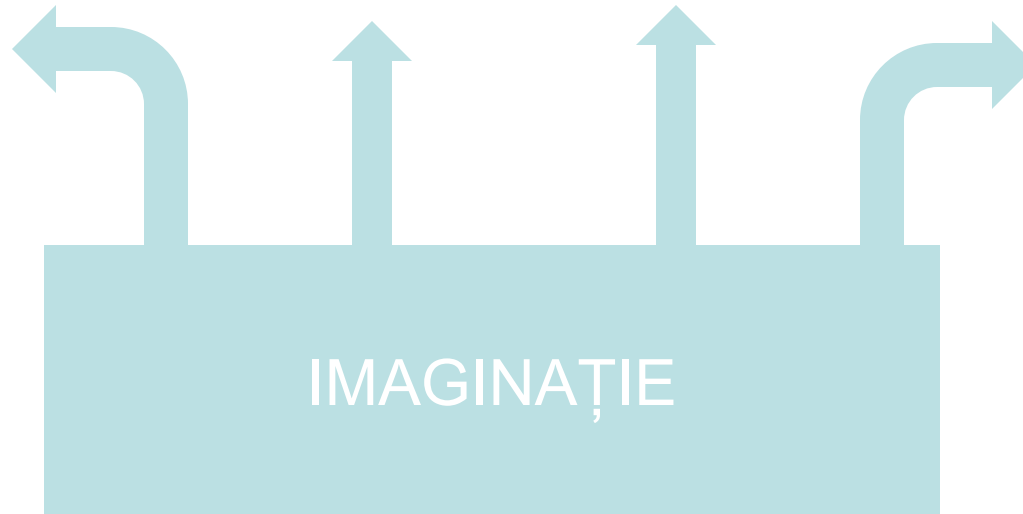
# IMAGINAȚIA

CONFABULAȚIA constă în relatarea din imaginație, fără nici o legătură cu realitatea, a unor evenimente de viață legate de trecut sau prezent.  
Spre deosebire de minciună este involuntară și inconștientă.  
Se întâlnește în Sd. KORSAKOV și participă la geneza delirului din PARAFRENIE

IMAGINAȚIA MORBIDĂ  
Se referă la imaginarea unor eventualități catastrofice privitoare la derularea în viitor a evenimentelor  
Apare în ANXIETATE

MITOMANIA se referă la deformarea imaginativă a relatării evenimentelor trăite în sensul valorizării proprii persoane.

MINCIUNA constă în deformarea adevărului în scopul de a deruta sau de a obține un beneficiu.  
E utilizată frecvent de PSIHOPAȚII ANTISOCIALI



# INTELECTUL

- Nivelul intelectual ne deosebește net de animale prin funcțiile sale:

## OPERAȚIUNI:

1. **Validarea** informațiilor primite din exterior, interior (organism), memorie
2. **Cunoașterea rațională** a realității (înțelegere, aprofundare)
3. **Valorizarea**: aplicarea normelor valorice (etice, estetice) cu capacitatea de selecție
4. **Învățarea (achiziționarea)**
5. **Creativitatea**: capacitatea de a crea valori materiale și spirituale manifestate în domeniul științei și culturii
6. **Motivația**: curiozitatea, interesul
7. **Gândirea și limbajul** interior și exprimat verbal, în scris și gesturi

# INTELECTUL

FACULTĂȚI DISTINCTE:

- 1. Inteligența rațională (gândirea logică):**  
rapiditatea găsirii unei soluții într-o situație dată
- 2. Intuiția :** găsirea unei soluții pe care individul a încetat să o caute în psihismul conștient
- 3. Imaginația:** operează cu imagini, amintiri care prin combinație duc la o neoproducție cu funcție anticipativă

# LIMBAJUL

- Cuvintele: simboluri abstracte ale unor fenomene, obiecte sau concluzii elaborate în planul gândirii abstracte
- Limbajul verbal este expresia selectată a gândirii
- Comunicarea nonverbală constă în:
  - mimică,
  - gestică,
  - ritmul și intonația vorbirii

# INTELIGENȚA ȘI MĂSURAREA ACESTEIA

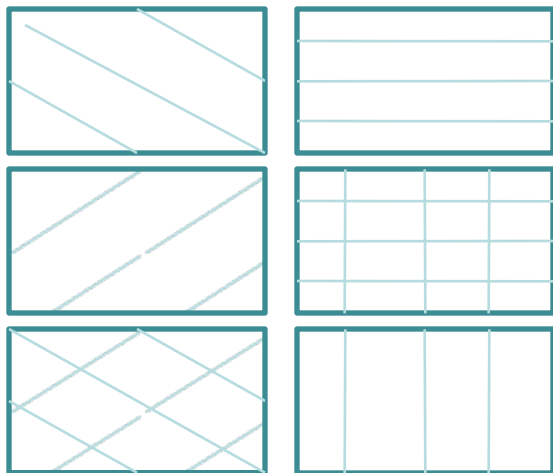
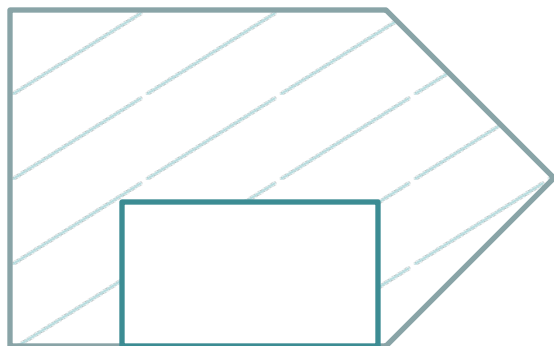
$$\text{Coeficientul de inteligență (QI)} = \frac{\text{Vârsta mentală (VM)}}{\text{Vârsta cronologică (VC)}} \times 100$$

Normal: > 100 (media)

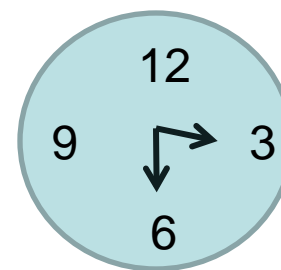
Indicele se calculează în funcție de niște baremuri de cunoștințe stabilite pentru fiecare vârstă.

În funcție de media copiilor de o anumită vârstă se stabilește vârsta mentală care se raportează la vârsta cronologică.

Există o multitudine de baterii de teste;  
pentru cei care nu știu să scrie se folosesc  
imagini (matrici progresive din testul Raven)



cronometrare



Etalonare pentru fiecare  
populație în funcție de  
civilizație

# RETARDUL MINTAL / OLIGOFRENIA

- Dezvoltare mintală incompletă/oprire în dezvoltare a psihismului în ansamblul său
- Impactul asupra psihismului în dezvoltare (intrauterin și primii 3 ani de viață) este ORGANIC și DEFINITIV



## Cauze:

- Genetice/metabolice  
(fenilcetonurie, Down, Klinefelter, Turner, Lesh-Nyhan)
- Hipoxie
- Traumatisme: perinatale, postnatale
- Infecții: antenatal  
(rubeolă, citomegalvirus, toxoplasma),  
postnatal (meningoencefalite)
- Endocrine: hipotiroidism
- Intoxicații

# INTELECTUL DE LIMITĂ

- QI: 70-90
- Nu are nevoie de protecție socială
- Prezintă tulburări de memorie și de învățare când e pus în situații suprasolicitante care depășesc nivelul lui de inteligență
- E bun executant
- Poate duce o viață liniștită

# RETARD MENTAL UȘOR (DEBILITATE MENTALĂ)

- QI: 50-60
- Pot învăța limbajul vorbit, scrisul, cititul și calculul dar într-un timp dublu decât ceilalți copii (școli ajutătoare)
- Nu achiziționează gândirea abstractă
- Au capacitate de autoîngrijire (spălat, control sfincterian, mâncat, îmbrăcat)
- Au capacitatea de autoadministrare, pot presta munci manuale necalificate
- Pot să-și întemeieze o familie (între doi retardați). Nu e indicat să facă copii (sunt greu de convins)
- Sunt ușor de manipulat devenind instrumente ale personalităților psihopate (executanți, “gorile”)
- Pot să prezinte tulburări de conduită socială (dizarmonici) neînțelegând consecințele actelor lor sau pot să aibă un comportament ce nu deranjează societatea (armonici)
- Rar pot prezenta: epilepsie, autism, hiperkinezie, dismorfii faciale, paralizie cerebrală spastică, tulburări de auz și văz

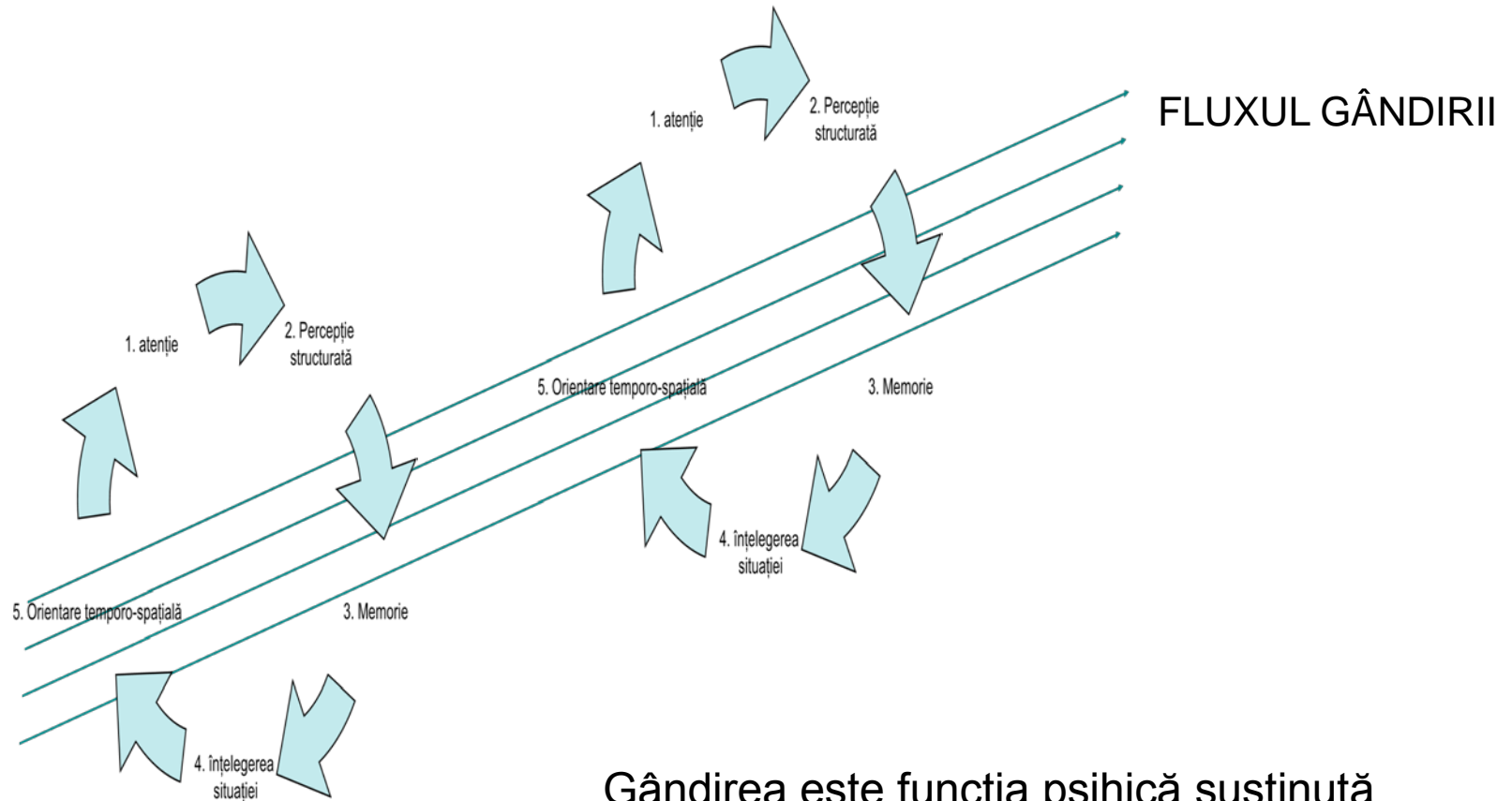
# RETARD MENTAL MODERAT/SEVER (IMBECILITATE)

- QI: 35-49 – RM moderat
- QI: 20-34 – RM sever
- Pot învăța doar limbajul vorbit, (nu și scrisul, cititul, calculul)
- Achiziționează mersul
- Au capacitate de autoîngrijire (spălat, control sfincterian, mâncat, îmbrăcat) dar cu supraveghere
- Nu au capacitatea de autoadministrare,
- Pot presta munci simple stereotipe (cusut), uneori remunerate, sub supraveghere.
- Au nevoie de îngrijire în instituții speciale.
- Adesea prezintă: epilepsie, autism, hiperkinezie, dismorfii faciale, paralizie cerebrală spastică, tulburări de auz și văz

# RETARD MINTAL PROFUND (IDIOȚIE)

- QI: <20. Viața psihică e rudimentară
- Nu achiziționează limbajul vorbit, scrisul, cititul, calculul. Comunicarea este nonverbală (urlete, sunete nearticulate)
- Nu achiziționează mersul
- N-au capacitate de autoîngrijire (spălat, control sfincterian, mâncat, îmbrăcat) și nici nu pot fi învățați.
  - Pacientul care nu are control sfincterian = pacient gatos (oligofrenie, demență, comă)
  - Nu fac distincție între ceea ce e comestibil și ce nu (își pierd sau își mănâncă hainele)
- Nu au capacitatea de autoadministrare.
- Au nevoie de îngrijire în instituții speciale.
- Prezintă: epilepsie, autism, hiperkinezie, dismorfiile faciale, paralizie cerebrală spastică, tulburări de auz și văz.

# GÂNDIREA



Gândirea este funcția psihică susținută de un flux ideativ logic și continuu

# GÂNDIREA

- Bogată/săracă
- Rapidă / lentă
- Elaborată/simplă, stereotipă
- Abstractă/concretă
- Logică/incoerentă
- Sintetică/ analitică

# GÂNDIREA

- RAȚIONAMENTUL: Operațiune mintală prin care din două sau mai multe judecăți (premise) se obține o judecată nouă ce decurge logic din primele

# GÂNDIREA

- **DEDUCȚIA:** raționament logic, independent de experiență
  - **SILOGISMUL:** raționament deductiv alcătuit din trei judecăți, a treia reprezentând concluzia care se deduce din prima judecată prin intermediul celei de a doua
- **INDUCȚIA:** afirmă o lege generală pornind de la un mare număr de fapte. Nu este un raționament logic.

# GÂNDIREA

- INTUIȚIA: formă de cunoaștere imediată pe baza experienței și a cunoștințelor achiziționate anterior și nu prin raționament (a vedea = tueri, lat)
- JUDECATĂ:
  - capacitatea de a gândi logic sau
  - formă de gândire exprimată printr-o propoziție în care se afirmă sau se neagă ceva

# TULBURĂRILE DE GÂNDIRE

## CANTITATIVE (ritm și conținut)

FUGA DE IDEI

LENTOAREA FLUXULUI IDEATIV

## CALITATIVE

DELIRUL

OBSESIA

## TULBURĂRI FORMALE

GÂNDIREA DIGRESIVĂ

GÂNDIREA CIRCUMSTANȚIALĂ

DISOCIAȚIA (INCOERENȚA)

# TULBURĂRILE CANTITATIVE ALE GÂNDIRII

- Se referă la ritmul fluxului ideativ:
  - Gândirea rapidă: se datorează unei accelerări a ansamblului vieții psihice = tahipsihie ( în manie)  
de ex: FUGA DE IDEI are ca și expresie verbală:  
vorbire telegrafică (individul nu poate vorbi în ritmul în care gândește și cuvintele de prisos sunt eliminate.

## TAHILALIE, LOGOREE, GRAFOREE

- În normalitate gândirea rapidă apare în condiții de bună dispoziție
- Mai apare în intoxicația etanolică (cantități mici), intoxicație cu droguri stimulante

# TULBURĂRILE CANTITATIVE ALE GÂNDIRII

- Se referă la ritmul fluxului ideativ:
    - Gândirea lentă: se datorează unei încetiniri a ansamblului vieții psihice = bradipsihie (în depresie, personalitate epileptoidă)  
de ex: BRADILALIE
      - Pacientul vorbește în ritm lent, cu latențe mari între întrebare și răspuns și răspunsuri cât mai scurte, monosilabice
- În normalitate gândirea rapidă apare în condiții de somnolență
- Mai apare în intoxicația etanolică
  - La personalități epileptoide: gândire lentă și neselectivă

# TULBURĂRI CANTITATIVE

- CONȚINUT:
  - Bogat: LOGOREE, manie
  - Sărac: VORBIRE LACONICĂ: concisă, cu răspunsuri scurte, uneori monosilabice (da /nu): depresie
  - Nu! : BARAJUL MENTAL
- Manie: tahilalie+logoree, fugă de idei
- Depresie: bradilalie+vorbire laconică
- Schizofrenie: baraj mintal sau mentism

# TULBURĂRI CANTITATIVE

- **BARAJUL MINTAL** = întreruperea bruscă și nemotivată a fluxului gândirii și vorbirii,
  - pe care pacientul o resimte ca pe un “gol” (sentimentul de cap gol)
  - care pot fi reluate după o pauză
  - În schizofrenie sau la cei care fac multe divagații
- **FADING MENTAL**= lentoare progresivă a fluxului gândirii până la baraj
- **MENTISMUL**= apariția bruscă a unui mare număr de gânduri care se derulează rapid și necontrolabil (avalanșă deranjantă de gânduri imposibil de oprit de către individ)

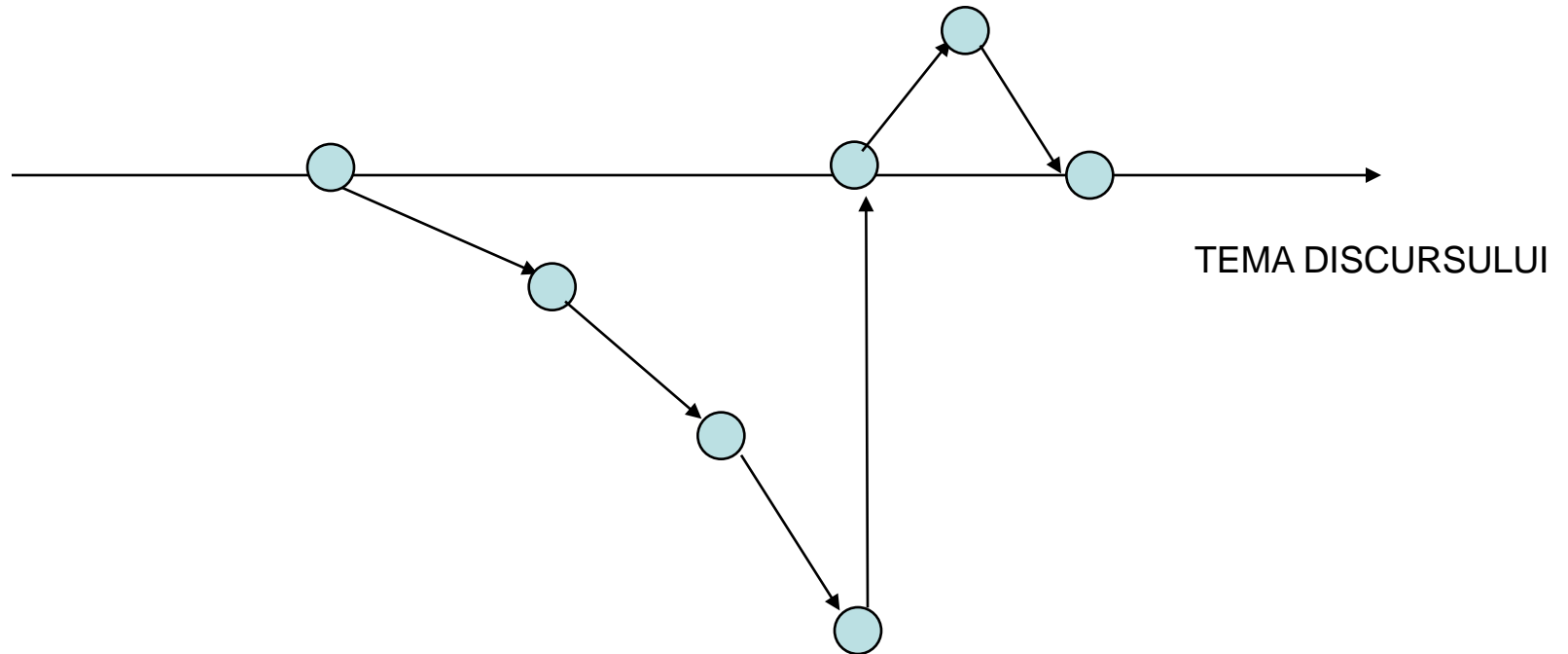
# TULBURĂRI CANTITATIVE

- Manie: tahilalie+logoree, fugă de idei
- Depresie: bradilalie+vorbire laconică
- Schizofrenie: baraj mintal sau mentism

# TULBURĂRILE FORMALE DE GÂNDIRE

- GÂNDIREA DIGRESIVĂ:
  - Se corelează uneori cu tahipsihia
  - Persoana se abate de la tema discursului făcând digresiuni dar până la urmă ajunge la tema discursului

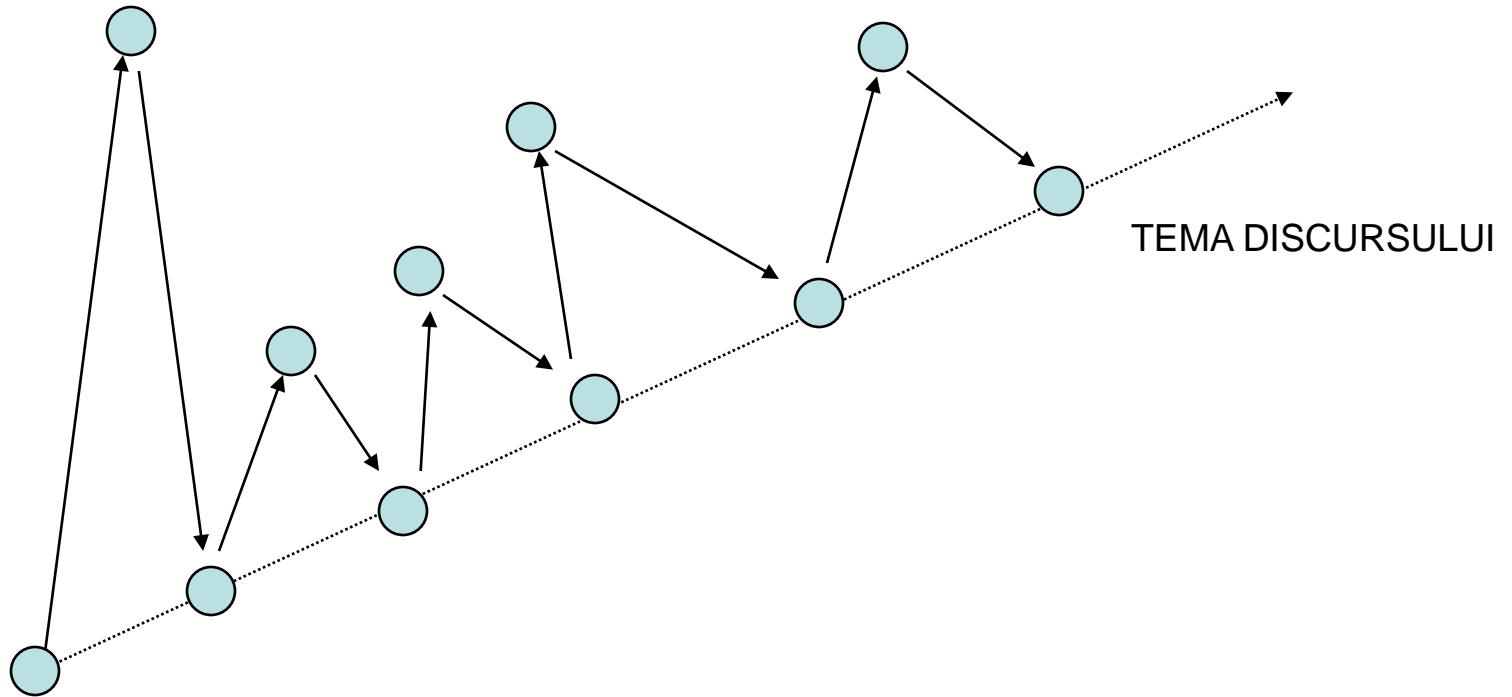
# GÂNDIREA DIGRESIVĂ



# TULBURĂRILE FORMALE DE GÂNDIRE

- GÂNDIREA CIRCUMSTANȚIALĂ
  - Se corelează cu bradipsihia
  - La epileptoid: gândire vâscoasă (comparată cu mierea care se scurge lent):
    - Adezivitate puternică la temă (odată întreruptă, persoana răspunde la întrebare apoi sare din nou la tema veche din punctul de unde a fost întreruptă)
    - Incapacitate de sinteză, selectivitate (persoana ridică amănuntele la rang de esențial)

# GÂNDIREA CIRCUMSTANȚIALĂ



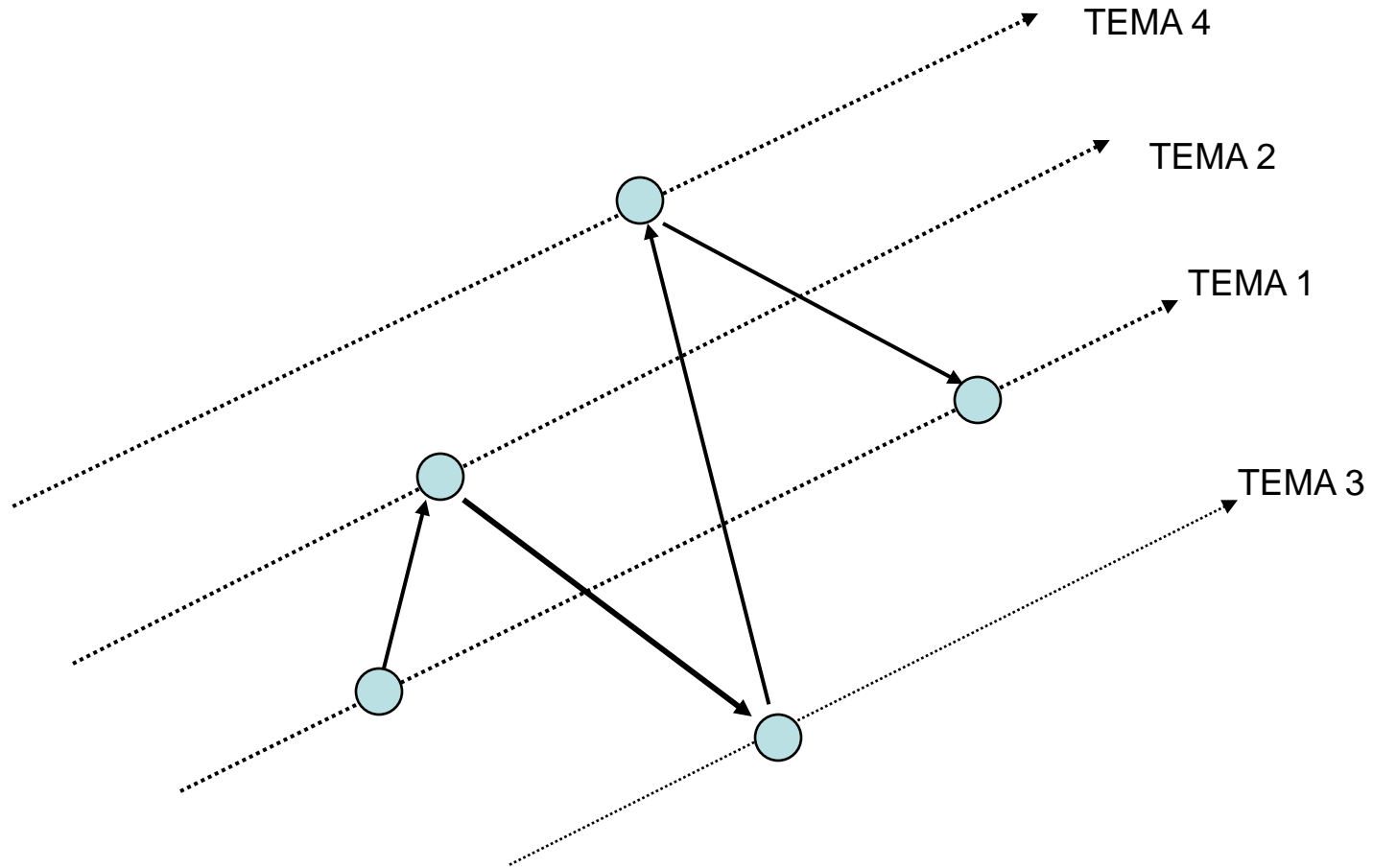
# TULBURĂRI FORMALE DE GÂNDIRE

- DISOCIAȚIA IDEO-VERBALĂ: ”scindare” a gândirii astfel încât gândirea își pierde coerența:
  - Ideile se asociază la întâmplare
  - Cuvintele se asociază fără nici o regulă
  - Se pierde structura gramaticală
  - Se pierde sensul
  - În planul limbajului: SALATA DE CUVINTE, text incomprehensibil

# TULBURĂRI FORMALE DE GÂNDIRE

- DISOCIAȚIA IDEO-VERBALĂ:
  - Uneori cuvintele se asociază prin asonanță: **albă, nalbă, salbă**
  - Uneori se inventează cuvinte “neologisme” (≠ neologismele adevărate): **statovnicie**
  - Uneori se atribuie alte sensuri unor cuvinte care în mod normal au un sens cunoscut de toată lumea: **mov = moarte**
  - Se fac sciziuni la nivelul cuvintelor:
    - Ai dușmani?**
    - Duș am făcut azi dimineață, ani am mulți**
- Apare caracteristic în schizofrenie

# DISOCIAȚIA IDEO-VERBALĂ (INCOERENȚA)



# TULBURĂRILE CALITATIVE DE GÂNDIRE

- IDEEA OBSESIVĂ:
  - Parazitează conștiința individului
  - Individul îi recunoaște caracterul patologic
  - Conținut uneori abstract: unde este Dumnezeu?, unde e sfârșitul Universului.
  
- În normalitate:
  - Conștiința morală generează cel mai frecvent obsesii
  - Lapsus-ul = obsesia noțiunii uitate
  - Muzica: melodie parazitantă.

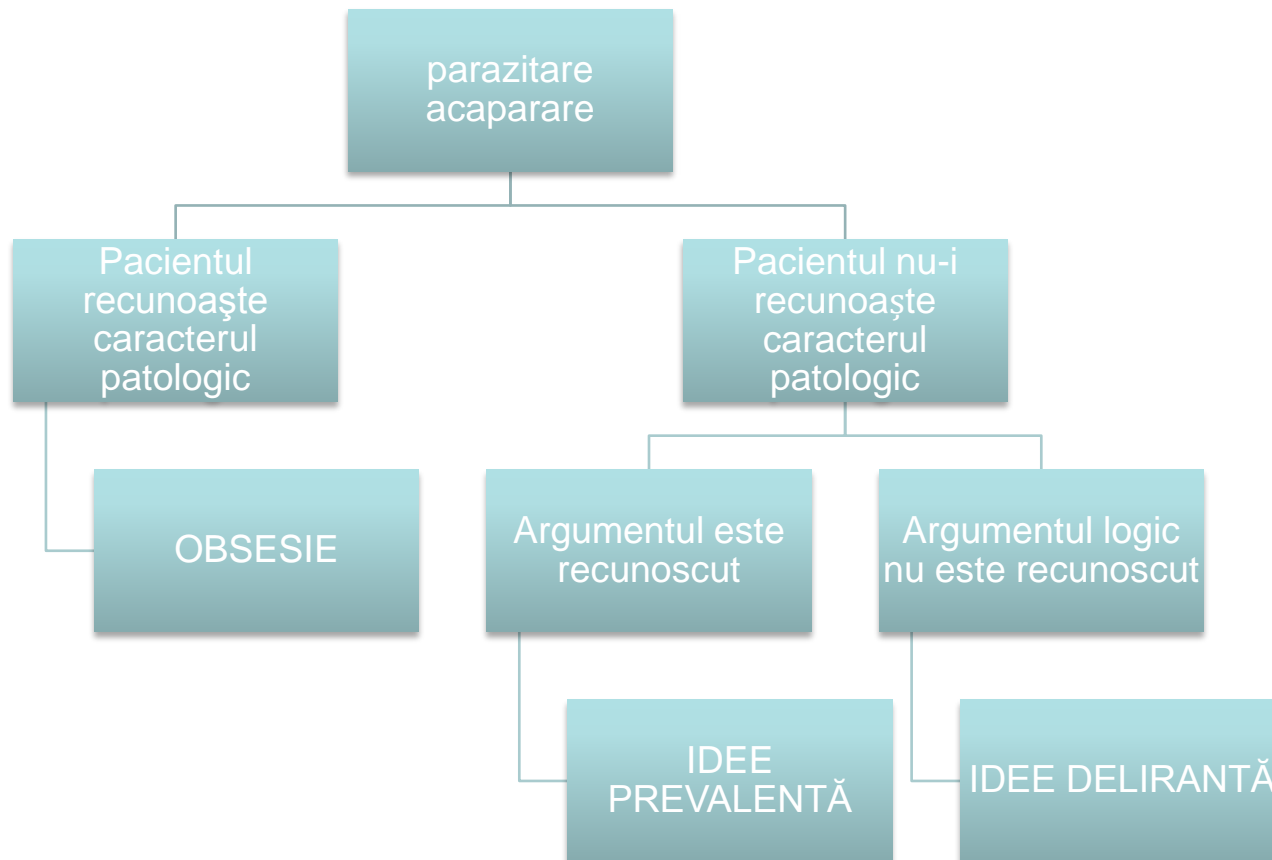
# TULBURĂRILE CALITATIVE DE GÂNDIRE

- IDEEA DELIRANTĂ:
  - Def: convingere patologică, fără substrat real
  - Pacientul nu-i recunoaște caracterul patologic
  - Nu poate fi combătută cu argumente logice
  - Premiza nu e firească: **e otrăvit**
  - Comportamentul corespunde delirului (comportament motivat delirant): **pungă cu mâncare de acasă pe care o ține cu el pentru a nu fi otrăvit**
  - Parazitează gândirea: pacientul trăiește prin și pentru delirul său.

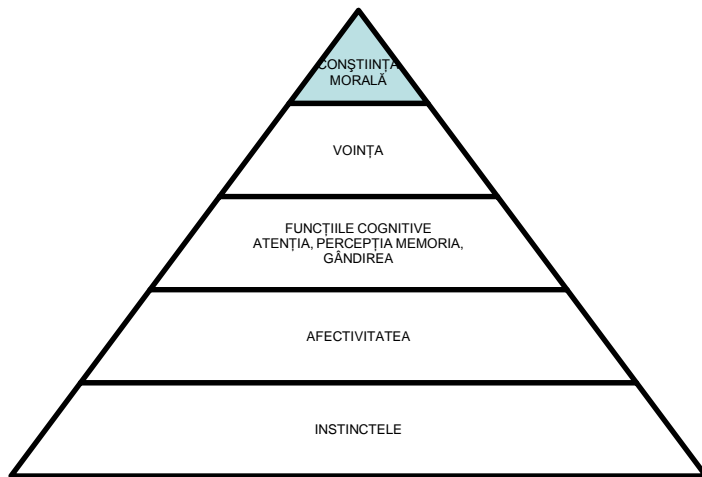
# TULBURĂRILE CALITATIVE DE GÂNDIRE

- IDEEA PREVALENTĂ:
  - Def: idee ce pornește de la un fapt real din viața pacientului care îi acaparează toate preocupările
  - Pacientul nu-i recunoaște caracterul patologic
  - Pacientul nu se poate sustrage parazitajului.

# TULBURĂRILE CALITATIVE DE GÂNDIRE

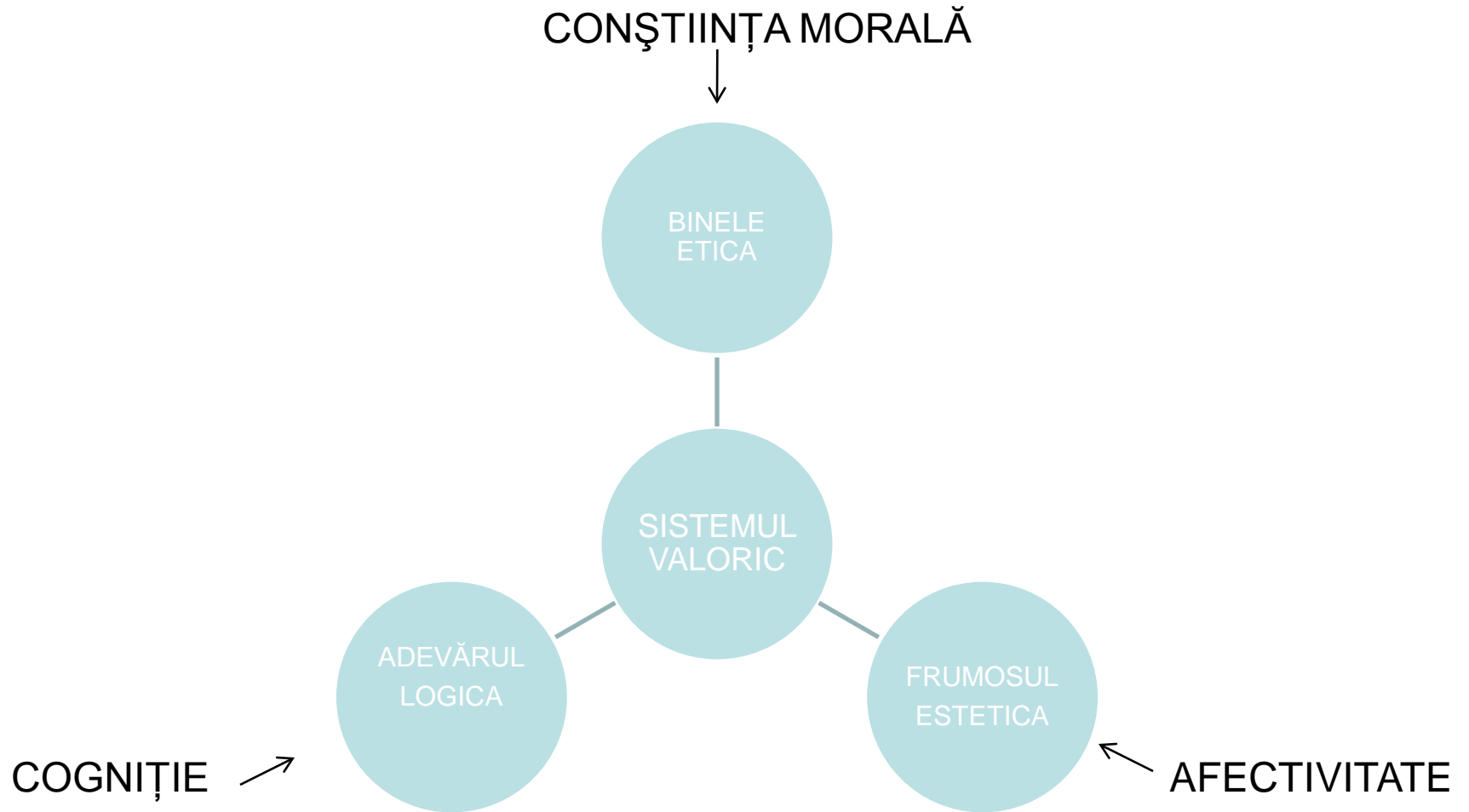


# NIVELUL SPIRITUAL VALORIC

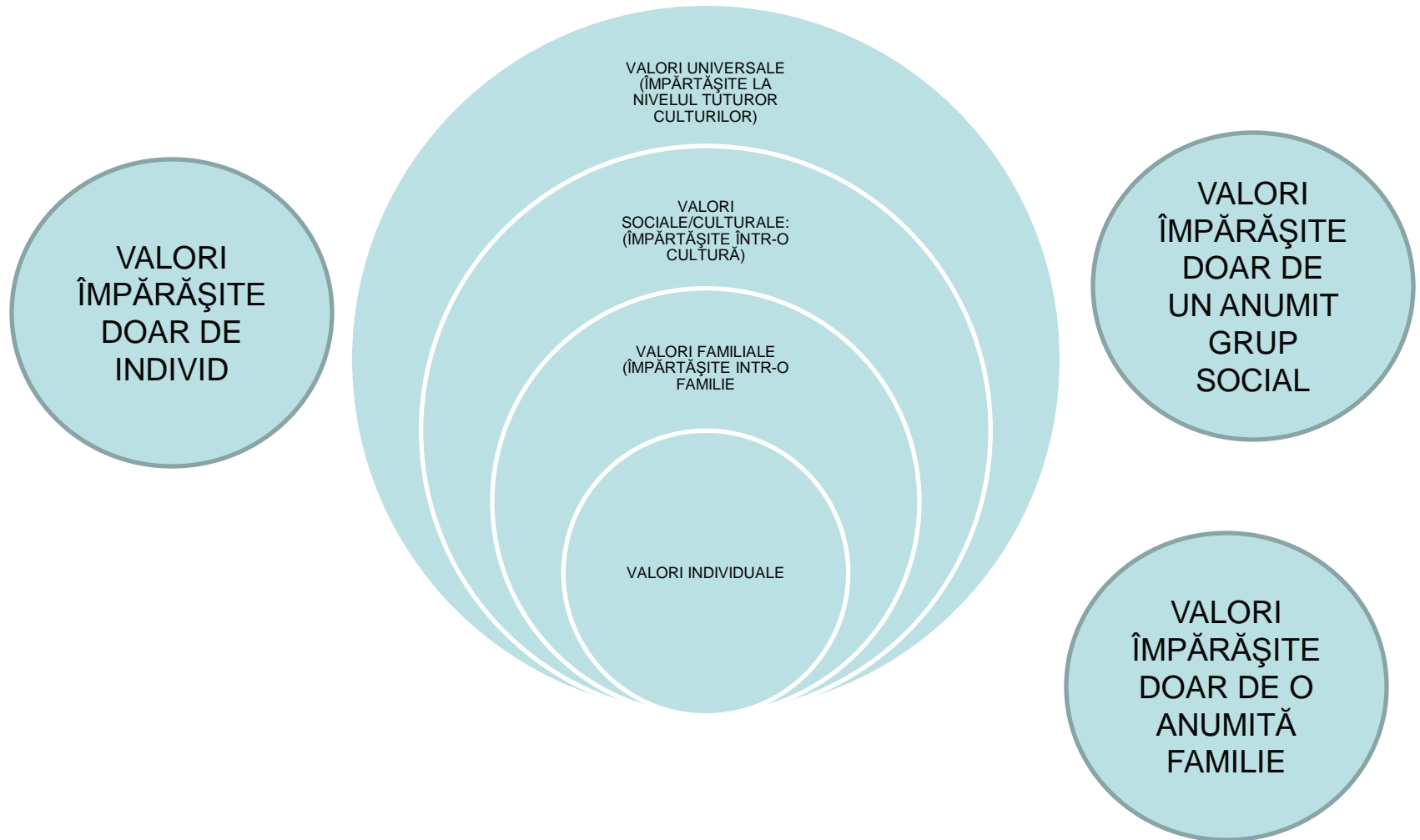


- Diferențiază omul de animal
- 3 valori : binele, adevărul și frumosul

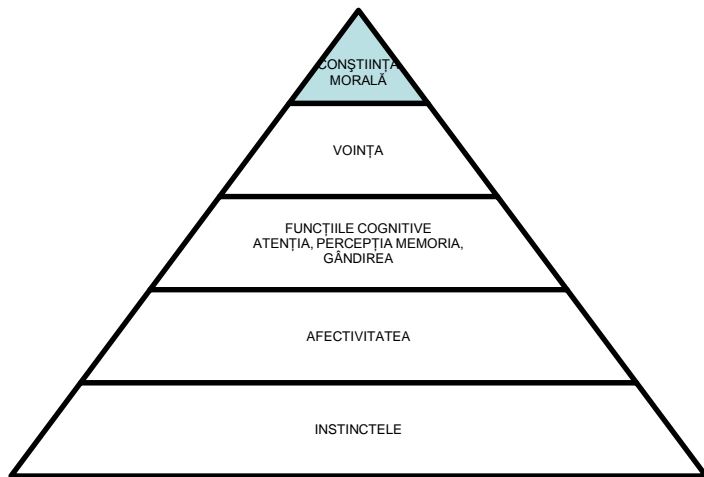
# SISTEMUL VALORIC



# SISTEMUL VALORIC

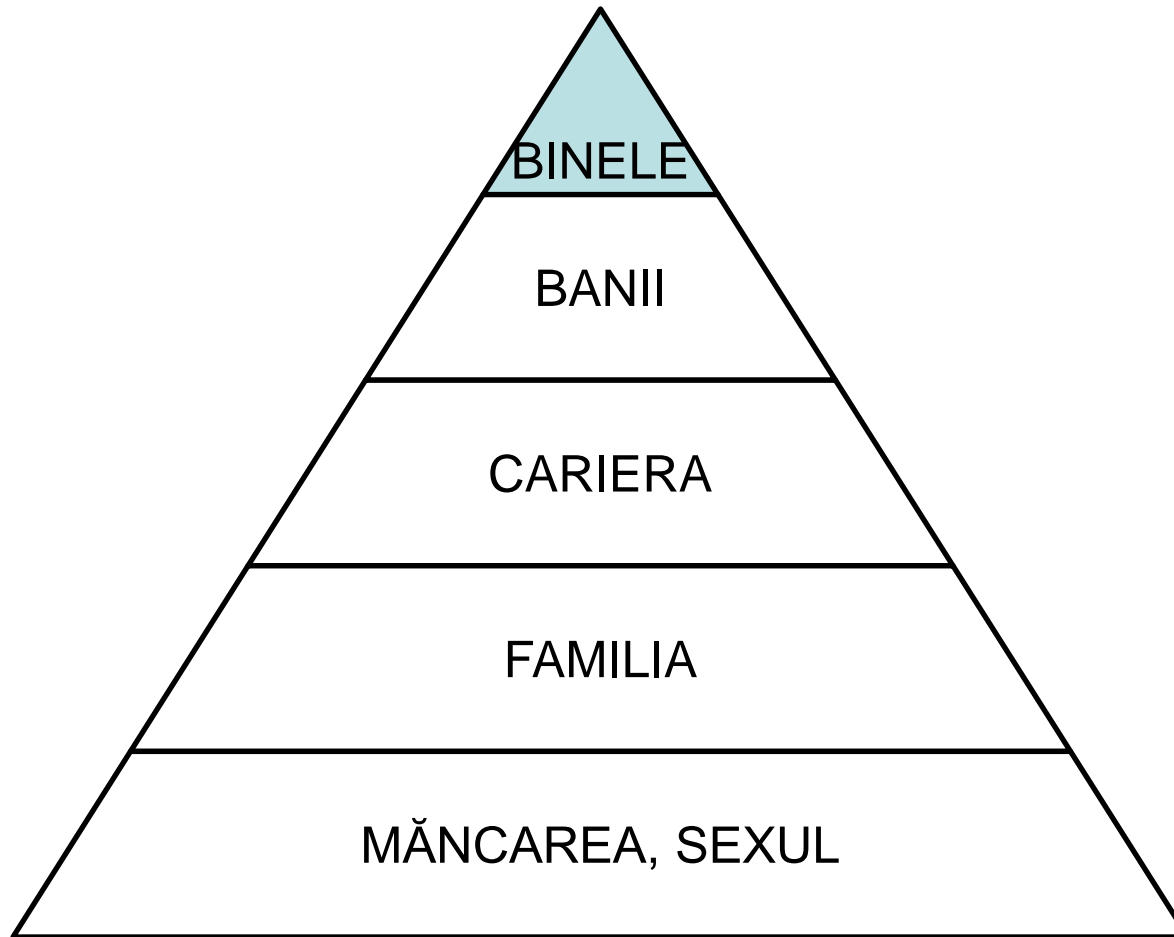


# DIMENSIUNEA MORALĂ A PSIHISMULUI UMAN

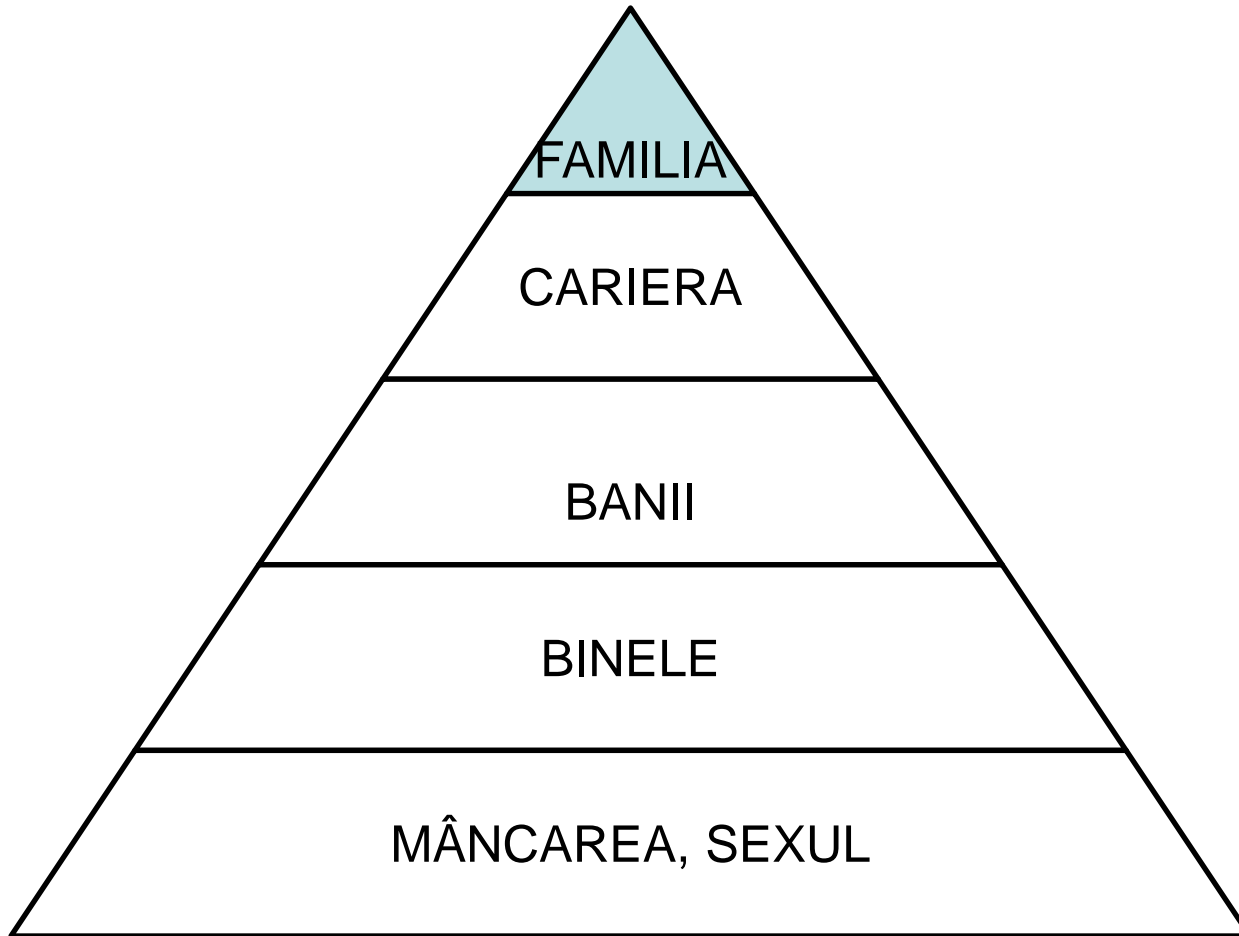


- CONȘTIINȚA MORALĂ: totalitatea valorilor, normelor morale care stau la baza funcționării în societate
- Sistemul valoric este ierarhizat

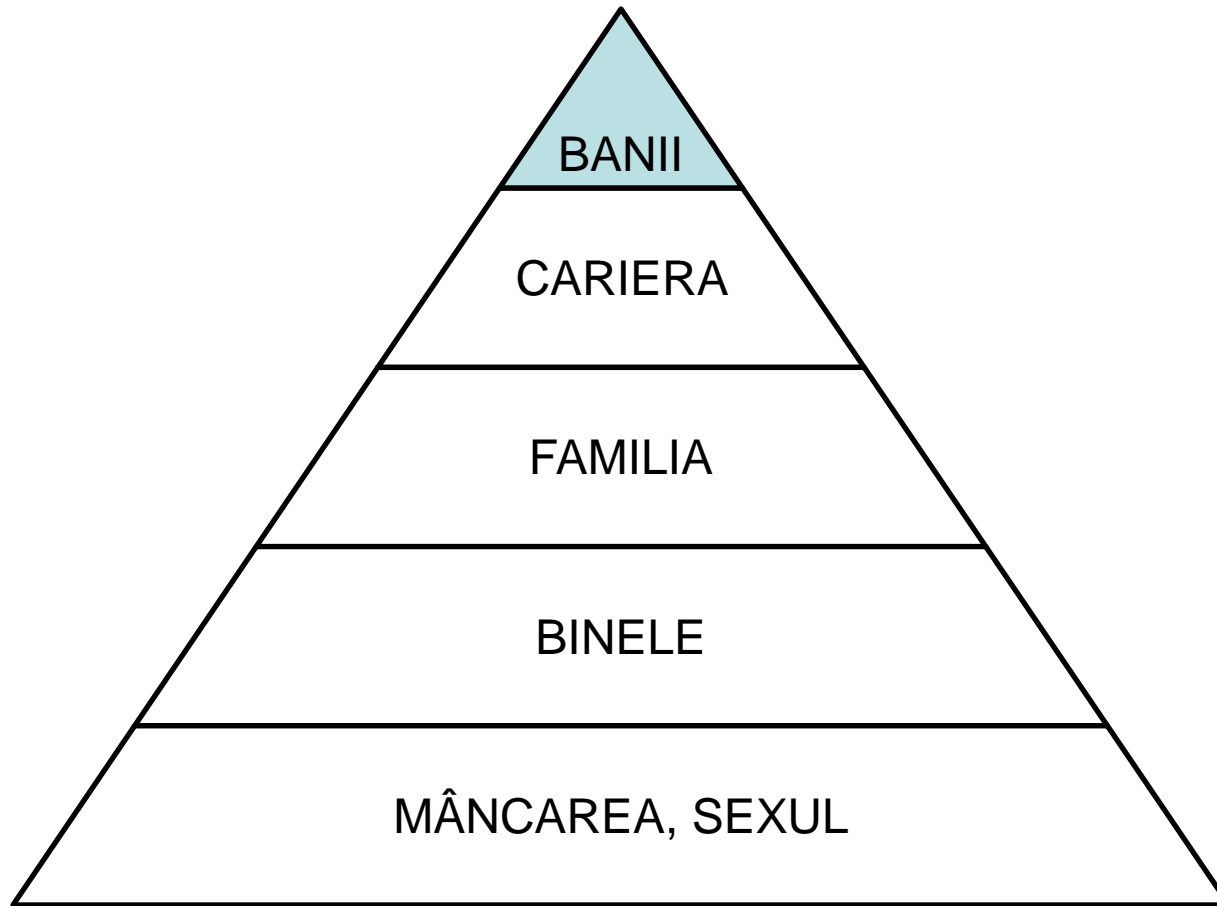
# SISTEMUL IERARHIZAT DE VALORI



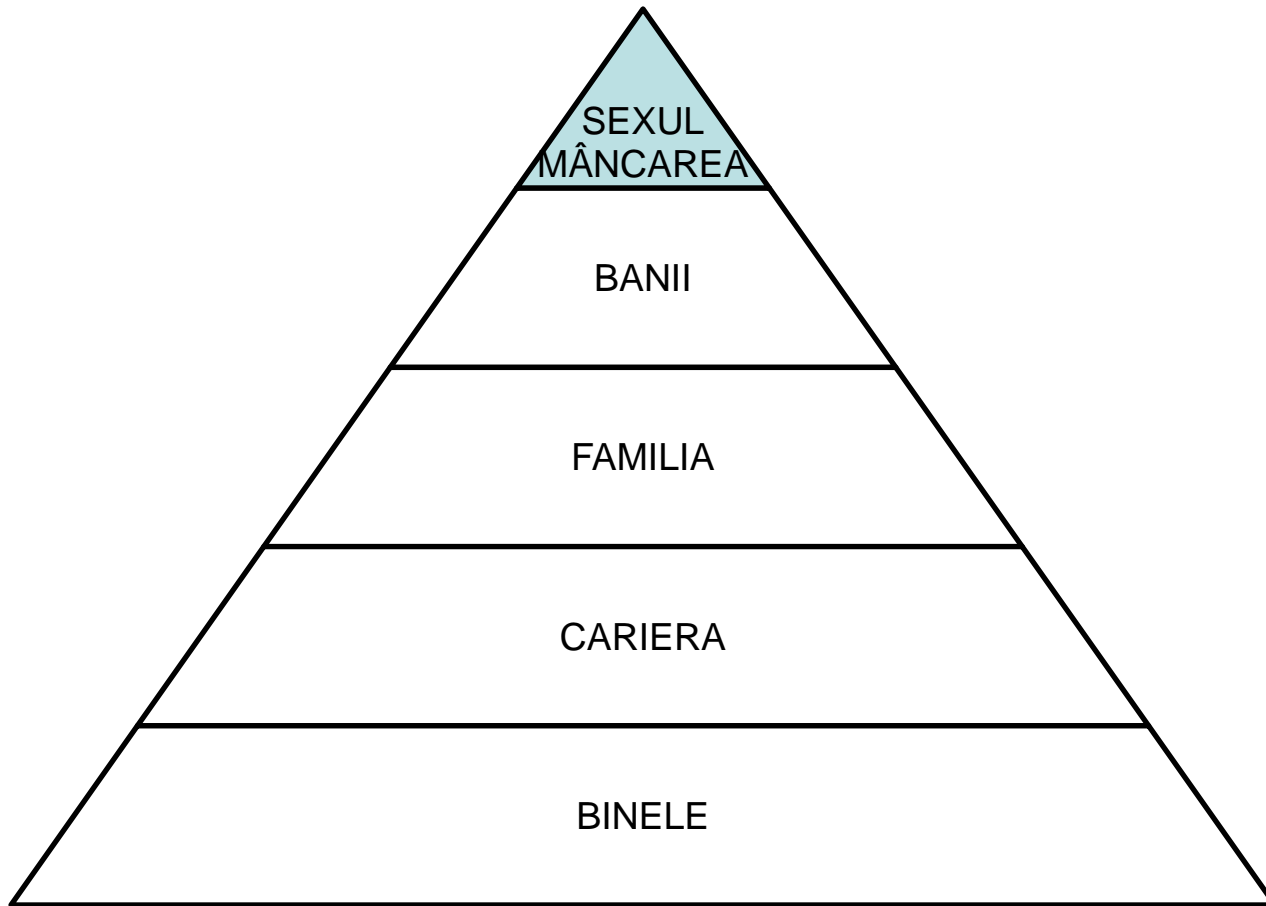
# SISTEMUL IERARHIZAT DE VALORI



# SISTEMUL IERARHIZAT DE VALORI



# SISTEMUL IERARHIZAT DE VALORI



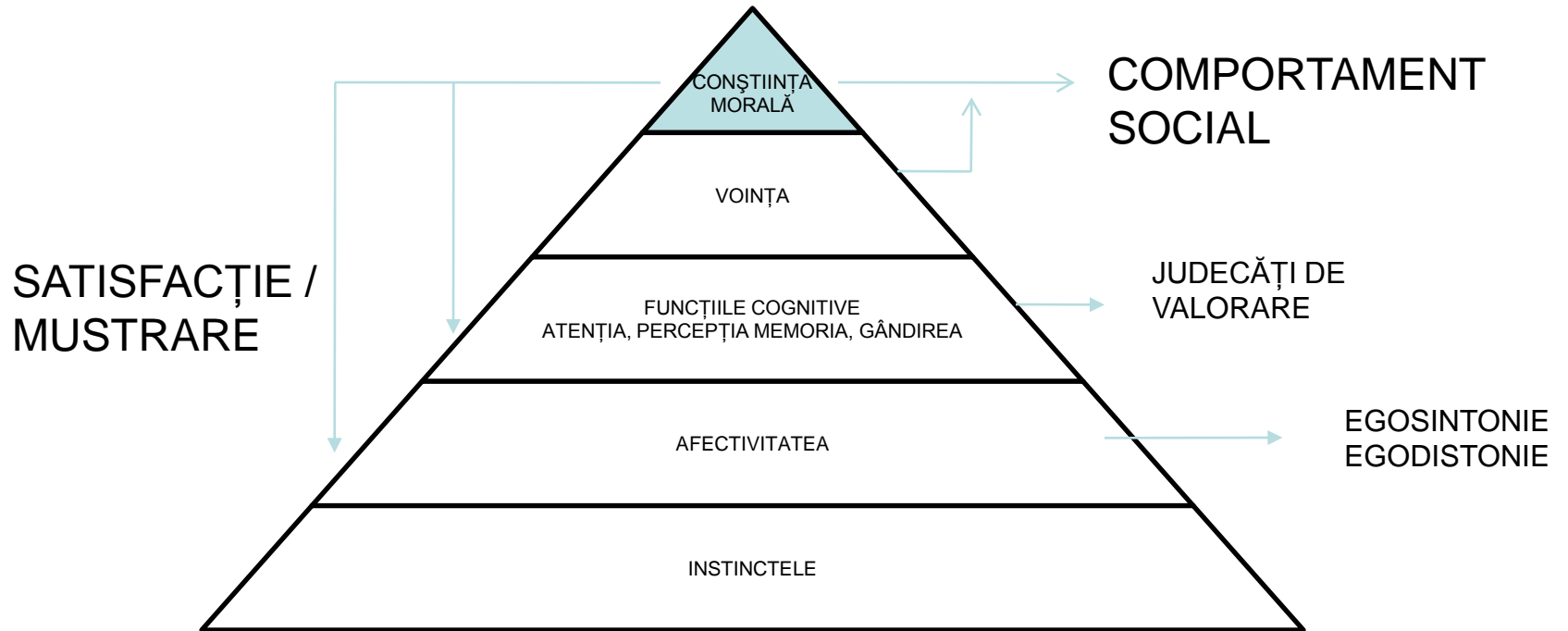
# DIMENSIUNEA MORALĂ A PSIHISMULUI UMAN

- Copil:
  - 3 ani: egocentrice, nu au noțiunea de bine și rău
  - 7 ani: învață să asculte de reguli și să se controleze
  - învață să facă distincția dintre bine și rău
- Adolescent: reorganizare a normelor valorice:
  - contestarea valorilor părinților, școlii, familiei, societății în general cu
  - edificarea propriului sistem de valori
- Adult: asumarea LIBERĂ (acceptarea) unui anumit sistem valoric care poate sau nu să coincidă cu valorile societății

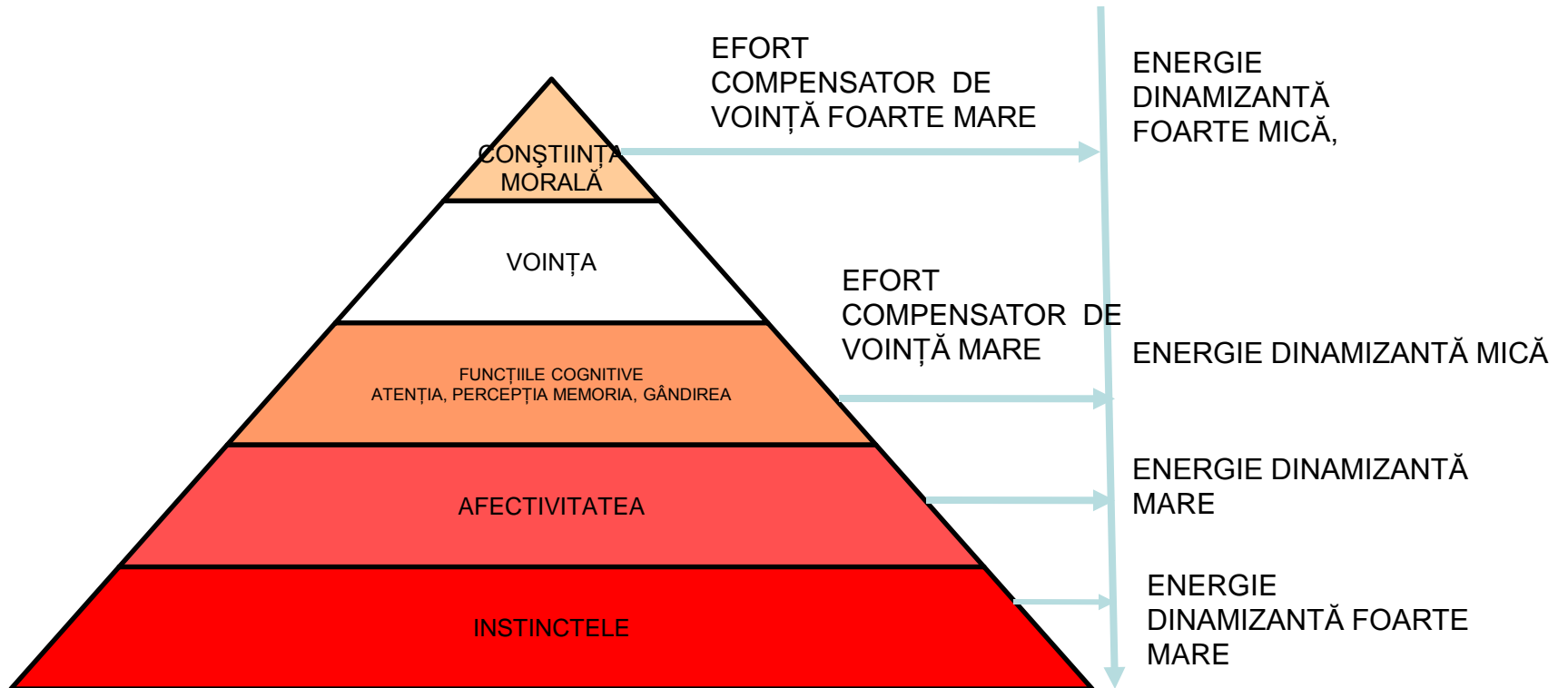
# DIMENSIUNEA MORALĂ A PSIHISMULUI UMAN

- Indivizii cu RETARD MINTAL:
  - nu fac deosebirea între bine și rău
  - nu sunt responsabili de actele lor
- Indivizii cu TULBURARE DE PERSONALITATE de tip DISSOCIAL (SAU ANTISOCIAL):
  - au un QI care le permite să facă diferența între bine și rău dar aleg răul
  - sunt responsabili de actele lor!

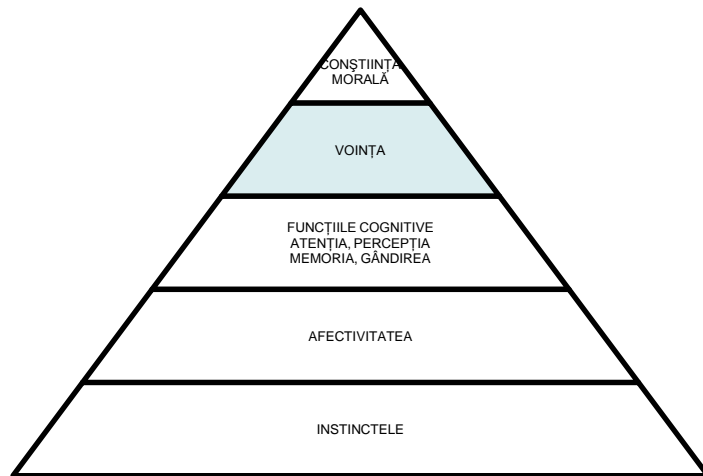
# DIMENSIUNEA MORALĂ A PSIHISMULUI UMAN



# DIMENSIUNILE PSIHISMULUI DIN PUNCT DE VEDERE AL ENERGIEI DINAMIZANTE (MOTIVAȚIONALE)



# NIVELUL VOLIȚIONAL: VOINȚA



Bouleuterion-ul din Priene

VOINȚĂ = BOULE (gr.) = consiliu

# NIVELUL VOLIȚIONAL

- VOINȚA (BULIA): funcția care înlocuiește energia dinamizantă a funcțiilor instinctuală și afectivă, care având propriile lor energii pot declanșa un comportament
- Celelalte funcții psihice neavând un substrat energetic, trebuie susținute prin voință

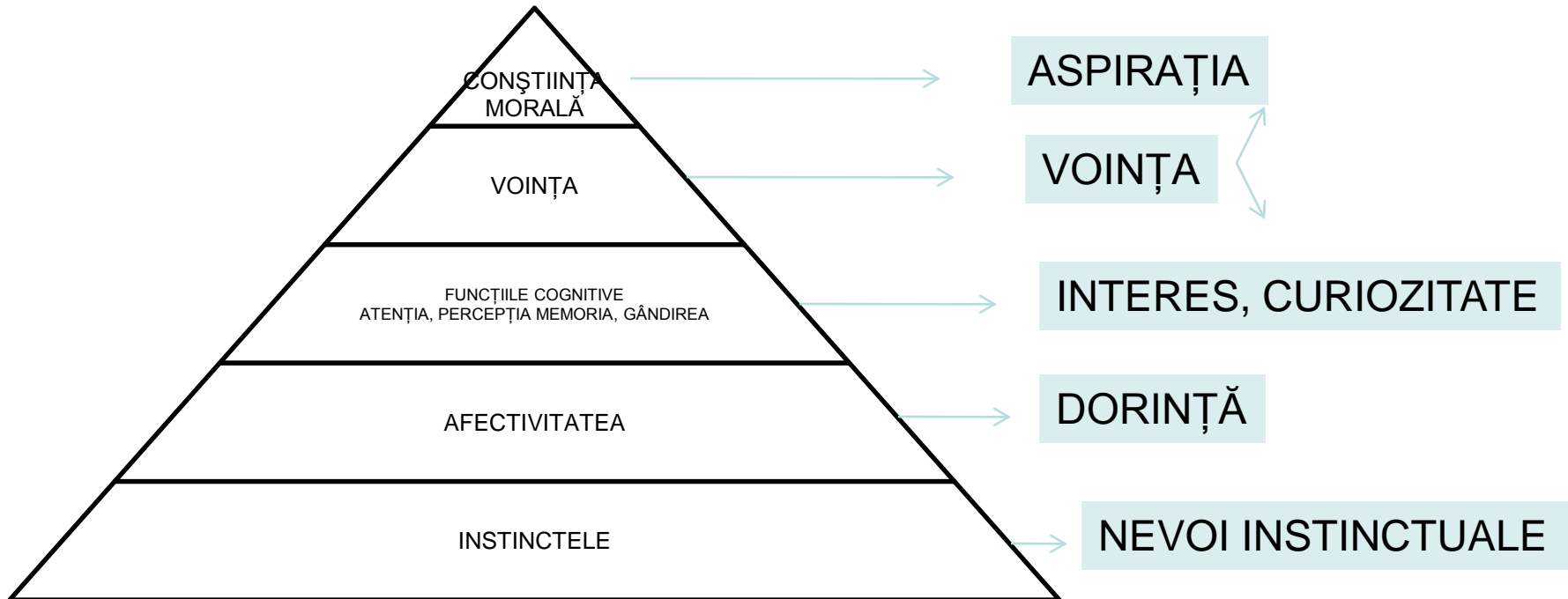
# NIVELUL VOLIȚIONAL

- HIPERBULIA
  - Nu e considerată patologică
  - Poate apărea la unii bolnavi paranoiaci
- HIPOBULIA:
  - Poate fi o trăsătură de personalitate
  - depresie

# TEORIA MOTIVAȚIONALĂ ȘI COMPORTAMENTUL

- INSTANȚELE MOTIVAȚIONALE
- ETAPELE PROCESULUI  
MOTIVAȚIONAL

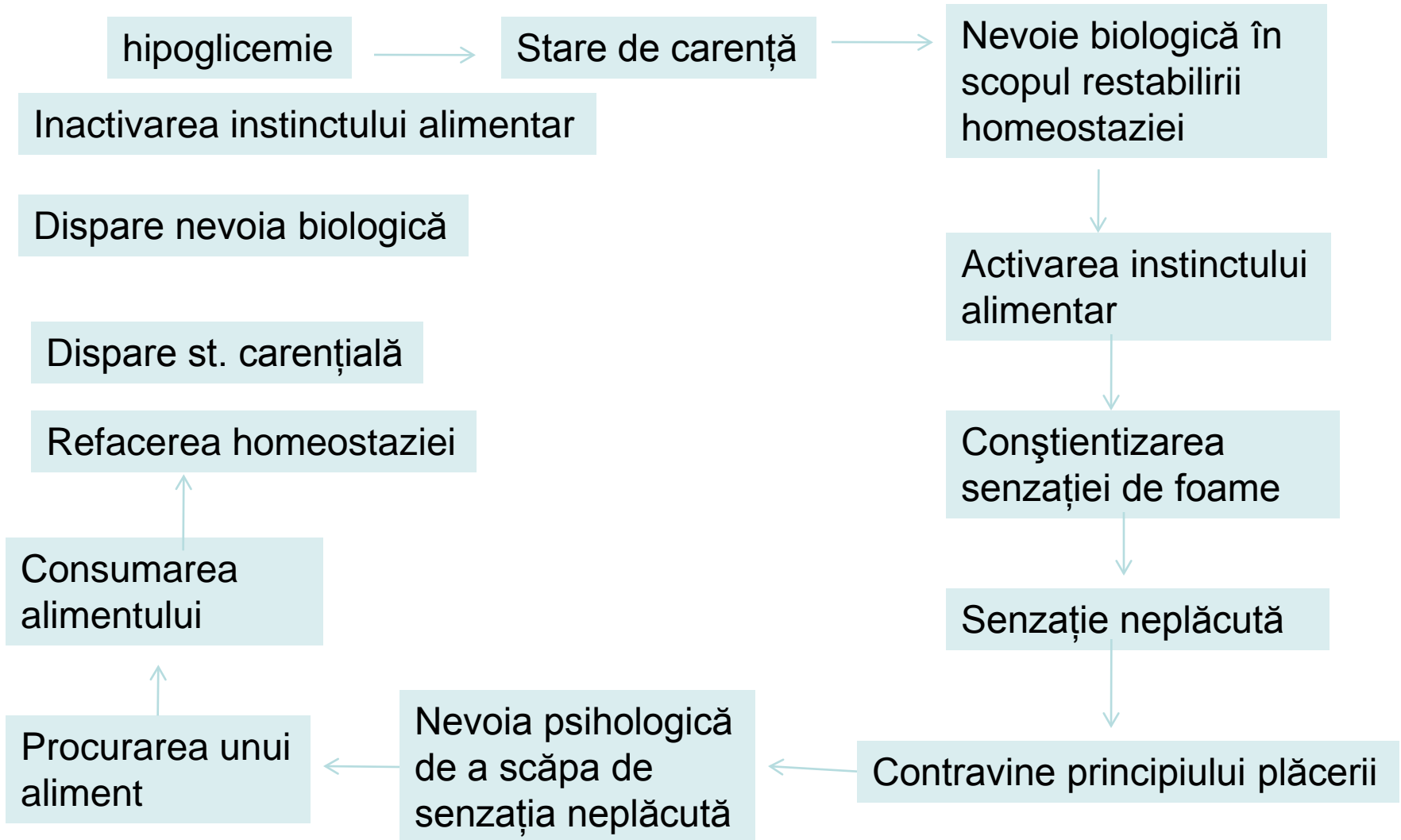
# INSTANȚELE MOTIVAȚIONALE



# ETAPELE PROCESULUI MOTIVAȚIONAL

1. Activarea instanțelor motivaționale
2. Deliberarea: la nivel cognitiv (strategii, judecări valorice, calcularea consecințelor)
3. Etapa decizională
4. Trecerea la act
5. Persistența în act necesară atingerii scopului

# ETAPELE PROCESULUI MOTIVAȚIONAL



# ETAPELE PROCESULUI MOTIVAȚIONAL

- Obiectivul: dispariția senzației de foame
- Funcțiile psihice:
  - din pdv. al pulsionii alimentare: orice aliment e bun
  - din pdv. al afectivității: preferințele alimentare
  - din pdv. al rațiunii: trebuie consumate alimente sănătoase
  - din pdv. al conștiinței morale: alimentele nu pot fi procurate prin orice mijloace

# ETAPELE PROCESULUI MOTIVAȚIONAL

- Punctele de vedere pot fi diferite: etapa deliberării sunt expuse punctele de vedere precum și argumentele pro și contra
- Decizia o ia rațiunea care e slab energetică față de instincte și afectivitate  
Intervine voința
  - Dacă e slabă: decizia nu va fi pusă în act
  - Dacă e puternică: trecerea la act în vederea obținerii obiectivului

# ETAPELE PROCESULUI MOTIVAȚIONAL

- Trecerea la act trebuie susținută în vederea atingerii scopului.
- Dacă durata e mai lungă, voința trebuie să realizeze persistența în act
- Din când în când se face un bilanț: a fost respectat planul, au apărut elemente noi

# EXPRESIVITATEA MIMICO-GESTUALĂ

- Hiperexpresivitatea mimico-gestuală: mimică și gestică exagerată
  - personalitate histrionică
  - episod maniacal
- Hipoexpresivitate mimico-gestuală: mimică și gestică redusă, săracă
  - depresie
  - schizofrenie simplă
- Ecopraxie, ecomimie: imitarea gesturilor și mimicii altor persoane
  - schizofrenia catatonă
- Grimasele: contorsionare voluntară sau involuntară a mușchilor feței
  - schizofrenia hebefrenă: “botul schizofren”
  - efect secundar medicației neuroleptice incisive
  - durere
- Manierismele: expresivitate mimico-gestuală exagerată care și-a pierdut semnificația funcțională (comportamente stereotipe care imită gesturile ce privesc conveniențele sociale)
  - Schizofrenie hebefrenă
- Facies depresiv: comisurile în jos, omega depresiv
- Facies anxios: încordat, încruntat, exprimând teamă

# POSTURA

- Distoniile secundare medicației neuroleptice incisive
  - Crize oculogire cu blocarea globilor oculari într-o parte sau plafonarea privirii
  - Torticolis, retrocolis
  - Opistotonus
- Postura parkinsoniană (în semn de întrebare) cu flexia capului, coatelor, genunchilor – efect secundar al medicației neuroleptice incisive
- Postura depresivă: privirea în jos, capul flectat, mâinile în poale
- Postura catatonă: flexibilitatea ceroasă: menținerea pentru o lungă perioadă de timp a unei poziții incomode induse de examinator (membrul superior ridicat, perna psihică)

# MIȘCĂRILE

- Tremorul: mișcări involuntare ritmice ale extremităților sau ale membrelor și capului (tremor generalizat)
  - Parkinsonian de repaus secundar administrării neurolepticelor incisive
  - Anxios (în atacul de panică)
  - Conversiv (tulburarea disociativ-conversivă)
- Ticurile: mișcări, bruște, repetitive involuntare
  - Boala ticurilor: ticuri motorii și verbale cacofonice (Gilles de la Tourette)
  - Ticuri anxioase la copii
- Diskinezia: mișcări involuntare de tip coreo-atetozic induse de medicația neuroleptică incisivă:
  - Mișcări coreice: mișcări ample și bruște de la rădăcina membrelor (dansul Sf. Vitus)
  - Mișcări atetozice: mișcări de amplitudine mică, lente, la nivelul extremităților membrelor
- Stereotipiile: repetarea fără sens a unor mișcări sau cuvinte care nu au avut niciodată sens – schizofrenia hebefrenă
- Perseverările: repetarea fără sens a unor mișcări sau cuvinte inițial adecvate – schizofrenia hebefrenă
- Frecarea mâinilor: anxietatea generalizată
- Tahikinezia + hiperkinezie (mișcări rapide și multe) – manie
- Bradikinezia + hipokinezie (mișcări lente și puține) - depresie

# TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT

## MODIFICĂRI CANTITATIVE

### HIPOKINEZIA ȘI BRADIKINEZIA

INHIBIȚIA PSIHO-MOTORIE

STUPORUL

### HIPERKINEZIA ȘI TAHIKINEZIA

NELINIȘTEA PSIHO-MOTORIE

AGITAȚIA PSIHO-MOTORIE

## MODIFICĂRI CALITATIVE

MANIERISME

GRIMASE

TICURI

STEREOTIPII, PERSEVERĂRI

# COMPORTAMENTUL

- Neliniște psihomotorie
    - Anxietate generalizată
    - Hipomanie
    - Psihoze secundar trăirilor halucinatorii și delirante
    - Akatisie: neliniște psiho-motorie indusă de medicația neuroleptică incisivă
  - Agitație psihomotorie: grad maxim de neliniște psiho-motorie dezordonată, lipsită de sens însoțită de agresivitate
    - Furie
    - Atac de panică foarte intens
    - Manie cu ocuparea întregului spațiu aflat la dispoziție, influențată de evenimente – “furor maniacalis”
    - Psihoze secundar trăirilor halucinatorii și delirante
    - Schizofrenia catatonă: agitație limitată la un spațiu mic, stereotipă, neinfluențată de evenimente și scurtă (raptus)
    - Stare confuzională: agitație haotică, nu are scop (intoxicație cu droguri stimulante, sevraj la droguri sedative)
- PERICULOZITATE: beția acută, epilepsie

# COMPORTAMENTUL

- Inhibiție psiho-motorie
  - Depresie: mișcări lente, răspunsuri lente cu perioadă mare de latență
  - Epileptoid: lentoare foarte mare în tot ceea ce face
  - Astenie
  - stare confuzională (intoxicație cu droguri sedative)
- Stupor: grad maxim de inhibiție p-m cu absența mișcărilor spontane sau la comandă
  - Depresiv: cu hipotonie: depresia severă
  - Cataton: cu hipertonie și flexibilitate ceroasă: schizofrenia catatonă
  - Reactiv: într-un atac de panică, emoții
  - Organic: suferință organică cerebrală
- Negativism
  - pasiv:subiectul ignoră salutul sau comenzile examinatorului
  - activ:subiectul face contrariul a ceea ce i se comandă –
    - în schizofrenia catatonă

# COMPORTAMENTUL

- Bizar
  - Secundar dezorganizării ideo-verbale în schizofrenia hebefrenă
  - Motivat halucinator (pacientul execută ordinele date de halucinațiile imperative sau se uită în direcția halucinațiilor apelative)
  - Motivat delirant (comportament revendicativ secundar delirului de prejudiciu în paranoia)
  - Comportament impus de la distanță secundar sindromului de transparență-influență
- Dramatic, teatral
  - La personalitățile histrionice: gesturi, mișcări exagerate
- Decenzurat: dezinhibiție în planul conduitei sociale - subiectul se adresează unor străini în termeni excesiv de familiari, cântă, dansează, spune glume inadecvate situației sau “adevăruri” ce deranjează
  - Manie
  - Demență prefrontală

# COMPORTAMENTUL

- Compulsiv
  - Acte fizice sau mentale utilizate de pacienți pentru a reduce tensiunea generată de obsesii, sau fără legătură cu obsesiile (apare în tulburarea obsesiv-compulsivă)
- Impulsiv: detensionare prin trecerea imediată la act
  - Tulburări de control al impulsurilor: piromanie, trichotilomanie, cleptomanie
  - Bulimia nervosa
  - Personalități de tip instabil-emoțional, histrionic sau antisocial
- Evitant: evitarea unor situații fobogene (tulburările fobice) sau a relațiilor cu persoane necunoscute (personalitățile anxios-evitante)
- Securizant: luarea de însoțitori, purtarea de obiecte protectoare (amulete) pentru a face față expunerii într-o situație fobogenă care nu poate fi evitată.

# SD CATATON

- STUPORUL CATATON

- Hipertonie musculară generalizată
- Flexibilitate ceroasă (catalepsie)
- Stereotipie de poziție
- Negativism pasiv: nu se mișcă, nu răspunde, rămâne nemișcat când i se dă mâncare, refuză controlul sfincterian (incontinentă)

- AGITAȚIA CATATONĂ

- Hipertonie musculară generalizată
- Flexibilitate ceroasă (catalepsie)
- Stereotipie de mișcare
- Negativism activ (întoarce capul îndirecția opusă când i se dă să mănânce sau se încearcă comunicarea, refuzul activ de a urina – risc de glob vezical, de a defeca – risc de fecalom)
- sau sugestionabilitate crescută: echomimie, echopraxie, echolalie

Urgență: trebuie alimentat și hidratat !

# PERSONALITATEA

- Definiție: stilul habitual al unui individ de a:
  - Gândi
  - Simți
  - Acționa
  - Reacționa
- Dimensiuni: corporală, psihologică și spirituală

# DIMENSIUNEA SPIRITUALĂ A PERSONALITĂȚII

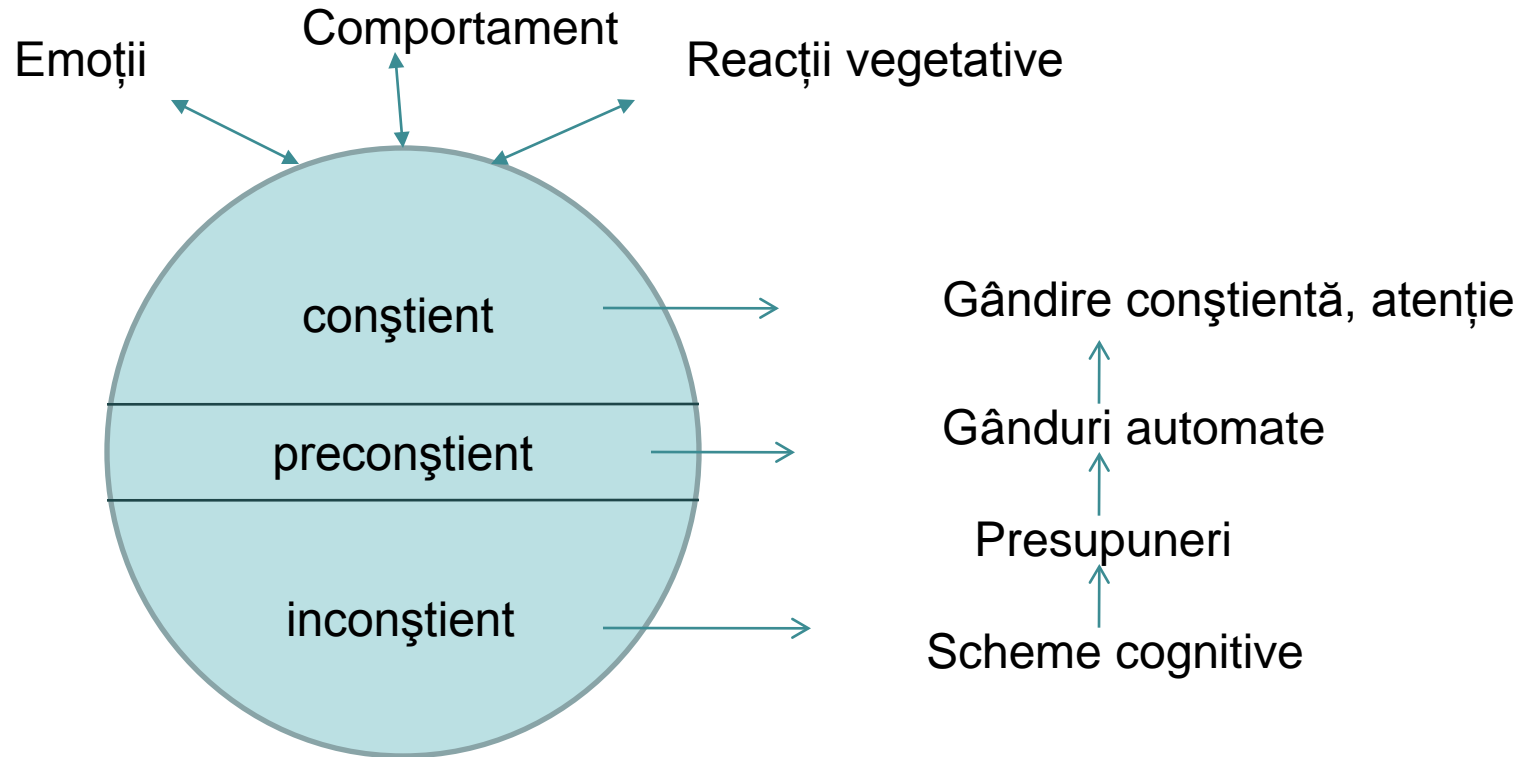
“Deoarece omul creează valori ce depășesc sfera vieții biologice și psihologice, nivelul spiritual este indispensabil pentru a fi considerat o persoană”

Max Scheller

# DIMENSIUNEA PSIHOLOGICĂ: COGNITIVISMUL ȘI PERSONALITATEA

- Schema: structură cognitivă care organizează materialul perceput pentru a-i da un sens
- Schemele
  - Organizează (categorisesc) experiența pentru a-i da un sens (reguli de interpretare a lumii), pentru stocaj mneștic și pentru adaptare
  - dictează comportamentul (comportamentul reflectă schema)

# COGNITIVISUMUL ȘI PERSONALITATEA



# COGNITIVISMUL ȘI PERSONALITATEA

TP	Schema de autoevaluare	Schema de evaluare a celorlalți	Schema afectivă	Strategia
paranoidă	Nedreptățit de alții	Trădători, manipulatori	Teama de manipulare, furia împotriva abuzului	Hipervigilență Suspiciozitate Luptă
schizoidă	Autosuficiență	Intruzivi	Anxietate de intruzivitate	Izolare
histrionică	Meritând atenția altora	Acceptați dacă mențin interesul	Tema de rejecție	Dramatizare, autovictimizare, parasuicid, furie
antisocială	Greșit tratat	Ceilalți desconsiderați	Furie	Acte antisociale
evitantă	Incompetent social	Critici, periculoși	Teama de critică	Evitare atragerii atenției asupra sa
dependentă	Incompetent decizional	Ideali	Teama de abandon	Cultivarea relației cu persoana care ea deciziile
anankastă	Responsabil față de sine și ceilalți	Iresponsabili, incompetenți	Teama de dezordine	Standarde înalte control, verificări

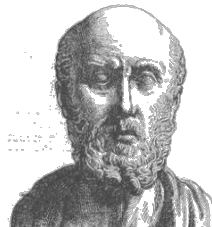
# PERSONALITATEA – CG Jung

- Introversie: se ia din exterior doar ceea ce poate fi perceput subiectiv
- Extraversie: evenimentele sunt interpretate ca venind din exterior (mediu, lume)



# DIMENSIUNEA CORPORALĂ: TEORIA UMORILOR (HIPPOCRATE- GALEN) CONSTITUȚIA CORPORALĂ (KRETSCHMER)

Hippocrate			Galen
Sânge	vesel	aer	sangvin
Bilă neagră	sumbru	pământ	melancolic
Bilă albă	entuziast	foc	coleric
flegmă	calm	apă	flegmatic



Hippocrate Empedocle Galen

# PERSONALITATEA ȘI CONSTITUȚIA CORPORALĂ – Ernst Kretschmer

biotip	psihotip
picnic	ciclotim
leptosom (astenic)	schizotim
atletic	epileptoid



Picnic

leptosom (astenic)

atletic

# PERSONALITATEA – K. Schneider

1. Hipertimic
2. Depresiv
3. Senzitiv
4. Anankast
5. Fanatic
6. Căutând valorizarea, atenția
7. Cu voință redusă
8. Lipsit de afecțiune
9. Astenic
10. Labil emotiv



Această clasificare stă la baza taxonomiei tulburărilor de personalitate din DSM și ICD

# PERSONALITATEA – CR CLONINGER

## 4 temperamente:

- Căutarea noului: explorare, extravaganță, impulsivitate – dopamină
- Evitarea traumei : pesimism, frică , timiditate - serotonină și GABA
- Dependența de recompensă: sociabilitate, deschidere – noradrenalină și serotonină
- Persistența: determinare, ambiție, perfecționism – glutamat și serotonină



# CLONINGER ȘI 7 DIMENSIUNI ALE PERSONALITĂȚII

- 4 temperamente:
  - Căutarea noului: explorare, extravaganță, impulsivitate – dopamină
  - Evitarea traumei : pesimism, frică , timiditate - serotonină și GABA
  - Dependența de recompensă: sociabilitate, deschidere – noradrenalină și serotonină
  - Persistența: determinare, ambiție, perfecționism – glutamat și serotonină
- 3 dimensiuni ale caracterului
  - Autodirecționare (self directedness): responsabilitate, scop, self acceptance
  - Cooperare: empatie, compasiune ajutorare
  - Autotranscendența (self transcendence): spiritualitate idealism, iluminare
- Tulburările de personalitate au scoruri reduse la dimensiunile caracteriale de autodirecționare și cooperare
- cluster A al DSM asociat cu scoruri mici la dependența de recompensă
- cluster B al DSM asociat cu scoruri mari la căutarea noului
- cluster C al DSM asociat cu scoruri mari la evitarea pericolului

# TEMPERAMENTUL

- Definiție: trăsături simple, de origine biologică, observabile la sugari în opoziție cu noțiunea mai complexă de personalitate a adultului (Rutter)

# TEMPERAMENTUL

- 9 aspecte (Chess și Thomas):
  1. Nivelul de activitate
  2. Regularitatea funcțiilor biologice
  3. Apropierea sau retragerea din fața situațiilor noi
  4. Responsivitate la stimularea senzorială
  5. Intensitatea reacției la stimuli
  6. Adaptabilitatea la situațiile noi
  7. Calitatea dispoziției afective
  8. Distractibilitate
  9. Persistența atenției

# TEMPERAMENTUL

- Copilul comod:
  - Regularitatea funcțiilor biologice
  - Răspuns pozitiv la stimuli
  - Adaptabilitate mare la schimbare
  - Expresii ușoare și moderate, predominant pozitive ale dispoziției afective
- Copilul dificil
  - Neregularitatea funcțiilor biologice
  - Răspuns negativ (de retragere în fața situațiilor noi)
  - Nonadaptabil sau lent adaptabil la situațiile noi
  - Expresii intense și predominant negative ale dispoziției afective
- Copilul lent:
  - răspunsuri negative de intensitate mică la situații noi și
  - adaptabilitate lentă

# CARACTERUL

- Aspectul vizibil al personalității: comportamentul
- folosit în psihanaliză în formula “structură de character”, reunind trăsături motivaționale care, fiind în strânsă corelație între ele, formează o structură rezistentă la schimbare.
- Aspectul moral al personalității: caracter bun-rău, frumos-urât, “e de character”
- Tenacitatea individului: tăria de caracter

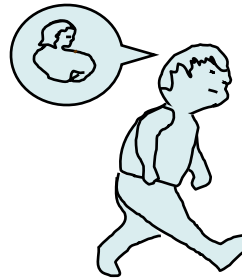
# STRUCTURI DE CARACTER (rezistente la schimbare) – S. Freud

## CARACTERUL FALIC

Stadiul falic: 3-6 ani

Caracter falic-narcisic: rece, rezervat, arogant, ambițios, încrezător în sine, imprudent, agresivitate de tip defensiv, exhibiționist, impulsiv

Promiscuu amoral sau puritan asexual



## CARACTERELE ANALE

Stadiul anal: 1-3 ani

Faza expulzivă: caracterul anal-expulziv

-megalomanie, suspiciozitate, dezordine, sfidător,

Faza retentivă: caracterul anal-retentiv:

- autocontrol, obstinație, ordine, pedanterie, parcimonie  
meticulozitate, devotament față de reguli



## CARACTERELE ORALE

Stadiul oral: 0-1 ani:

Faza suptului: caracter oral-dependent

- optimism naiv, dependență, superficialitate afectivă

Faza mușcăturii: caracter sadic-oral

- pesimist, agresiv verbal, independent, dominator



# PERSONOGENEZĂ

- Personalitatea se formează încă din copilărie și se încheie după adolescență
- După 18-25 ani se consideră personogeneza încheiată
- Un diagnostic de tulburare de personalitate se poate pune doar după vârsta de 18 ani

# CARACTERISTICI GENERALE ALE TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE

- Trăsăturile de personalitate sunt în mod global și excesiv accentuate.
- Egosintonie: subiectul este mulțumit cu sine însuși
- Comportamentul e rigid (inflexibil într-o mare varietate de situații), deci predictibil
- Alloplasticitate: subiectul nu simte nevoia să se schimbe, ci încearcă să-i facă pe alții să se adapteze la propria personalitate
- Comportament maladaptativ: afectează funcționarea individului în societate, familie, la locul de muncă
- Patoplasticitate: tabloul clinic al bolilor comorbide este influențat de personalitate

# TREI CLUSTERE (GRUPĂRI)

- Cluster A (al bizarilor): TP paranoidă, TP schizoidă
- Cluster B (al extravagantilor): TP histrionică, TP instabil emoțională, TP antisocială
- Cluster C (al nesigurilor): TP anankastă, TP anxios evitantă, TP dependentă

# TP DE TIP PARANOID

1. Megalomanie
2. Sensibilitate mare la critică
3. Tendința la ranchiună 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.

# TP DE TIP SCHIZOID

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

# TP DE TIP INSTABIL- EMOȚIONAL

- Tipul impulsiv: instabilitate emoțională+ lipsa controlului impulsurilor
- Tipul borderline:
  1. Relații 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

# TP 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. Superficialitatea 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

# TP 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 partenerei și copiilor)
5. Toleranță redusă la frustrare și impulsivitate
6. Agresivitate
7. Incapacitatea de a simți remușcare și de a învăța din pedepse

# TP 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

# TP 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

# TP DE TIP DEPENDENT

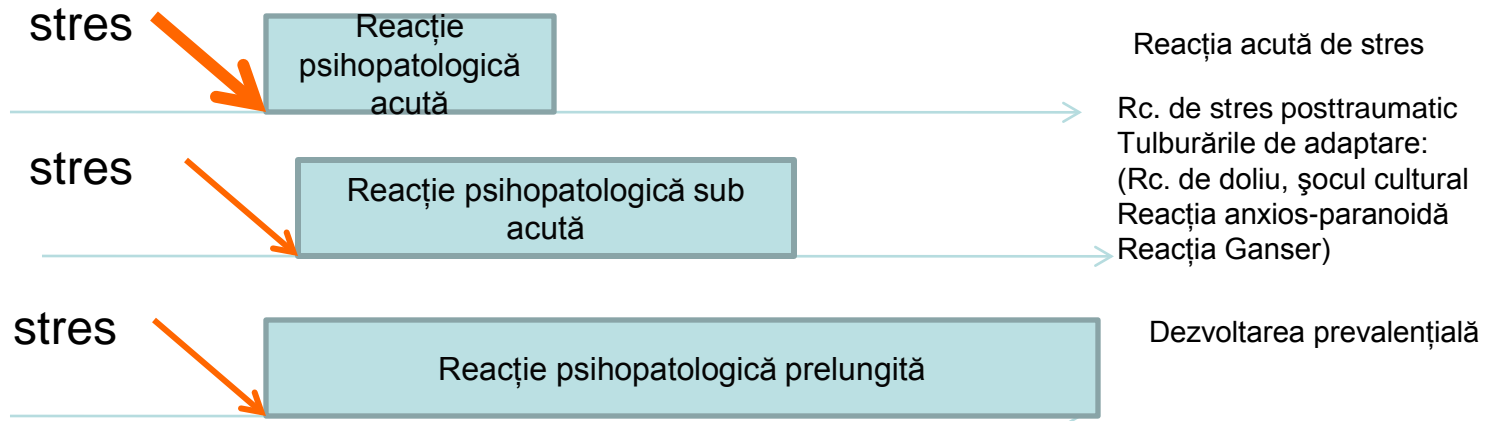
1. Neîncrederea în capacitățile proprii
2. Dificultate în luarea deciziilor fără supervizarea sau de a iniția proiecte proprii
3. Nevoia ca alții să-și asume responsabilitatea pentru el
4. Sentiment de neajutorare atunci când trebuie să ia singur deciziile
5. Incapacitate de a-și exprima dezacordul sau 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

- Modificarea personalității de cauze organice:
  - Sd. Moriacic (tumori în lobul frontal)
  - Demența prefrontală Pick
- Schimbări durabile de personalitate după o psihotraumă.

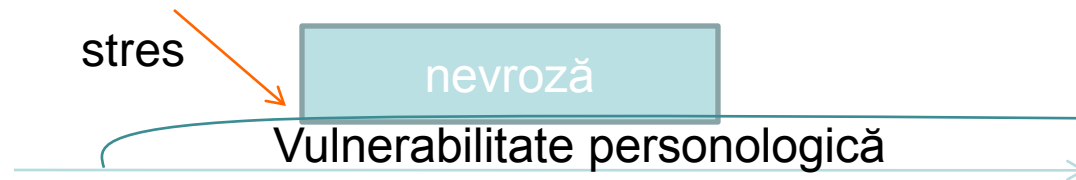
# REAȚIILE PSIHOPATOLOGICE

- Definiție: afecțiuni psihice cu determinism exogen, declanșate de un eveniment stresant care copleșește capacitatea de adaptare sau generează răspunsuri maladaptative.



# REAȚIILE PSIHOPATOLOGICE

- Dg. diferențial:
  - Tulburări psihotice acute și tranzitorii cu stres acut asociat
  - Tulburările nevrotice corelate cu stresul



# REAȚIILE PSIHOPATOLOGICE

- Evenimentul stresant:
  - Pierdere: persoană, bun material, prestigiu, situație profesională
  - Pericol: natural sau produs de om
  - Deprivare senzorială: surzire, cecitate, mediu socio-cultural străin cu necunoașterea limbii
  - Frustrare

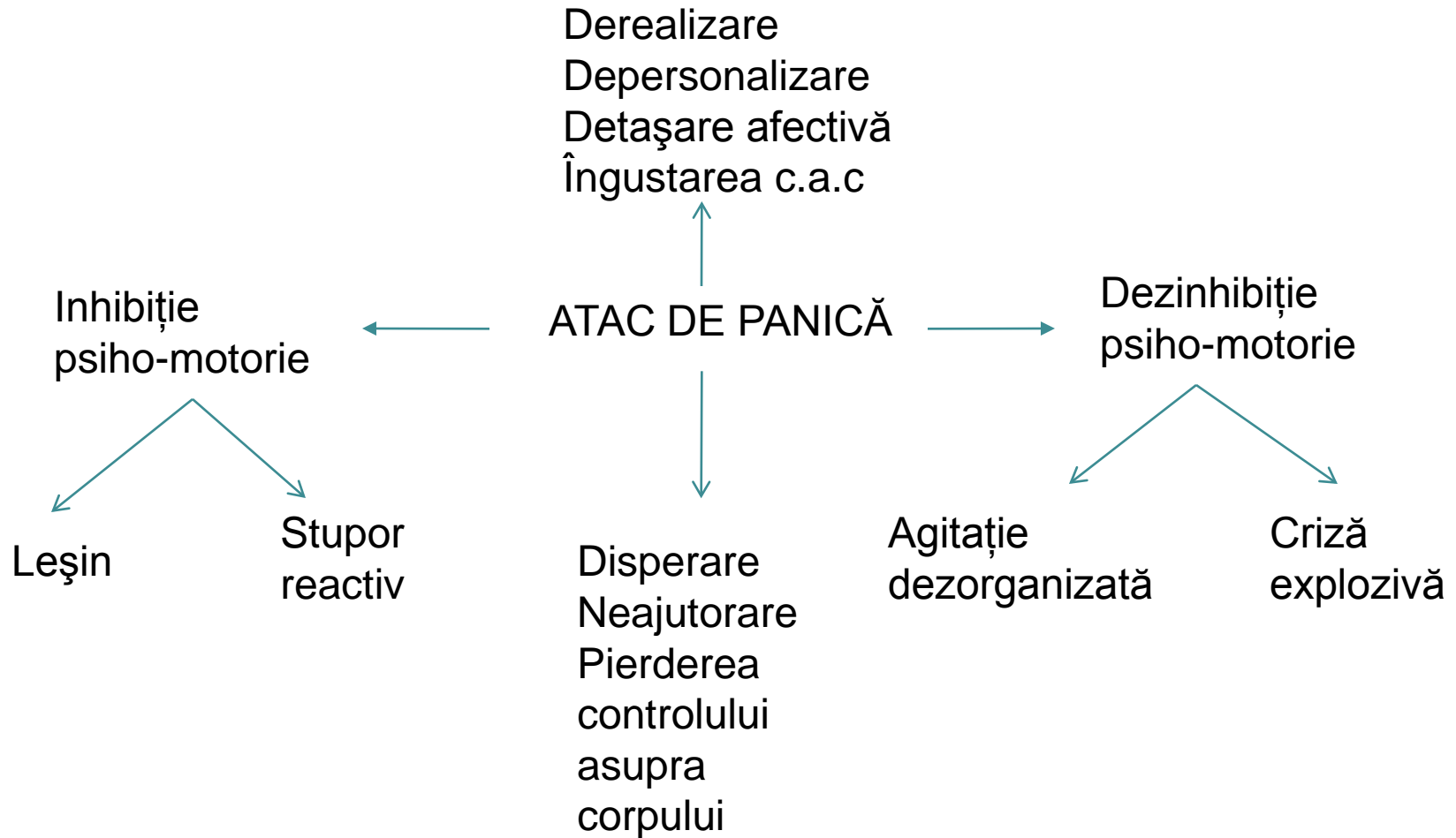
# REAȚIILE PSIHOPATOLOGICE

- Reacția acută de stres
- Reacția de stres post-traumatică
- Tulburările de adaptare

# REAȚIA ACUTĂ DE STRES

- Cază: PSIHOTRAUMA= eveniment ce amenință viața sau integritatea subiectului sau a altor persoane (subiectul e doar martor):
  - Cataclisme naturale: cutremure, incendii, inundații, tsunami, erupții vulcanice
  - Catastrofe provocate de om: viol, tâlhărie, accidente grave, războaie, tortură, acte teroriste
- Important: evenimentul trebuie să fie perceput de subiect ca traumatic.
- Este vorba de evenimente ce copleșesc chiar și subiecții normali
- Semnificația psihotraumei: amenințare sau pierdere

# REAȚIA ACUTĂ DE STRES



# REAȚIA ACUTĂ DE STRES

## SPIRITUALE:

- pierderea credinței,
- modificarea filozofiei de viață

## COMPORTAMENTALE:

- Evitarea rememorării
- Afectarea funcționării
- Dezinteres sau hiperactivitate
- Suicid
- Abuz de substanțe

## EFECTE

## SOCIALE:

- Dependență
- Hiperprotecție
- Izolare

## EMOȚIONALE:

- Atac de panică
- Furie
- Depresie
- Vinovăție distructivă
- Senzitivitate
- Suspiciozitate
- Detașare
- Disociere

# REAȚIA ACUTĂ DE STRES

- Clinic: reacție anxioasă intensă – ATAC DE PANICĂ
- Apare imediat (într-o oră)
- Durată: 48 ore – max. 1 lună
- Complicații: alcoolism, tulburări de adaptare provocate de consecințele psihotraumei
- Tratament:
  - intervenția în criză
  - Strategii de prevenire a
    - abuzului de alcool, droguri
    - tulburării de adaptare provocată de consecințele psihotraumei
  - anxiolitice

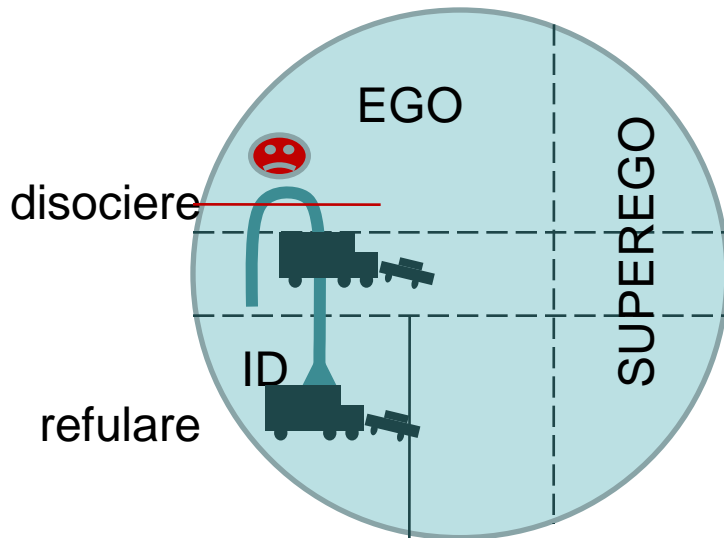
# PATOGENIE: EXPLICAȚII PSIHOLOGICE

SIMPTOMELE DISOCIATIVE REACTIVE:

- DETAȘARE AFECTIVĂ
- ÎNGUSTAREA CÂMPULUI DE CONȘTIINȚĂ
- DEREALIZAREA ȘI DEPERSONALIZAREA
- AMNEZIA DISOCIATIVĂ TRAUMATICĂ

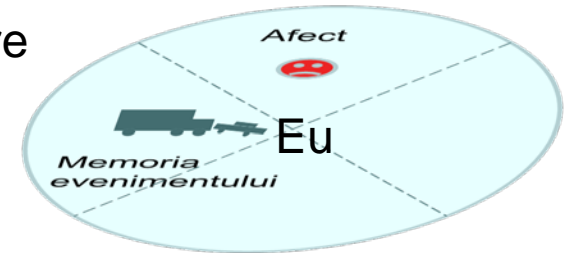
Au rolul de mecanism de apărare: încercare de a păstra controlul mintal în momentul în care controlul corporal a fost pierdut

# DISOCIAȚIA



Disociația pe verticală (Freud):  
urma mnezică a evenimentului  
este refulată în inconștient și  
disociată de afect

disociere



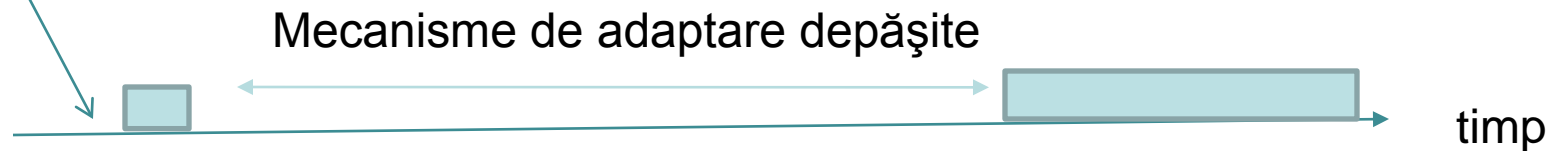
Disociația pe orizontală (Janet):  
urma mnezică a evenimentului  
este separată de afect printr-un  
fenomen de dezagregare mintală

# TULBURAREA POST- TRAUMATICĂ DE STRES

- Femei: bărbați = 2:1
- Debut: orice vârstă
- Vindecare la 1 an (50%) sau evoluție cronică sau fluctuantă
- Complicații:
  - Depresie +/- suicid
  - Abuz de droguri
  - Schimbare durabilă a personalității

# TULBURAREA POST-TRAUMATICĂ DE STRES

Psihotrauma



Reacție acută  
de stres

Perioada de latență  
maximum: 6 luni

Reacție post-traumatică  
de stres

Depresie:

Rușine pentru cum s-a comportat

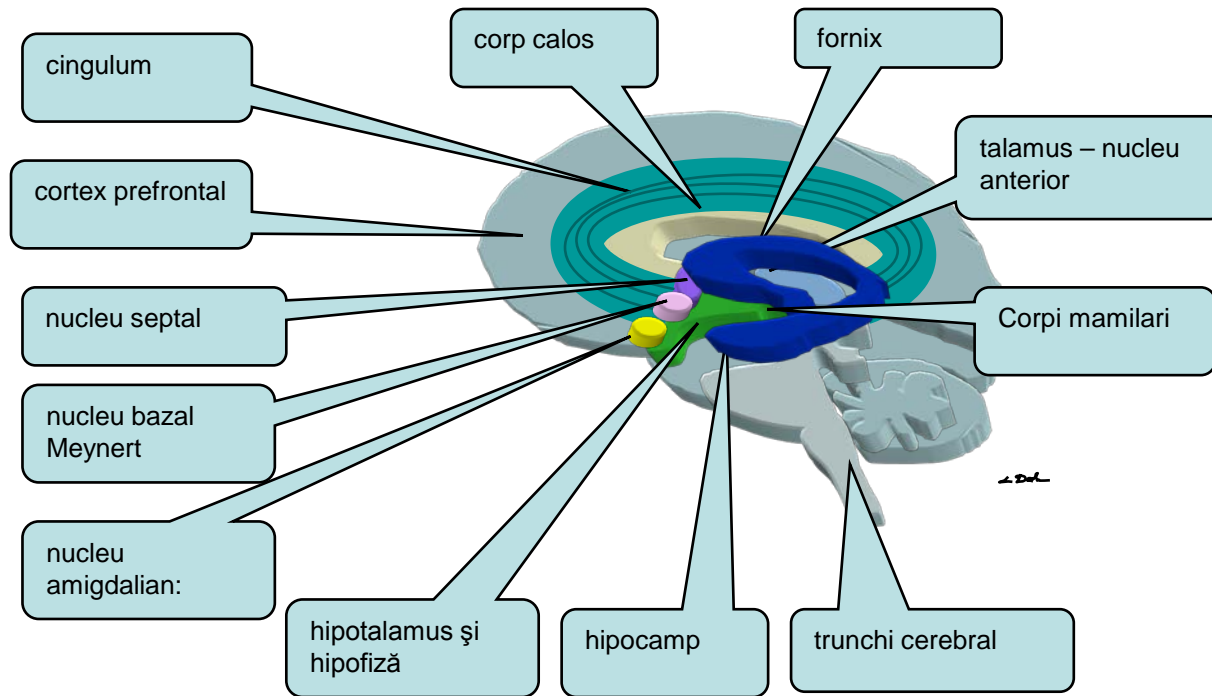
Vinovăție că trăiește când alții au murit

Punerea în discuție a scopului și sensului vieții

Sau

Euforie paradoxală

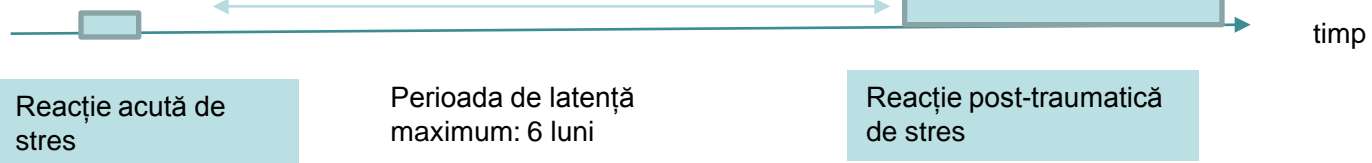
# PATOGENIE: EXPLICAȚII BIOLOGICE



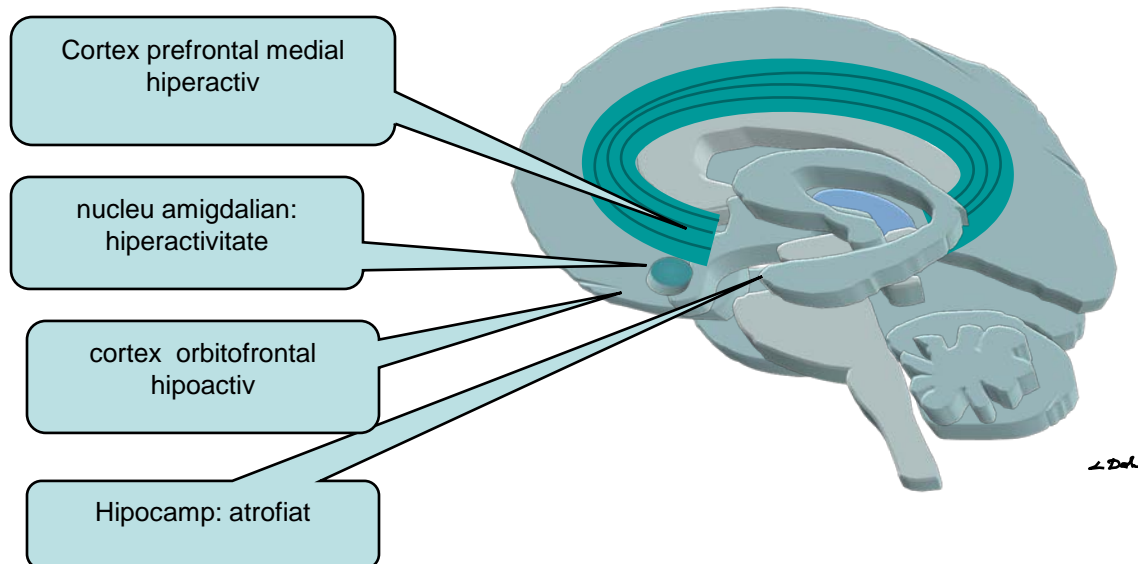
SECREȚIE DE NORADRENALINĂ (SNS):

SECREȚIE DE HORMONI DE STRES: ADRENALINĂ, CORTIZOL

CORTIZOLUL AFECTEAZĂ HIPOCAMPUL (MEMORIA EPSODICĂ): AMNEZIA DE EVOCARE A EVENIMENTULUI



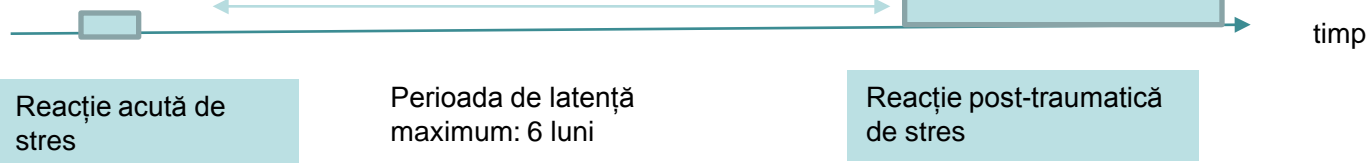
# PATOGENIE: EXPLICAȚII BIOLOGICE



SECREȚIE DE NORADRENALINĂ (SNS):

SECREȚIE DE HORMONI DE STRES: ADRENALINĂ, CORTIZOL

CORTIZOLUL AFECTEAZĂ HIPOCAMPUL (MEMORIA EPSODICĂ): AMNEZIA DE EVOCARE A EVENIMENTULUI



# EXCITOTOXICITATEA LA NIVELUL HIPOCAMPULUI

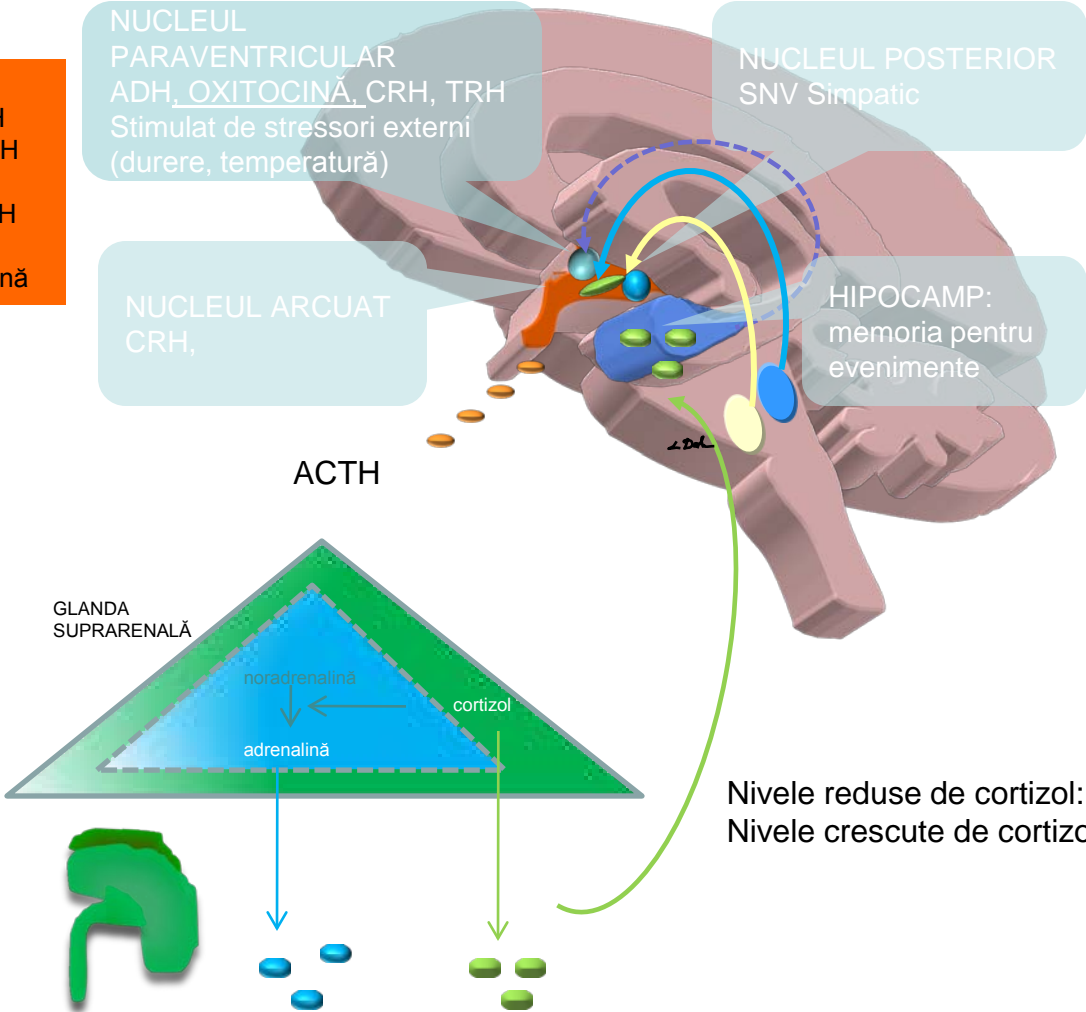
**HIPOTALAMUS**  
NA stimulează secreția CRH  
5HT stimulează secreția CRH  
GABA inhibă secreția CRH  
OPIOIZII inhibă secreția CRH  
HIPOFIZĂ:  
POMC: ACTH +beta endorfină

**NUCLEUL PAVENTRICULAR**  
ADH, OXITOCINĂ, CRH, TRH  
Stimulat de stressori externi  
(durere, temperatură)

**NUCLEUL POSTERIOR**  
SNV Simpatc

**NUCLEUL ARCUAT**  
CRH,

**HIPOCAMP:**  
memoria pentru  
evenimente

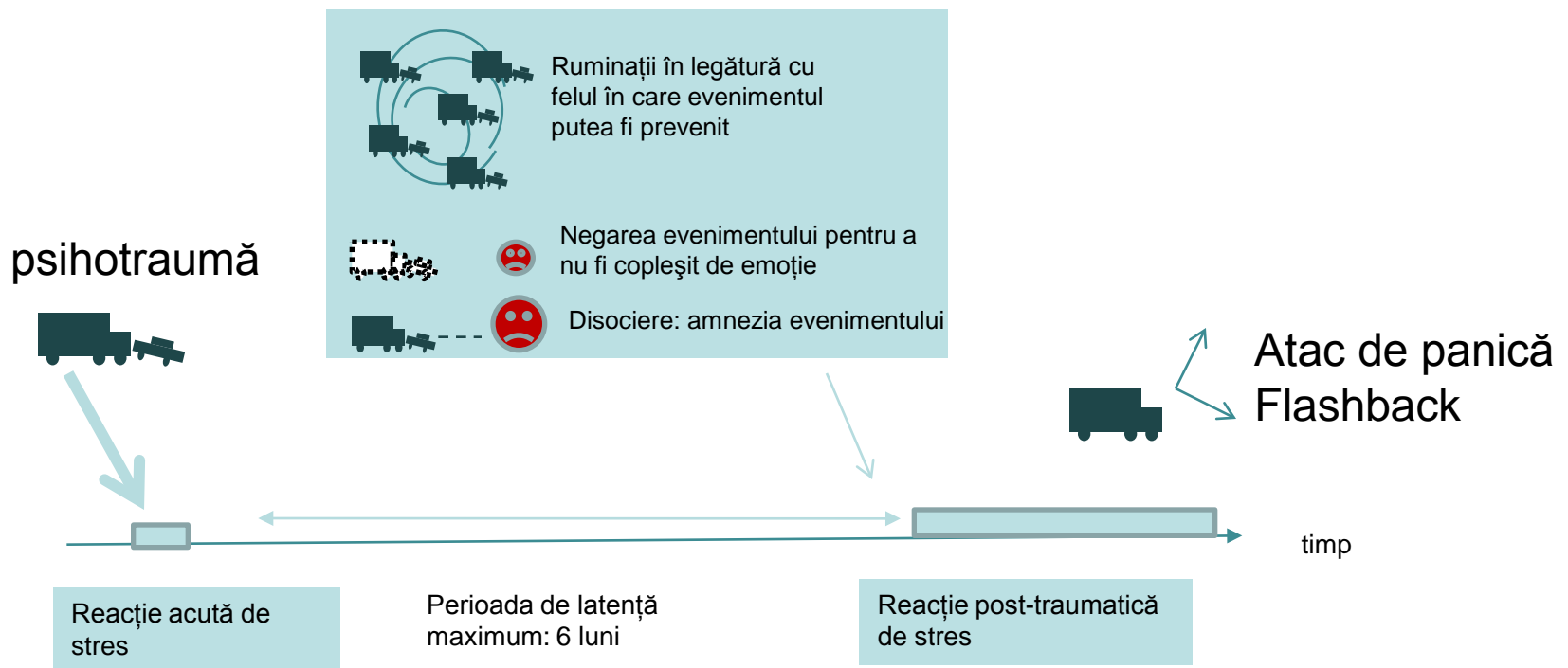


Nivele reduse de cortizol: risc pt. PTSD  
Nivele crescute de cortizol: risc pt. depresie

# PATOGENIE: EXPLICAȚII PSIHOLOGICE

După psihotraumă se reajustează schemele cognitive (concepția individului despre sine și lume)

Mecanisme de apărare: negarea (pentru a nu fi copleșit de emoție) și disociația pot afecta integrarea psihotraumei în schemele cognitive



# TULBURAREA DE STRES POST-TRAUMATIC

RETRĂIREA OBSESIVĂ a  
psihotraumei: rememorări  
spontane sub formă de:  
Coșmaruri recurente  
Flashback-uri

FENOMENE DISOCIATIVE:  
- Amnezie de evocare  
spontană a evenimentului  
- Detașare afectivă

← TABLOU CLINIC →

EVITARE FOBICĂ  
a persoanelor sau situației  
care reamintește de  
eveniment

ANXIETATE GENERALIZATĂ:  
- Insomnie de adormire  
- Treziri repetate  
- Hipoprosexie de concentrare  
- Tresăriri  
- Iritabilitate

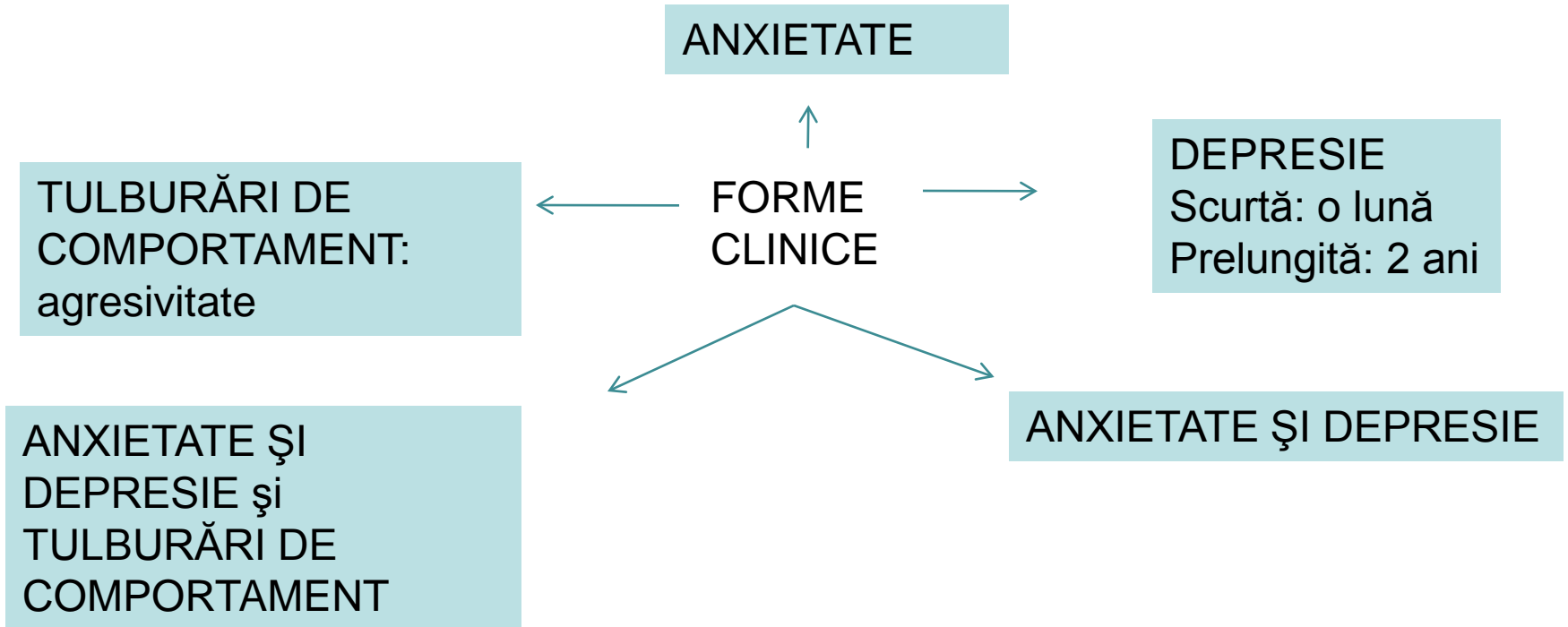
# TULBURAREA POST-TRAUMATICĂ DE STRES

- Tratament:
  - Imediat: psihoterapie suportivă, intervenție în criză
  - În perioada de latență: tehnici de abreacție (debriefing)= pacientul e ajutat să vorbească despre eveniment și să-și exprime emoțiile
  - După instalarea PTSD
    - Anxiolitice, antidepresive
    - Terapie de grup
    - Terapie cognitiv-comportamentală de desensibilizare

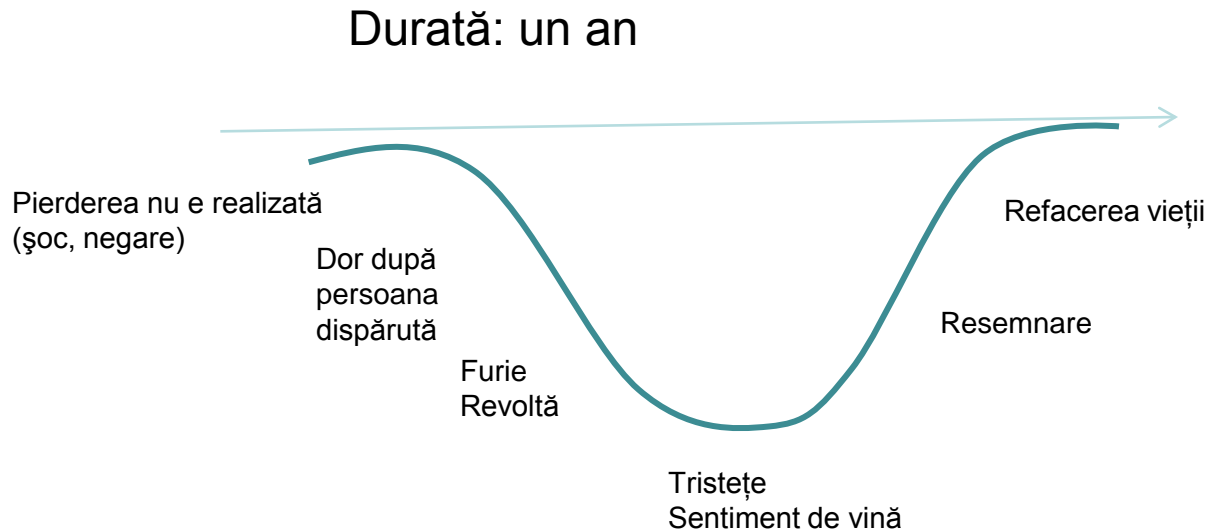
# TULBURĂRILE DE ADAPTARE

- Debut până la o lună de la evenimentul stresant sau schimbarea modului de viață.
- Simptomele nu persistă mai mult de 6 luni (cu excepția reacției depresive prelungite (max. 2 ani))
- Complicații: alcoolism, depresie, anxietate
- Tratament:
  - psihoterapie suportivă
  - antidepresive, anxiolitice

# TULBURĂRILE DE ADAPTARE




# REAȚIA NORMALĂ DE DOLIU



Nu necesită tratament psihiatric

# REAȚIA PATOLOGICĂ DE DOLIU



Negare prelungită sau  
Reprimare prelungită a exprimării emoțiilor

The graph shows a horizontal baseline with an arrow pointing right. A teal curve starts slightly below the baseline, remains flat for a long duration, then gradually descends into a deep valley before rising back to the baseline.

SAU:



Durata lungă > 1 an

The graph shows a horizontal baseline with an arrow pointing right. A teal curve starts slightly below the baseline, descends into a deep valley, and then rises back to the baseline.

# REAȚIA GANSER

- La structuri histrionice de personalitate
- Apare la condițiile unui arest în așteptarea sentinței
- Clinic: puerilisme, răspunsuri alături, comportament pseudo-demențial

# REAȚIA ANXIOS PARANOIDĂ

- În condiții de pericol social (revoluții)
- Delir paranoid + halucinații auditive, anxietate și agitație psihomotorie

# INTERVENȚIA ÎN CRIZĂ

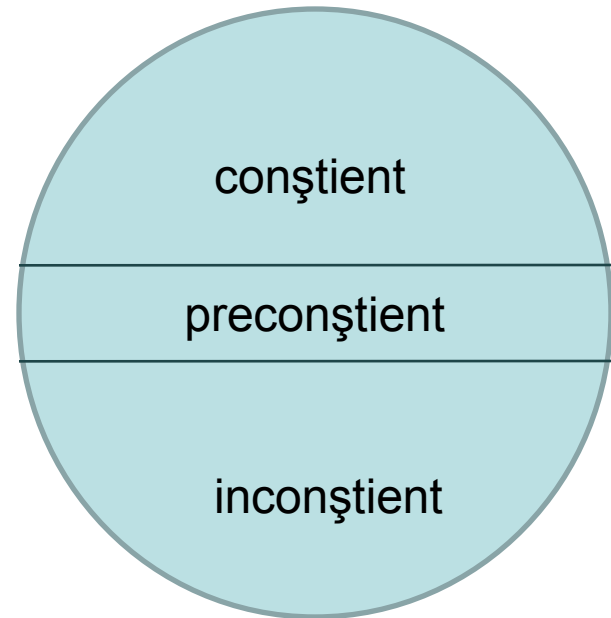
1. Aprecierea severității crizei: persoana e rănită sau violentă
2. Securizare
3. Explorarea problemei: ascultare empatică
4. Explorarea expresiei emoționale (poate afecta dialogul)
  - detașare emoțională sau
  - hiperexpresivitate emoțională (plânsul e permis)
5. Respect pentru persoană (pentru valorile persoanei, lipsa judecății)
6. Oferire de soluții alternative posibile
7. Dezvoltarea unui plan de acțiune:
  1. specific,
  2. concret (pe puncte),
  3. limitat în timp, monitorizat,
  4. acceptat de subiect

# NEVROZELE

- Caracteristici generale:
  - Contactul cu realitatea nu este abolit
  - Conștiința bolii este prezentă
  - Egodistonie
  - Teren predispozant: tulburări de personalitate
  - Factori declanșanți: conflict intrapsihic, evenimente stresante de viață
  - Tratament: psihotrope + psihoterapie

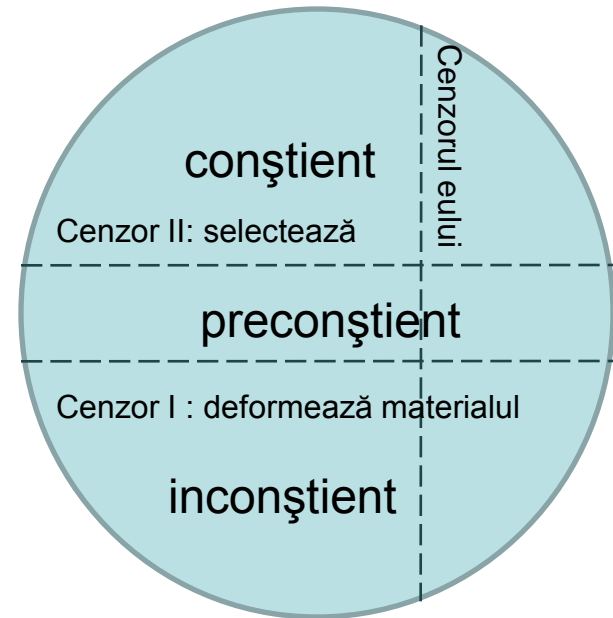
# PSIHANALIZA

- PSIHISMUL UMAN:
  - Inconștient: pulsuni, instincte, dorințe refulate
  - Preconștient: material inconștient dar care poate fi conștientizat
  - Conștient: afectivitate, percepție, gândire



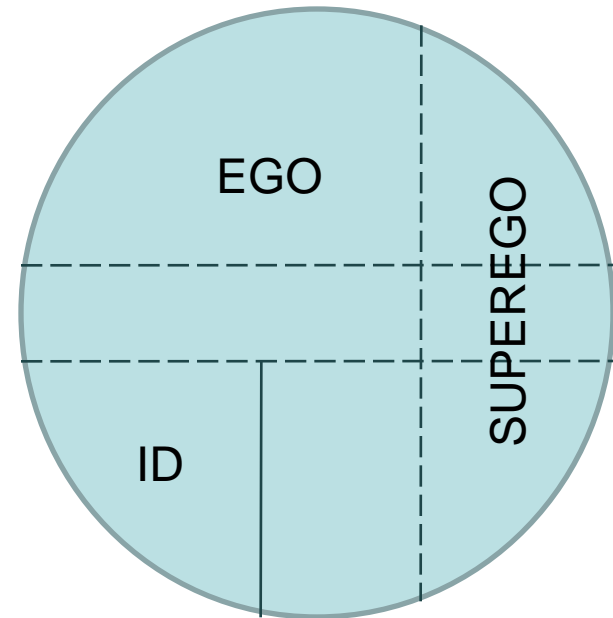
# CENZURA

- Cenzor secundar: la granița dintre preconștient și conștient: rol de selecție
- Cenzor primar: la granița dintre inconștient și preconștient: rol de deformare



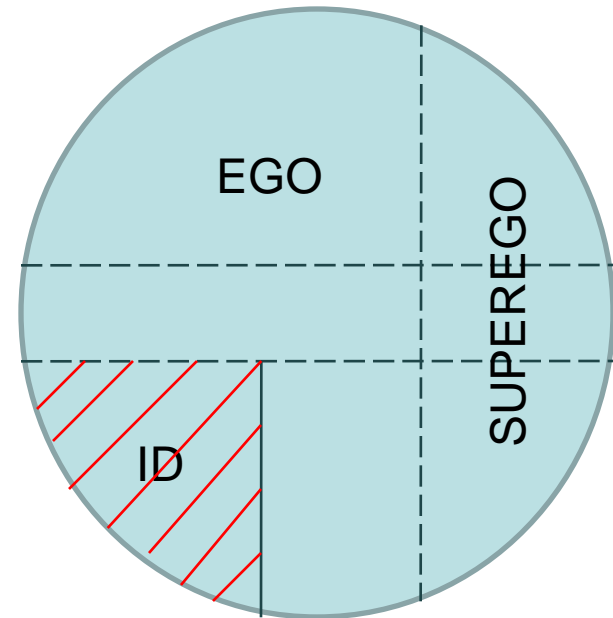
# PSIHANALIZA

- PSIHISMUL UMAN:  
(aspectul topic, structural)
  - ID (SINELE)
  - EGO (EUL)
  - SUPEREGO (SUPRAEUL)



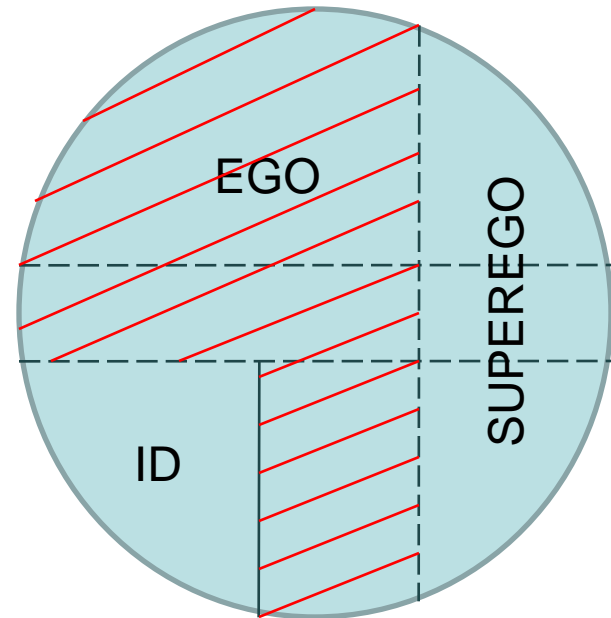
# PSIHANALIZA

- ID (SINELE)
  - Materia psihică din care se vor diferenția ego și superego
  - Determinat de trecut, influențe genetice
  - Impersonal
  - Inconștient
  - Conține pulsuni (sexuale și agresive) și dorințe, temeri, traumatisme refulate
  - Funcționează după principiul plăcerii
  - Procese primare



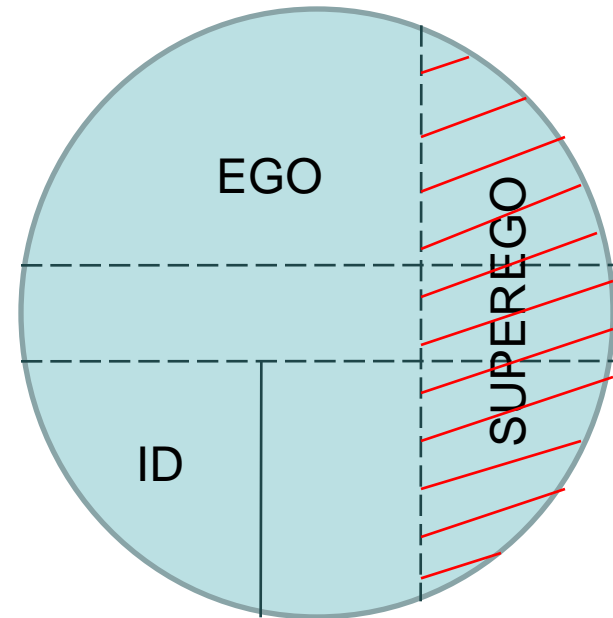
# PSIHANALIZA

- EGO (EUL)
  - Se diferențiază din Id în urma contactului cu realitatea
  - Determinat de experiența proprie a individului
  - Sintează a personalității
  - Inconștient, preconștient și conștient
  - Sediul gândirii, raționamentului
  - Funcționează după principiul realității
  - Rol: soluționarea conflictelor intrapsihice și adaptarea la mediu

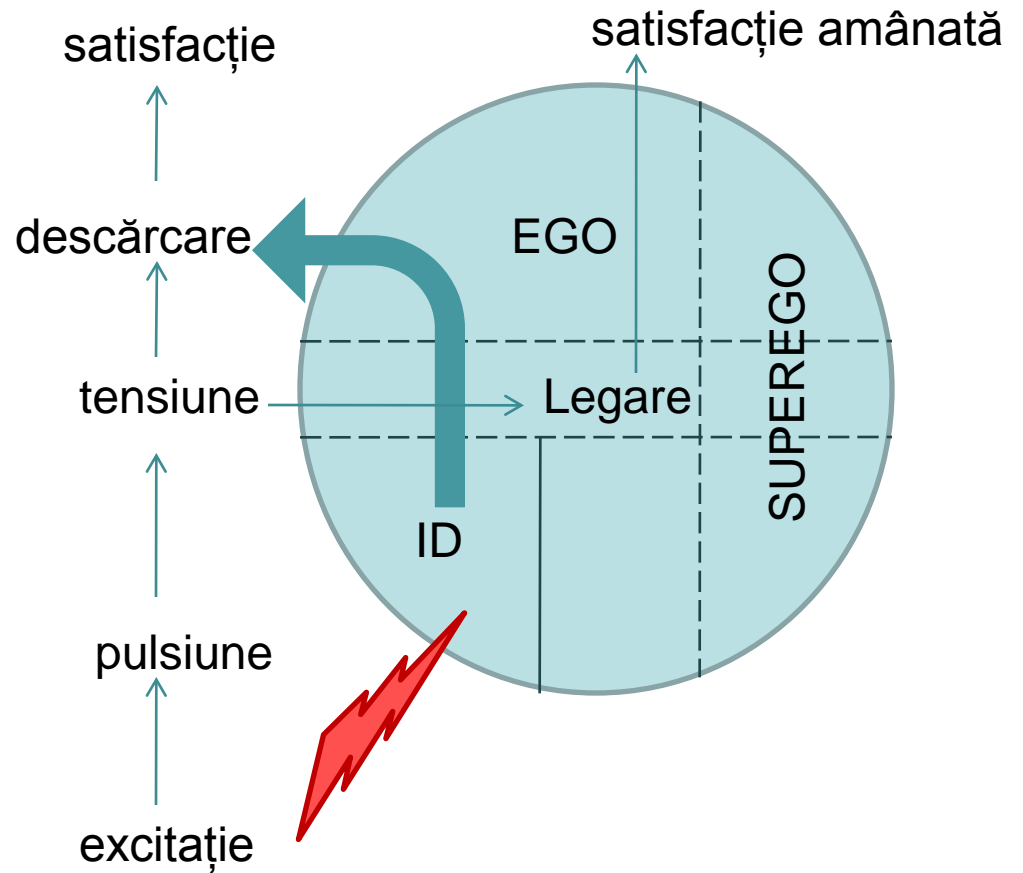


# PSIHANALIZA

- SUPEREGO (SUPRAEUL)
  - Se diferențiază din ego prin internalizarea interdicțiilor și expectanțelor familiale
  - Determinat de trecut: influența părinților și a societății
  - Inconștient, preconștient și conștient
  - Funcționează după principiul idealului
  - E format din:
    - Ego ideal: prescrie (dictează)
    - Conștiința morală: proscribe (interzice)




# ASPECTUL ECONOMIC



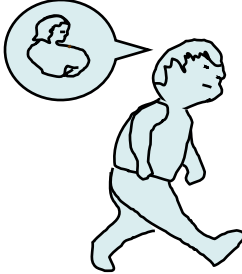
CORPUL: zone erogene:

- gura,
- anusul,
- uretra,
- mamelonul, organele genitale


# DEZVOLTAREA PSIHO-SEXUALĂ



Stadiul genital: pubertatea 12-18 ani  
Plăcerea e dată de actul sexual cu partenerul de sex opus, creativitate, utilitate socială  
Zona erogenă: organele genitale  
Obiectul plăcerii: partenerul de sex opus




Stadiul de latență: 6-12 ani  
Sexualitatea este sublimată prin activități școlare și intelectuale




Stadiul falic: 3-6 ani  
Plăcerea e dată de autostimularea organului genital și de dorința de posesiune a părintelui de sex opus  
Zona erogenă: organele genitale  
Obiectul plăcerii: la băiat: penisul + mama (complexul Oedip),  
la fată: clitorisul + tatăl (complexul Electra)

Stadiul uretral?




Stadiul anal: 1-3 ani  
Plăcerea e dată de eliminarea /retenția materiilor fecale  
Zona erogenă: mucoasa ano-rectală  
Obiectul plăcerii: materiile fecale

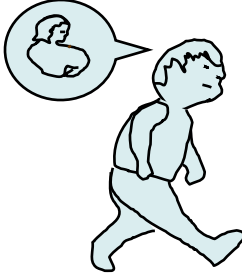


Stadiul oral: 0-1 ani  
Plăcerea e dată de supt  
Zona erogenă: mucoasa bucală  
Obiectul plăcerii: sânul mamei


# DEZVOLTAREA PSIHO-SEXUALĂ




Stadiul genital: pubertatea 12-18 ani  
Caracteristică: persoană bine adaptată, echilibrată




Stadiul de latență: 6-12 ani  
Calm



Stadiul falic: 3-6 ani  
Caracteristici: identificarea sexuală și moralitatea  
Interes pentru organele genitale și competiția cu părintele de același sex pentru părintele de sex opus ceea ce e socialmente inacceptabil  
Depășirea complexului Oedip /Electra (6 ani) prin identificarea cu părintele de același sex



Stadiul anal: 1-3 ani  
Caracteristici: învățarea autocontrolului și obedienței  
Părinții pot fi prea autoritari sau prea indulgenți



Stadiul oral: 0-1 ani  
Caracteristici: dependență  
Nevoile copilului sunt adecvat îndeplinite: trecere la stadiul următor  
Nevoile copilului nu sunt îndeplinite (frustrare) - pesimism  
Nevoile copilului sunt excesiv îndeplinite – optimism exagerat

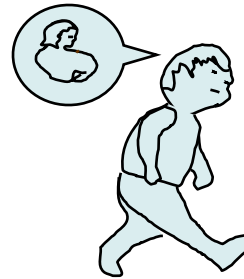
# TULBURĂRILE DE DEZVOLTARE - CONSECINȚE CARACTERUL ADULTULUI

## CARACTERUL FALIC

Stadiul falic: 3-6 ani

Caracter falic-narcisic:

rece, rezervat, arogant, ambițios, încrezător în sine, imprudent, agresivitate de tip defensiv, exhibiționist, impulsiv  
Promiscuu amoral sau puritan asexual



## CARACTERELE ANALE

Stadiul anal: 1-3 ani

Faza: expulzivă: caracterul anal-expulziv

-megalomanie, suspiciozitate, dezordine, sfidător,

Faza retentivă: caracterul anal-retentiv:

- autocontrol, obstinație, ordine, pedanterie, parcimonie  
meticulozitate, devotament față de reguli



## CARACTERELE ORALE

Stadiul oral: 0-1 ani:

Faza suptului: caracter oral-dependent

- optimism naiv, dependență, superficialitate afectivă

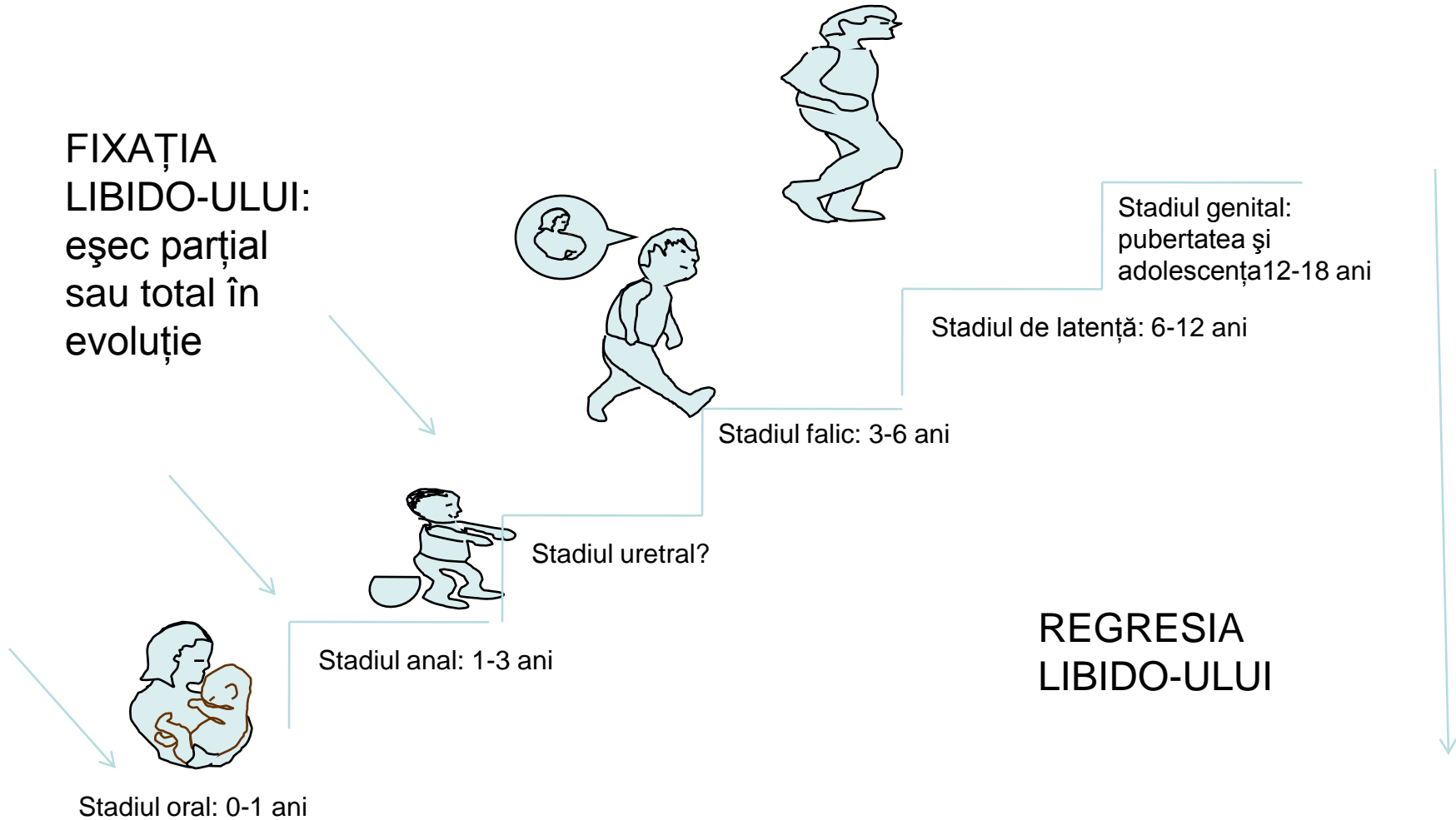
Faza mușcăturii: caracter sadic-oral

- pesimist, agresiv verbal, independent, dominator



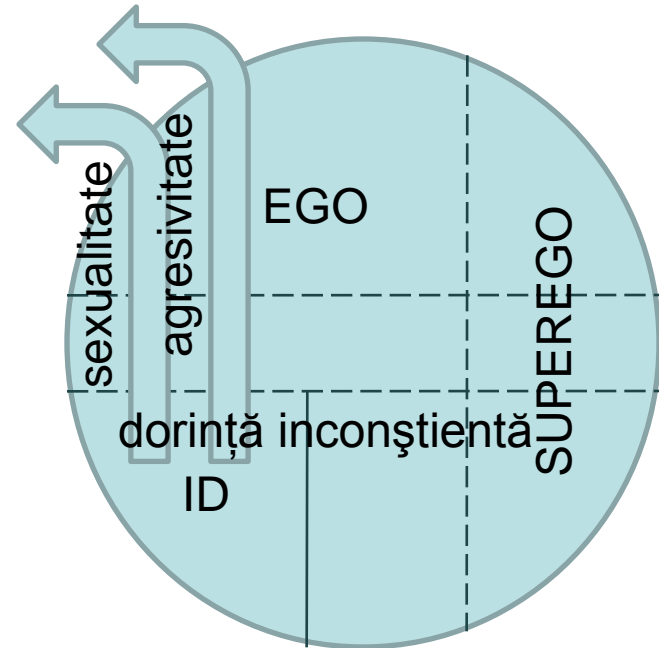
# PREZENȚA LA ADULT A UNOR TRĂSĂTURI INFANTILE SE EXPLICĂ PRIN:

FIXAȚIA  
LIBIDO-ULUI:  
eșec parțial  
sau total în  
evoluție



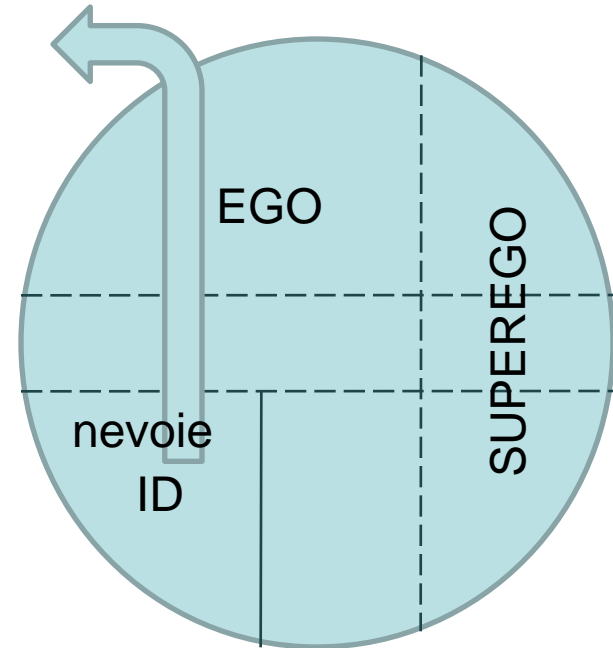
# PULSIUNEA

- Pulsione: energia psihică
  - sexuală (principiul Eros-ului): dorința omului de căutare a plăcerii
  - agresivă (principiul Thanatos-ului): dorința omului de căutare a morții (de reîntoarcere la starea anterioară, primordială)
- Este consecința unei excitații venite din interiorul organismului ≠ excitațiile exterioare
- Pulsione sexuală și agresivă ≠ instinct (pulsione de conservare, pulsionile eului)
- Termenul de sexual include genitalul, nu se reduce numai la acesta



# NEVOIA

- Vitale: alimentație, protecție, reproducere: instinctele
- Afective: dragoste, stimă
- Cognitive: de a înțelege, de a ști
- Determină o stare de tensiune internă
- Tensiunea internă se asociază cu o nuanță afectivă = emoție
- Tensiunea internă își găsește satisfacere printr-o acțiune specifică care procură obiectul adecvat (hrană)



# ASPECTUL ECONOMIC

- Pulsiunea:

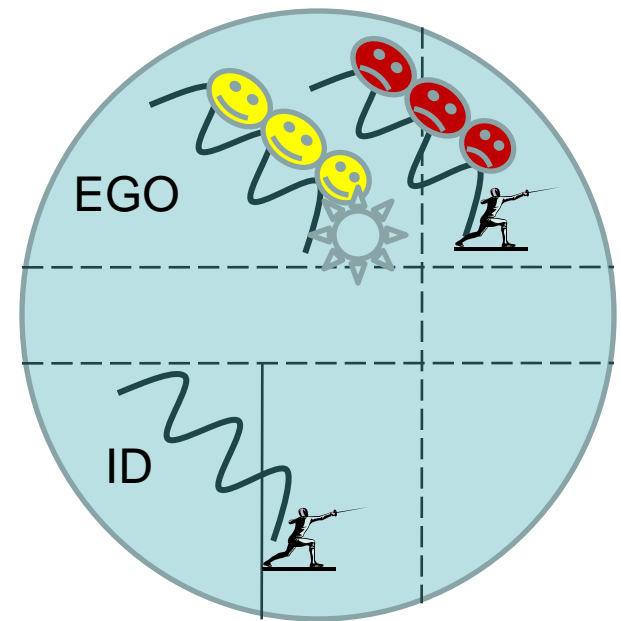
- Aspectul cantitativ al pulsuni  
sexuale = LIBIDO (poftă)



- Aspectul subiectiv îl reprezintă  
AFECTUL (quantum-ul de afect)

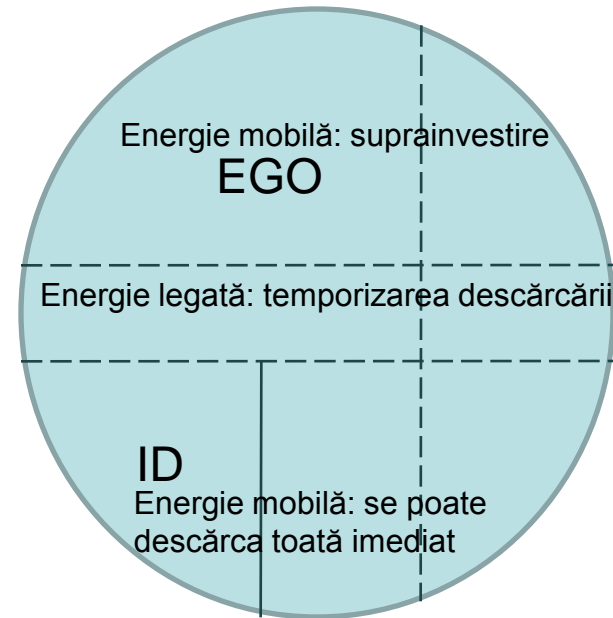


- Conținutul = REPRESENTAREA:  
(imagini, gânduri, amintiri)



# ASPECTUL ECONOMIC

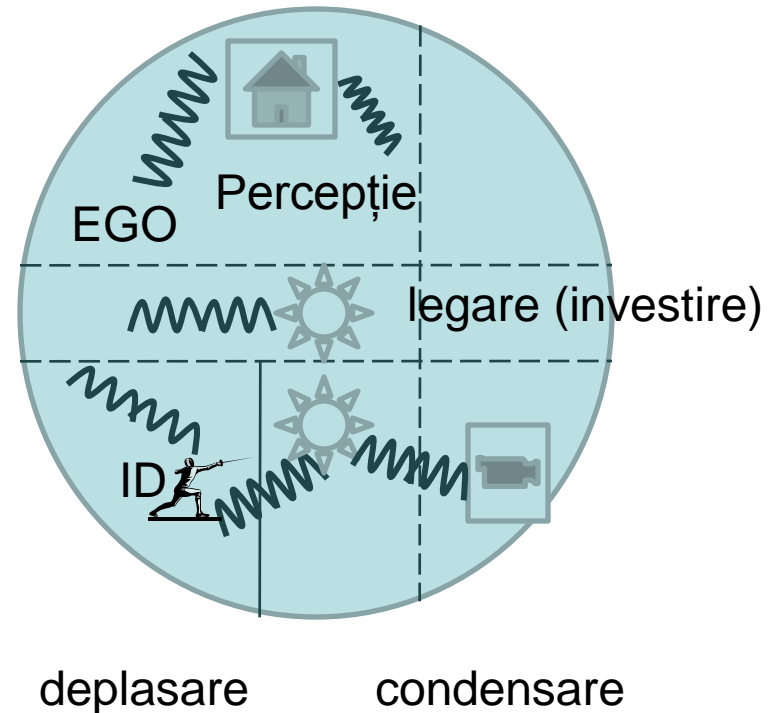
- Proces primar: energia psihică se deplasează și se condensează liber de la o reprezentare la alta
- Procesul secundar: energia este legată (investită) înainte de a se scurge controlat



# ASPECTUL ECONOMIC

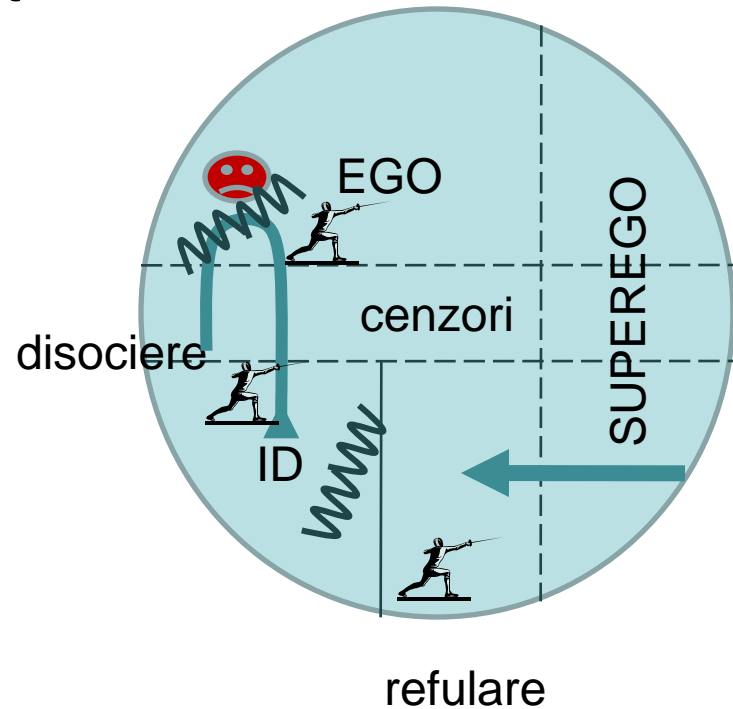
- Suprainvestirea: investirea suplimentară a unei reprezentări deja investite
- Investirea: legarea energiei psihice de o reprezentare, un obiect sau o parte a corpului
- Deplasarea: energia investită pe o reprezentare se detașează de aceasta și circulă liber (proces primar) sau restricționat de-a lungul unor căi asociative (proces secundar)
- Condensarea: o reprezentare unică exprimă mai multe lanțuri asociative al căror intersecție este

Suprainvestire: atenție



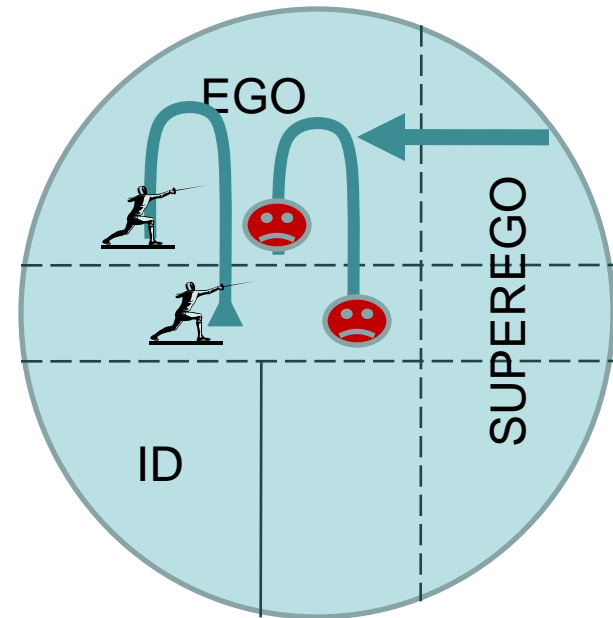
# ASPECTUL DINAMIC: REFULAREA și DISOCIEREA

- Refularea: proces inconștient prin care subiectul încearcă să respingă în incoștient sau să mențină în inconștient reprezentările pulsionilor
- Ca urmare reprezentările sunt disociate de afect
- Apare când satisfacerea pulsionii este inacceptabilă, irealizabilă sau dureroasă pentru ego venind în contradicție cu superego sau cu realitatea



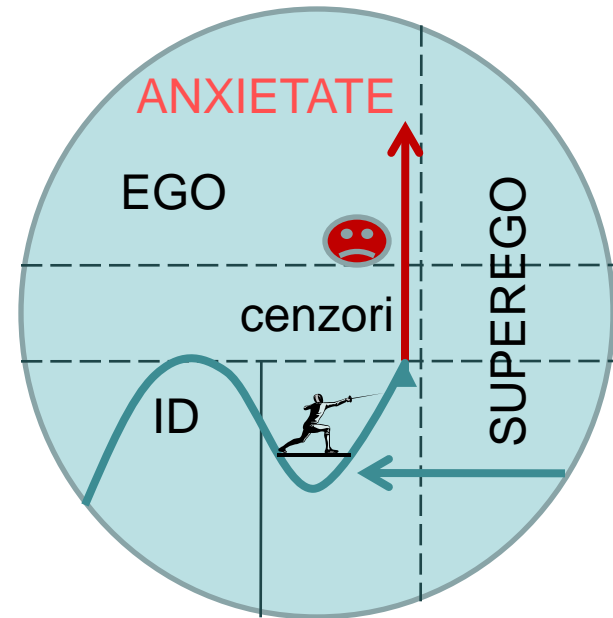
# ASPECTUL DINAMIC: REPRESIA

- Represia: proces conștient prin care subiectul încearcă să respingă sau să mențină în preconștient o reprezentare sau un afect neplăcut (gânduri sau dorințe interzise sau irealizabile) ce determină frustrări
- Apare când reprezentarea sau afectul contravin exigențelor morale



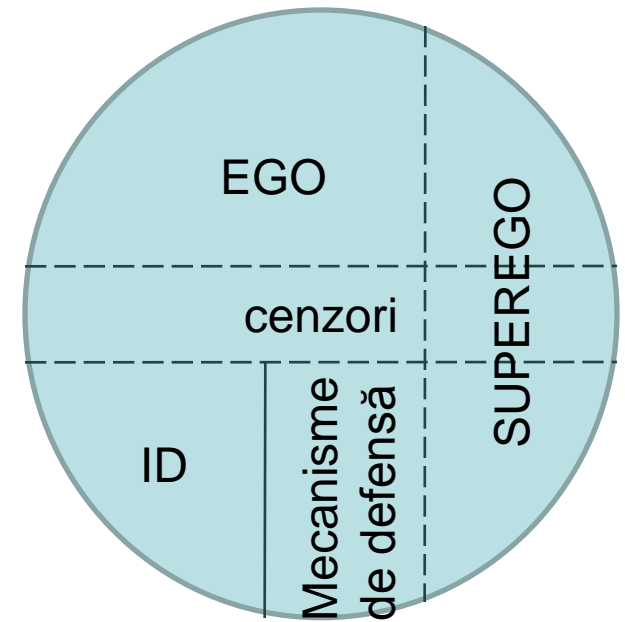
# ASPECTUL DINAMIC: CONFLICTELE

- Ego-ul trebuie să medieze între
  - exigențele id-ului: (vreau) și
  - interdicțiile superego-ului (nu este permis)
- Când există posibilitatea scăpării de sub control a pulsionilor refulate, apare ANXIETATEA de SEMNAL
- Ego-ul atenționează și intensifică defensiva chemând și alte mecanisme auxiliare



# MECANISMELE DE APĂRARE (DEFENSĂ)

- Refularea
- Formarea reactivă
- Deplasarea
- Introiecția
- Proiecția
- Anularea
- Izolarea
- Sublimarea



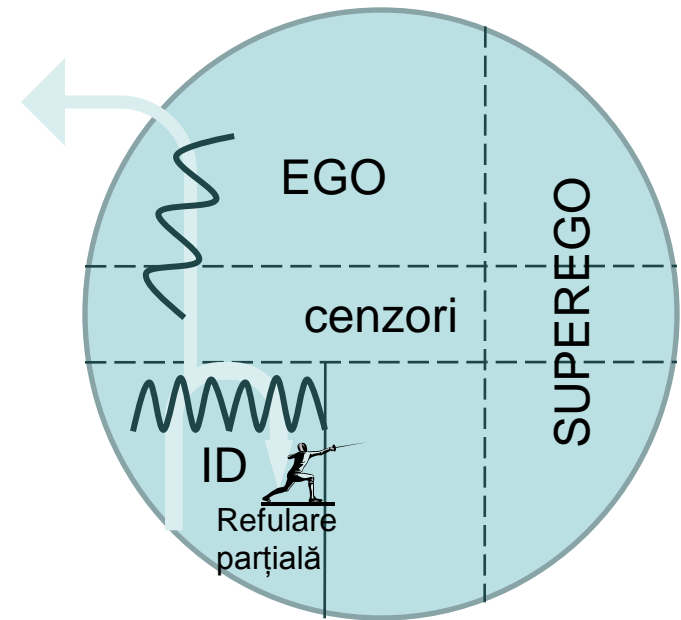
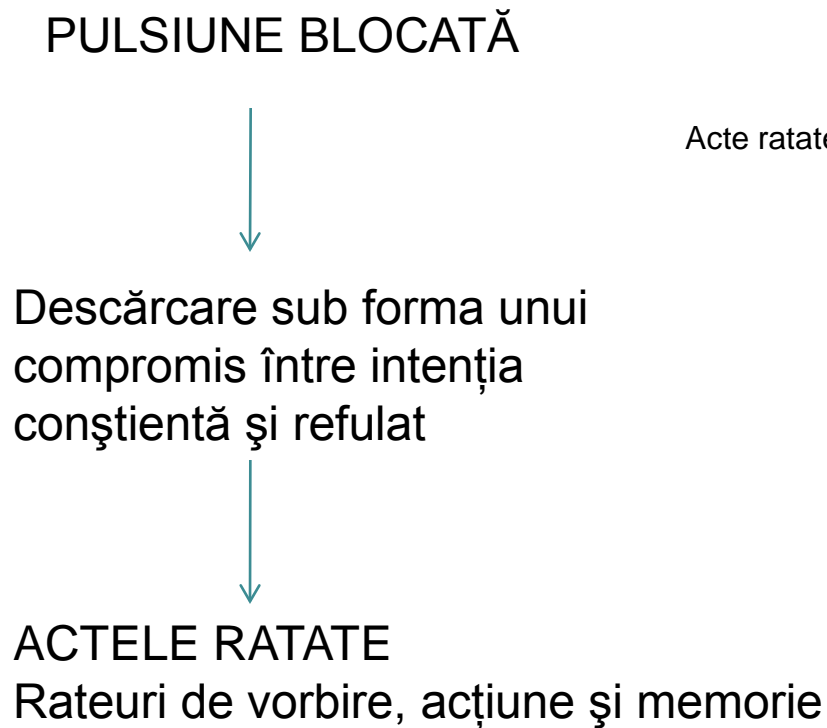
# MECANISMELE DE APĂRARE (DEFENSĂ)

- Refularea: excluderea inconștientă ideilor și pulsioniilor inacceptabile sau blocarea lor de a trece în plan conștient
- Represia: decizia conștientă de a nu da curs sentimentelor sau impulsioniilor inacceptabile
- Negarea: evitarea conștientizării unor informații senzoriale externe greu de înfruntat
- Deplasarea: mutarea sentimentelor asociate unui obiect asupra altui obiect care seamănă cu originalul
- Introiecția: internalizarea calităților unei persoane semnificative ca o modalitate de a accepta pierderea acelei persoane
- Proiecția: atribuirea propriilor sentimente inacceptabile unei alte persoane pentru a face aceste sentimente mai acceptabile

# MECANISMELE DE APĂRARE (DEFENSĂ)

- Formarea reactivă: transformarea unei dorințe sau unei pulsiiuni inacceptabile în opusul lor
- Idealizarea: atribuirea unor calități perfecte altor persoane pentru a evita sentimentele negative față de acea persoană
- Identificarea: asumarea unui comportament sau idei aparținând altei persoane pentru a putea suporta mai ușor o despărțire
- Sublimarea: transformarea scopurilor condamnabile din punct de vedere social sau inacceptabile pentru individ într-unele acceptabile
- Regresia: întoarcerea la o fază anterioară de dezvoltare pentru a evita tensiunile asociate cu nivelul prezent de dezvoltare
- Raționalizarea: justificarea inconștientă a unei atitudini sau comportament inacceptabil pentru a-l face acceptabil

# ÎNTOARCEREA REFULATULUI



# SOMNUL

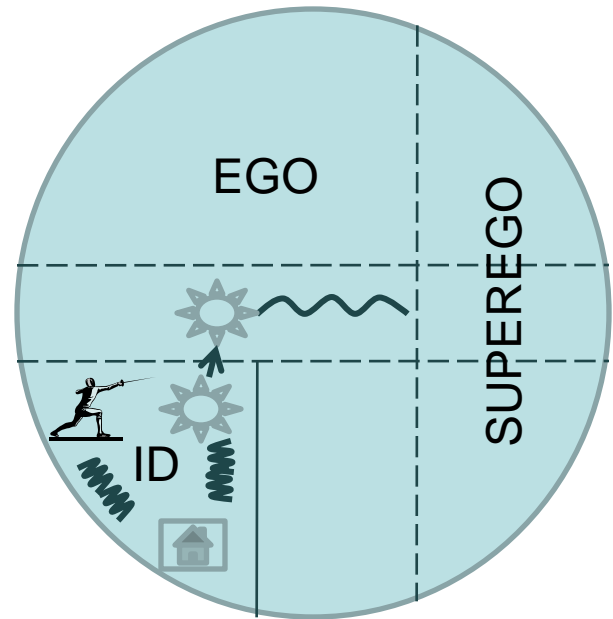
- Reprezintă o stare de slăbiciune a eului în raport cu sinele și supraeul ceea face ca eul să fie mai puțin capabil de a se apăra împotriva pulsioniilor inacceptabile
- Energia psihică se **DEPLASEAZĂ** liber de la o reprezentare inconștientă la alta fără a ține cont de logică: visul apare lipsit de sens
- **VISELE** exprimă dorințele inconștiente refulate ale individului sub o formă laconică și criptată prin
  - **CONDENSARE**: o reprezentare unică exprimă mai multe lanțuri asociative al căror intersecție este
    - **SUPRADETERMINAREA** este efectul travaliului de condensare
  - **SIMBOLIZARE**: criptarea conținutului latent pentru a-l face inofensiv

## Conținut manifest

Ceea ce-și amintește individul din vis

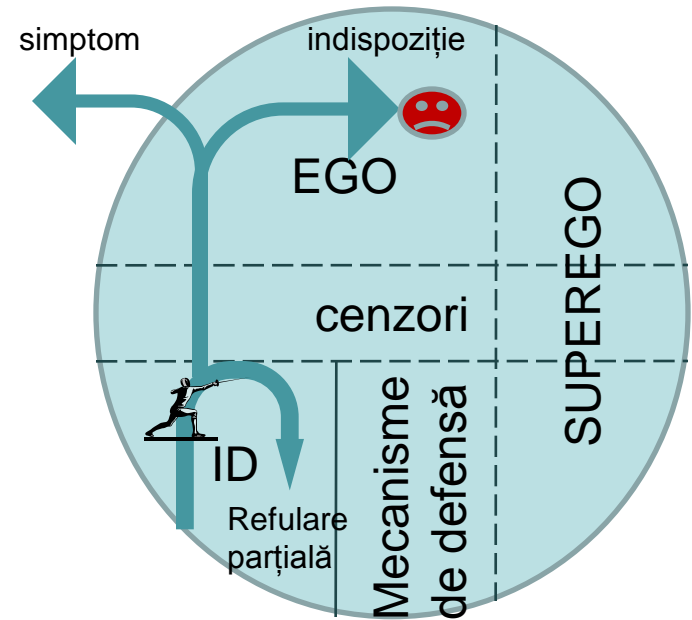
## Conținut latent

(reprezentări și dorințe refulate)



# PSIHANALIZA: ORIGINEA SIMPTOMULUI NEVROTIC

- Simptomul psiho-nevrotic este un compromis între pulsione și defensă datorită faptului că refularea este incompletă
- Conflictul intrapsihic este elaborat prin DERIVARE: pulsionea se va descărca parțial sub formă deghizată (satisfacere substitutivă) de simptom: relaxarea tensiunii: BENEFICIU PRIMAR
- Deoarece descărcarea nu e completă: INDISPOZIȚIE
- Simptomul permite individului să influențeze anturajul: BENEFICIUL SECUNDAR



# CONVERSIUA SOMATICĂ (tulburarea conversiv-disociativă)

PULSIUNEA este refulată  
AFECTUL este transformat  
(convertit) într-un simptom  
somatic



Descărcare prin simptom  
senzorial sau motor  
CONVERSIE SOMATICĂ

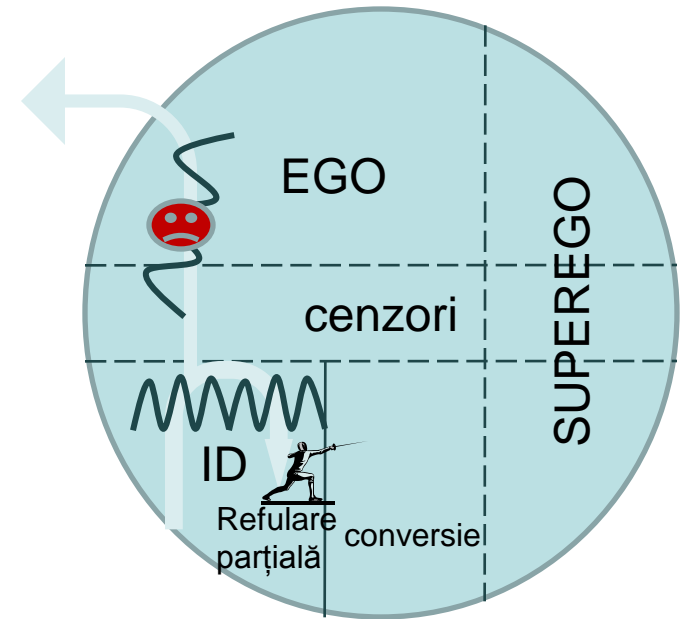


ISTERIA DE CONVERSIE

+

TOLERANȚA PARADOXALĂ  
(LA BELLE INDIFFÉRENCE)

Simptom  
senzorial sau  
motor



# FOBIILE

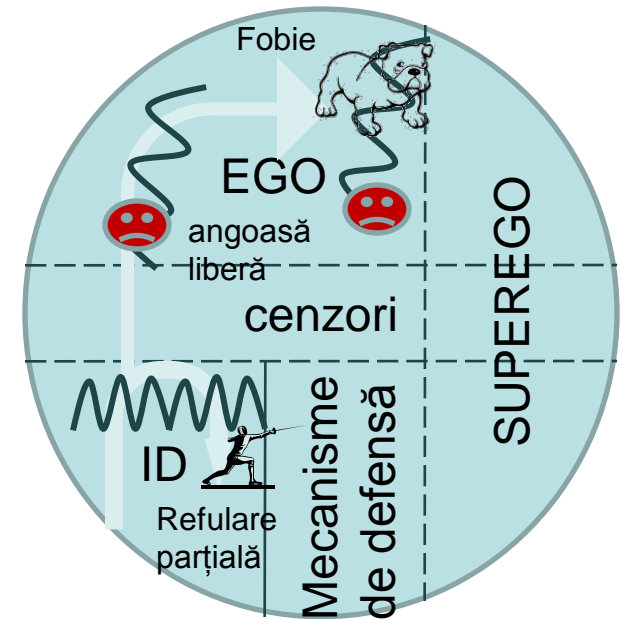
## PULSIUNE BLOCATĂ

Separată de memoria traumatică e  
deplasată pe un obiect neutru asociat care  
devine irațional

↓  
FOBIE

↓  
ISTERIA DE ANGOASĂ  
(tulburare fobică)

## Ușurare parțială a tensiunii



# OBSESIILE

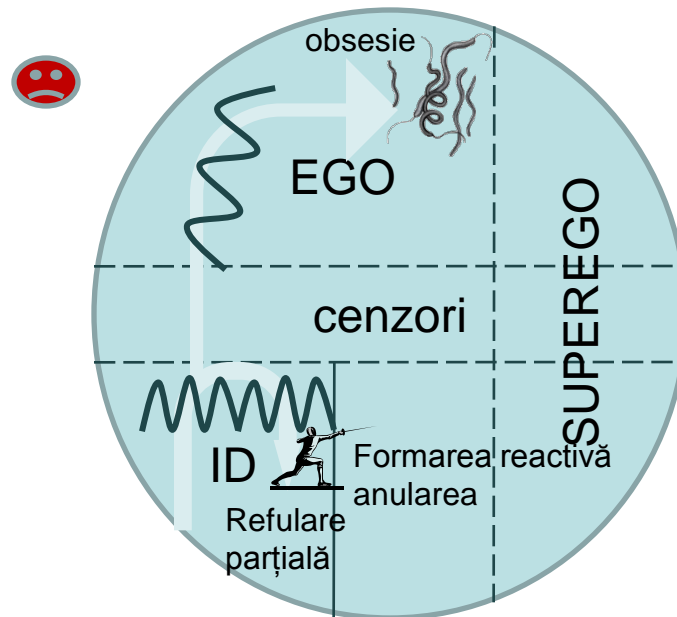
PULSIUNE BLOCATĂ

Separat de memoria traumatică e deplasat  
pe un obiect neutru asociat care devine  
irațional

↓  
OBSESIE

↓  
NEVROZA OBSESIONALĂ  
(tulburare obsesiv-compulsivă)

Ușurare parțială a tensiunii



# NEVROZA ISTERICĂ

- Tulburarea conversiv disociativă
- Tulburarea de somatizare
  
- Alte forme:
  - “spasmofilia”
  - “colita”

# TULBURAREA DISOCIATIV CONVERSIVĂ

- Simptome disociative:
  - Amezia disociativă:
    - pierderea memoriei selectiv pentru evenimente puternic încărcate emoțional (traumatice)
    - Caracter retrograd

# DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

SIMULARE  
CONȘTIENȚĂ

TULBURĂRI DE  
MEMORIE INDUSE DE  
SUBSTANȚE

PSIHOACTIVE:

- Alcool (blackouts) – în intoxicație
- Marijuana
- Anxiolitice
- Barbiturice

Amnezia  
disociativă



BOLI ORGANICE:

- Sd. Korsakov
- Delirium
- Demență
- Ictus
- Traumatisme
- AVC

BOLI PSIHICE

- PTSD
- Tulb.acută de stres
- Depresie
- Anxietate
- Tulburări de somatizare



# TULBURAREA DISOCIATIV CONVERSIVĂ

- Simptome disociative
  - Fuga disociativă:
    - Părăsirea domiciliului sau a locului de muncă, fără scop, după un eveniment stresant (frustrare, eșec), în afara zonei obișnuite de deplasare a subiectului
    - Stare crepusculară cu îngustarea câmpului de conștiință și acte automate
    - E posibilă interacțiunea socială minimală
    - Comportamentul cvasinormal
    - Amnezie globală cu sau fără asumarea unei alte identități
    - Dg. diferențial: fuga epileptică  
vagabondaj

# TULBURAREA DISOCIATIV CONVERSIVĂ

- Simptome conversive (pseudo-neurologice)
  - Mutism
  - Cecitate (vedere în tunel), diplopie
  - Disfagie (“globus hystericus”)
  - Afonie (tuse prezentă)
  - Surditate
  - Anestezie în șosetă sau mănușă cu păstrarea dermatoamelor
  - Paralizie cu reflexe păstrate
  - Paretezii
  - Tremor generalizat
  - Tulburări de echilibru
  - Crize pseudo-epileptice (cădere teatrală fără lovire, convulsii dezordonate, fără mușcarea limbii, fără emisie de materii fecale, fără pierderea cunoștinței).

# TULBURAREA DISOCIATIV - CONVERSIVĂ

- Diagnosticul este unul de excludere (mai ales a bolilor neurologice)
  - epilepsie parțială complexă cu automatisme motorii,
  - criză epileptică grand mal,
  - deficite senzoriale și motorii de cauză neurologică sau toxică

# TULBURAREA DISOCIATIV - CONVERSIVĂ

- Elemente ce facilitează diagnosticul:
  - Structură histrionică de personalitate
  - Prezența unei terțe persoane
  - Toleranța paradoxală (detașare afectivă inexplicabilă în raport cu severitatea deficitelor)
  - Sugestionabilitatea mare a subiecților permite îmbogățirea tabloului clinic prin sugestie negativă sau dispariția simptomelor prin sugestie verbală uneori armată prin injectarea unei substanțe placebo.

# TULBURAREA DE SOMATIZARE

- Simptome corporale
  - multiple
  - variate
  - imprecis localizate
  - persistente
  - recurente
  - fără fundament organic

# TULBURAREA DE SOMATIZARE

- 4 clase:
  - Simptome gastro-intestinale: greață, vomă, balonare, diaree
  - Simptome algice: cefalee, durere toracică, abdominală, de spate, la urinat, la activitatea sexuală, la menstruație, la articulații, la extremități, durere rectală
  - Simptome sexuale: pierderea apetitului sexual, disfuncție erectilă sau ejaculatorie, cicluri neregulate, hipermenoree,
  - Simptome neurologice: paralizie, pareză, anestezie, parestezie, amnezie, afonie, cecitate, surditate, disfagie

# TULBURAREA DE SOMATIZARE

- Debut sub 30 ani
- Prevalența la femei e mai mare ca la bărbați.
- Evoluție cronică oscilantă
- Complicații:
  - Abuz de medicamente
  - Operații multiple
  - Anxietate
  - Depresie
  - Hospitalism

# TULBURAREA DE SOMATIZARE

- Diagnostic diferențial:
  - Anxietate
  - Depresie
  - Tulburare hipocondriacă
  - Scleroză multiplă
  - Porfirie
  - Simulare premeditată
- Tratament:
  - Psihoterapie (psihanaliză, de inspirație psihanalitică)
  - Medicație psihotropă: anxiolitice, antidepresive, hipnotice

# TULBURAREA HIPOCONDRIACĂ

- Acuze somatice persistente, imprecis localizate, interpretate ca semne ale unei boli grave (cardio-vasculare) sau progresive (gastro-intestinale)
- Preocupare persistentă a subiectului pentru diagnosticul bolii (nenumărate analize medicale sau consulturi la diferiți doctori)
- Frică de efectele secundare medicamentoaselor
- Pacientul este nemulțumit de rezultatele negative ale testelor și se ofensă când în urma multiplelor consulturi medicale i se sugerează să se prezinte la psihiatru
- Comportament de atragere atenției asupra naturii somatice (histrionic)

# TULBURAREA HIPOCONDRIACĂ

- Debut: 30-50 ani
- Prevalență egală între femei și bărbați
- Evoluție cronic fluctuantă
- Complicații: abuz de analize și consultații medicale, anxietate
- Include: nosofobia, dismorfofobia nedelirantă
- Diagnostic diferențial:
  - Anxietate
  - Depresie
  - Tulburare de somatizare
  - Tulburare delirantă persistetă.

# NEURASTENIA

- Acuze persistente și supărătoare de fatigabilitate crescută după efort mental sau acuze persistente și supărătoare privind slăbiciunea și epuizarea corporală după efort minim
- Dureri musculare
- Amețeli
- Tulburări de somn
- Iritabilitate
- Incapacitate de relaxare
- Diagnostic diferențial:
  - Sd. de burn-out
  - Oboseala post hepatită
  - Oboseala post virală

# TULBURĂRILE ANXIOASE



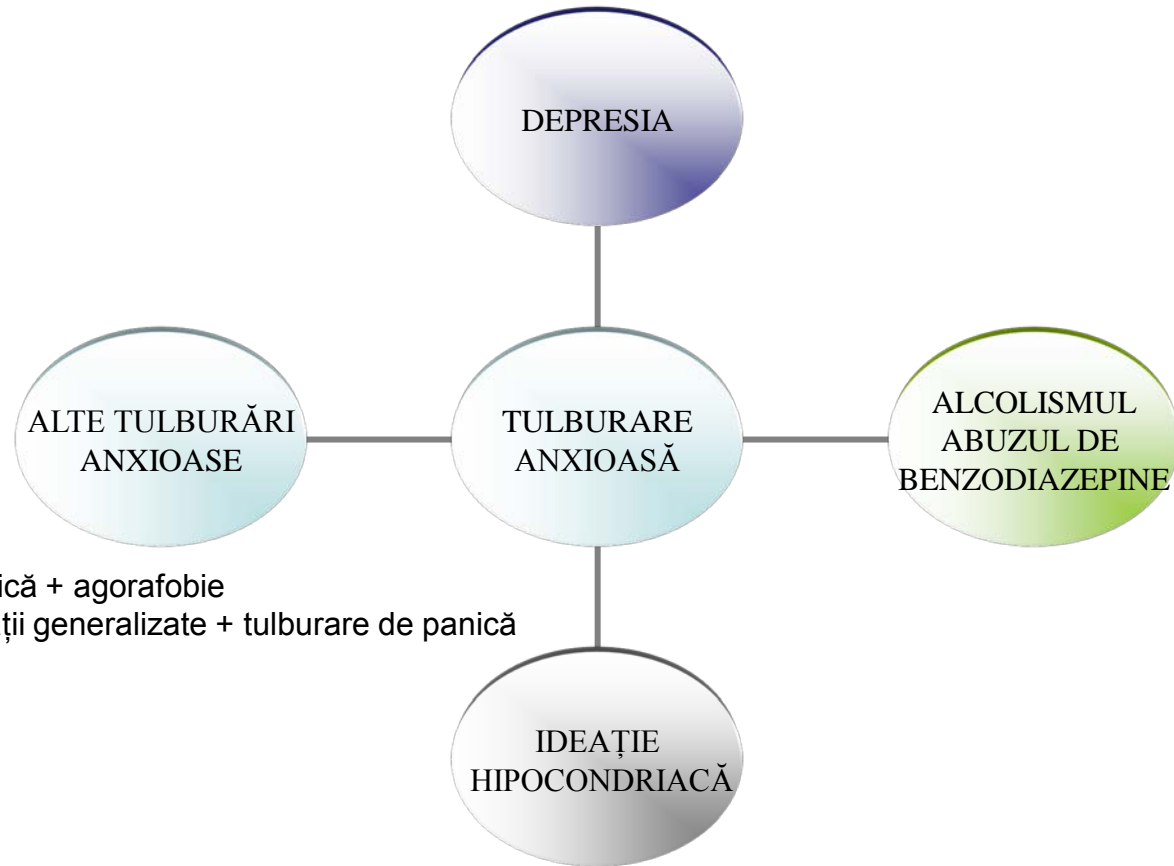
# IMPORTANȚA ANXIETĂȚII

- Anxietatea este suferința psihică prin excelență
- Este întâlnită în:
  - Afectări organice generale sau cerebrale
  - Toxicomanii: alcoolism, bad trip (cannabis)
  - Tulburări psihice:
    - Reactive: reacția acută la stres, tulburarea posttraumatică de stres, tulburări de adaptare
    - Nevrotice: tulburarea anxietății generalizate, tulburarea de panică, tulburările fobice, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea hipocondriacă
    - Psihotice: schizofrenie, tulburări afective periodice
    - Tulburări de personalitate (anxietatea structurală: t.p anxios-evitantă, dependentă, anankastă, instabil-emoțională, paranoidă)

# TULBURĂRILE ANXIOS- FOBICE

- Tulburarea anxietății generalizate
- Tulburarea de panică
- Agorafobia
- Fobia socială (anxietatea socială)
- Fobii specifice (simple)

# TULBURĂRILE ANXIOASE COMORBIDITATE



De ex:

Tulburarea de panică + agorafobie

Tulburarea anxietății generalizate + tulburare de panică

# ATACUL DE PANICĂ

**Definiție:** criză paroxistică de frică intensă, tematizată



**Sindromul atacului de panică:**

**simptome psihice:**

- frică de moarte iminentă
- derealizare sau depersonalizare
- frică de a pierde controlul,
- frica de a „înebuni”

**simptome vegetative**

- palpitații, tahicardie
- transpirații reci sau valuri de căldură
- tremurături
- uscăciunea gurii

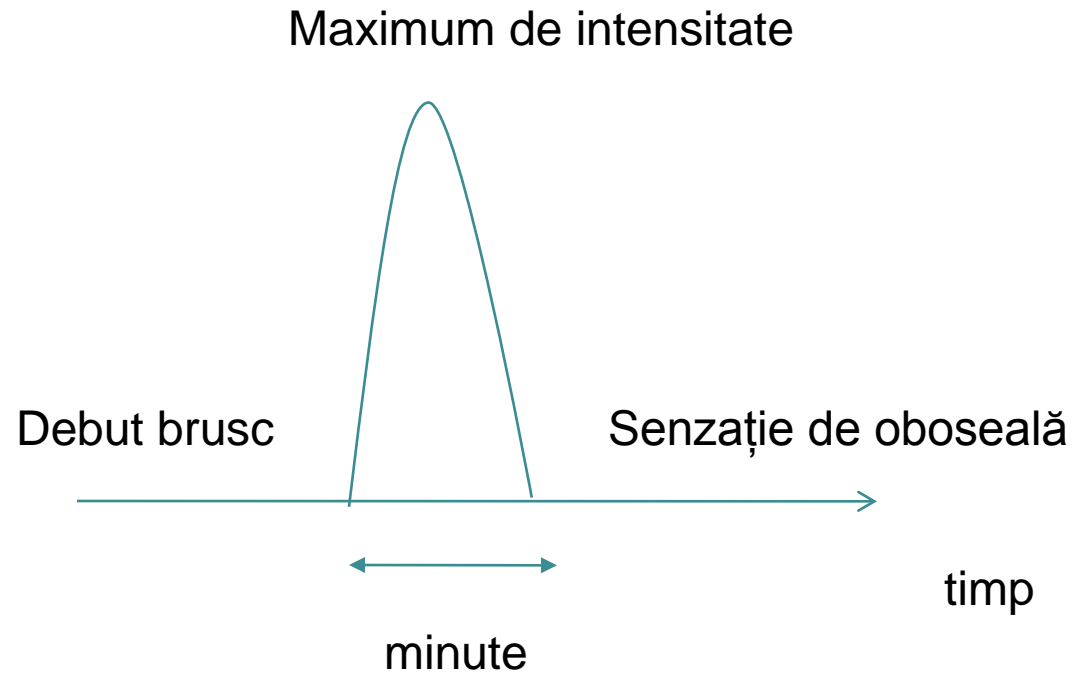
**simptome toracice și abdominale sau neurologice**

- dispnee
- durere sau disconfort toracic
- disconfort abdominal
- paretezii
- senzație de leșin, lipsă de echilibru
- paretezii

**comportament:**

- inhibiție psiho-motorie
- neliniște psiho-motorie

# ATACUL DE PANICĂ



# TULBURAREA ATACURILOR DE PANICĂ

- Diagnostic:
  - peste 4 atacuri de panică într-o lună
  - Atacurile de panică trebuie să fie imprevizibile (nedeclanșate de vreun obiect sau situație fobogenă, conflicte, substanță psiho-activă, boală organică etc.)
  - Deoarece atacurile de panică nu pot fi legate de un context anume apare frica de noi atacuri de panică (“frica de frică”)

# TULBURAREA ATACURILOR DE PANICĂ (TP)

- Debut: adultul tânăr
- Prevalență: femei>bărbați
- Evoluție: episoade recurente de atacuri de panică ce alternează cu perioade asimptomatice
- Complicații:
  - Depresie
  - Hipocondrie
  - Alcoolism secundar sau abuz de benzodiazepine

# ANXIETATEA GENERALIZATĂ



**Definiție: anxietatea este o frică fără obiect (subiectul nu poate preciza ce îi produce frica)**

**Sindromul anxietății generalizate:**

- Anxietate
- Îngrijorare în legătură cu problemele de zi cu zi
- Neliniște psihomotorie accentuată vespéral
- Așteptare tensionată (tensiune intrapsihică)
- Tensiune musculară generatoare de cefalee (frontală, fronto-temporală, occipitală, în bandă sau generalizată), crampe, lombalgii, dureri intercostale în punct fix și imposibilitatea de relaxare
- Insomnie de adormire secundară îngrijorării și imposibilității de relaxare
- Coșmaruri anxioase (cădere în gol, urmărire, examene)
- Somn superficial cu treziri frecvente
- Oboseală matinală
- Iritabilitate
- Hipoprosexie de concentrare a atenției
- Hipomnezie de fixare
- Tresăriri la zgomote, sonerie, telefon
- Tulburări vegetative: scaune moi și micțiuni frecvente, tenesme, transpirație
- Privire încruntată, investigatorie

# TULBURAREA ANXIETĂȚII GENERALIZATE (TAG)

- Debut: adultul tânăr
- Prevalență: femei > bărbați
- Durata unui episod: 6 luni de zile
- Evoluție: de lungă durată: episoade anxioase alternând cu perioade asimptomatice
- Complicații:
  - Depresie
  - Alcoolism secundar sau abuz de benzodiazepine
  - Atacuri de panică survenite pe fondul anxietății generalizate

# AGORAFOBIA

Definiție: frica de a se afla într-o situație în care scăparea este dificilă în condițiile apariției unui atac de panică

Tablou clinic: sindromul fobic

1. Situația fobogenă
2. Atac de panică în situația fobogenă
3. Conduită de evitare a situației fobogenei sau de securizare (persoană sau obiect securizant)
4. Anxietate anticipatorie în cazul în care situația fobogenă nu poate fi evitată

# AGORAFOBIA

## Situații fobogene:

- Spații largi aglomerate: piețe, restaurante, săli de cinematograf, stadioane
- Mijloace de transport în comun, poduri, tuneluri
- Spații deschise

“Agora” = piață (lb. greacă)

# AGORAFOBIA

- Debut: adultul tânăr
- Prevalență: femei>bărbați
- Evoluție: unele cazuri sunt precedate de tulburare de panică, agorafobia fiind o complicație
- Complicații:
  - pierderea locului de muncă
  - izolarea la domiciliu
  - depresie
  - alcoolism sau abuz de anxiolitice

# FOBIA SOCIALĂ

Definiție: frica exagerată și irațională de a vorbi în public

Tablou clinic: sindromul fobic

1. Situația fobogenă
2. Atac de panică în situația fobogenă
3. Conduită de evitare a situației fobogenei sau de securizare (persoană sau obiect securizant)
4. Anxietate anticipatorie în cazul în care situația fobogenă nu poate fi evitată

# FOBIA SOCIALĂ

- Situațiile fobogene în care subiectul riscă de a se comporta într-un mod stânjenitor sau de a afișa anxietatea (roșirea feței, tremor, bâlbâială, vomă, urgență micțională, defecare imperioasă):
  - de a fi în centrul atenției:
    - vorbitul în public
    - luarea mesei în public
  - de a veni în contact cu persoane străine
- Debut: în copilărie sau adolescență
- Evoluție: cronică
- Complicații:
  - Depresie
  - Alcoolism secundar

# FOBIILE SPECIALE

Fobia: frică patologică cu obiect (disproporționată ca intensitate față de gradul de periculozitate al obiectului fobogen și percepută ca irațională de către subiect, care însă nu poate controla frica) Fobia specifică se caracterizează din punct de vedere clinic prin:

Tabloul clinic: sindromul fobic

1. Existența situației fobogene sau obiectului fobogen
2. Atac de panică la confruntarea cu obiectul fobogen
3. Conduită de evitare a situației fobogenei sau de securizare (persoană sau obiect securizant)
4. Anxietate anticipatorie în cazul în care situația fobogenă sau obiectul fobogen nu pot fi evitate

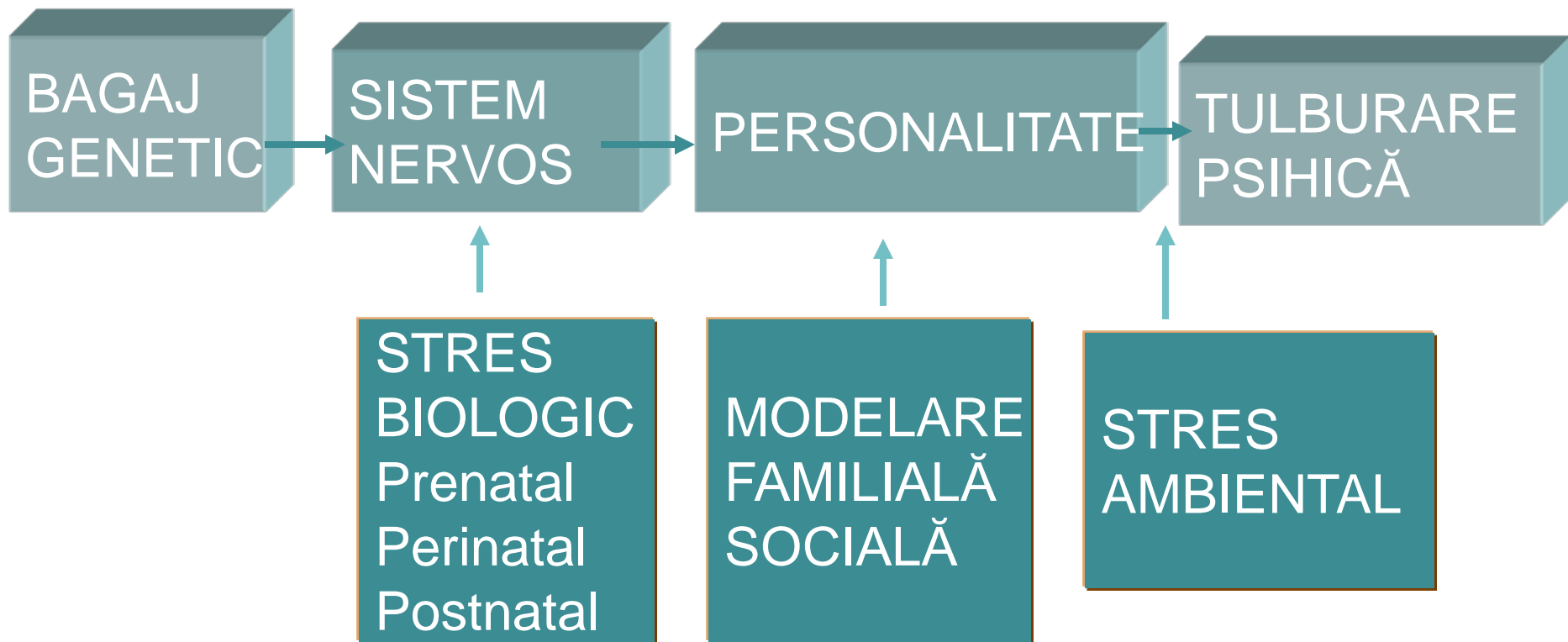
Obiecte fobogene:

- animale: insecte, câini, șerpi
- elemente naturale: furtună, apă, înălțime
- situații speciale: ascensoare, tuneluri, înălțime, spații înguste
- sânge- injecții- rănire caracterizat prin răspuns vaso-vagal intens

# PREVALENȚA TULBURĂRILOR ANXIOASE

Tulburarea anxioasă	Prevalența (%) pe viață	Raport femei-bărbați
Tulburarea de panică	2-4	peste 2:1
Tulburarea anxietății generalizate	5-7	2:1
Fobia socială	13-16	peste 1:1
Fobiile specifice	10	2:1
Agorafobia	6	2:1

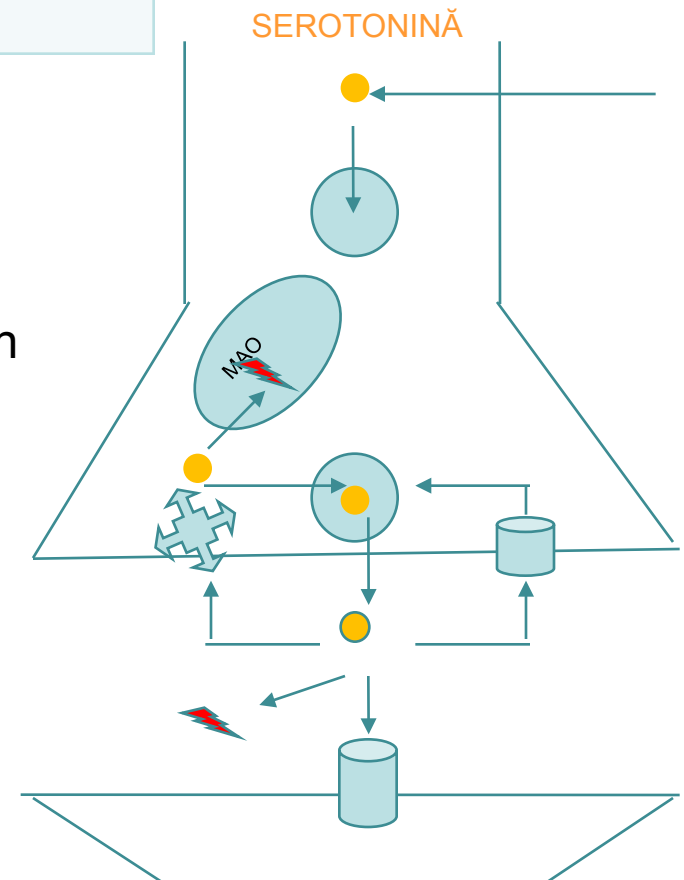
# ASPECTE ETIO-PATOGENICE



# FACTORII GENETICI

TULBURARE ANXIOASĂ	Concordanța la monoziгоți %	Concordanța la dizigoți %
TULBURAREA ATACURILOR DE PANICĂ	24	11

În TULBURAREA ANXIETĂȚII GENERALIZATE, în unele familii există un polimorfism al genei pentru pompa de recaptare a serotoninei.



# FACTORII DEVELOPMENTALI

În primul an de viață, mama anxioasă și nesigură poate transmite nonverbal anxietate și nesiguranță copilului.



# FACTORII DEVELOPMENTALI: TEORIA ATAȘAMENTULUI



John Bowlby (1907-1990)

Între 8 luni și 3 ani RELAȚIA DE  
ATAȘAMENT cu imaginea maternă  
se poate realiza

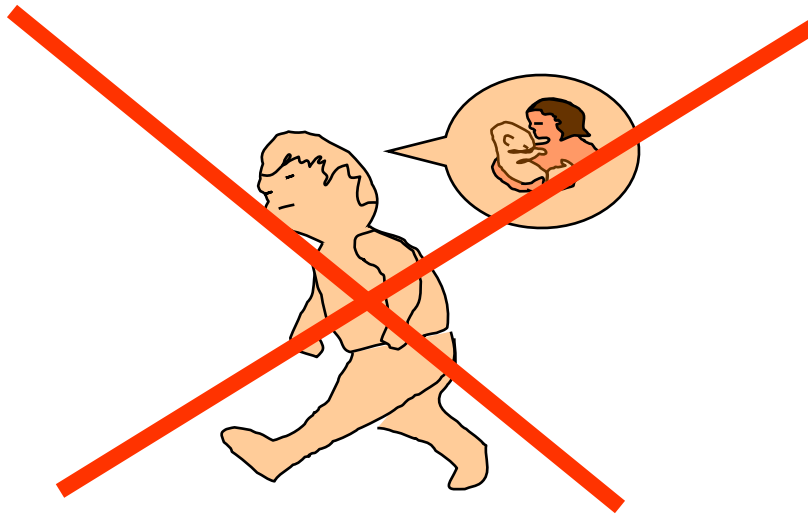
-securizant

-nesigur

# ATAȘAMENTUL, EXPLORAREA LUMII ȘI ANXIETATEA DE SEPARAȚIE

În această perioadă apare ANXIETATEA DE SEPARAȚIE DE MAMĂ și ANXIETATEA la contactul cu persoane noi.

Un atașament nesigur poate inhiba comportamentul de investigare și explorare al copilului



# MODELELE EDUCAȚIONALE PARENTALE

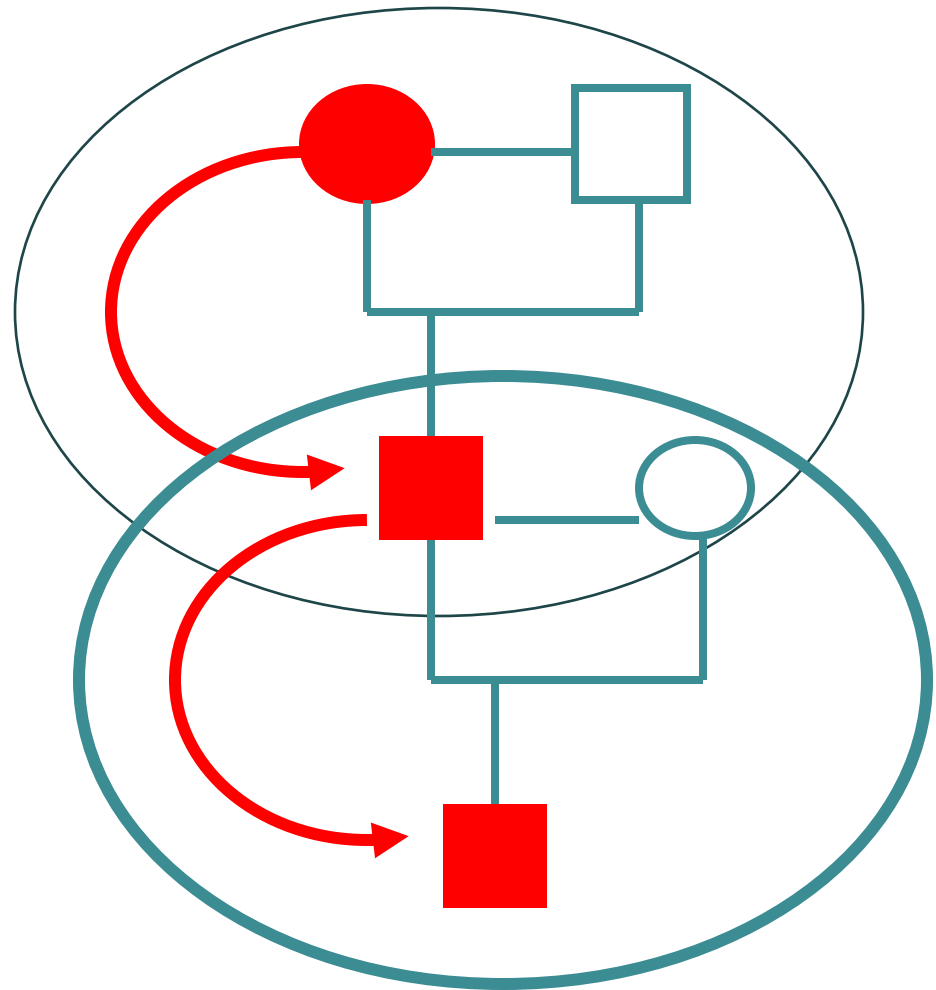
Modelele educaționale parentale exercitate de-a lungul copilăriei pot favoriza structurarea unei persoane nesigure de sine, care evită situațiile noi și preluarea de responsabilități proprii

- HIPERPROTECȚIA COPILULUI

# COMUNICAREA INTRAFAMILIALĂ ȘI TRANSMITEREA TRANSGENERAȚIONALĂ A ANXIETĂȚII

Relațiile foarte strânse între membrii unei familii creează un sentiment de dependență foarte mare în relațiile dintre aceștia. Acest lucru generează anxietate la membrii familiei.

Adulții proveniți din aceste familii vor transmite propriul lor model familial și de asemenea și anxietatea mai departe la proprii lor copii



# TULBURĂRILE DE PERSONALITATE VULNERABILE

Tipurile cele mai frecvent întâlnite în tulburările anxios-fobice:

ANXIOS-EVITANTĂ

DEPENDENTĂ

ANANKASTĂ

# EVENIMENTELE DE VIAȚĂ

Frica se învață în mare măsură prin experiențe de viață și prin coerciție.

Situații generatoare de frică:

- Anxietatea de a pierde unul din părinți prin amenințarea cu divorțul
- Certuri între părinți cu folosirea violenței verbale și fizice
- Violență verbală și fizică asupra copilului

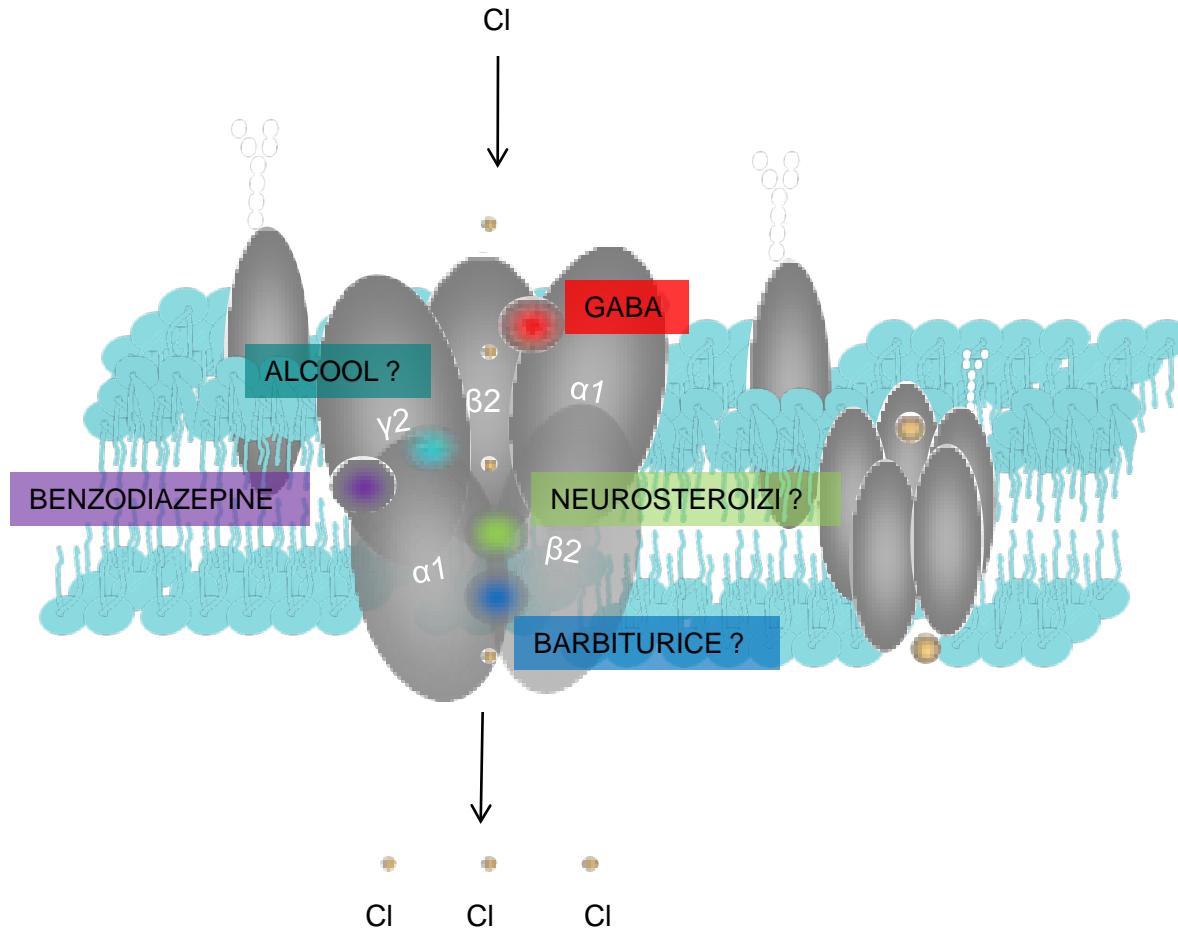
# SISTEMELE DE NEUROTRANSMISIE CEREBRALĂ PERTURBATE ÎN ANXIETATE:

SISTEMUL GABAERGIC

SISTEMUL NORADRENERGIC

SISTEMUL SEROTONINERGIC

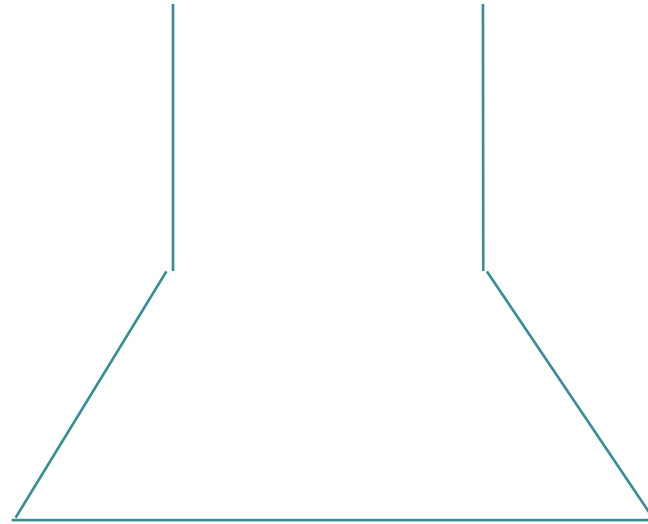
# RECEPTORUL GABA A



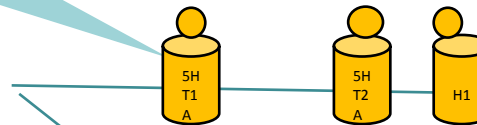
Intrarea sarcinilor negative de clor determină  
HIPERPOLARIZAREA CELULEI (HIPOEXCITABILITATE)

L. Delu

# SEROTONINA, ANXIETATEA ȘI SOMNUL



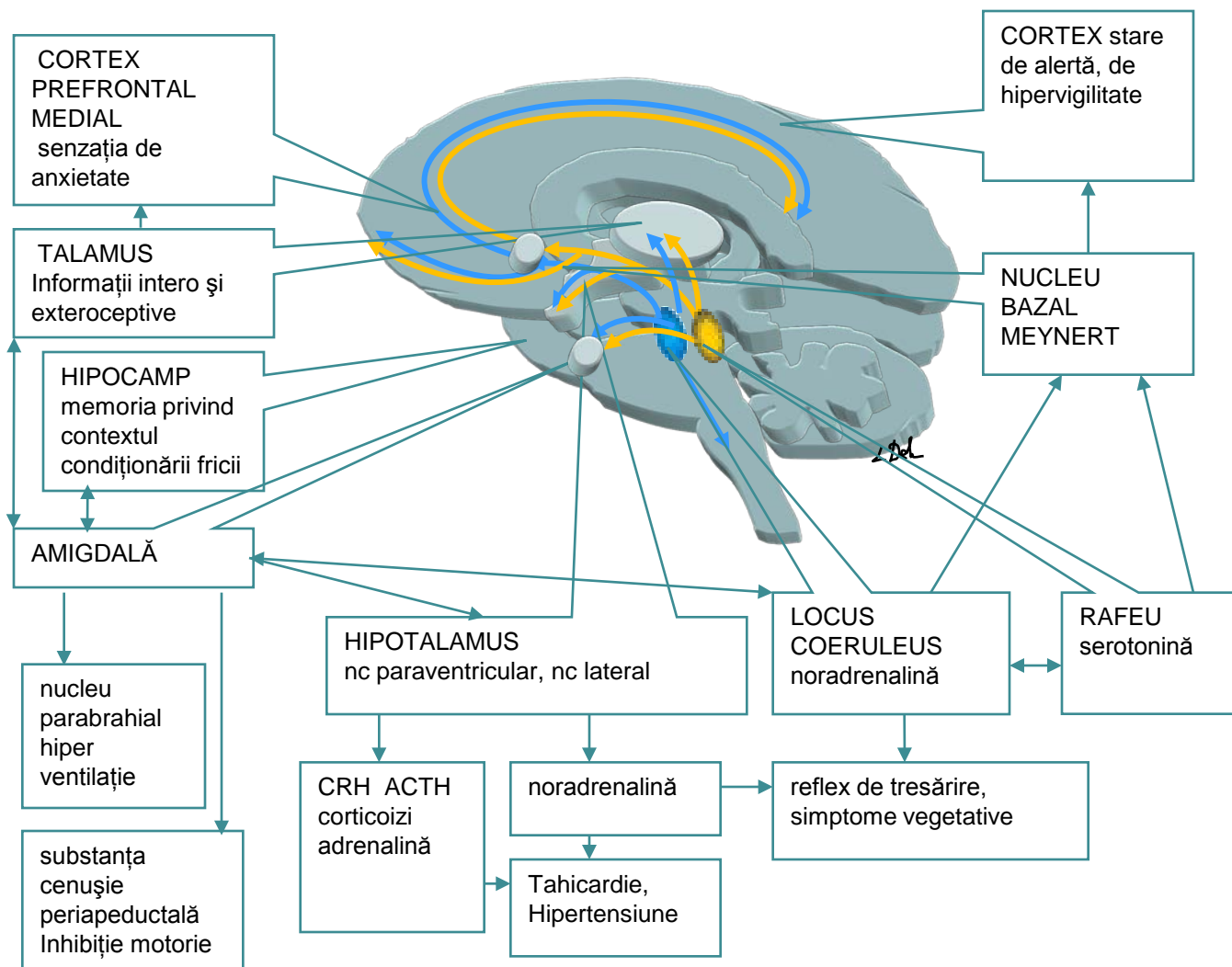
STIMULAREA RECEPTORILOR 5HT1A  
PRODUCE  
-EFECT ANTIDEPRESIV  
--EFECT ANXIOLITIC  
(BUSPIRONA)



BLOCAREA RECEPTORILOR H1  
PRODUCE SEDARE ȘI CREȘTERE ÎN  
GREUTATE  
(ANTIPSIHOTICE, ANTIDEPRESIVE,  
HIDROXIZIN)

BLOCAREA RECEPTORILOR 5HT2A PRODUCE:  
-ANXIOLIZĂ  
-AMELIORAREA SOMNULUI  
(TRAZODON, NEFAZODON, ANTIPSIHOTICE  
ATIPICE)

# SISTEMUL LIMBIC ȘI ANXIETATEA



L Del

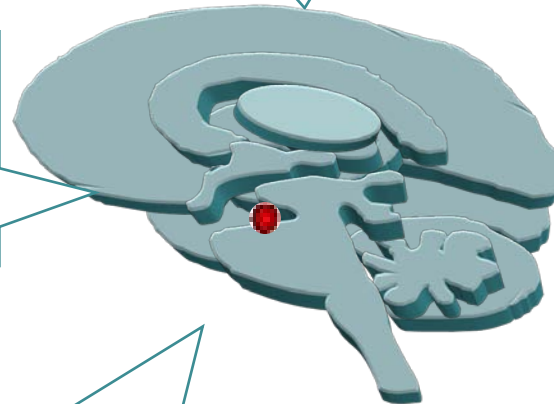
# STRUCTURI CEREBRALE IMPLICATE ÎN TULBURĂRILE ANXIOASE

**TULBURAREA ATACURILOR DE PANICĂ**  
Amigdală hiperactivă  
Regiunea parahipocampică dreaptă hiperactivă

**TULBURAREA DE STRESS POSTTRAMATIC**

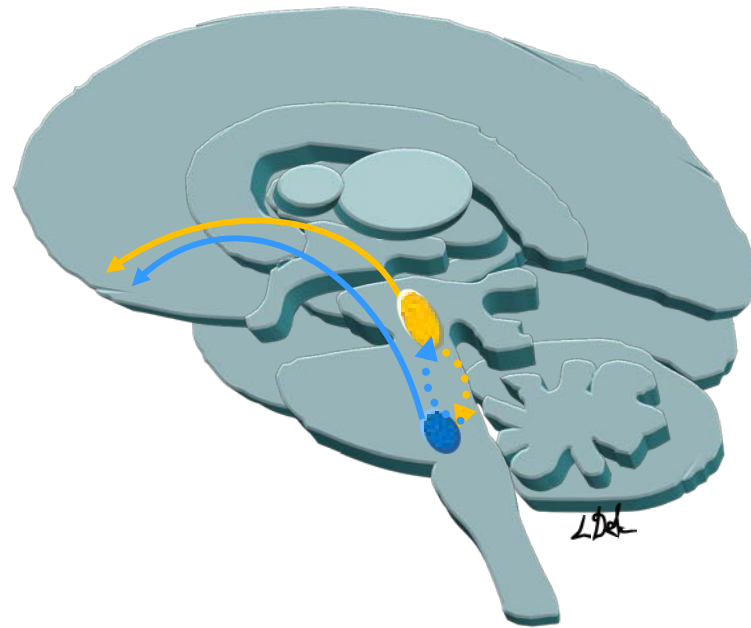
Amigdală hiperactivă  
Arii corticale frontale hipoactive  
Hipocamp redus ca volum

**TULBURAREA ANXIETĂȚII GENERALIZATE**  
Amigdală hiperactivă  
Cortex prefrontal hiperactiv



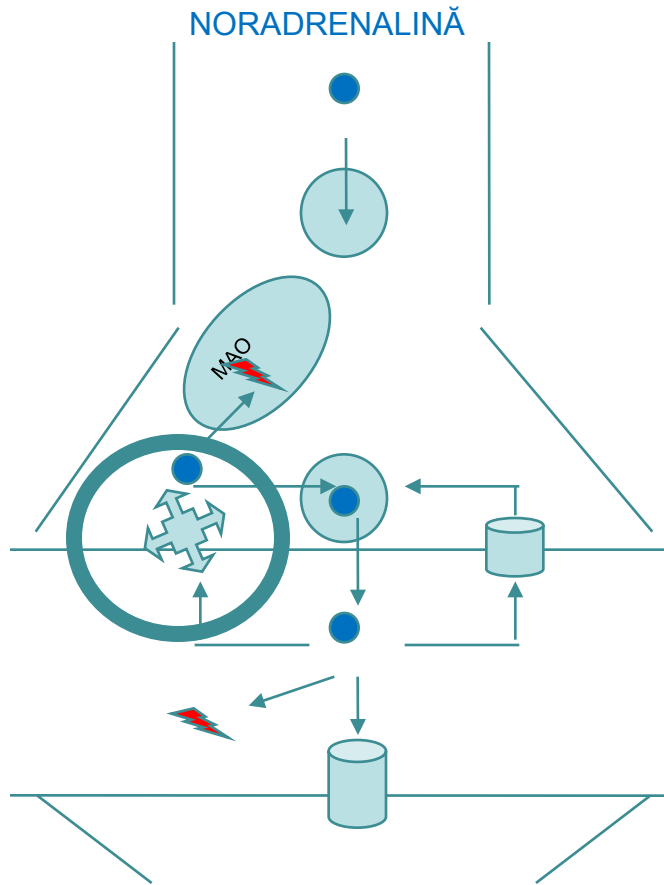
**FOBIE SOCIALĂ**  
Hiperactivitate la nivelul amigdalei  
Hiperactivitate a cortexului cingulat anterior (monitorizarea comportamentului)  
Hipoactivitate a ganglionilor bazali

# CĂILE SEROTONINERGICE ȘI NORADRENERGICE NEUROMODULARE RECIPROCĂ



SEROTONINA inhibă tonic  
NORADRENALINA

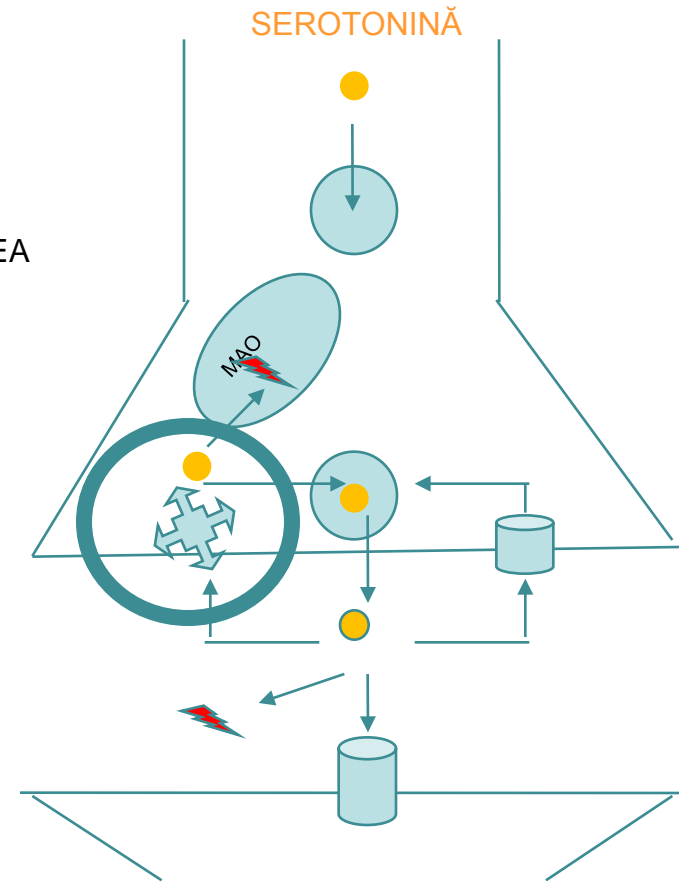
# ANTIDEPRESIVELE- REFAÇ NIVELUL DE SEROTONINĂ DIN FANTA SINAPTICĂ



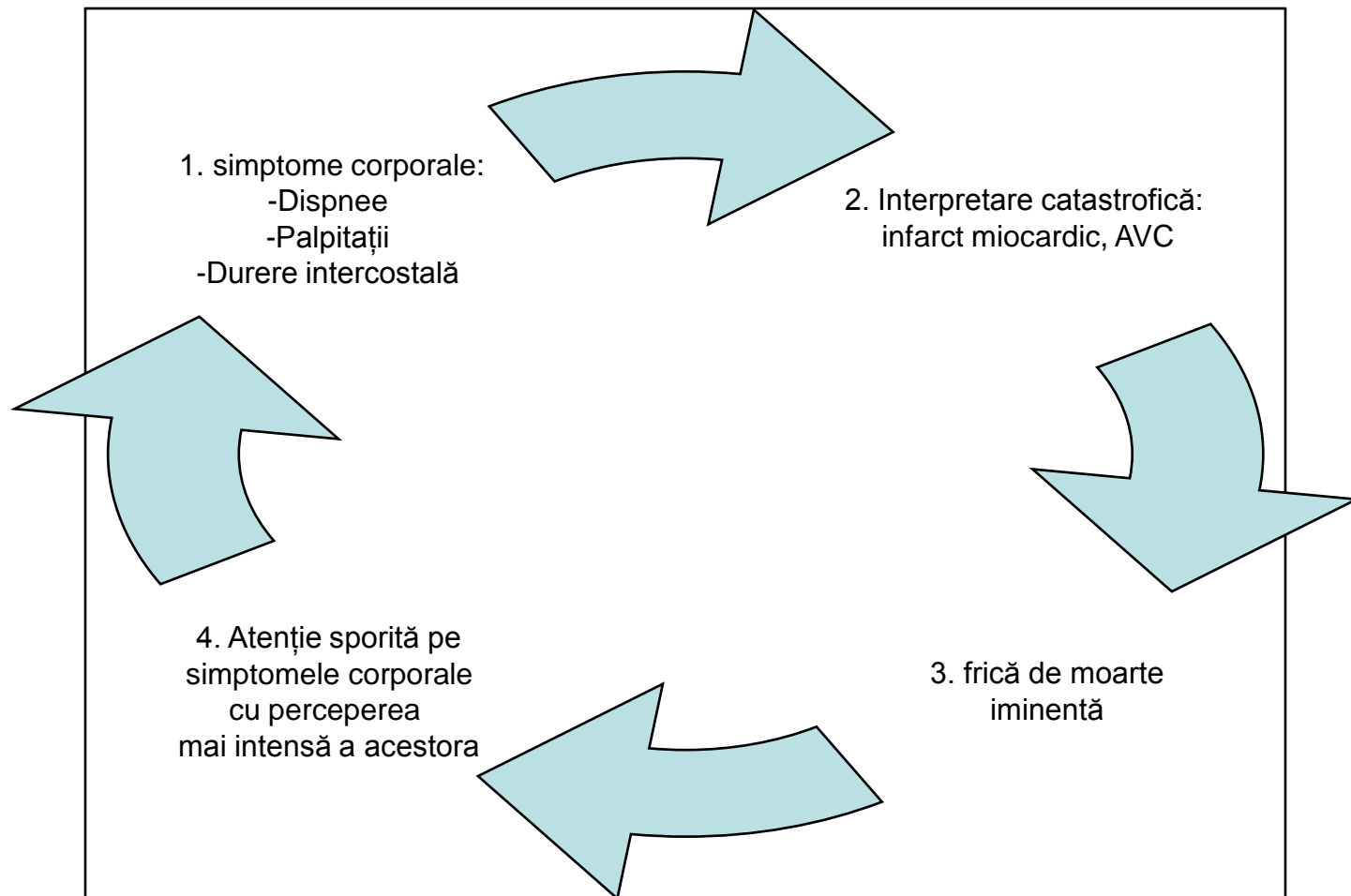
ANTIDEPRESIVELE  
BLOCHEAZĂ

NESELECTIV RECAPTAREA  
SEROTONINEI ȘI  
NORADRENALINEI  
ADT,  
VENLAFAXINĂ,  
MILNACIPRAN,  
DULOXETINĂ

SELECTIV RECAPTAREA  
SEROTONINEI  
SSRI:  
escitalopram,  
sertralină,  
fluvoxamină,  
fluoxetină,  
paroxetină



# CERCUL VICIOS ÎN ATACUL DE PANICĂ (GÂNDIREA CATASTROFICĂ)



# TRATAMENTUL PSIHOTERAPEUTIC ÎN ATACUL DE PANICĂ

- restructurare cognitivă: identificarea gândurilor automate catastrofice și antrenarea pacientului de a-și comuta atenția de la simptomele atacului de panică și de la supraevaluarea acestora
- tehnici comportamentale: modificarea funcționării propriului corp prin tehnici de respirație

# TRATAMENTUL PSIHOTERAPEUTIC ÎN TAG

- Programe de relaxare (psihică și musculară) de tip
  - training autogen (antrenament autogen) bazate pe autosugestie și concentrarea pe senzația de relaxare musculară, greutate și căldură - tehnica Schultz
  - relaxare progresivă (contractie-relaxare) - tehnica Jacobson
- Meloterapie

# TRATAMENTUL PSIHOTERAPEUTIC ÎN TULBURĂRILE FOBICE

-Desensibilizare sistematică (expunere progresivă la obiectul sau situația fobogenă) - tehnica Wolpe

1. Ierarhizarea fobiilor
2. Antrenamentul relaxării sau relaxare indusă medicamentos
3. Desensibilizarea propriu-zisă începând cu situația cea mai puțin anxiogenă

-Expunere directă imaginativă sau în realitate în situația cea mai anxiogenă (implozia, imersie)

-Modelare Bandura: urmărirea unei alte persoane (modelul) care se expune situației fobogene de care suferă pacientul în realitatea sau într-un film

**! Decondiționarea fricii nu este definitivă**



J. Wolpe



A. Bandura

# TRATAMENTUL PSIHOTERAPEUTIC ÎN FOBIA SOCIALĂ

- Tehnici cognitiv-comportamentale menționate anterior
- Tehnici de asertivitate (de afirmare de sine):  
instruire, modelare, joc de rol, feed-back
- Tehnici de antrenament al aptitudinilor sociale:  
instruire, modelare, joc de rol, feed-back

# TRATAMENTUL MEDICAMENTOS

ANTIDEPRESIVE

ANXIOLITICE

HIPNOTICE

# REGULILE TRATAMENTULUI CU ANTIDEPRESIVE

1. Tratamentul se inițiază cu doze mici pentru a preveni accentuarea simptomatologiei anxioase, precum și alte efecte secundare
2. SSRI sunt medicamente cu mai puține efecte secundare decât triciclicele care însă sunt mai potente.
3. Există o perioadă de latență de 2 săptămâni până să apară efectul terapeutic
4. Efectul terapeutic se apreciază după 4-6 săptămâni
5. Tratamentul se menține câteva luni după care se scad progresiv dozele

# TULBURAREA ATACURILOR DE PANICĂ

Prevenirea atacurilor de panică se face cu :

1. Antidepresive ce blochează în special recaptarea serotoninei:
  1. Antidepresive triciclice:
    - Clomipramină (Anafranil),
    - Imipramină (Antideprin)
  2. Inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei (SSRI):
    - Fluoxetină (Prozac)
    - Sertralină (Zoloft)
    - Paroxetină (Seroxat)
    - Fluvoxamină (Fevarin)
    - Escitalopram (Cipralex)
2. Benzodiazepine potente
  - Alprazolam (Xanax) cu timp de înjumătățire mai scurt
  - Clonazepam (Rivotril) cu timp de înjumătățire mai lung

# TULBURAREA ATACURILOR DE PANICĂ

- Deoarece antidepresivele dinamizante (SSRI, imipramină, clomipramină) pot provoca o accentuare inițială a anxietății, tratamentul se va începe cu doze mici care se vor crește treptat.
- Tratamentul va fi inițiat cu administrarea anxioliticelor potente în combinație cu antidepresivele serotonergice pentru a combate anxietatea inițială indusă de antidepresivele serotonergice
- Deoarece benzodiazepinele dau dependență biologică în cazul unui tratament de lungă durată în doze terapeutice, tratamentul de întreținere se va face cu antidepresive.

# CLASIFICAREA MEDICAMENTELOR SEDATIVE ȘI HIPNOTICE

anxiolitice		hipnotice	
Benzodiazepine	Non benzodiazepine	Benzodiazepine	Nonbenzodiazepine
Alprazolam	Meprobumat	Triazolam	Cloralhidrat
Lorazepam	Hidroxizin	Temazepam	Glutetimid
Bromazepam	Buspironă	Nitrazepam	Fenobarbital
Oxazepam		Flunitrazepam	Ciclobarbitol
Diazepam		Loprazolam	Zolpidem
Clordiazepoxid		Lormetazepam	Zopiclone
Clorazepat			
Clobazam			
Clotiazepam			
Medazepam			

# CLASIFICAREA BZD ÎN FUNCȚIE DE TIMPUL DE ÎNJUMĂTĂȚIRE

<b>T1/2 &lt; 5h</b>	<b>5h&lt;T1/2 &lt; 24h</b>	<b>T1/2&gt; 24h</b>
Midazolam	Alprazolam	Clordiazepoxid
Triazolam	Lorazepam	Clorazepat
Clotiazepam	Oxazepam	Clonazepam
	Temazepam	Diazepam
		Medazepam

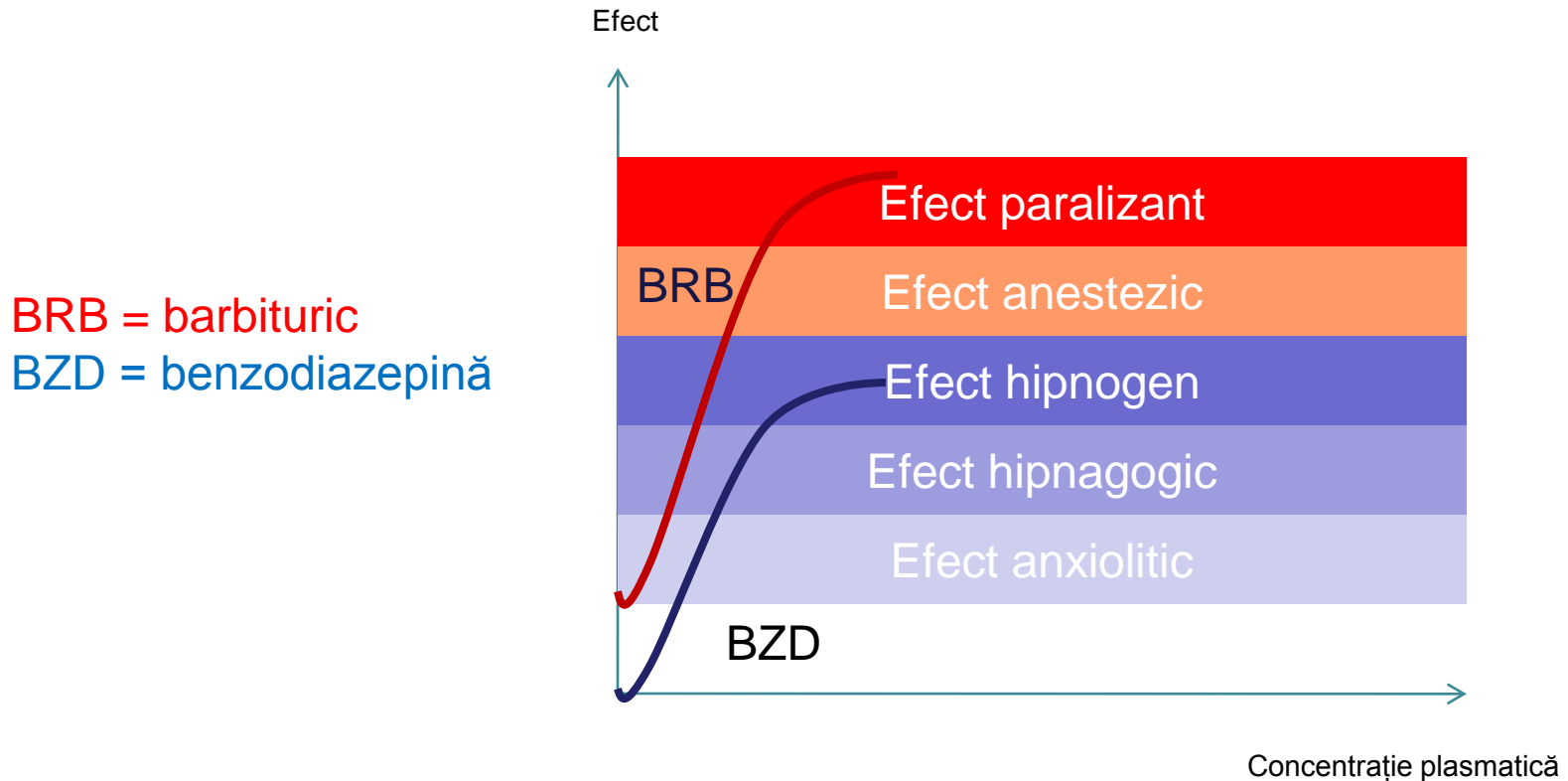
# CLASIFICAREA BZD ÎN FUNCȚIE DE POTENȚĂ

	<b>BZD cu potență mare</b>	<b>BZD cu potență mică</b>
Doze	1-4 mg	10-30 mg
Exemple	Alprazolam Lorazepam Clonazepam	Diazepam Clordiazepoxid Medazepam
Prize zilnice	2-4	1-2
Acumulare	Nu	Da
Anxietate între prize	Frecvent	Rar
Risc de dependență	Crescut	Redus
Apariția rc de sevraj	1-3 zile	4-7 zile
Severitatea rc de sevraj	Mare	Mică /Moderată
Metaboliți activi	nu sau puțini	Mulți
Amnezie	Frecvent	Rar
Efect paradoxal	Frecvent	Rar

# REGULILE TRATAMENTULUI CU BENZODIAZEPINE

1. Tratamentul trebuie să fie de scurtă durată la dozele terapeutice pentru nu a crea dependență
2. Doza mai mare se dă seara pentru a nu produce sedare în timpul zilei
3. Dozele se scad treptat pentru a se evita apariția reacției de sevraj (mai frecventă și mai importantă la benzodiazepinele cu timp de înjumătățire mic și potență mare)
4. Se evită asocierea cu alcoolul datorită riscului de cumulare a efectelor deprimante SNC
5. Se evită folosirea lor în caz de:
  - șofat la conducătorii auto (datorită efectului miorelaxant cu scăderea reflexelor)
  - glaucom cu unghi închis (risc de criză acută de glaucom)
  - miastenia gravis (datorită efectului miorelaxant)
  - afecțiuni respiratorii importante (risc de depresie a centrilor respiratori)

# EFECTELE DEPENDENTE DE DOZĂ ALE BENZODIAZEPINELOR ȘI BARBITURICELOR

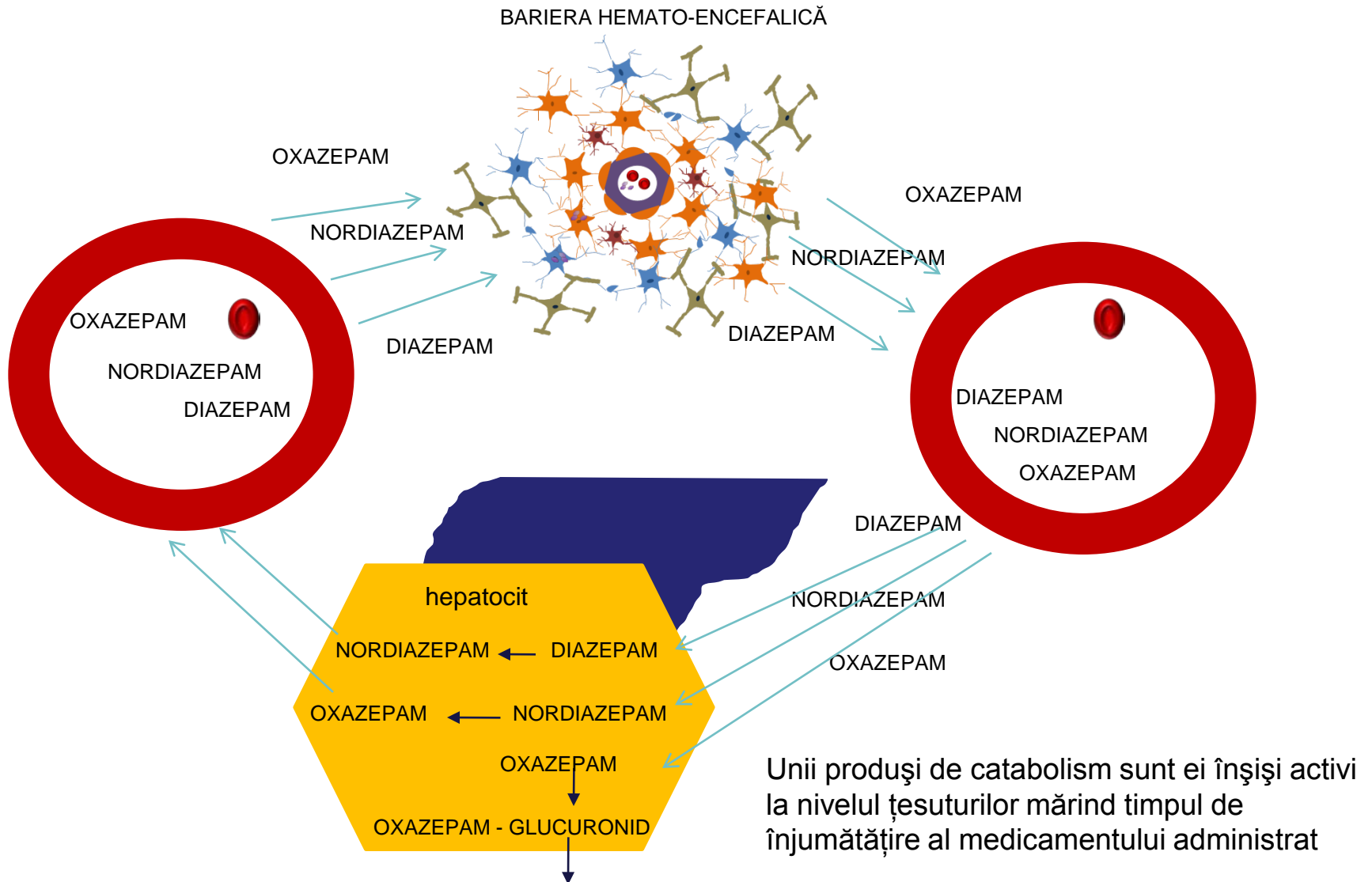


După Lullmann H, Mohr K, Ziegler A, Bieger D, "Color Atlas of Pharmacology", Thieme, 2000

# SEVRAJUL LA BENZODIAZEPINE

- Insomnie
- Anxietate
- Hiperestezie, dureri
- Halucinații
- Tahicardie, HTA
- Tremor
- Transpirații, Vărsături
- Convulsii
- Confuzie

# PRODUȘII ACTIVI DE CATABOLISM



# MEDICAMENTE FĂRĂ METABOLIZARE HEPATICĂ

- ANTIDEPRESIVE:
  - TIANEPTINA
  - MILNACIPRAN
- SEDATIVE – BENZODIAZEPINE
  - OXAZEPAM
  - LORAZEPAM

# TULBURAREA ANXIETĂȚII GENERALIZATE (TAG)

- Răspunde mai bine la benzodiazepine (efect anxiolitic + efect miorelaxant)

Tratamentul se inițiază cu benzodiazepine cu timp de înjumătățire lung (Diazepam)

- Deoarece TAG are o evoluție îndelungată, benzodiazepinele sunt înlocuite în timp cu antidepresive sedative pentru a nu exista risc de dependență.

- Antidepresivele sedative sunt eficiente și datorită mării comorbidități a TAG cu DEPRESIA

Tratamentul de întreținere se poate face cu

## 1. Antidepresive sedative

Antidepresive triciclice: Doxepin

Antidepresive tetraciclice: Mianserină

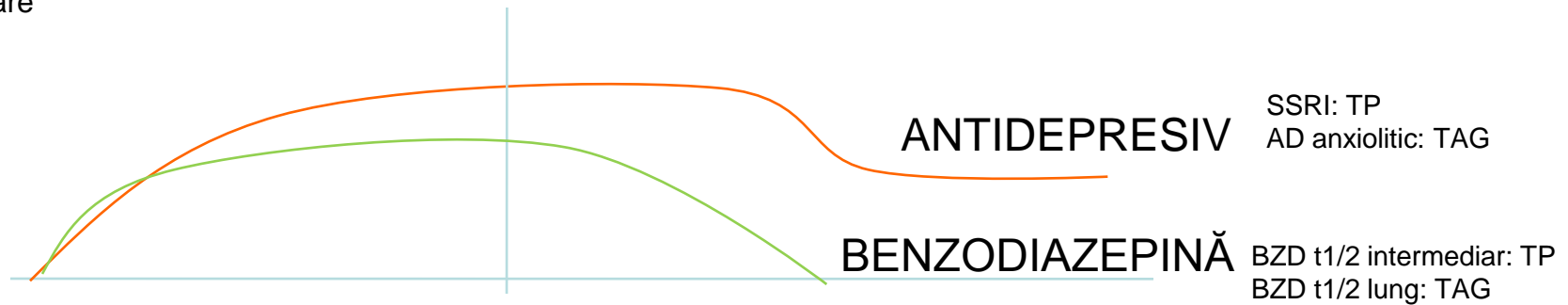
Trazodon

## 2. Anxiolitice nonbenzodiazepinice:

Buspirona

# ASOCIEREA ANTIDEPRESIV+ ANXIOLITIC ÎN TRATAMENTUL TULBURĂRILOR ANXIOASE

Creștere progresivă a dozelor pentru a evita efectele secundare



2 săptămâni

Efectele terapeutice ale antidepresivului se fac simțite

Reducere progresivă a dozelor de BZD pentru a evita reacția de sevraj

# TULBURAREA OBSESIV- COMPULSIVĂ (TOC)

- Prevalența (pe toată durata vieții) 2-3%
- Prevalența la femei=bărbați
- Debut:
  - 20 ani
  - Copilărie (la băieți)

# TULBURAREA OBSESIV- COMPULSIVĂ

- Evoluție: cronică:
  - Fazică (episoade separate prin perioade de remisiune)
  - Fluctuantă (remisiuni incomplete și exacerbari)
  - Constantă
  - Progresivă (agravare)
- Complicații:
  - Izolare, celibat
  - Depresie, suicid
  - Anxietate

# TULBURAREA OBSESIV- COMPULSIVĂ

- Factori de prognostic negativ:
  - Debut la vârstă tânără
  - Absența conștiinței bolii
  - Durata episodului
  - Prezența simptomelor psihotice: delir, halucinații, compulsii bizare
  - Prezența tulburării de personalitate

# TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

- Tablou clinic:
  - Obsesii:
    - gânduri, rumații, impulsuni, îndoieli, fobii obsesive, imagini
    - Caracter: intruziv, recurent, persistent, parazitant (produc suferință), irațional, aparțin subiectului
  - Compulsii:
    - Acte comportamentale (spălat, verificat, colecționat, evitare)sau mintale (aritmomania)
    - Caracter: repetitiv, stereotip (ritualuri), excesiv, parazitant și consumând mult timp
    - Pot fi corelate (mecanism de luptă împotriva obsesiilor) sau nu cu obsesiile
  - Anxietate în cazul abținerii de la compulsie
  - Depresie
  - Lentoare

# TULBURAREA OBSESIV- COMPULSIVĂ

- Rumițiile = cugetări sterile, fără finalitate pe teme banale (ordine) sau sofisticate (metafizice)
- Impulsiunile = tendințe spre un act periculos sau stânjenitor:
  - Autoagresiv (aruncare de al etaj), heteroagresiv (împlântarea unui cuțit în membrii familiei)
  - Sexual
  - Blasfemiator (numai la persoanele credincioase)
- Fobii obsesive: frici cu obiect care apar și în afara situației fobogene

# TULBURAREA OBSESIV- COMPULSIVĂ

– Forme clinice:

- TOC + obsesii și compulsii
- TOC + obsesii
- TOC + compulsii

– Dg. diferențial:

- Tulburări de control al impulsurilor: tricotilomania, piromania, cleptomania
- Parafilii
- Bulimia nervosa
- Toxicomaniile
- Schizofrenia

# TULBURAREA OBSESIV- COMPULSIVĂ

## – Etiopatogenie:

- Aspecte biologice:

- factor genetic

- Spectru genetic: Boala Ticurilor Gilles de la Tourette

- Anatomopatologic:

- Afectarea lobului frontal

- Afectarea ganglionilor bazali (nc. caudat) – boala ticurilor și coreea Sydenham

- Afectarea sistemului limbic (cingulum)

- La nivelul acestor formațiuni PET a pus în evidență o creștere a fluxului sanguin și a consumului de glucoză

- Fiziopatologic:

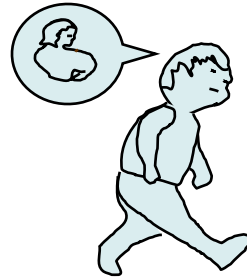
- Disfuncție serotoninergică (impulsivitate)

# DEZVOLTAREA PSIHO-SEXUALĂ

Stadiul genital: pubertatea 12-18 ani



Stadiul de latență: 6-12 ani



Stadiul falic( complexul Oedip),



Stadiul uretral?

Stadiul anal: 1-3 ani  
Plăcerea e dată de eliminarea /retenția materiilor fecale  
Zona erogenă: mucoasa ano-rectală  
Obiectul plăcerii: materiile fecale



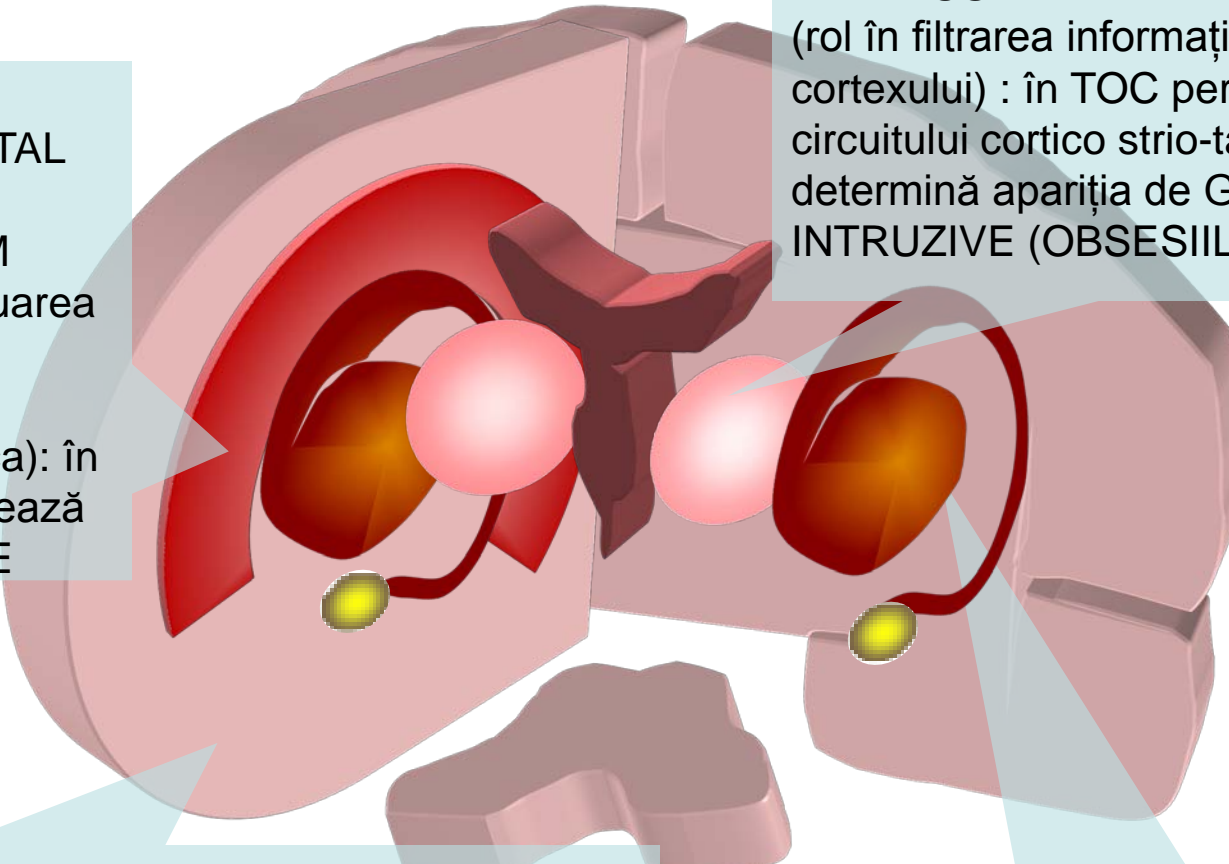
Stadiul oral: 0-1 ani

## CARACTERELE ANALE

Faza retentivă: caracterul anal-retentiv:

-  
autocontrol, obstinație, ordine, pedanterie,  
parcimonie meticulozitate, devotament  
față de reguli

# TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ (TOC)



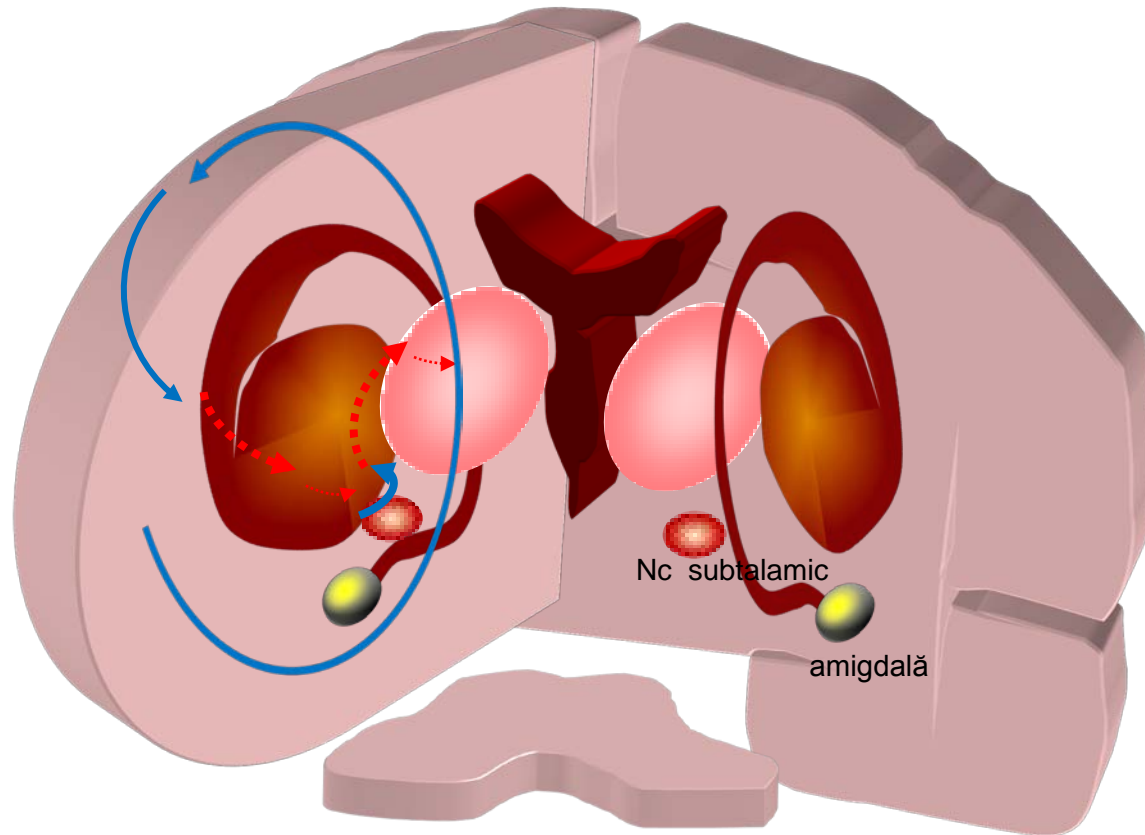
CORTEX PREFRONTAL MEDIAL ȘI CINGULUM (rol în atenuarea stărilor emoționale intense: frica): în TOC generează ANXIETATE

TALAMUS: (rol în filtrarea informațiilor destinate cortexului) : în TOC perturbarea circuitului cortico strio-talamo cortical determină apariția de GÂNDURI INTRUZIVE (OBSESIILE)

CORTEX ORBITO-FRONTAL (rol în inhibarea răspunsului la stimuli aversivi sau plăcuți, controlul comportamentului): în TOC e responsabil de INCAPACITATEA DE A CONTROLA COMPULSIILE

GANGLIONII BAZALI (rol în modularea activității motorii și a comportamentului): în TOC generează COMPULSIILE

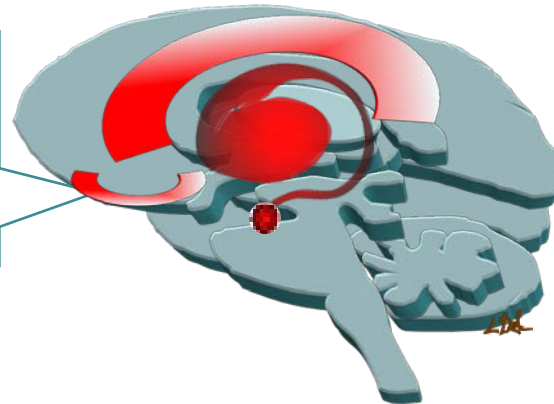
# CIRCUITELE CORTEX- GANGLIONI BAZALI – TALAMUS – CORTEX



# STRUCTURI CEREBRALE IMPLICATE ÎN TULBURAREA OBSESIV - COMPULSIVĂ

TOC  
Cortex cingulat hiperactiv

TOC  
Cortex orbitofrontal hiperactiv



TOC  
Ganglioni bazali hiperactivi

# TULBURAREA OBSESIV- COMPULSIVĂ

## – Etiopatogenie:

- Cauze psihologice:

- Teoria vulnerabilitate stres:

- Teren vulnerabil: TP de tip anankast (Schneider), psihasten (Janet), caracterul anal (Freud): obstinație, parcimonie, pedanterie, ordine
    - stres

- Teoria psihodinamică (Freud)

- Fixare în stadiul anal al dezvoltării psiho-sexuale și regresia ulterioară de la faza falică la faza anală
    - Mecanisme de defensă:
      1. izolare
      2. formațiune reactivă
      3. anulare (undoing)

# TULBURAREA OBSESIV- COMPULSIVĂ

## – Etiopatogenie:

- Cauze psihologice:

- Teoria învățării:

- » Std 1. condiționarea clasică: stimulii neutrii (cuvinte, imagini) sunt asociați cu anxietatea devenind stimuli condiționați
    - » Std. 2. condiționarea operantă: persoana descoperă că o anumită acțiune reduce anxietatea ce însoțește gândul obsesiv, dezvoltând compulsii și ritualuri. Dacă acestea sunt eficiente vor fi utilizate mai departe

# TULBURAREA OBSESIV- COMPULSIVĂ

## – Tratament:

- Psihoeducație

- Farmacologic:

- Antidepresive triciclice: Clomipramina, imipramina !  
Efecte secundare importante !

- SSRI: fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina,  
escitalorpram

Dozele duble față de cele necesare pt. tratamentul  
depresiei și pe o durată dublă de timp (4 săptămâni)

- Anxiolitice

- Hipnotice

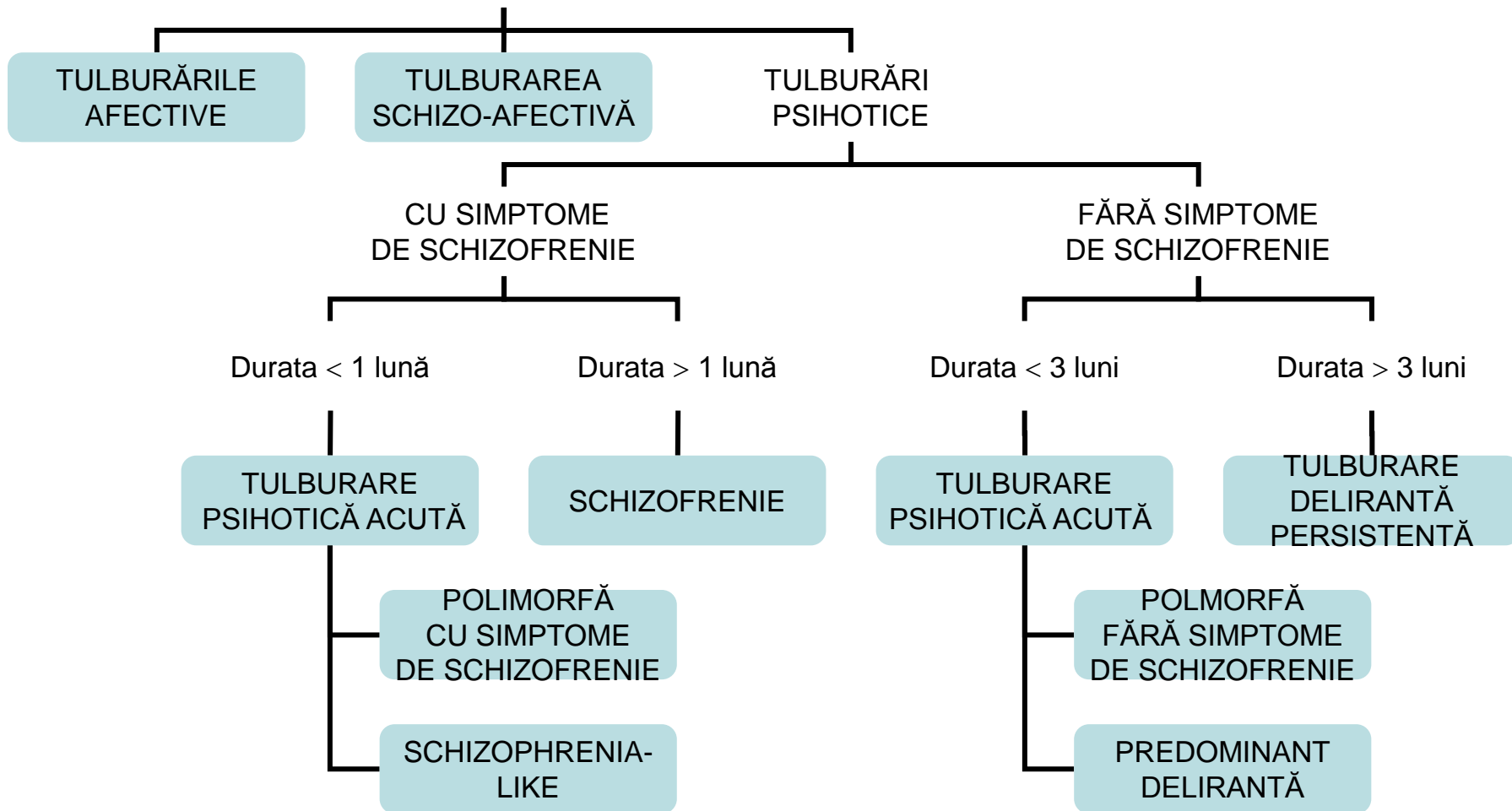
- Antipsihotice

# TULBURAREA OBSESIV- COMPULSIVĂ

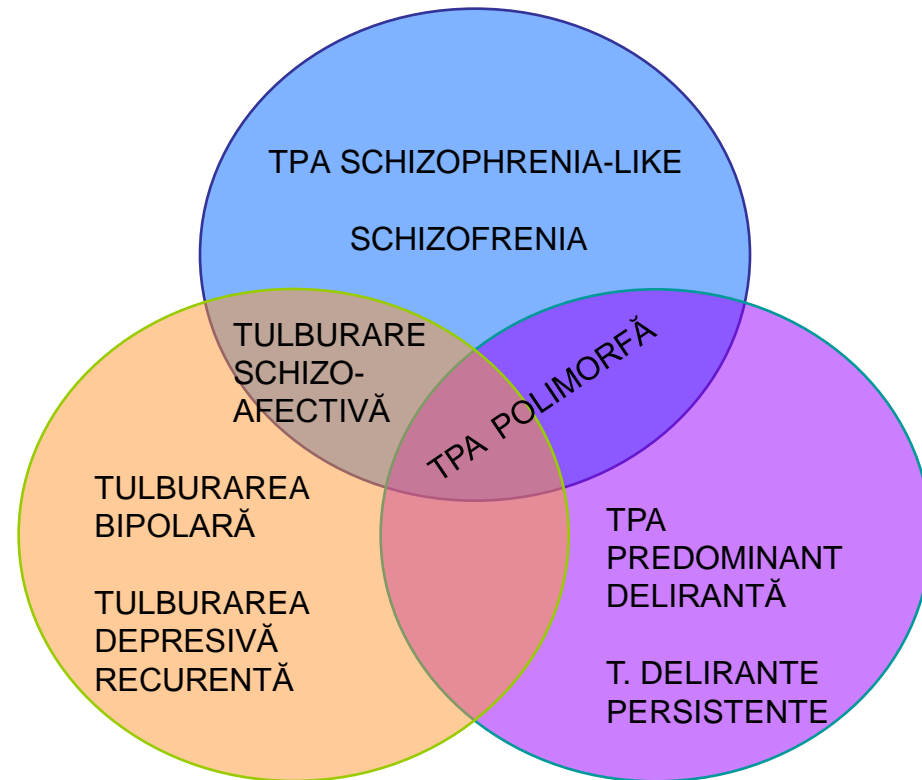
## – Tratament:

- Psihoterapie de tip cognitiv-comportamental
  - » Expunere + prevenirea răspunsului
  - » expunere + modelare (Bandura)
  - » Oprirea gândurilor
- TEC (tratament electroconvulsivant)
- Psihochirurgie: întreruperea fibrelor ce leagă cortexul prefrontal de ganglionii bazali

# PSIHOZELE



TULBURĂRI  
PSIHOTICE  
CU SIMPTOME  
DE SCHIZOFRENIE



TULBURĂRI  
AFECTIVE

TULBURĂRI  
PSIHOTICE  
FĂRĂ SIMPTOME  
DE SCHIZOFRENIE

# SCHIZOFRENIA: EPIDEMIOLOGIE

PREVALENȚĂ: risc pe viață :1%  
punctiformă: 4 ‰

INCIDENȚĂ: 1: 10000 (incidența e mai mică deoarece boala e cronică)

Femei = bărbați

Vârsta de debut: 15-35 ani (la bărbați boala debutează la vârste mai tinere decât la femei)

Rată de COMORBIDITATE mare cu abuzul de droguri (mai ales nicotină)

Rata SUICIDULUI : 10%

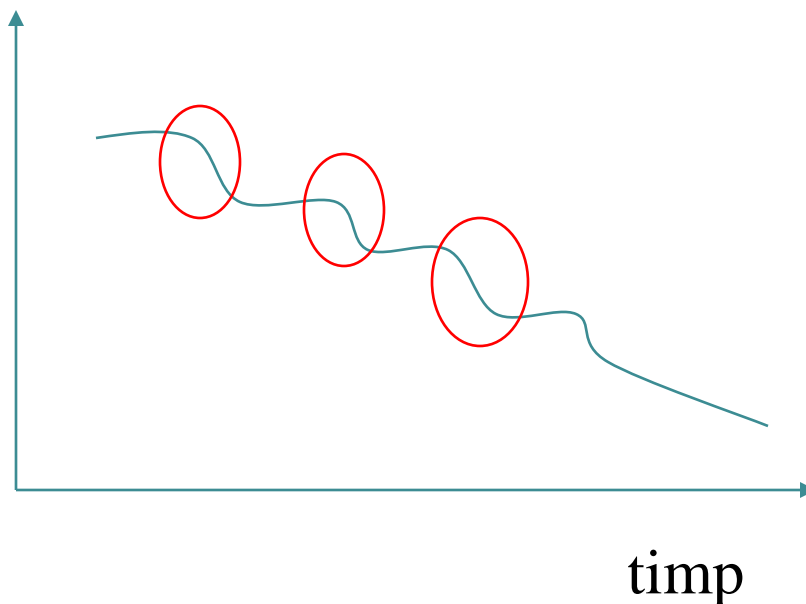


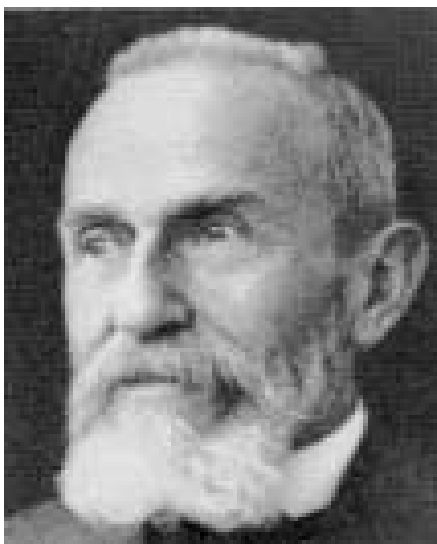
E. Kraepelin

PSIHOZA  
MANIACO-  
DEPRESIVĂ

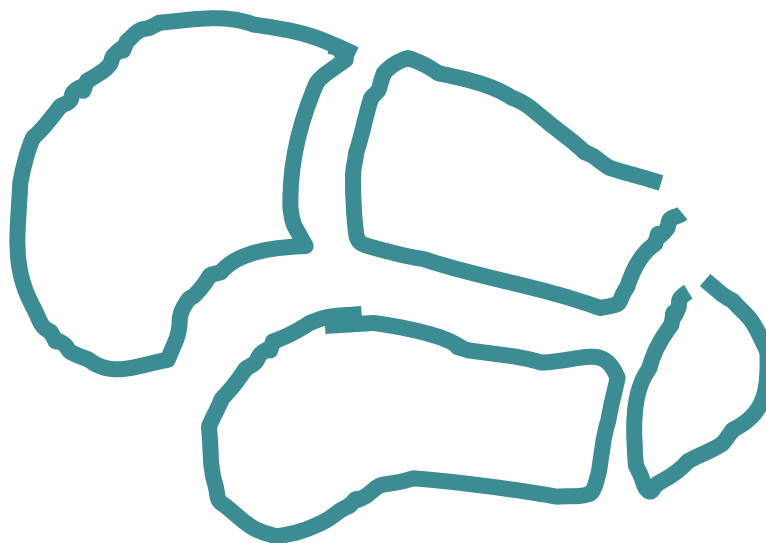
DEMENTIA  
PRAECOX

DIFERENȚIAZĂ “dementia praecox” de psihoza maniaco – depresivă și melancolie, afirmând că cea dintâi duce la deteriorare cognitivă definitivă (dementia) și apare la tineri (praecox). Accentul e pus pe evoluție





E. Bleuler



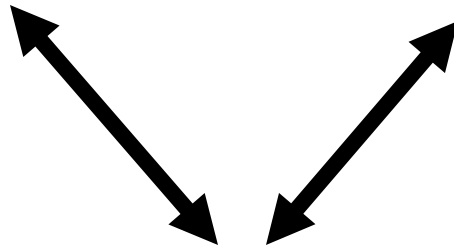
Introduce termenul de SCHIZOFRENIE punând accentul pe disociație (dezorganizarea gândirii) și nu pe deteriorare

# ETIOPATOGENIE: PLURIFACTORIALĂ

FACTORI PSIHOLOGICI :  
personalitatea schizoidă

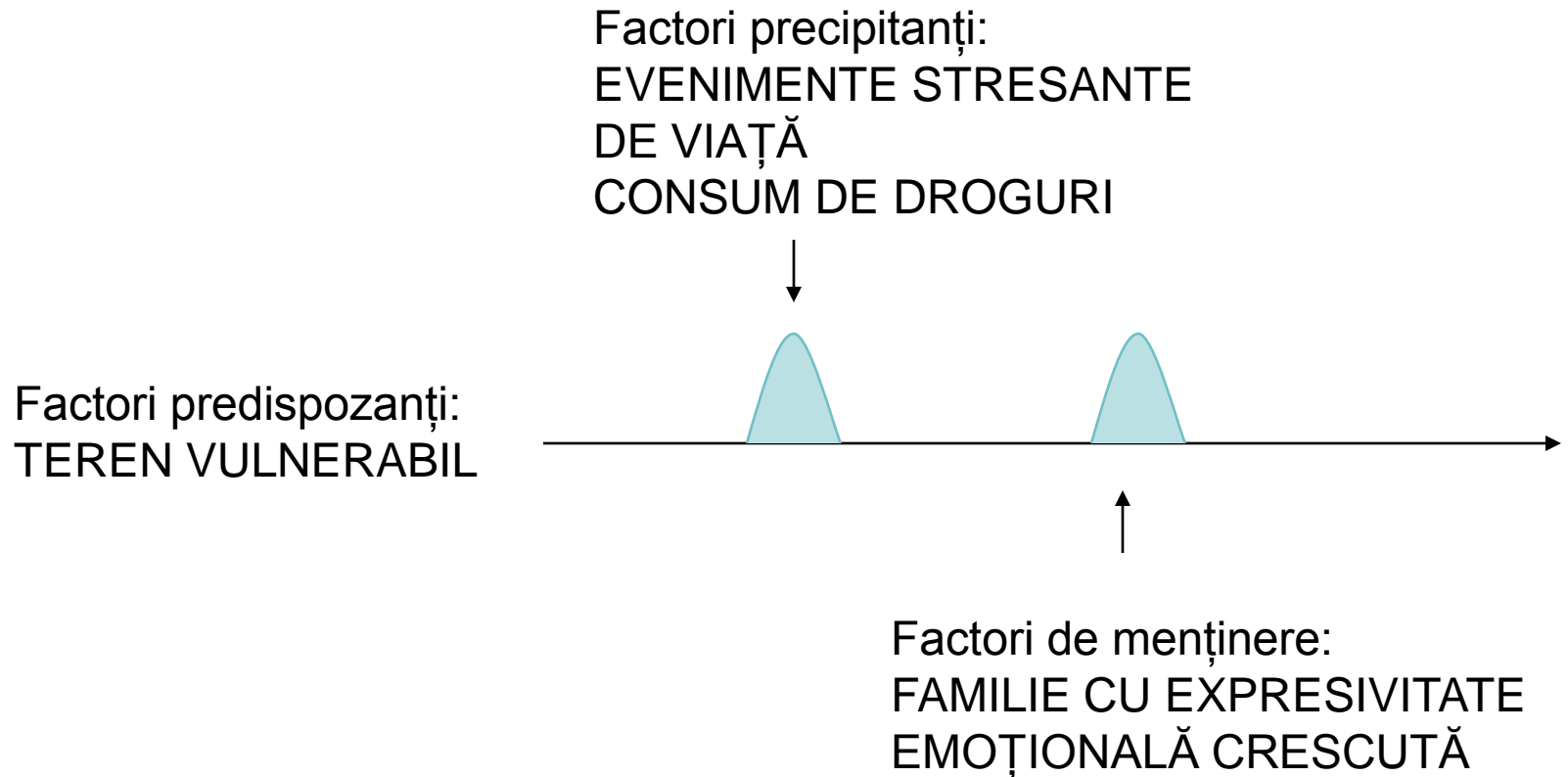


FACTORI SOCIALI (familiali):  
Dubla legătură (mesaje contradictorii)  
Mama schizofrenogenă (rece, anxioasă  
/hiperprotectoare)  
Familii cu expresivitate emoțională (EE) crescută



FACTORI BIOLOGICI :  
genetici: mai multe gene implicate (rata de concordanță  
la gemenii dizigoți: 10-15%)  
biochimici: teoria dopaminergică  
anatomo-patologici: atrofie corticală prefrontală

# SCHIZOFRENIA ETIOPATOGENIE



# SCHIZOFRENIA ETIOPATOGENIE- SINTEZĂ

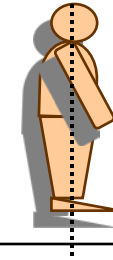
PRENATALI



PERINATALI



POSTNATALI



BOALĂ

VULNERABILITATE  
GENETICĂ (DZ >MZ)  
NEUROINFECȚIE IN  
UTERO (GRIPĂ)

+

TRAUMATISME  
OBSTETRICALE  
HIPOXIE, INFECȚII

+

CONSUM DE DROGURI  
EMIGRARE  
MEDIU URBAN  
EE CRESCUTĂ ÎN FAMILIE



TULBURĂRI DE  
NEURODEZVOLTARE  
implicând procesele de:

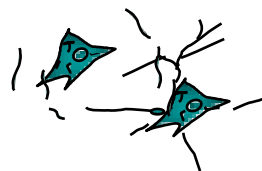
MIGRARE



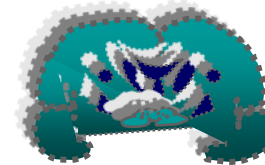
ARBORIZARE ȘI  
MELINIZARE



CONECTARE ȘI  
DECONNECTARE



TULBURĂRI DE  
NEUROANATOMICE:  
de citoarhitectură: neuroni mici  
compactați, cu arborizație redusă  
macroscopice: ventriculomegalie, atrofie  
în hipocamp, cortex prefrontal, talamus



TULBURĂRI DE  
NEUROTRANSMISIE

# MODIFICĂRI MORFOLOGICE

Atrofie:

- hippocamp
- cortex prefrontal
- talamus
- habenulă

Dilatate ventriculară: pronostic prost

Absența asimetriei normale între emisfere

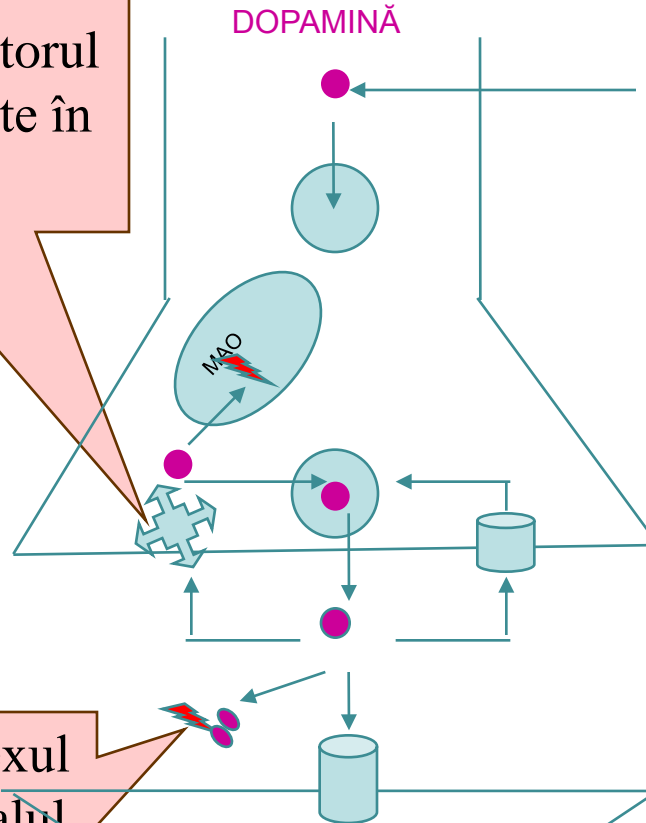
Modificări de citoarhitectură:

- Neuronii mici, compactați, cu arborizație redusă

**Modificările nu sunt specifice și nici constante în schizofrenie !**

# FACTORI GENETICI: EXEMPLU

În cortexul prefrontal, transportorul dopaminei se găsește în cantități reduse



rezultă că în cortexul prefrontal, principalul inactivator al dopaminei este COMT

Gena care codifică sinteza COMT se află pe 22q11

Deleția 22q11 poate crește riscul de a face schizofrenie (25%)

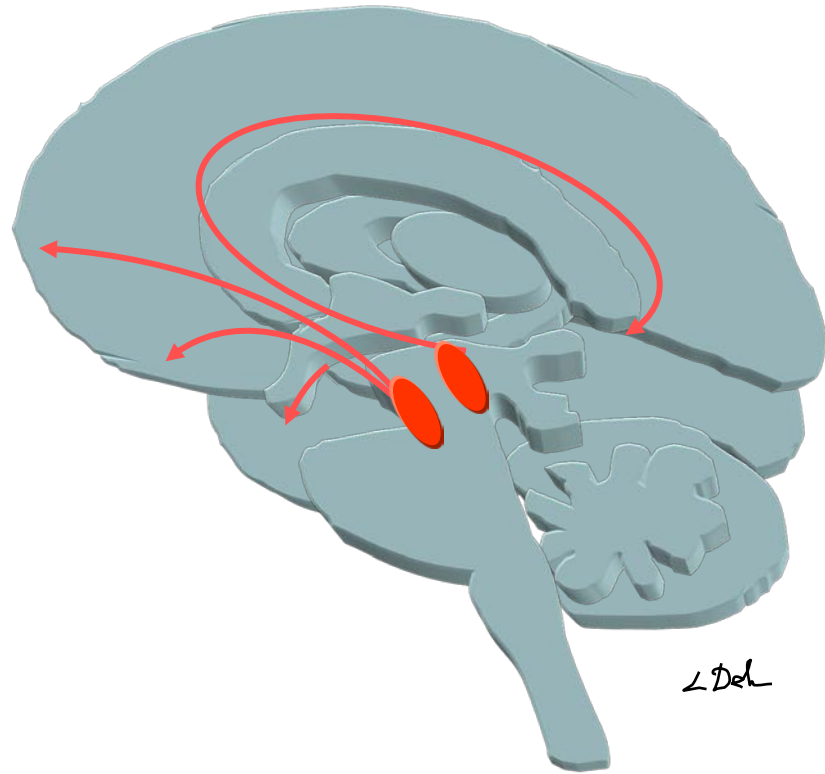
# ETIOPATOGENIE: IPOTEZA DOPAMINERGICĂ

CALEA NIGRO-STRIATĂ

CALEA MEZO - CORTICALĂ

CALEA MEZO - LIMBICĂ

CALEA TUBERO-INFUNDIBULARĂ



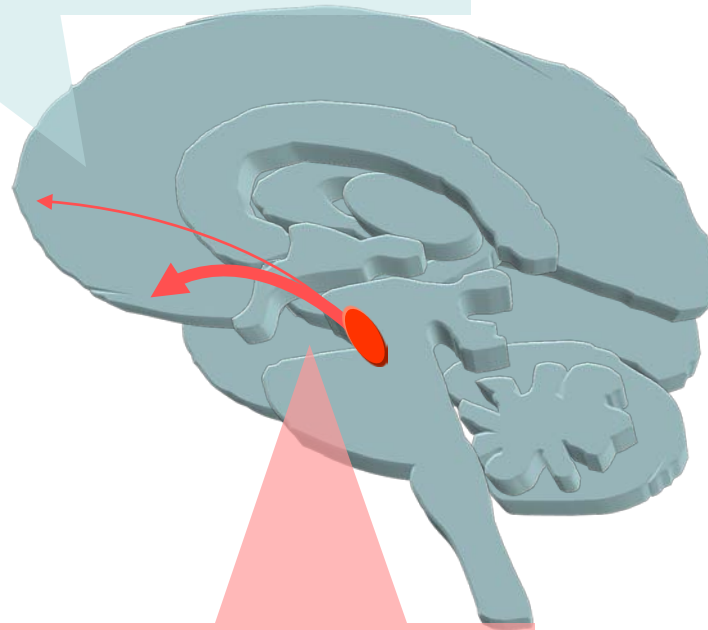
## SIMPTOME NEGATIVE:

- APLATIZARE AFECTIVĂ
- ALOGIE
- RETRAGERE SOCIALĂ
- ABULIE

## DEFICITE COGNITIVE:

- TULBURĂRI DE ATENȚIE, MEMORIE
- AFECTAREA FUNCȚIILOR EXECUTIVE:  
gândire abstractă, anticipare, planificare

CORTEX PREFRONTAL:  
hipofuncție dopaminergică



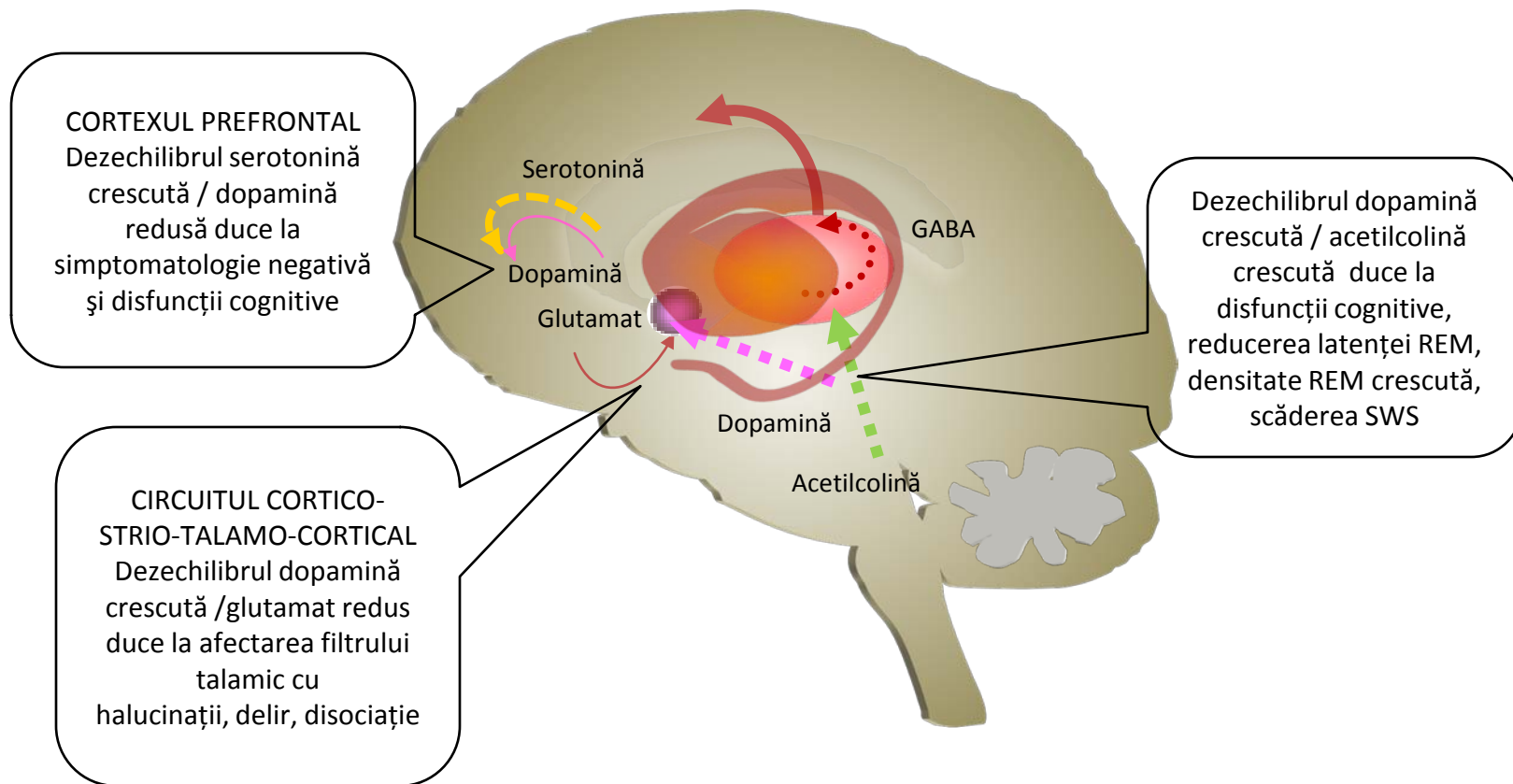
## SIMPTOME POZITIVE:

- DELIR
- HALUCINAȚII
- SINDROM DE TRANSPARENTĂ – INFLUENȚĂ
- DEREALIZARE, DEPERSONALIZARE
- DEZORGANIZARE CONCEPTUALĂ ȘI  
COMPORTAMENTALĂ

SISTEM LIMBIC:  
hiperfuncție dopaminergică



# SCHIZOFRENIA: DEZECHILIBRE MULTIPLE AFECTÂND CORTEXUL PREFRONTAL, FILTRUL TALAMIC, SOMNUL



# FORMELE CLINICE DE SCHIZOFRENIE

## SCHIZOFRENIE PARANOIDĂ:

- forma cea mai frecventă
- Simptome pozitive: delir paranoid bizar și nesistematizat, halucinații auditive comentative, sindrom de transparență-influență

## SCHIZOFRENIE CATATONĂ:

- Formă mai rară
- Sindrom cataton:
  - stupor: stereotipie de poziție (lipsa mișcărilor și vorbirii spontane sau la comandă) + hipertonie musculară cu flexibilitate ceroasă (catalepsie)+ negativism pasiv
  - raptus (ieșirea bruscă din stupor cu agitație și agresivitate)
  - agitație catatonă: stereotipă, în spațiu restrâns, + automatism la comandă sau + sugestionabilitate (ecomimie, ecolalie, ecopraxie), sau + negativism activ

# FORMELE CLINICE DE SCHIZOFRENIE

## SCHIZOFRENIE HEBEFRENĂ (DEZORGANIZANTĂ)

- Debut la vârste tinere
- Disociație ideo-verbală, ambivalență, incongruență afectivă, manierisme (Sindrom pseudo-maniacal)

## SCHIZOFRENIE SIMPLĂ:

- Simptome negative:alogie, aplatizare afectivă, abulie, izolare socială,
- Deficite cognitive: tulburări de atenție, de memorie, gândire concretă, incapacitate de planificare, de predicție a consecințelor

## FORMA MIXTĂ: TULBURAREA SCHIZO-AFECTIVĂ:

- SCHIZO-DEPRESIVĂ
- SCHIZO-MANIACALĂ

# DEBUT

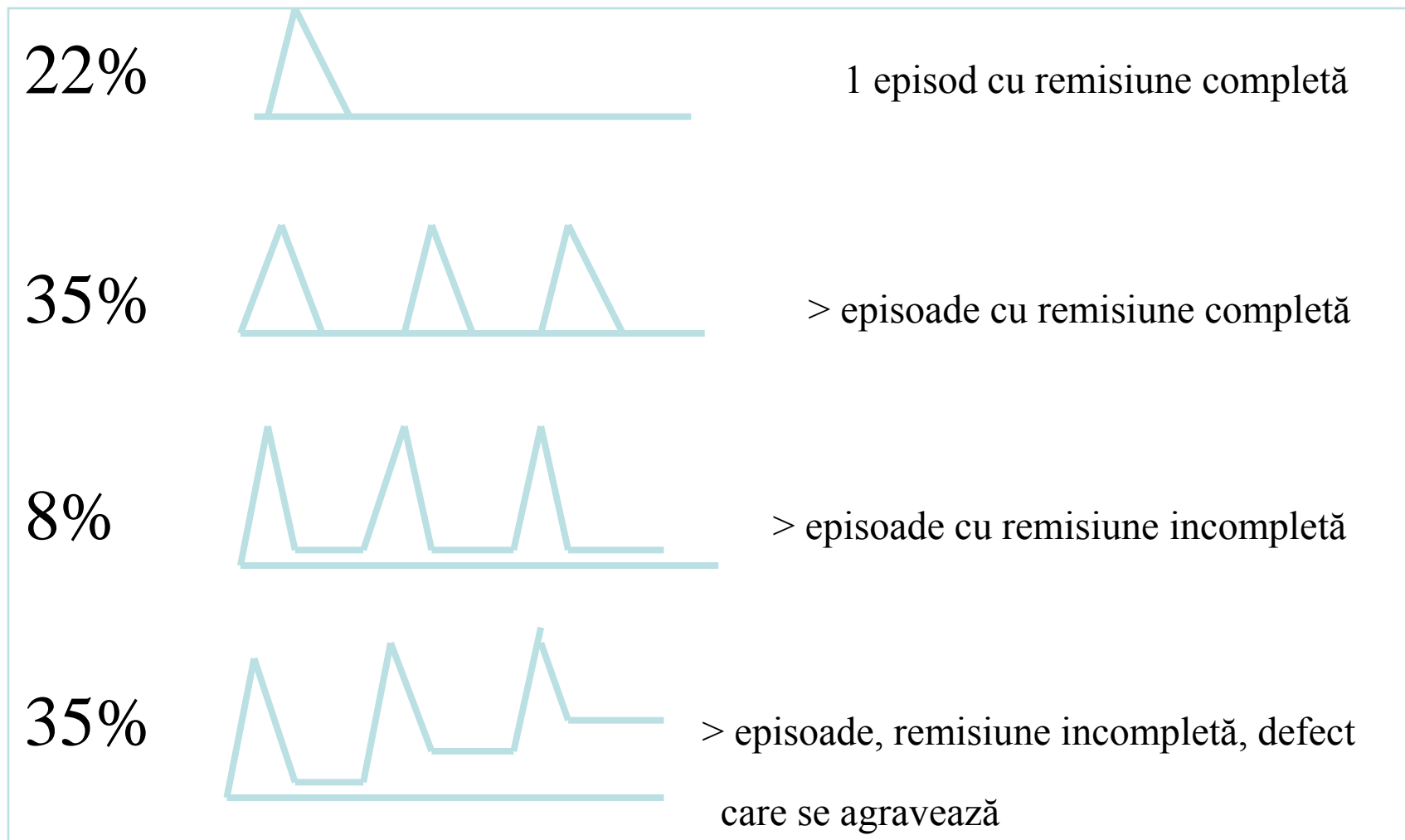
acut: halucinații, delir paranoid, agitație psiho-motorie

subacut:

derealizare, depersonalizare ----- dispoziție delirantă (anxietate) ---- delir, halucinații

Insidios: deficite cognitive, simptome negative (6 luni-2 ani)

# EVOLUȚIA NATURALĂ (FĂRĂ TRATAMENT) ÎN PRIMII 5 ANI DE LA DEBUT



# FACTORII DE PROGNOSTIC

## POZITIV

Debut în decada III

Debut acut

Forma paranoidă

Afectivitate bogată

Rețea de suport social

Durată scurtă a episodului

Funcționare premorbidă  
bună

## NEGATIV

Debut la vârste tinere

Debut insidios

Forma cu simptome  
negative

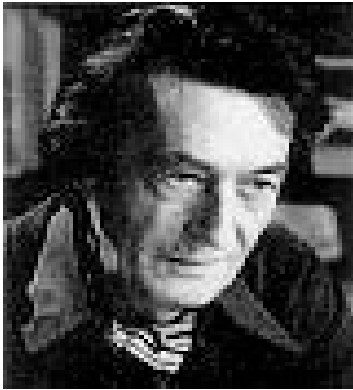
Afectivitate săracă

Rețea redusă de suport  
social

Durată lungă a episodului

Funcționare premorbidă  
deficitară

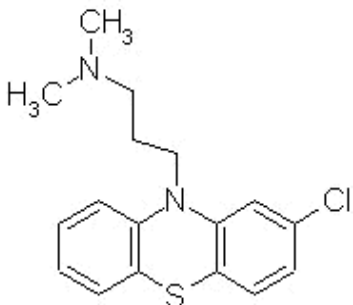
# NEUROLEPTICELE (ANTIPSIHOTICELE CONVENȚIONALE)



H. Laborit

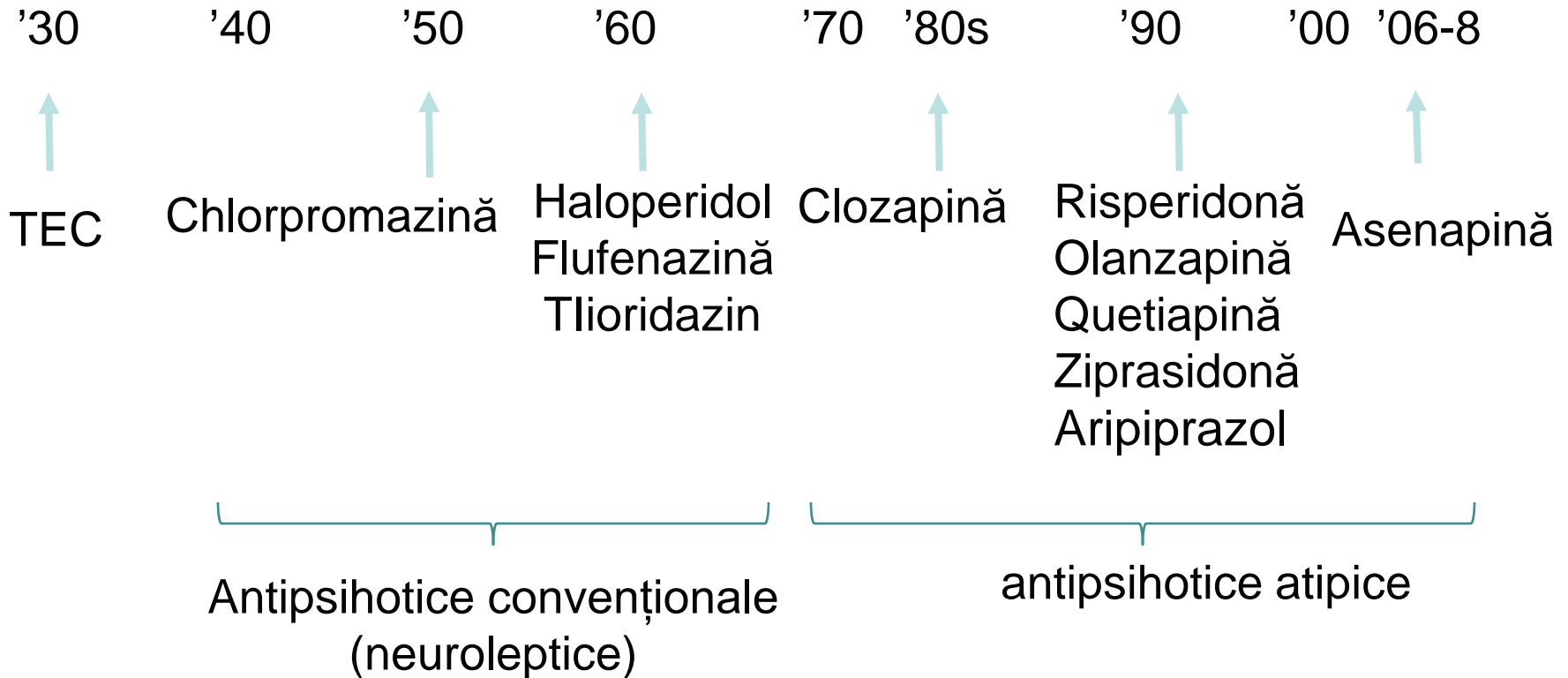
“ Mi se reproșează uneori că am inventat cămașa de forță chimică. Fără îndoială, însă cei care îmi fac acest reproș au uitat vremurile când, fiind medic de gardă în cadrul Marinei, intram cu un revolver în pavilioanele cu bolnavi agitați, însoțit de cei doi infirmieri zdrahoni, pentru că bolnavii se zbăteau în cămășile de forță, transpirând și urlând...”

H. Laborit



Structura chimică a clorpromazinei

# ANTIPSIHOTICELE ÎN PSIHIATRIE



# NEUROLEPTICHE: CLASIFICARE



H. Laborit



J. Delay



P. Deniker

## SEDATIVE:

Clorpromazina  
Levomepromazina  
Tioridazin

## INCISIVE:

Haloperidol  
Trifluoperazin  
Flupentixol  
Flufenazina

## BIMODALE:

Sulpirid  
Amisulprid

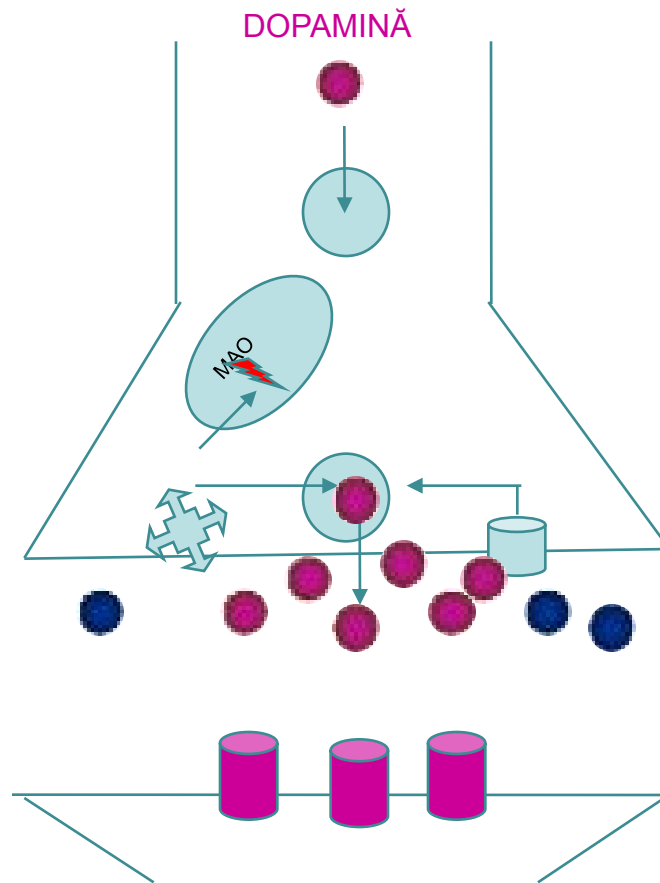
## ATIPICE

Clozapina  
Olanzapina  
Quetiapina  
Risperidona  
Ziprasidona  
Sertindolul

# NEUROLEPTICELE – MECANISM DE ACȚIUNE

## NEUROLEPTIC

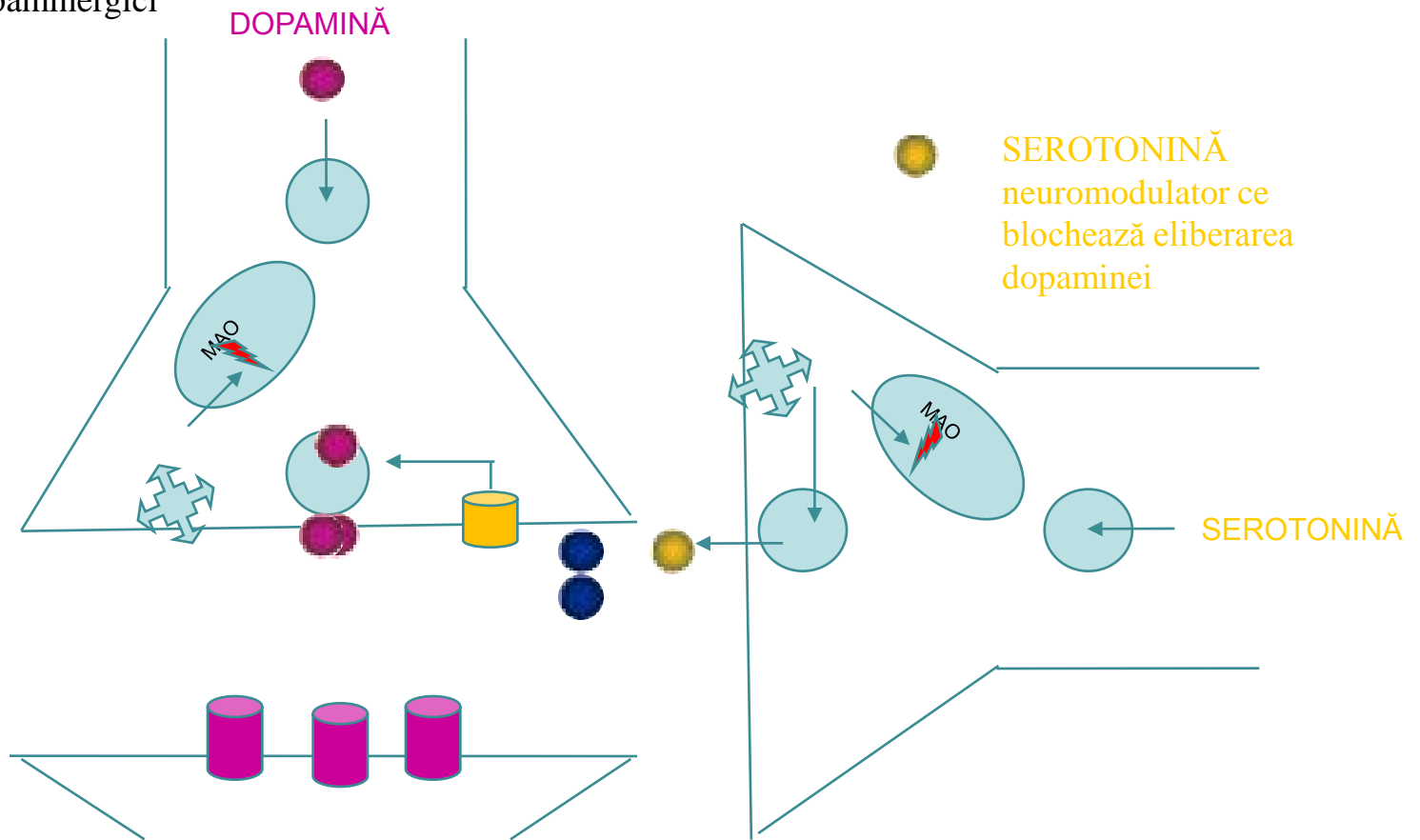
- blochează receptorii dopaminei intrând în competiție cu aceasta pentru receptorii dopaminergici



# ANTIPSIHOTICELE ATIPICE – MECANISM DE ACȚIUNE

## ANTIPSIHOTIC ATIPIC

- blochează receptorii
- serotoninei stimulând eliberarea de dopamină
- dopaminei intrând în competiție cu aceasta pentru receptorii dopaminergici

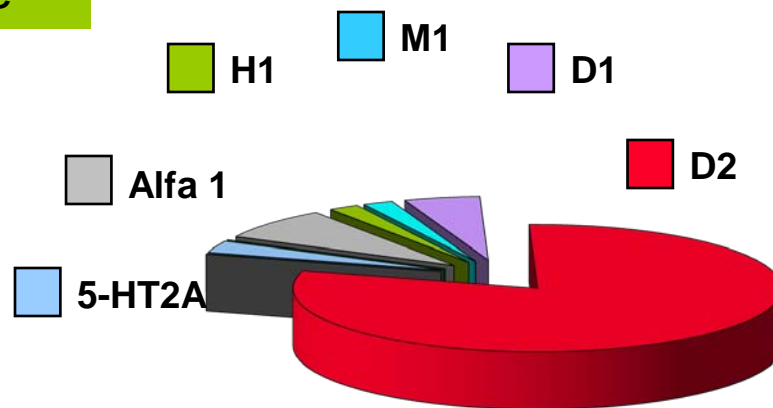


# NEUROLEPTICELE – EFECTE SECUNDARE

Efect antihistaminic H1:  
-Sedare  
-Creștere în greutate

Efect anticolinergic:  
-Uscăciunea mucoaselor  
-Retenție urinară  
-Constipație  
-Midriază

Accentuarea simptomelor  
negative și a deficitelor  
cognitive



Efect antiadrenergic alfa 1:  
-Hipotensiune ortostatică  
-Disfuncție ejaculatorie

sindrom amenoree-  
galactoree

Efecte extrapiramidale:  
-Distonie acută  
-Akatisie  
-Sindrom Parkinsonian  
-Diskinezie tardivă

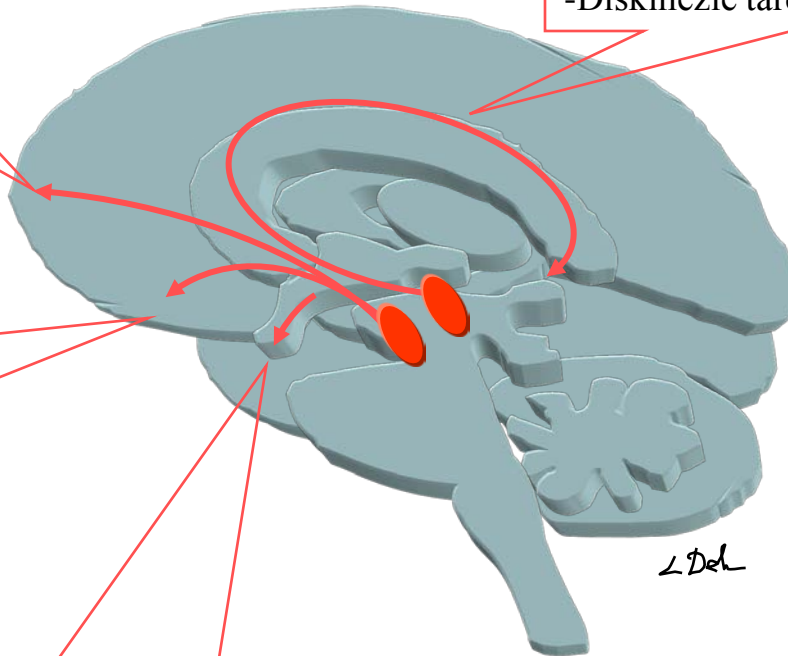
# EFECTELE MEDICAȚIEI NEUROLEPTICE

**CALEA MEZO-CORTICALĂ:**  
Blocarea dopaminei accentuează  
simptomele negative și deficitul  
cognitive

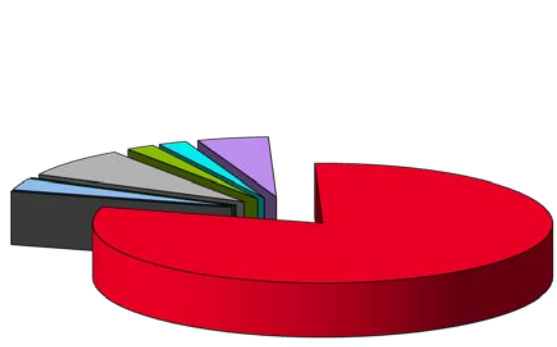
**CALEA MEZO-LIMBICĂ:**  
Blocarea dopaminei are efect  
antipsihotic

**CALEA NIGRO-INFUNDIBULARĂ**  
Blocarea dopaminei generează  
**SINDROM AMENOREE- GALACTOREE**

**CALEA NIGRO-STRIATĂ**  
Blocarea dopaminei generează  
**SINDROM EXTRAPIRAMIDAL:**  
-Distonie acută  
-Akatisie  
-Sindrom Parkinsonian  
-Diskinezie tardivă

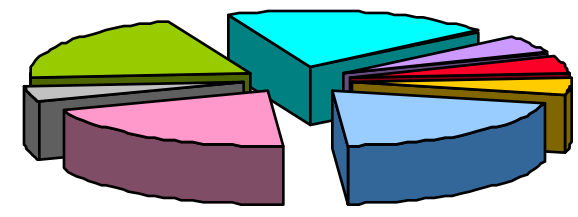


# ANTIPSIHOTICE CONVENȚIONALE ȘI ATIPICE: BLOCAREA RECEPTORILOR



Antipsihotic convențional

- D1
- D2
- D4
- 5-HT2A
- 5-HT2C
- Alfa 1
- H1
- M1



Antipsihotic atipic

# TRATAMENT

Tratament medicamentos (oral sau injectabil) vizând:

Simptomele pozitive:

neuroleptice incisive sau antipsihotice bimodale (doze mari) sau antipsihotice atipice

Simptomele negative:

antipsihotice atipice sau antipsihotice bimodale (doze mici)

Agitația psihomotorie și anxietatea: neuroleptice sedative, anxiolitice

Efecte secundare ale tratamentului neuroleptic:

anticolinergice

Tratament electro-convulsivant în formele catatone sau nonresponsive

Tratament medicamentos de întreținere:

-Neuroleptice depot:

haloperidol

decanoat, fluanxol, modcate

- antipsihotice atipice:

rispolept long acting

olanzapină long acting

Psihoterapie, socioterapie

-Psihoeducație

-Terapie familială

-Psihoterapie individuală

-Art terapie

-Ergoterapie

Obiective:

1. Ameliorarea simptomelor
2. Acceptarea bolii, cunoaștere a simptomelor și medicației
3. Bună funcționare cognitivă
4. Bună funcționarea în societate, familie, locul de muncă

FAZA ACUTĂ

REMISIUNE

Monitorizare: TA, glicemia, lipide, greutatea, ECG, prolactina, hormonii tiroidieni

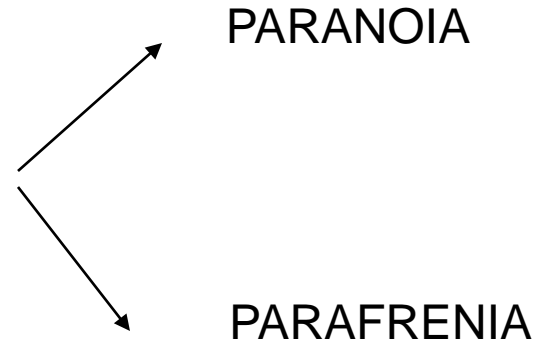
Durata tratamentului medicamentos: primul episod – 1 an, mai multe episoade - toată viața

# TULBURĂRILE PSIHOTICE ACUTE ȘI TRANZITORII

- Durată scurtă de evoluție (sub 1-3 luni) cu remisiune completă
- Debut brusc (2 zile – 2 săptămâni), uneori precipitat de evenimente stressante de viață
- Tablou clinic:
  - Psihotic polimorf (simptome psihotice și afective variabile ca intensitate și tematică în cursul unei zile sau de la o zi la alta)
  - Simptome schizofrenia-like
  - Delir de persecuție, relație
- Evoluție spre:
  - Alte episoade psihotice acute
  - Schizofrenie
  - Tulburări delirante persistente
  - Tulburări afective
- Tratament: neuroleptice

# TULBURĂRILE DELIRANTE PERSISTENTE

Debut după 40 ani  
Nu alterează nucleul personalității  
Evoluție cronică



Diagnostic diferențial cu:

- Schizofrenia
- Tulburările psihotice acute
- Tulburările afective periodice cu delir incongruent

# PARANOIA

- Personalitate premorbidă: personalitatea paranoidă (megalomanie, suspiciozitate, interpretativitate, cverulență)
- Delir cronic, sistematizat cu tematică:
  - Megalomană (invenții, personalitate ilustră, reformă socială)
  - De persecuție
  - De prejudiciu
  - Erotoman (mai ales la femei)
  - De gelozie (mai ales la bărbați)
  - De relație
- Nu există conștiința bolii
- Frecvent persoana delirantă
  - este persuasivă și induce delirul partenerului de viață (delir indus)
  - perturbă microgrupul social
- Forme de boală:
  - paranoia activă (de luptă) : delir de persecuție sau prejudiciu; persoana luptă pentru drepturile sale, scrie memorii, reclamații denunțuri, procese (din persecutat devine persecutor)
  - paranoia pasivă (senzitivă): delir de persecuție sau relație, dar persoana este adesea timidă, complexată, lipsită de energie, punând eșecurile pe seama altora, nu ripostează agresiv
- Nu răspunde la tratament



H. Daumier – PORTRETUL LUI VICTOR SCHOELCHER

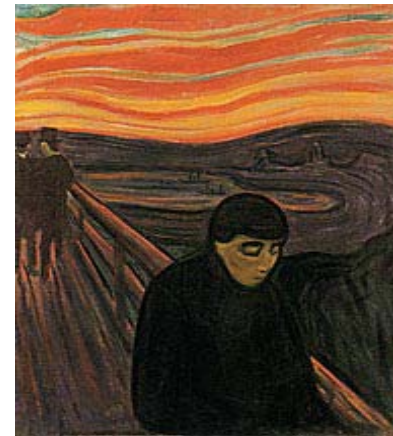
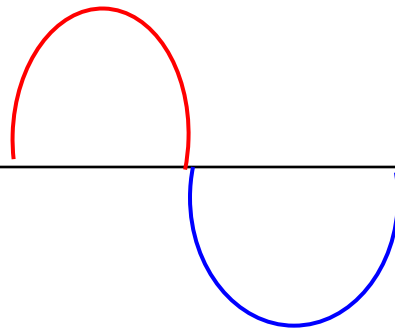
# PARAFRENIA

- Tablou clinic:
  - Delir cronic sistematizat cu tematică fantastică
  - Halucinații predominant vizuale și auditive
  - Sindrom de transparență-influență
- Dubla contabilitate: persoana face distincție între lumea reală și cea fantastică
- Decompensarea presupune pierderea dublei contabilități (intricarea lumii reale cu cea fantastică)
- Forme de boală:
  - Sistemă: predomină sindromul de transparență-influență
  - Expansivă: predomină delirul megaloman, dispoziție afectivă expansivă
  - Fantastică: predomină delirul fantastic (magie, evenimente cosmice)
  - Confabulatorie: delirul e îmbogățit din imaginație, amintiri, lecturi
- Tratament: vizează restabilirea dublei contabilități

# TULBURĂRILE AFECTIVE PERIODICE



R. Magritte- CĂI ȘI MIJLOACE



E. Munch- DISPERARE

# TULBURĂRILE AFECTIVE PERIODICE

	TULBURAREA DEPRESIVĂ RECURENTĂ	TULBURAREA AFECTIVĂ BIPOLARĂ
PREVALENȚA	5-10 %	1%
Femei : bărbați	2:1	1:1
Vârsta la debut	40	30 ani (tendință de scădere)
Durata medie a episoadelor	Depresive: 6 luni	Depresive: 6 luni Maniacale: 4 luni
Nr. mediu de episoade	4-5	8-10
Remisiune	Frecvent incompletă Tot mai scurtă	Frecvent completă

# TULBURĂRILE AFECTIVE PERIODICE: ETIOPATOGENIE

FACTORII GENETICI

TULBURĂRILE DE NEUROTRANSMISIE CEREBRALĂ

TULBURĂRI ALE AXELOR HIPOTALAMO-HIPOFIZARE ȘI

TULBURĂRI DE BIORITM NICTEMERAL

FENOMENUL DE KINDLING

PERSONALITATEA

EVENIMENTE DE VIAȚĂ ÎN COPILĂRIE (pierderea mamei la vârste mai mici de 11 ani e corelată cu depresia la vârsta adultă)

NEAJUTORAREA ÎNVĂȚATĂ (experimentele pe animale, inițial supuse unor șocuri electrice pe care nu le pot evita, evidențiază că aceste animale nu evită șocul electric nici în situațiile când ar avea această posibilitate)

DISTORSIUNI COGNITIVE

# TULBURĂRILE AFECTIVE PERIODICE: ETIOPATOGENIE

FACTORII GENETICI

TULBURĂRILE DE NEUROTRANSMISIE CEREBRALĂ

TULBURĂRI ALE AXELOR HIPOTALAMO-HIPOFIZARE ȘI

TULBURĂRI DE BIORITM NICTEMERAL

FENOMENUL DE KINDLING

PERSONALITATEA

EVENIMENTE DE VIAȚĂ ÎN COPILĂRIE (pierderea mamei la vârste mai mici de 11 ani e corelată cu depresia la vârsta adultă)

NEAJUTORAREA ÎNVĂȚATĂ (experimentele pe animale, inițial supuse unor șocuri electrice pe care nu le pot evita, evidențiază că aceste animale nu evită șocul electric nici în situațiile când ar avea această posibilitate)

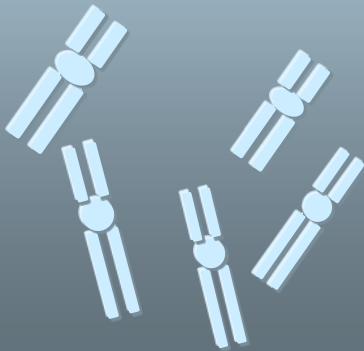
DISTORSIUNI COGNITIVE

# TULBURĂRILE AFECTIVE PERIODICE FACTORII GENETICI

STUDII DE  
LINKAGE

CROMOZOMI  
IMPLICAȚI:

X, 11, 18,



STUDII FAMILIALE:

peste 50% din depresivii monopolarii au o rudă de gradul I cu tulburare a dispoziției afective, cel mai frecvent depresie monopolară

90% dintre bipolarii au o rudă de gradul I cu tulburare a dispoziției afective, cel mai frecvent tulburare bipolară

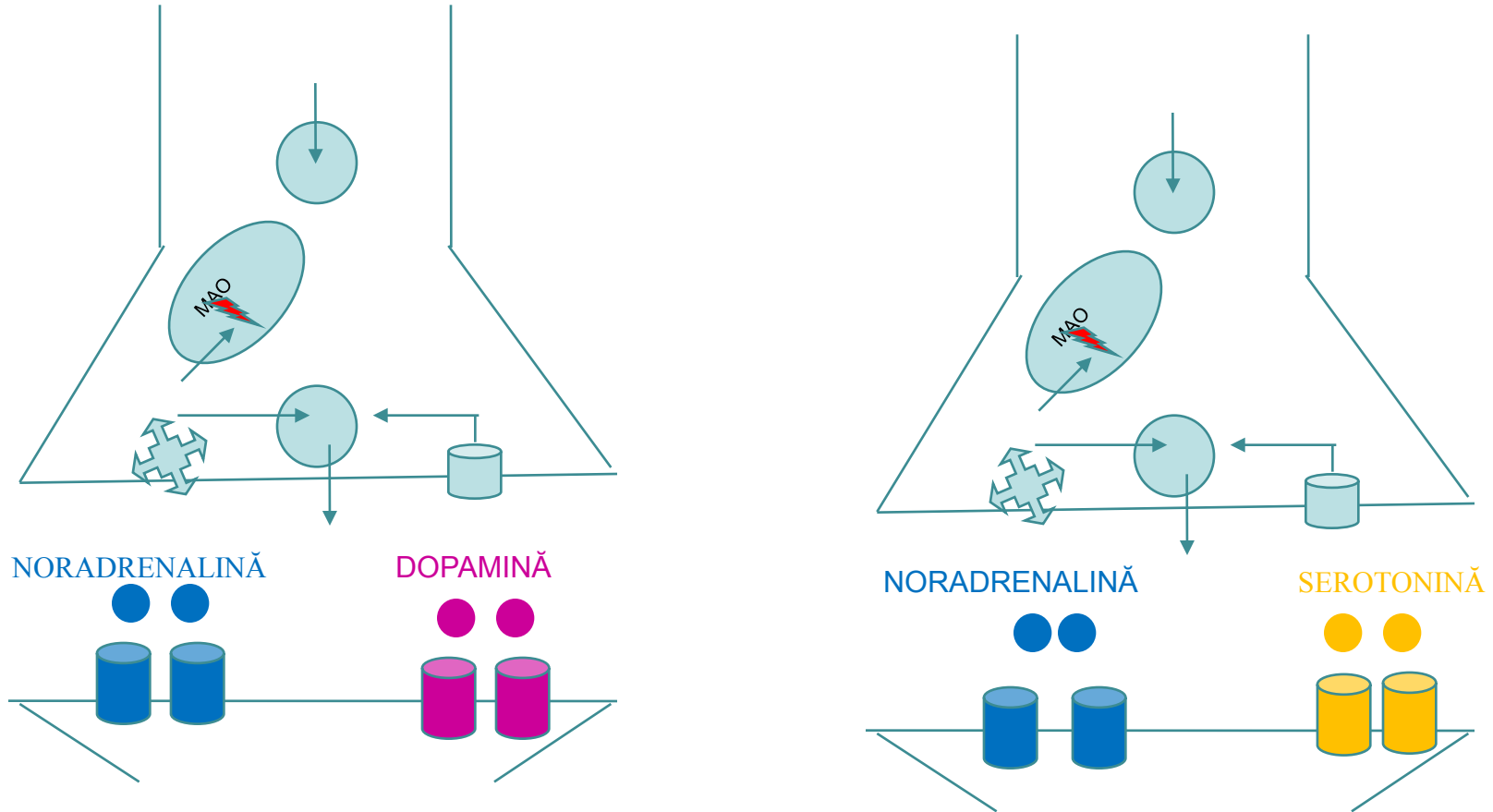
STUDII PE GEMENI:

Depresie monopolară: concordanța la monoziгоți: 50% iar la dizigoți 15%

Tulburare bipolară: concordanța la monoziгоți: 33-90% iar la dizigoți 5-25%

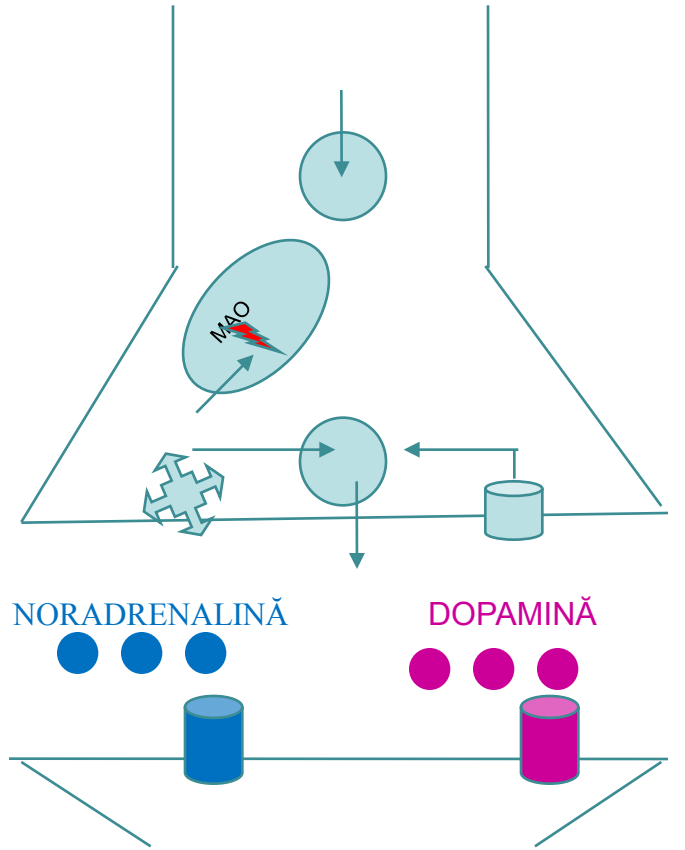
STUDII DE ADOPTIE: confirmă importanța factorului genetic

# FACTORII BIOCHIMICI: IPOTEZA MONOAMINELOR



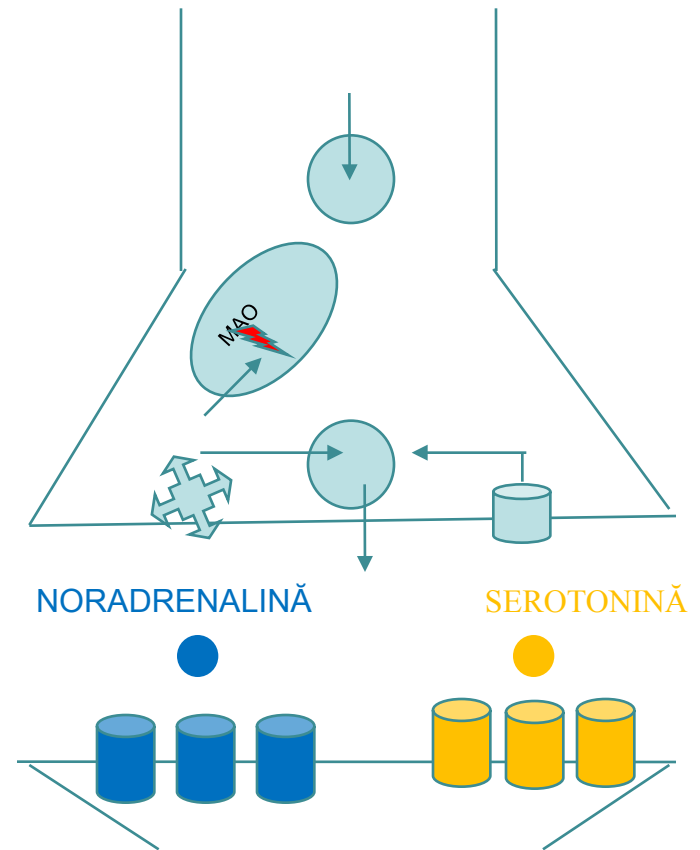
NORMALITATE SAU ÎN REMISIUNE

# FACTORII BIOCHIMICI: IPOTEZA MONOAMINELOR



MANIE:

exces de noradrenalină și dopamină



DEPRESIE

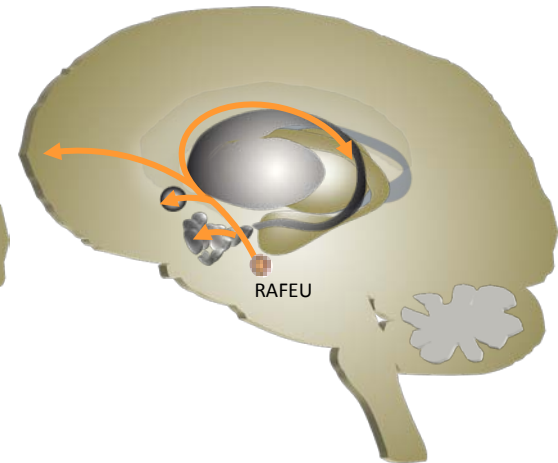
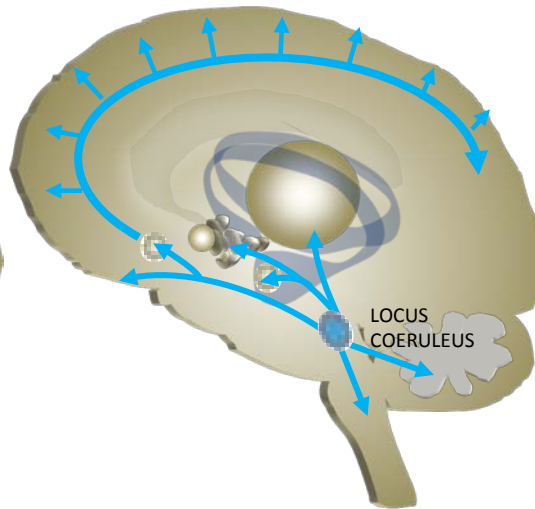
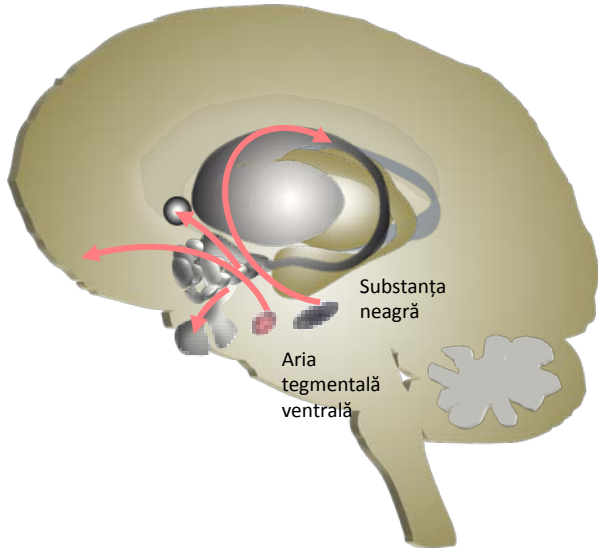
Deficit de noradrenalină și serotonină

# TULBURĂRILE AFECTIVE ȘI NEUROMEDIATORII

## MANIA: VESELIA PATOLOGICĂ

Hiper DA: dezinhibiție motivațională (hiperactivitate, apetit alimentar și sexual crescut, sociabilitate exagerat), comportament hedonic (angajare exclusivă în activități plăcute)

Hiper NA: veselie excesivă cu energie crescută, nevoie redusă de somn, atenție hipermobilă, hiperkinezie



### DOPAMINĂ (DA)

Hipo DA: deficit motivațional (lipsă de: interes, curiozitate, dorință, nevoi instinctuale – inapetență, dezinteres sexual), anhedonie (incapacitatea de a se bucura de lucruri care în trecut produceau plăcere)

### NORADRENALINĂ (NA)

Hipo NA: tristețe excesivă inhibiție cu inhibiție psihomotorie: energie redusă, oboseală, tulburări de concentrare a atenției și tulburări de memorie

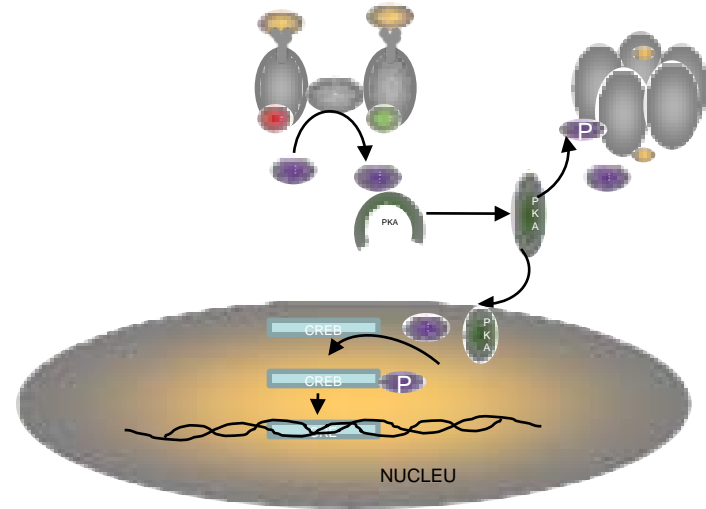
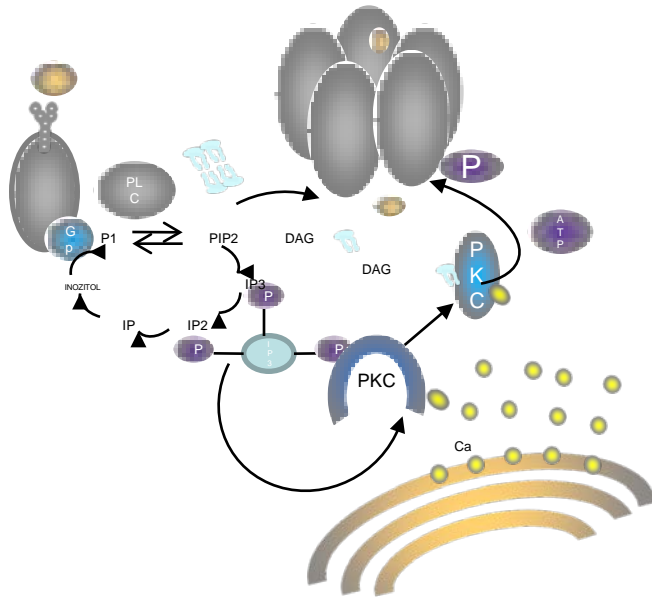
### SEROTONINĂ (5HT)

Hipo 5HT: tristețe excesivă cu dezinhibiție: bulimie, anxietate, tentative suicidare

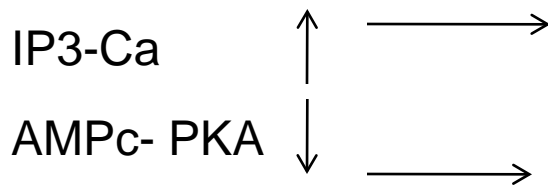
## DEPRESIA: TRISTEȚEA PATOLOGICĂ

*L. Del*

# TAB: 2 SISTEME DE MESAGERI SECUNZI: IP3 – CA, AMPC AFLATE ÎN DEZECHILIBRU



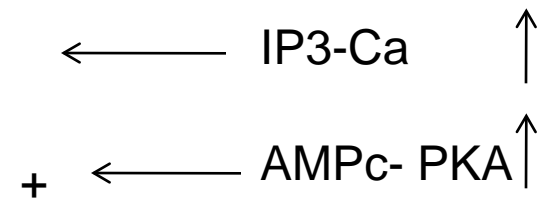
Depresia bipolară



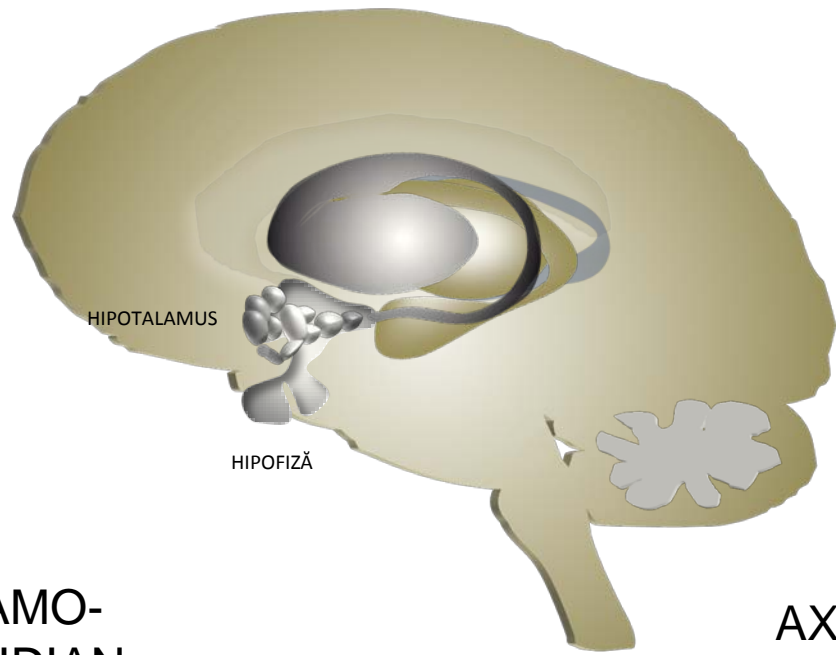
CICLURI RAPIDE  
EPISOADE MIXTE

- BDNF:  
SINAPTOGENEZĂ  
NEUROPLASTICITATE  
SUPRAVIEȚUIERE  
CELULARĂ

Manie



# ANOMALII ENDOCRINE



AXUL HIPOTALAMO-  
HIPOFIZO-TIROIDIAN  
neresponsiv la  
stimularea cu TRH

AXUL HIPOTALAMO-  
HIPOFIZO- CSR  
neresponsiv la inhibiția cu  
DEXAMETAZONĂ

# SINDROMUL DEPRESIV

- NIVEL INSTINCTIV
  - Izolare socială
  - Inapetență cu scădere ponderală
  - Apetit sexual diminuat
  - Diminuarea instinctului matern
  - Ideeație suicidară
- NIVEL AFECTIV
  - tristețe patologică
  - iritabilitate (+/-)
- NIVEL COGNITIV
  - Atenție: concentrarea atenției pe trecutul dureros
  - Percepție: percepție estompată
  - Memorie: fixarea și evocarea evenimentelor triste
  - Gândire: lentă, ideație cu conținut trist, pesimist, uneori idei delirante:
    - » delir de vinovăție, de inutilitate, de incapacitate,
    - » delir hipocondriac (cancer, sifilis SIDA),
    - » delir Cotard (negare, imortalitate, enormitate)

# SINDROMUL DEPRESIV

- NIVEL VOLIȚIONAL
  - deliberare îndelungată
  - demarare dificilă în act
- ASPECT neglijență vestimentară, culori închise
- VORBIREA
  - bradilalică, laconică, cu latență în răspunsuri,
  - șoptită
- EXPRESIVITATEA MIMICO- GESTUALĂ
  - Facies depresiv, postură depresivă,
- HIPOKINEZIE până la stupor (cu hipotonie)
- COMPORTAMENT
  - Inhibat
- SOMNUL
  - insomnie de trezire (ora 3-4 dimineața), coșmaruri
  - cu conținut morbid (morți,cimitire)

# SINDROMUL MANIACAL

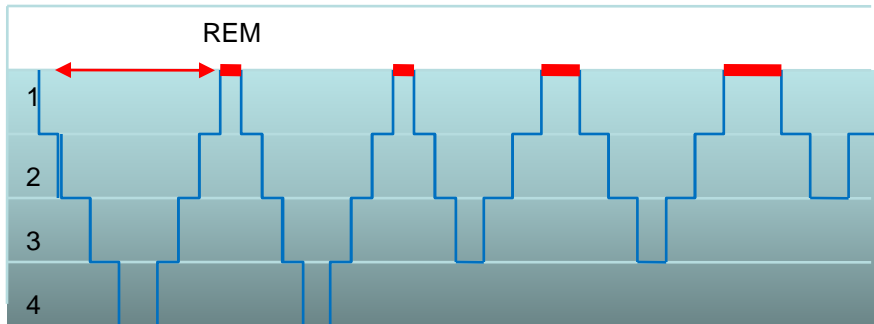
- NIVEL INSTINCTIV
  - sociabilitate crescută
  - bulimie
  - hipererotism
- NIVEL AFECTIV
  - bună dispoziție patologică
  - iritabilitate (+/-)
- NIVEL COGNITIV
  - Atenție: dispersă și mobilă
  - Percepție vie, pregnantă
  - Memorie: fixare dificilă, evocare ușoară
  - Gândire: flux ideativ accelerat până la fugă de idei, ideație cu conținut optimist, uneori delirant:
    - » delir megaloman (personalitate ilustră, filiație ilustră, omnipotență, omnisciență),
    - » delir de bogăție, delir mesianic, de reformă socială

# SINDROMUL MANIACAL

- NIVEL VOLIȚIONAL
  - deliberare pripită
  - lipsa perseverenței în act
- ASPECT
  - extravagant cu fardare, podoabe în exces culori vii
- VORBIREA
  - tahilalie, logoree, exprimare telegrafică
  - aparent incoerentă (în cazul fugii de idei),
  - pe ton ridicat
- EXPRESIVITATEA MIMICO-GESTUALĂ
  - hiperexpresivitate mimico – gestuală
- HIPERKINEZIE până la agitație
- COMPORTAMENT
  - expansiv,
  - decenzurat
- SOMNUL
  - Nevoie redusă de somn (de ex. 3 ore de somn pe noapte) fără a simți oboseală a doua zi

# DEPRESIA ȘI TULBURĂRILE DE SOMN

STARE DE VEGHE



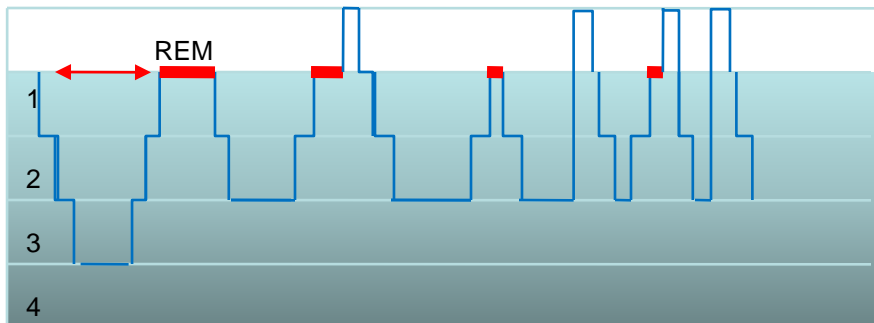
**NORMAL:**

Latența REM: 90 min

Somnul REM predomină în a doua jumătate a nopții

Somnul nonREM are 4 stadii de profunzime

STARE DE VEGHE



**DEPRESIE:**

Scade latența REM: 60 min

Scade durata REM spre a doua jumătate a nopții

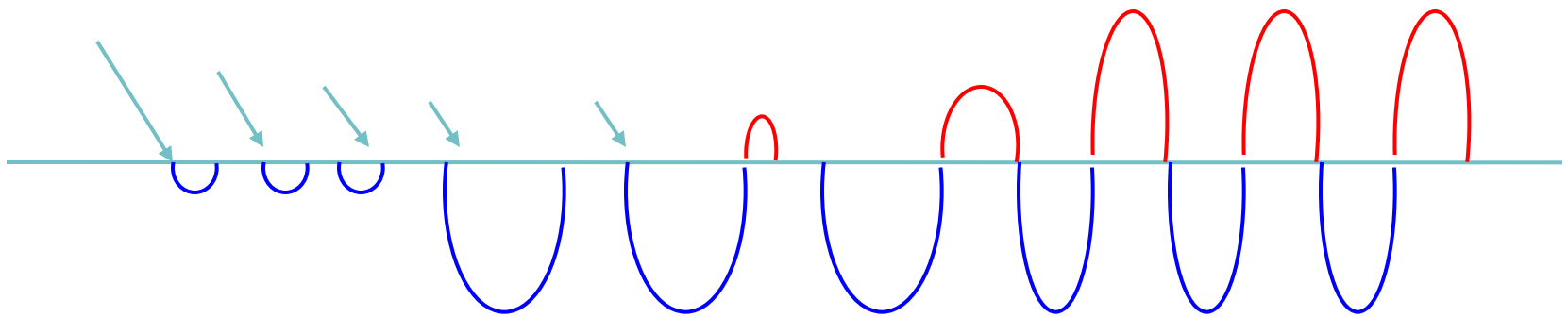
Scade profunzimea somnului nonREM

Insomnie de trezire

# FENOMENUL DE KINDLING (“APRINDERE”)

KINDLING= fenomenul prin care după stimularea subliminală repetată a creierului, se produc crize epileptice. Acest fenomen explică de ce antiepilepticele (carbamazepina) sunt folosite ca stabilizatori ai afectivității

stress psiho-social



Episoade  
subdepressive

Episoade  
depressive

Episoade  
hipomaniacale

Cicluri rapide  
cu debut spontan

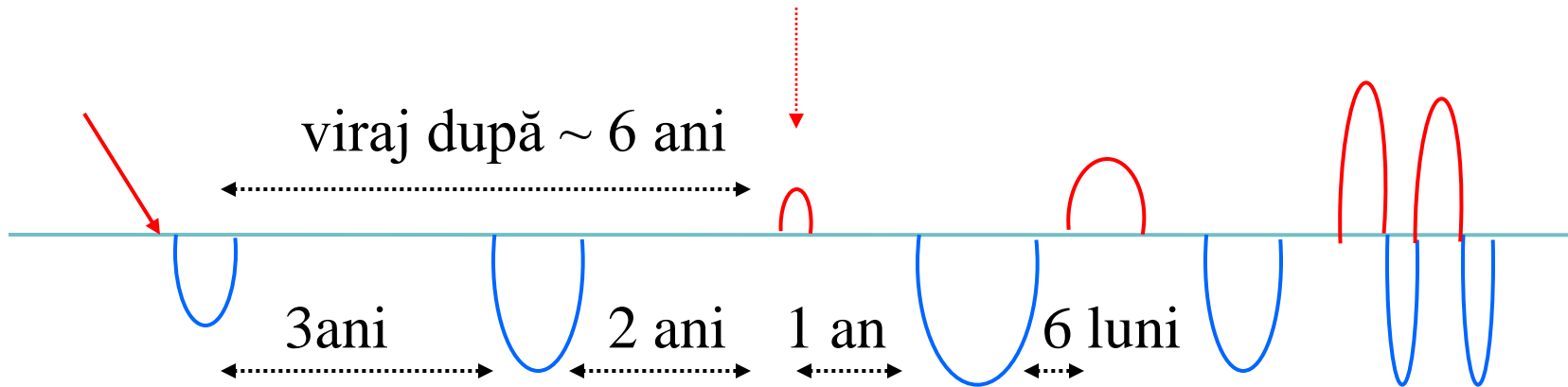
În evoluție episoadele tind să apară după stresori din ce în ce mai slabi ce sensibilizează sistemul limbic ducând în final la episoade ce apar spontan

# EVOLUȚIA NATURALĂ A TULBURĂRII AFECTIVE BIPOLARE (TAB)

La 50% din bipolari  
boala debutează cu  
episoade depresive

diagnosticare  
cu TAB

20% din  
bipolari  
prezintă  
cicluri rapide



Debut la orice vârstă dar  
Vârsta medie de debut a  
scăzut de la 30 la 19 ani  
femei/bărbați: 1/1

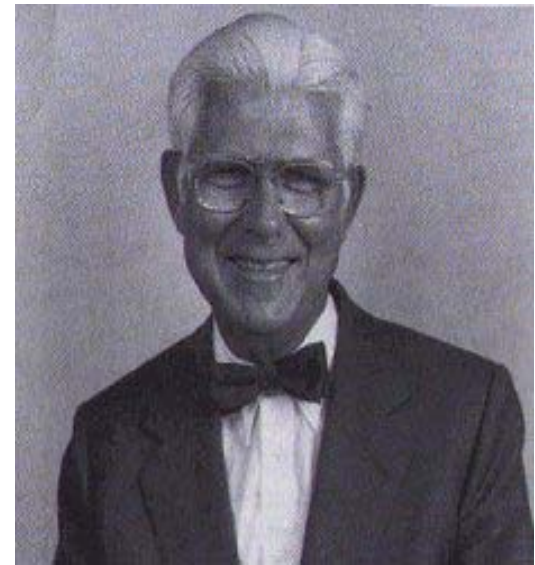
Intervalul dintre episoade se  
scurtează în cursul evoluției bolii,  
ca apoi să devină fix (6-9 luni)  
Episoade depresive tot mai frecvente

# DISTORSIUNILE COGNITIVE

BECK a descris triada cognitivă din depresie:

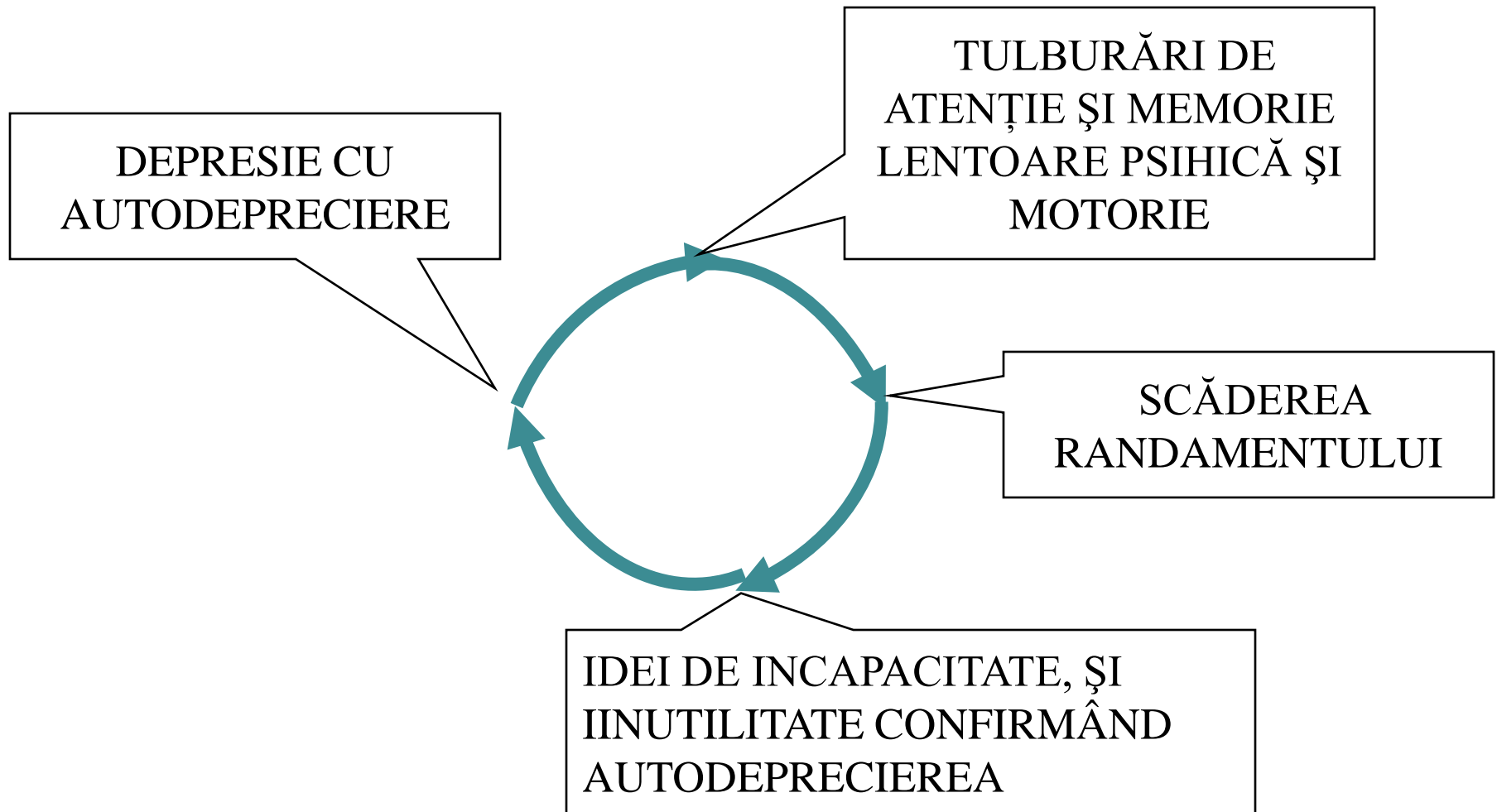
1. Autodevalorizare
2. Interpretarea negativă a evenimentelor de viață
3. Expectanță negativă în ceea ce privește viitorul

Nu se poate stabili cu certitudine dacă gândirea negativă despre sine, lume și viitor precede sau e urmarea depresiei



A. Beck

# DISTORSIUNILE DE GÂNDIRE ȘI CERCUL VICIOS DIN DEPRESIE



# PERSONALITATEA PREMORBIDĂ

Typus melancholicus (Tellenbach) ----- depresie

Personalitatea ciclotimă -----tulburarea bipolară

Tulburări de personalitate predispuse spre depresie:

- TP anankastă
- TP dependentă

# TULBURĂRI AFECTIVE PERIODICE ETIOPATOGENIE- SINTEZĂ

PRENATALI

POSTNATALI

MATURITATE

COPIILĂRIE



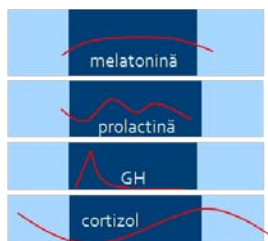
BOALĂ

VULNERABILITATE  
GENETICĂ (DZ >MZ)

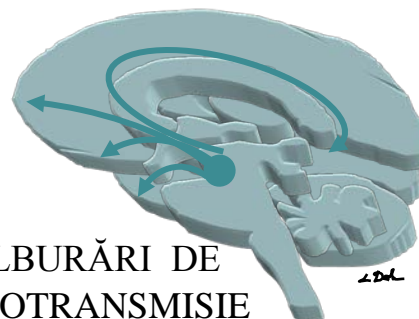
+ PIERDEREA MAMEI LA  
O VÂRSTĂ < 10 ANI

+ LIPSA UNUI LOC DE MUNCĂ  
ÎNGRIJIREA MAI MULTOR  
COPII MICI

VULNERABILITATE PERSONOLOGICĂ



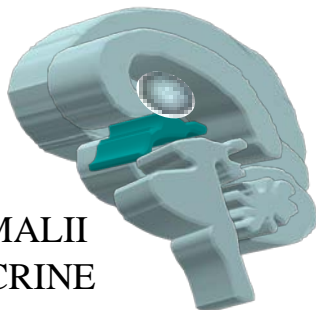
IPOTEZE CRONOBIOLOGICE



TULBURĂRI DE  
NEUROTRANSMISIE



TUMORI CEREBRALE (MANIE)  
BOALĂ PARKINSON (DEPRESIE)

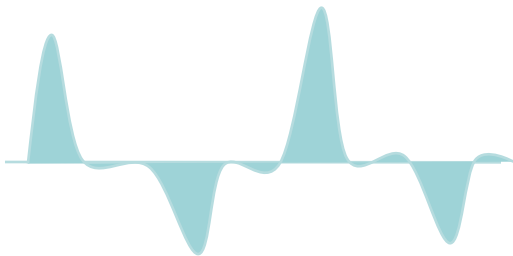
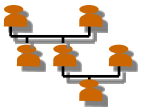
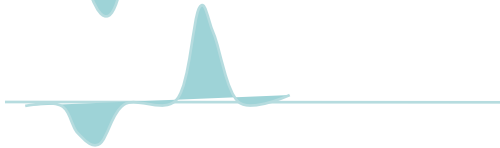
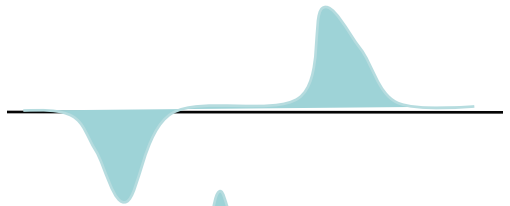


ANOMALII  
ENDOCRINE

MEDICAȚIE CE DEPRIMĂ SNC:

- Antihipertensive centrale
- prednison

# TAB: FORME CLINICE



- Tulburare afectivă bipolară
  - Tip I: episoade maniacale și depresive
  - Tip II: episoade hipomaniacale și depresive
  - Tip III: antecedente heredo - colaterale de TAB
- Tulburare afectivă bipolară cu cicluri rapide (cel puțin 4 pe an)

# TIPURI DE EPISOD

- Episod hipomaniacal
  - Nu necesită internare
- Episod maniacal:
  - Necesită internare
  - Cu sau fără simptome psihotice congruente sau nu
  - Cu sau fără agitație psiho-motorie
- Episod depresiv:
  - Ușor (cu/fără simpt somatice)
  - Mediu (cu/fără simpt somatice sau anxietate)
  - Sever (stupor, risc suicidar, simptome psihotice congruente sau incongruente (delir paranoid, halucinații))
- Episod mixt (simptome maniacale și depresive prezente simultan)

# COMPLICAȚII

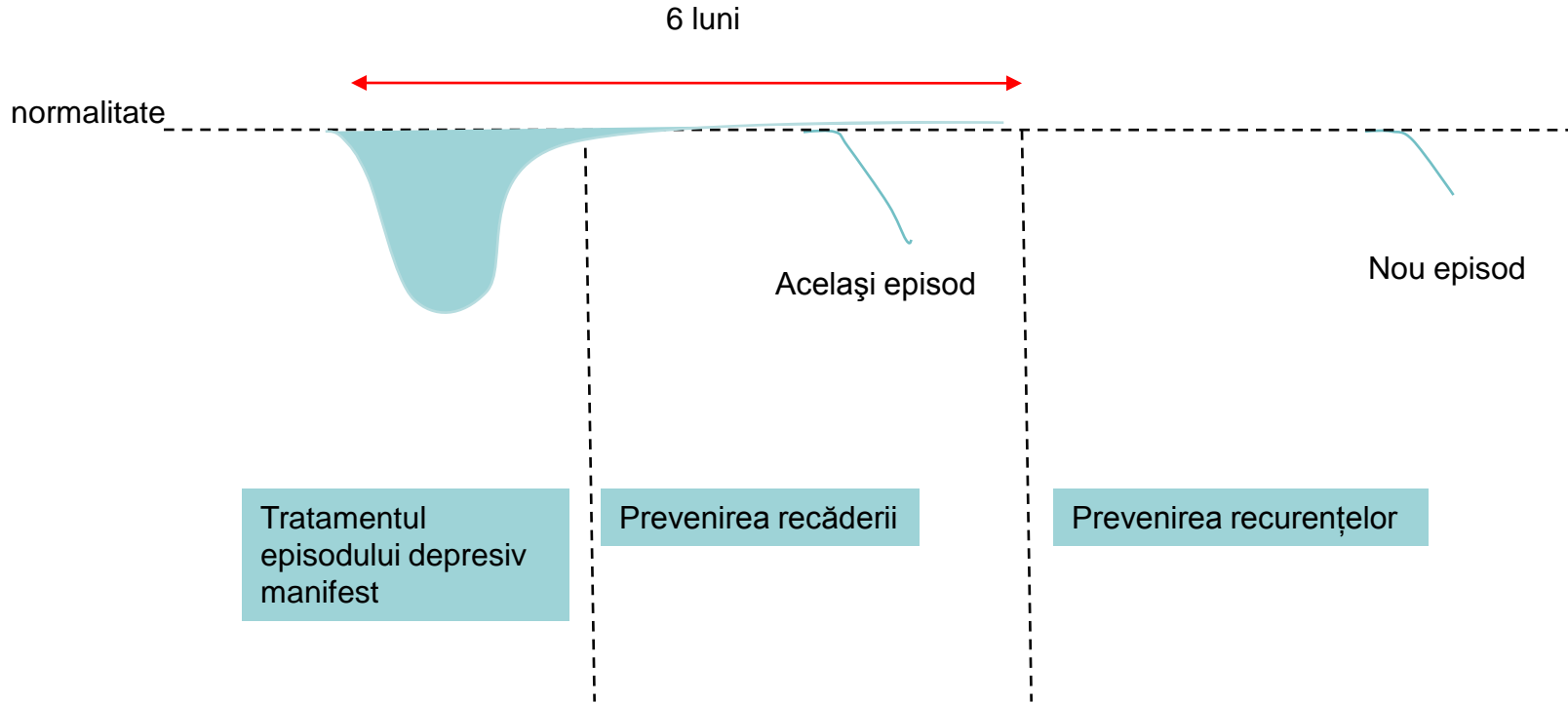
MORBIDITATE ȘI MORTALITATE crescute în cazul depresiei  
(mortalitate mai mare la cardiaci sau la cei care au suferit accidente  
vasculare cerebrale dacă sunt depresivi)

ADDICȚIE: 25% dintre depresivii monopolari  
50% dintre bipolarari

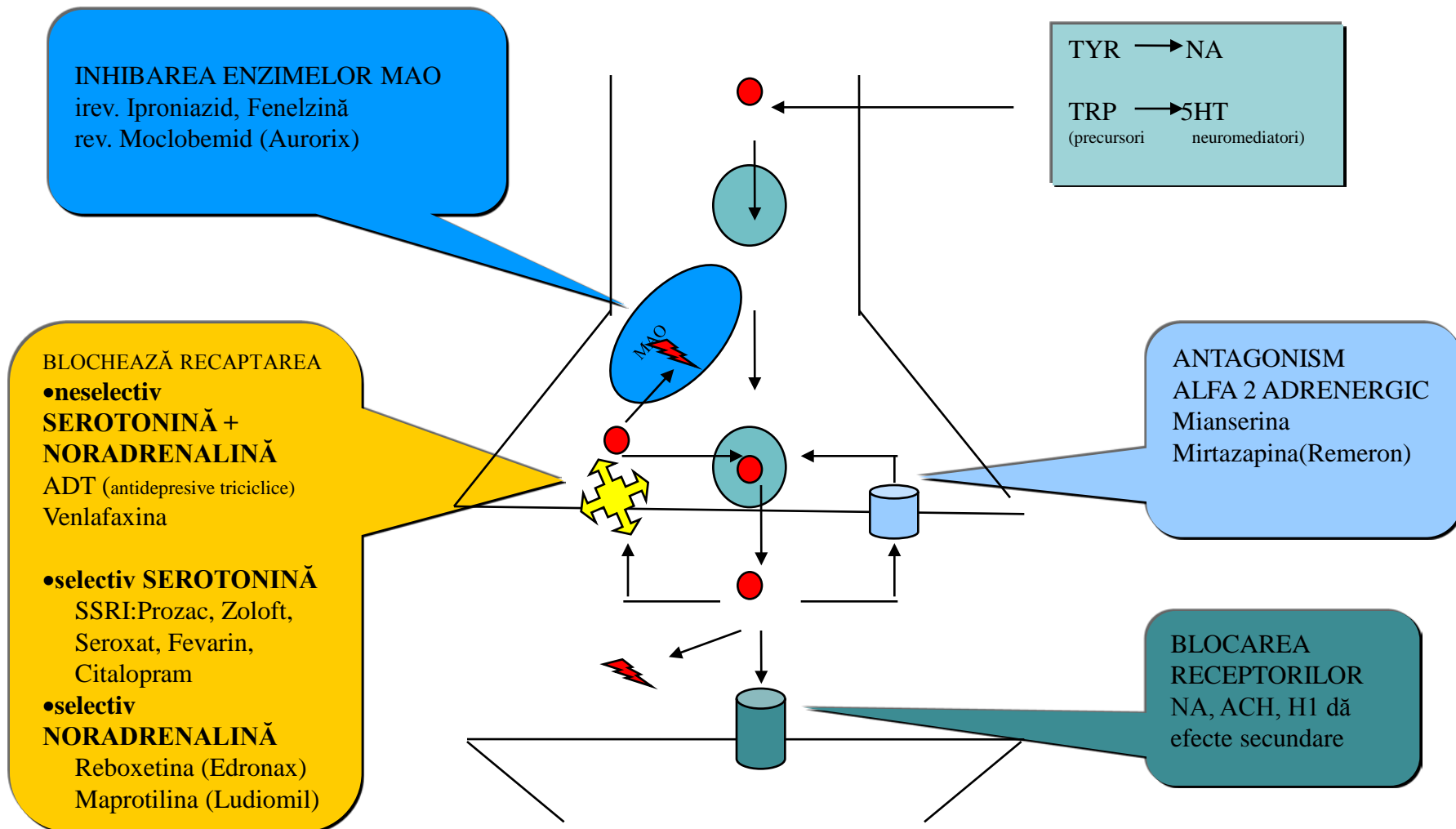
SUICID: 15% dintre depresivi, păstrarea familiei  
risc mai mare în cazul tulburării bipolare comparativ cu  
tulburarea monopolar depresivă, destrămarea familiei

# DURATA TRATAMENTULUI ÎN DEPRESIE

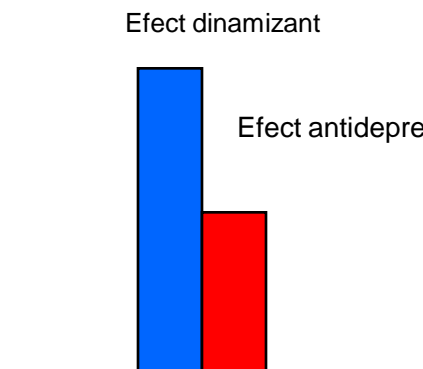
Pentru a preveni recăderea și recurența tratamentul cu antidepresive trebuie continuat cel puțin 6 luni, până la 2 ani, uneori mai mult



# ANTIDEPRESIVELE- MECANISME DE ACȚIUNE



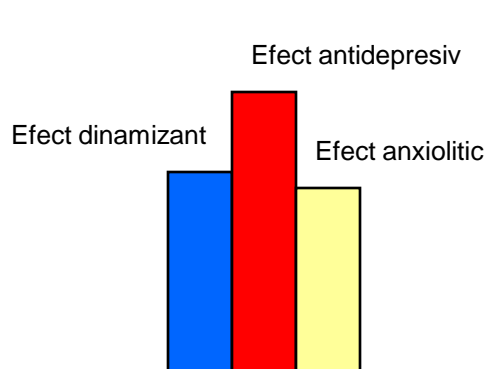
# CLASIFICAREA ANTIDEPRESIVELOR



## i. MAO

ireversibile  
IPRONIAZID  
IZONIAZIDA  
FENELZINA  
reversibile  
MOCLOBEMID

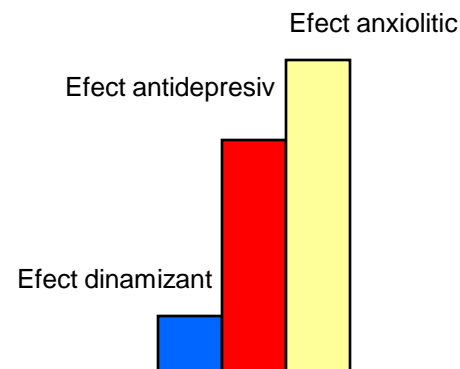
Multiple contraindicații !  
Nu se asociază cu alte antidepresive



## TIMOANALEPTICE (antidepresive de zi)

Triciclice:  
IMIPRAMINĂ  
CLOMIPRAMINĂ  
NORTRIPTILINĂ  
Tetraciclice  
MAPROTILINA

indicații:  
depresia inhibată  
depresia cu atacuri de panică



## TIMOLEPTICE (antidepresive de seară)

Triciclice:  
AMITRIPTILINĂ (75-150-200 mg/zi)  
TRIMIPRAMINĂ  
DOXEPIN  
Tetraciclice  
MIANSERINA (30-60 mg/zi)  
Alte:  
TRAZODON (300-600 mg/zi)  
TIANEPTINĂ

indicații:  
depresia cu anxietate

# REGULI DE PRESCRIERE A MEDICAȚIEI ANTIDEPRESIVE

1. Alegerea antidepresivului va ține cont de:

- Forma clinică (depresie inhibată, anxioasă, iritabilă)
- Tulburarea de fond (tulburare monopolar depresivă sau bipolară: la bipolari se preferă antidepresive de tip SSRI)
- Comorbiditatea psihiatrică (atacuri de panică, fobii, obsesii)
- Comorbiditatea somatică (cardio-vasculară, hepatică, neurologică)
- Vârsta
- Factori socio-economici

2. Se preferă MONOTERAPIA cu antidepresive (altfel se însumează efectele secundare)

Se pot adăuga la antidepresiv: anxiolitice, hipnotice, antipsihotice de nouă generație (olanzapină, risperidonă)-în caz de simptome psihotice

De multe ori e utilă asocierea stabilizatorilor timici (pentru a preveni virajul maniacal sub antidepresivele triciclice mai ales)

3. Dozele se cresc progresiv în funcție de toleranță, se mențin la doza terapeutică și apoi se scad progresiv.

Schimbarea antidepresivului se face după 4 săptămâni de lipsă de răspuns la tratament. Înlocuirea se va face după ce primul antidepresiv s-a eliminat din organism

# INHIBITORII SELECTIVI AI RECAPTĂRII SEROTONINEI (SSRI)

Mecanismul de acțiune este reprezentat blocarea recaptării serotoninei.

Preparate:

- fluoxetină (PROZAC)- doze terapeutice 20-40 mg/zi
- Sertralină (ZOLOFT) – doze terapeutice 50-200 mg/zi
- Fluvoxamină (FEVARIN)- doze terapeutice 100-200 mg/zi
- Paroxetină (SEROXAT)- doze terapeutice 20-50 mg/zi
- Citalopram - doze terapeutice 20-60 mg/zi
- Escitalopram (CIPRALEX) – doze terapeutice 10-20 mg/zi

Sunt utile și în: atacurile de panică, fobia socială, tulburările obsesiv-compulsive, bulimie

Efecte secundare:

- anxietate, neliniște până la agitație, insomnie
- Tremor, mioclonii nocturne, akatizie
- Anorexie, grețuri, vărsături diaree
- Cefalele
- Disfuncție sexuală
- Sindrom serotoninergic major :  
diaree, neliniște, tremor, ataxie, mioclonii, convulsii, febră, confuzie, comă

# SINDROMUL CHINIDINIC (proaritmie)

## FACTORI DE RISC:

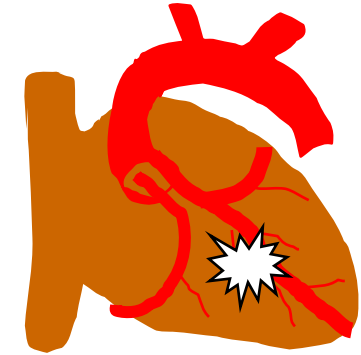
- QTc lung congenital
- Boli cardiace
- Medicație ce alungește QT
- Dezechilibre hidro-electrolitice

↓  
QTc lung :  
Femei > 470  
Bărbați > 450

Stimul simpatic (ESV)



fenomenul R/T



Torsada vârfurilor



# TRATAMENTUL ÎN MANIE

- Antipsihotic:
  - Convențional Haloperidol (efect antipsihotic și antimaniacal) + anticolinergic (efect de prevenire a reacțiilor extrapiramidale)
  - Atipic (efect antipsihotic, antimaniacal și stabilizator afectiv)
- Stabilizator timic:
  - Valproat
  - Carbamazepină
  - Săruri de litiu
- Benzodiazepină (efect sedativ)
- Hipnotic

POMPĂ DE RECAPTARE





CANAL DE Na  
VOLTAJ  
DEPENDENT

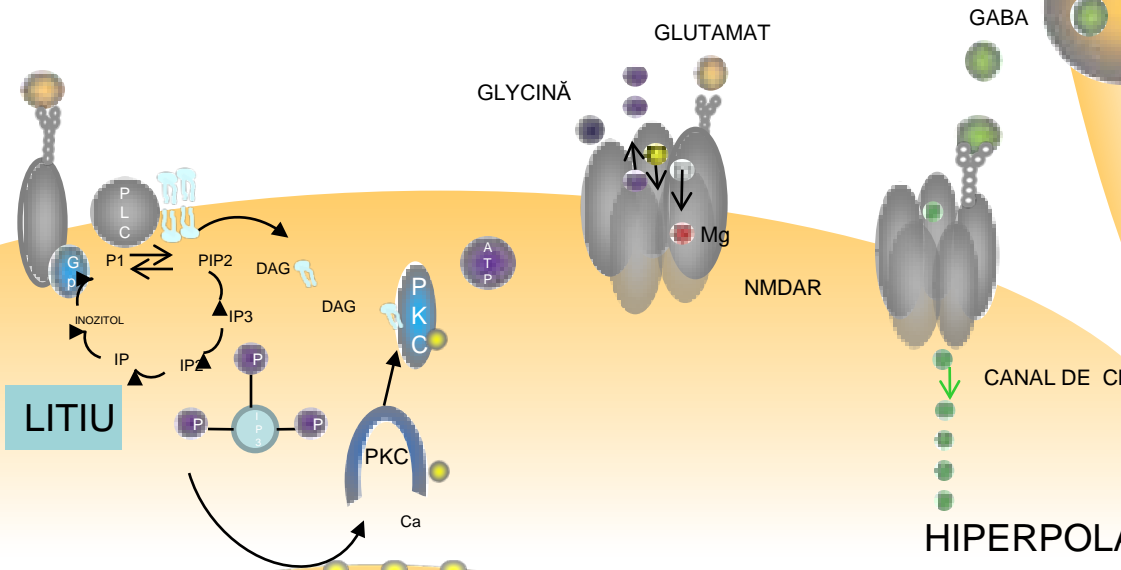
RECEPTOR PRESINAPTIC

**CARBAMAZEPINĂ  
LAMOTRIGINĂ  
VALPROAT**

Prin inhibarea canalelor de Na voltaj dependente inhibă eliberarea de glutamat în fanta sinaptică, împiedicând depolarizarea neuronului postsinaptic

ION:

- Ca 
- Na 
- K 
- Cl 



**LITIU**

**VALPROAT**

Stimularea neuronilor GABA

HIPERPOLARIZARE

Stabilizarea potențialului membranar de repaus și hipoexcitabilitate celulară

*L. Del*

# PRINCIPALII STABILIZATORI TIMICI

CARBONAT DE LITIU	CARBAMAZEPINĂ	VALPROAT
<p><b>doze</b></p> <p>Dozele trebuie să atingă o concentrație plasmatică de:</p> <p>1-1,2 mEq/l – în manie</p> <p>0,6-0,8mEq/l- pt.întreținere</p>	<p>Doza în manie: 600-2400 mg/zi</p> <p>Doza întreținere: 600-1800 mg/zi</p>	<p>Doza în manie: 20mg/Kg/zi</p> <p>Doza întreținere: 600-2400 mg/zi</p>
<p><b>Efecte secundare:</b></p> <p>Tremor, ataxie, crize comițiale, greață, vărsături</p> <p>Hipotiroidie cu creștere ponderală, tulburări mnestice</p> <p>Diabet insipid</p>	<p>Leucopenie</p> <p>Ataxie</p> <p>Sedare</p> <p>Interacțiuni medicamentoase</p>	<p>Dispepsie</p> <p>Trombocitopenie</p> <p>Creșterea transaminazelor</p>
<p><b>Analize de laborator:</b></p> <p>Concentrația plasmatică a Li</p> <p>Hormoni tiroidieni</p> <p>Funcția renală</p>	<p>Hemoleucogramă</p>	<p>Hemoleucogramă</p> <p>Funcția hepatică</p>

# PSIHOTERAPII

## PSIHOTERAPIA COGNITIVĂ

- are ca scop schimbare distorsiunilor cognitive (atitudini preconștiente distorsionate) moștenite din copilărie, implementate în cursul biografiei și care predispun la o stimă de sine scăzută, subevaluarea propriilor realizări și supraevaluarea celor realizate de alții

TERAPIA INTERPERSONALĂ (potențiază abilitățile de relaționare a subiectului cu alții)

TERAPIA FAMILIALĂ care modelează relațiile cu familia

LOGOTERAPIA (găsirea unui rost, sens existențial)

# ALTE TRATAMENTE

ELECTROȘOCUL- în formele stuporoase sau rezistente la tratament

EXPUNEREA LA LUMINĂ STRĂLUCITOARE mai multe ore pe zi, în cazul depresiilor sezoniere

DEPRIVAREA DE SOMN una sau mai multe zile din săptămână: se intervine asupra tulburărilor de bioritm

MELOTERAPIA

# TOXICOMANIILE



# ALCOOLISMUL ACUT ȘI CRONIC

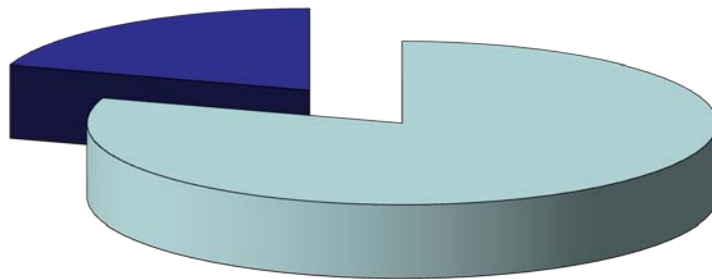


# GENERALITĂȚI

## TIPUL CONSUMULUI DE ALCOOL:

- Consum experimental: testarea efectului diverselor tipuri de băutură și a rezistenței la alcool
- Consum integrat social: consum ce ține cont de normele social-culturale
- Consum abuziv (nociv pentru sănătate): intoxicații alcoolice repetate în ciuda problemelor provocate de alcool:
  - Deteriorare a sănătății
  - Accidente sau conflicte la locul de muncă
  - Conflicte în familie
  - Conflicte cu organele de ordine
- Dependența alcoolică: consum cronic, în doze progresiv crescânde și cu progresie spre băuturi cu conținut alcoolic ridicat

# ALCOOLISMUL MALADIV ȘI CONSUMULUI SOCIAL INTEGRAT DE BĂUTURI ALCOOLIZATE



consum în funcție de  
normele  
sociale, culturale

□ **consum integrat  
social**

■ **alcoolism maladiv**

# EPIDEMIOLOGIE

În trecut:

Bărbați/femei: 10/1 ,

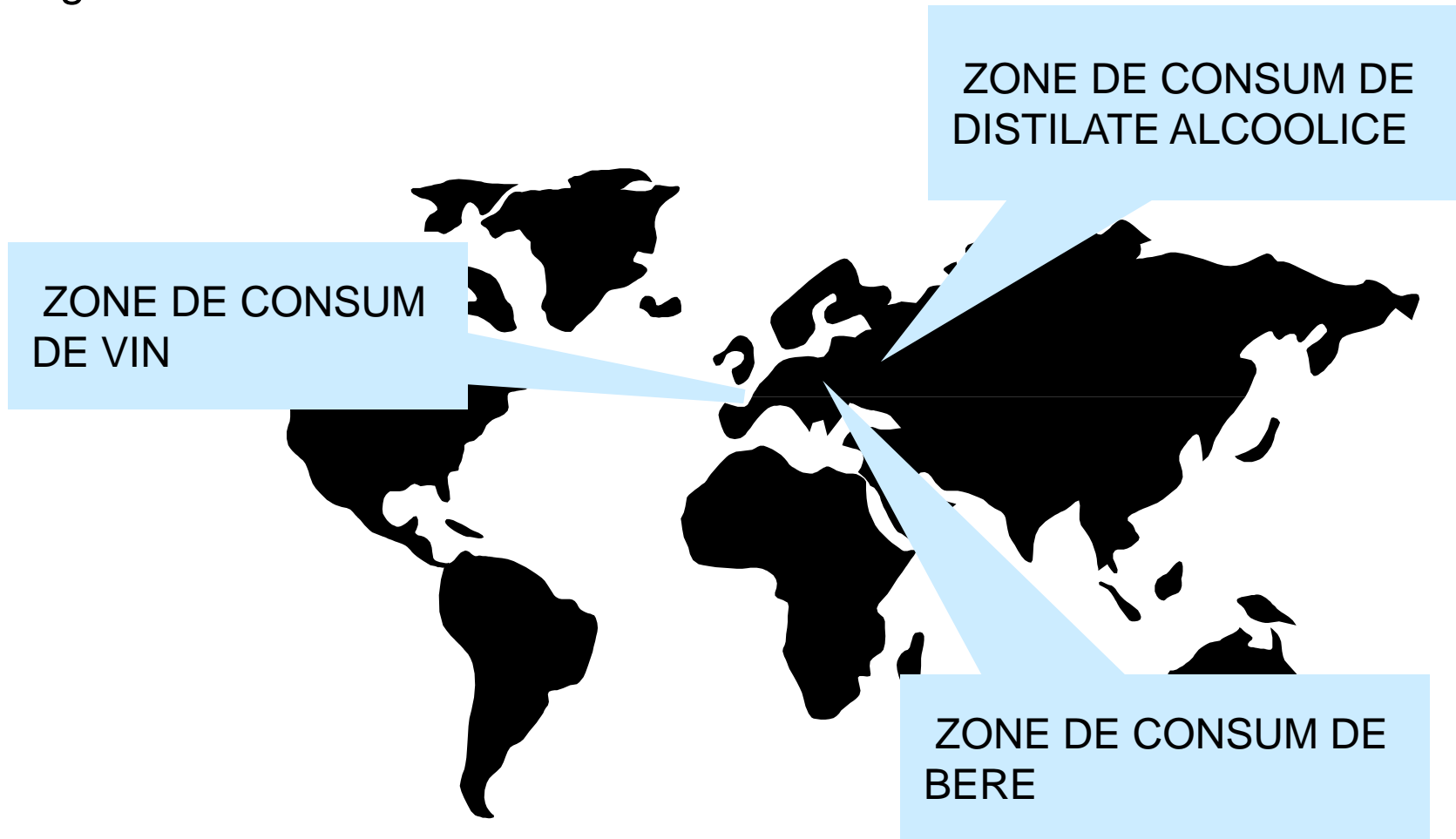
Vârsta de debut a consumului: adult

În prezent:

Bărbați/femei: 4/1

Vârsta de debut a consumului: adolescență

Tradițional au existat zone de consum de vin, bere, distilate alcoolice. În prezent consumul este nediferențiat în toate regiunile globului



# EXISTĂ DIFERENȚE ÎNTRE ȚĂRI, ÎN CEEA CE PRIVEȘTE CONSUMUL PE CAP DE LOCUITOR



au existat/există încercări de prohibiție totală sau parțială, cu rezultate limitate

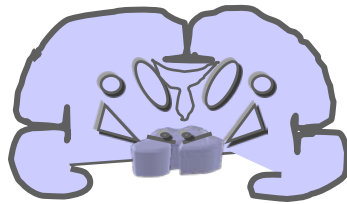
cea mai serioasă este prohibiția RELIGIOASĂ

# CIRCUITUL ALCOOLULUI ÎN ORGANISM

## DISTRIBUȚIE:

Alcoolul se răspândește în organism în toate țesuturile, inclusiv la nivelul neuronilor

ALCOOLEMIA este un indice al nivelului alcoolului în țesuturi



## ELIMINARE

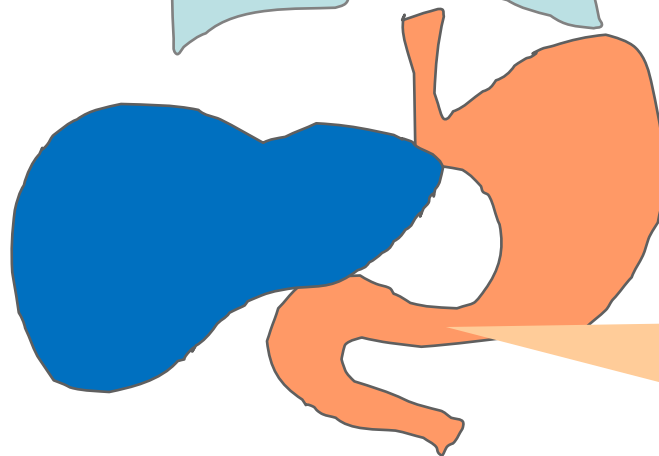
Alcoolul se elimină prin:  
respirație  
transpirație  
urină  
fecale

ACETALDEHIDA este mai toxică decât alcoolul când se acumulează. La nivelul alveolelor pulmonare se evaporă și este expirată (proba cu încălzirea fiolei)



## METABOLISM: ( în ficat )

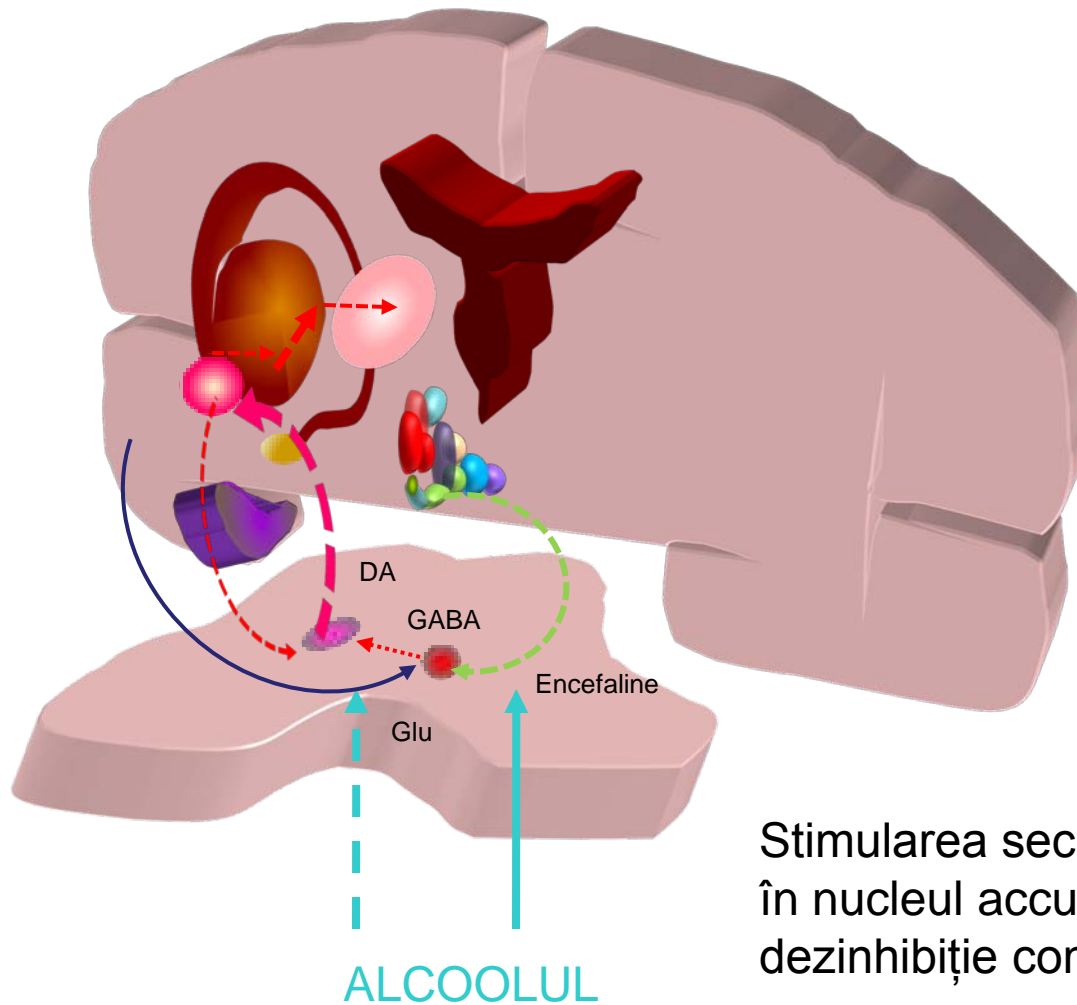
ALCOOL  
↓  
Alcool dehidrogenaza  
ACETALDEHIDĂ  
↓  
Acetaldehid dehidrogenaza  
ACETAT



## ABSORBȚIE:

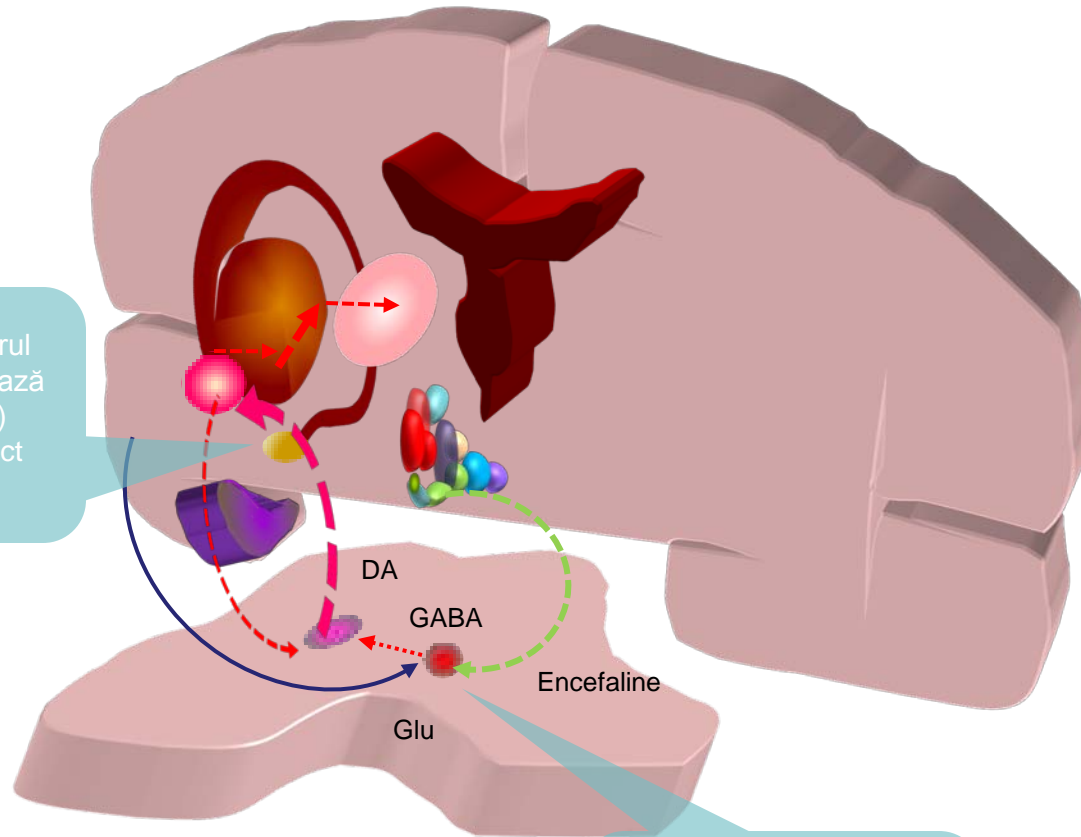
predominant în duoden și jejun  
în stomac pentru băuturile carbo-gazoase (șampania)  
Absorbția e mai LENTĂ în prezența alimentelor sau dacă băutura e foarte concentrată în alcool

# ALCOOLUL EFECT INIȚIAL



Stimularea secreției de dopamină  
în nucleul accumbens cu  
dezinhibiție comportamentală

# EFECTELE ALCOOLULUI ASUPRA NEURONILOR GABA ȘI GLU

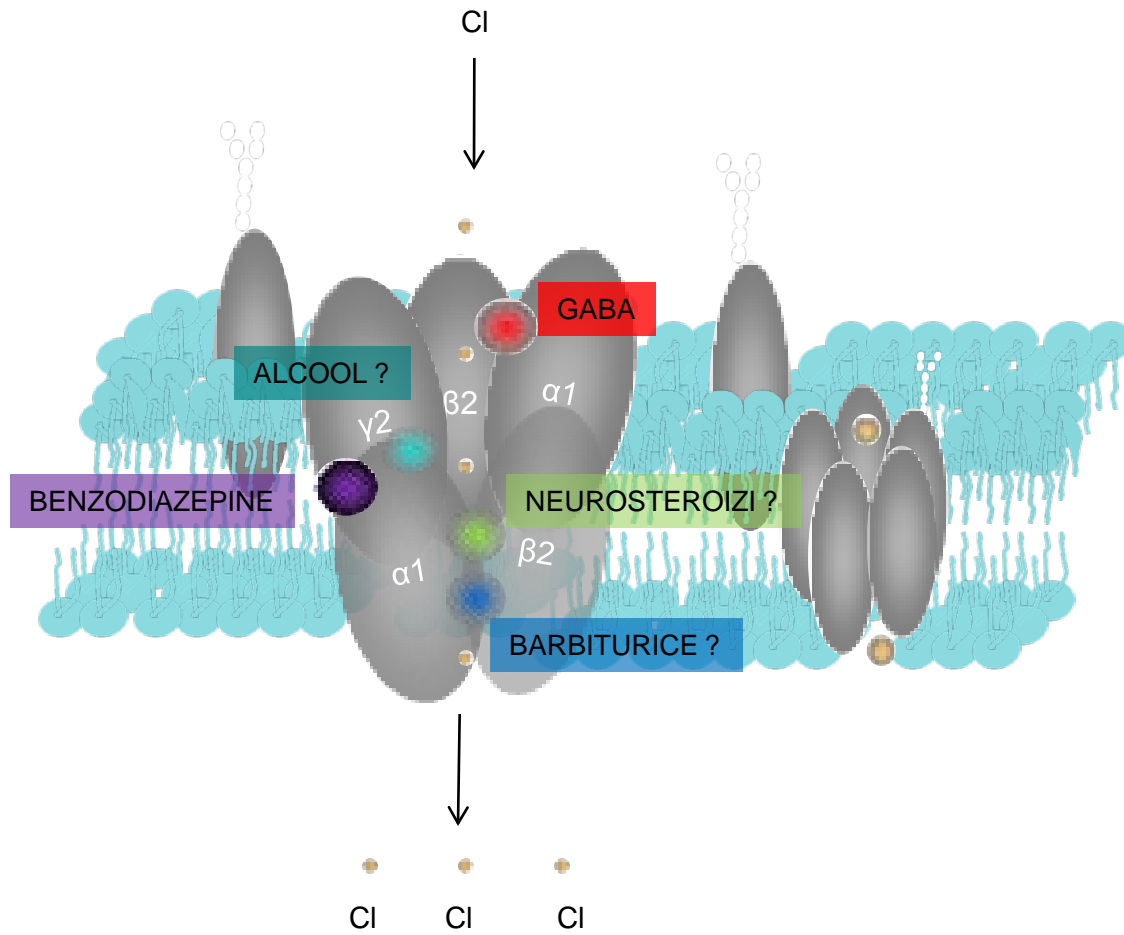


În AMIGDALĂ (centrul fricii) alcoolul stimulează indirect (prin CRH) neuronii GABA: efect sedativ

În ARIA TEGMENTALĂ VENTRALĂ, alcoolul inhibă indirect neuronii GABA: efect de dezinhibiție prin creșterea dopaminei

L. Delu

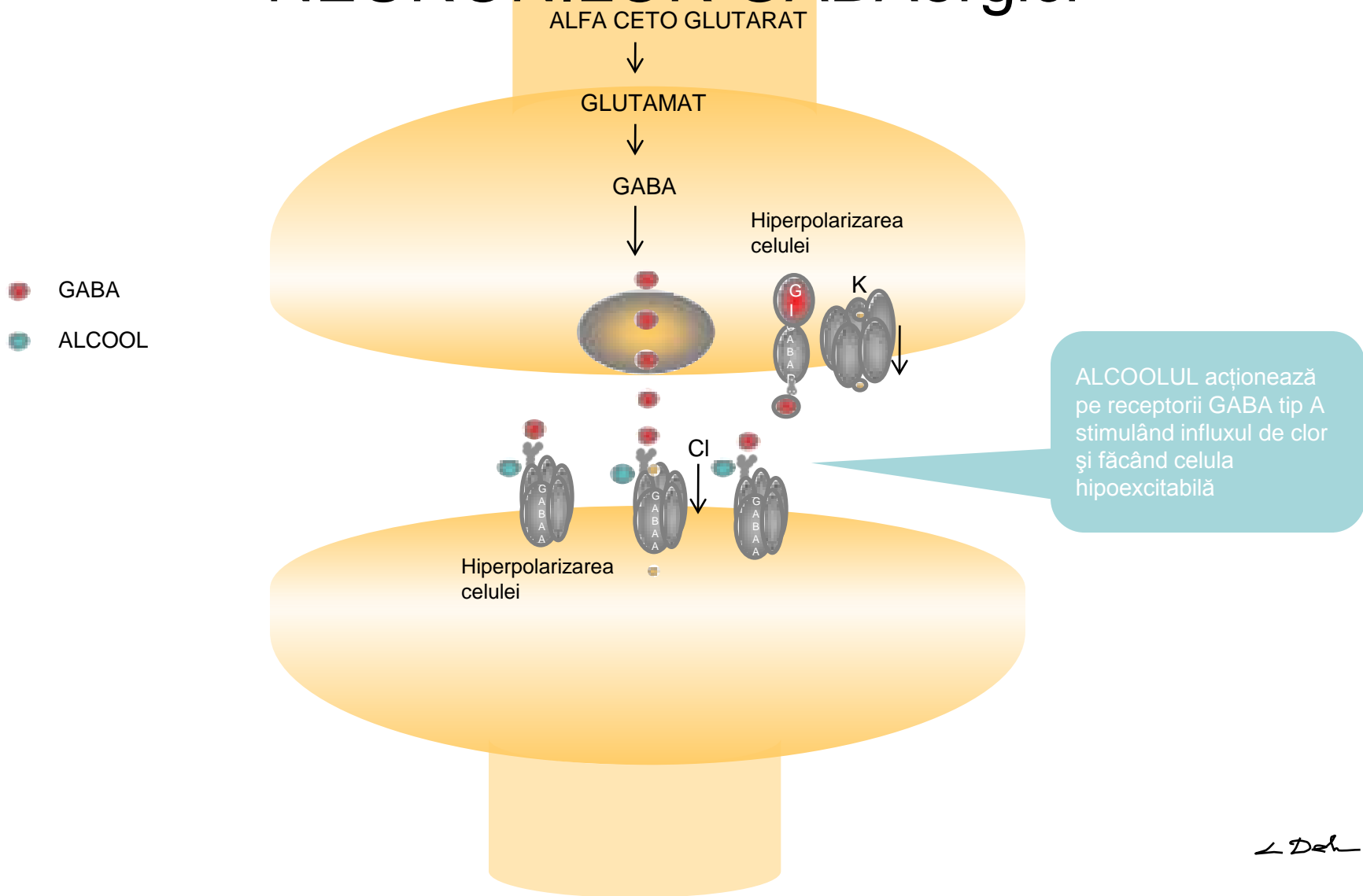
# RECEPTORUL GABA A



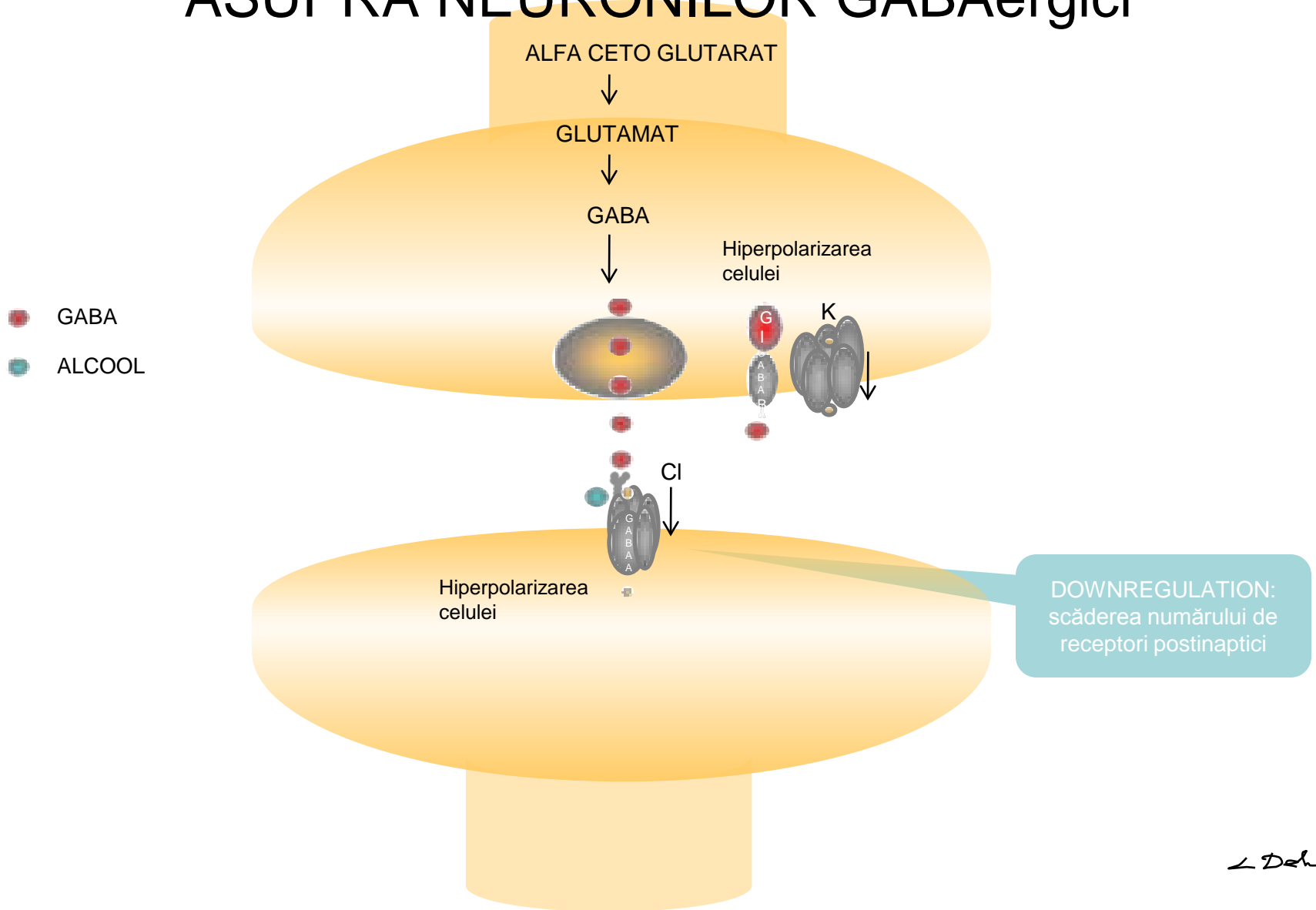
HIPERPOLARIZAREA CELULEI (HIPOEXCITABILITATE)

L. Delu

# EFFECTUL ALCOOLULUI ASUPRA NEURONILOR GABAergic

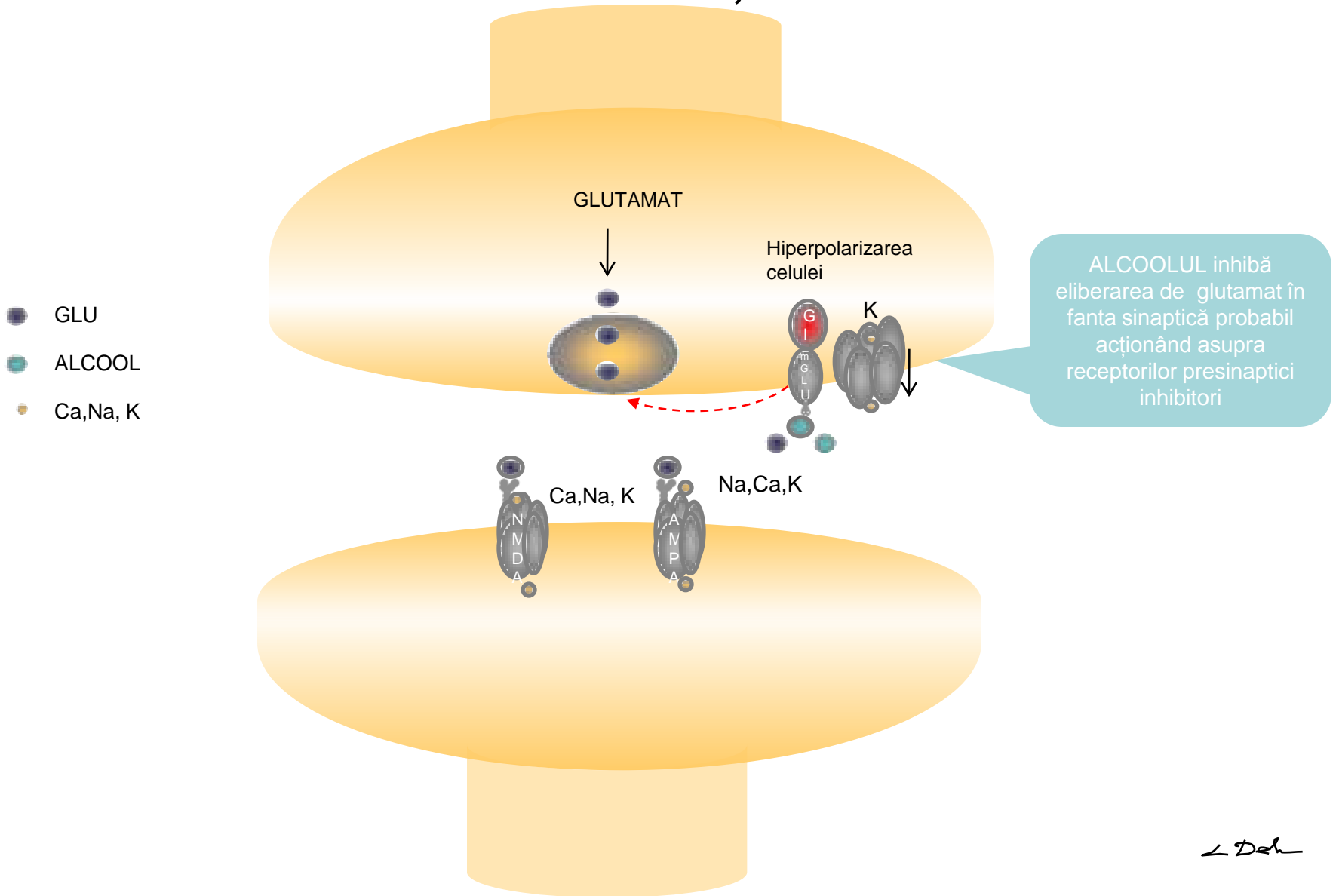


# EFECTUL CONSUMULUI CRONIC DE ALCOOL ASUPRA NEURONILOR GABAergicici



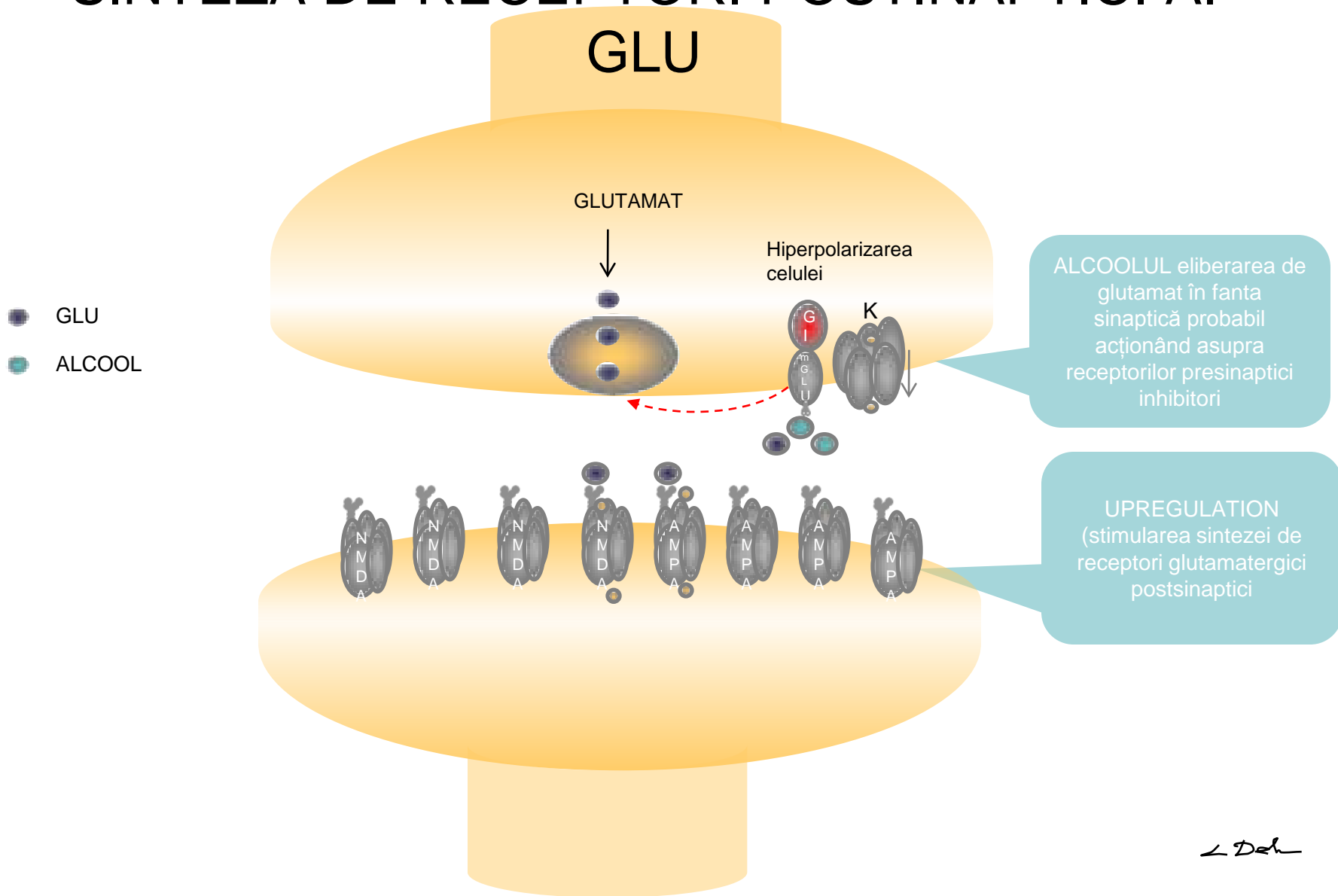
L. Delu

# EFECTELE INTOXICAȚIEI ALCOOLICE



L. Delu

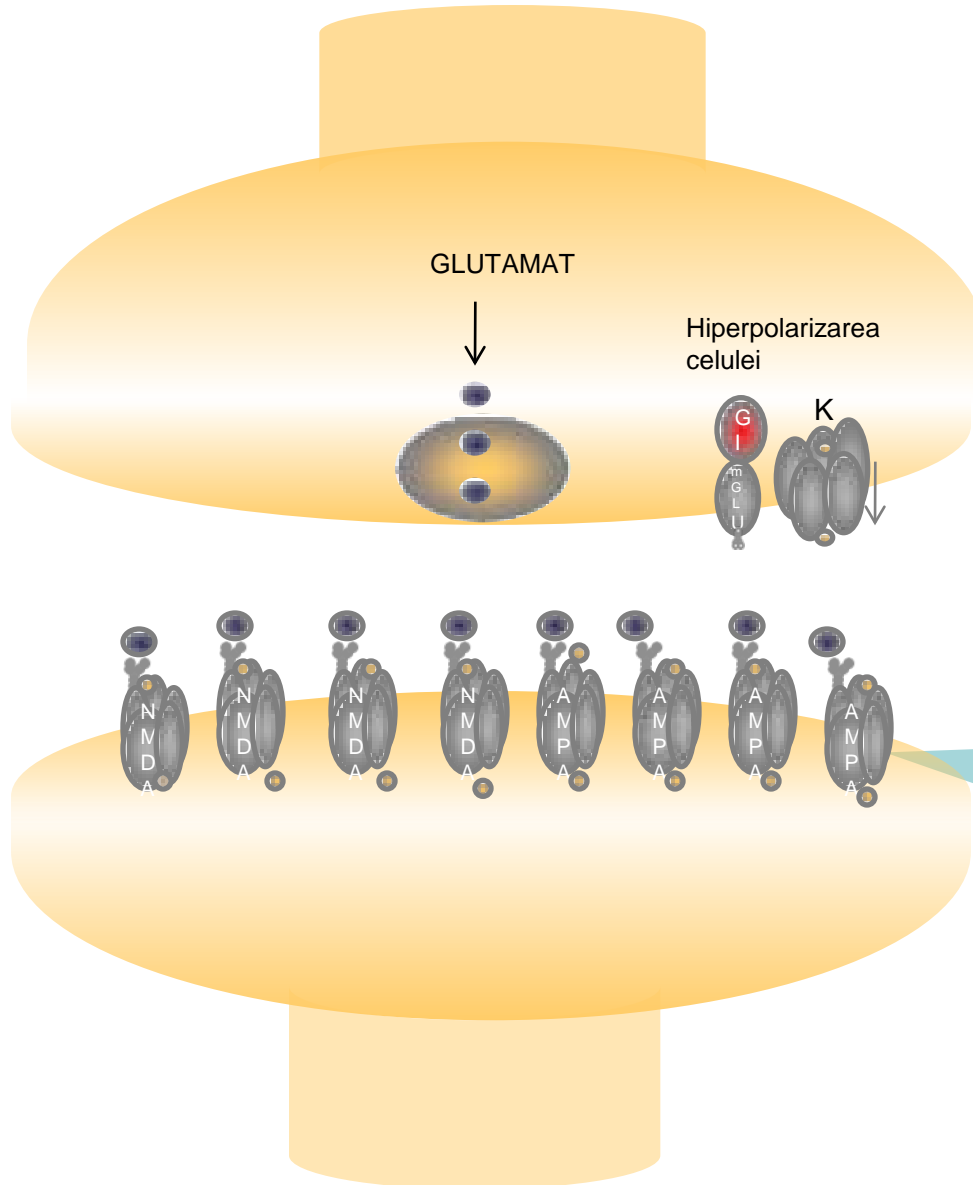
# INHIBAREA ELIBERĂRII DE GLU VA STIMULA SINTEZA DE RECEPTORI POSTINAPTICI AI



L. Delu

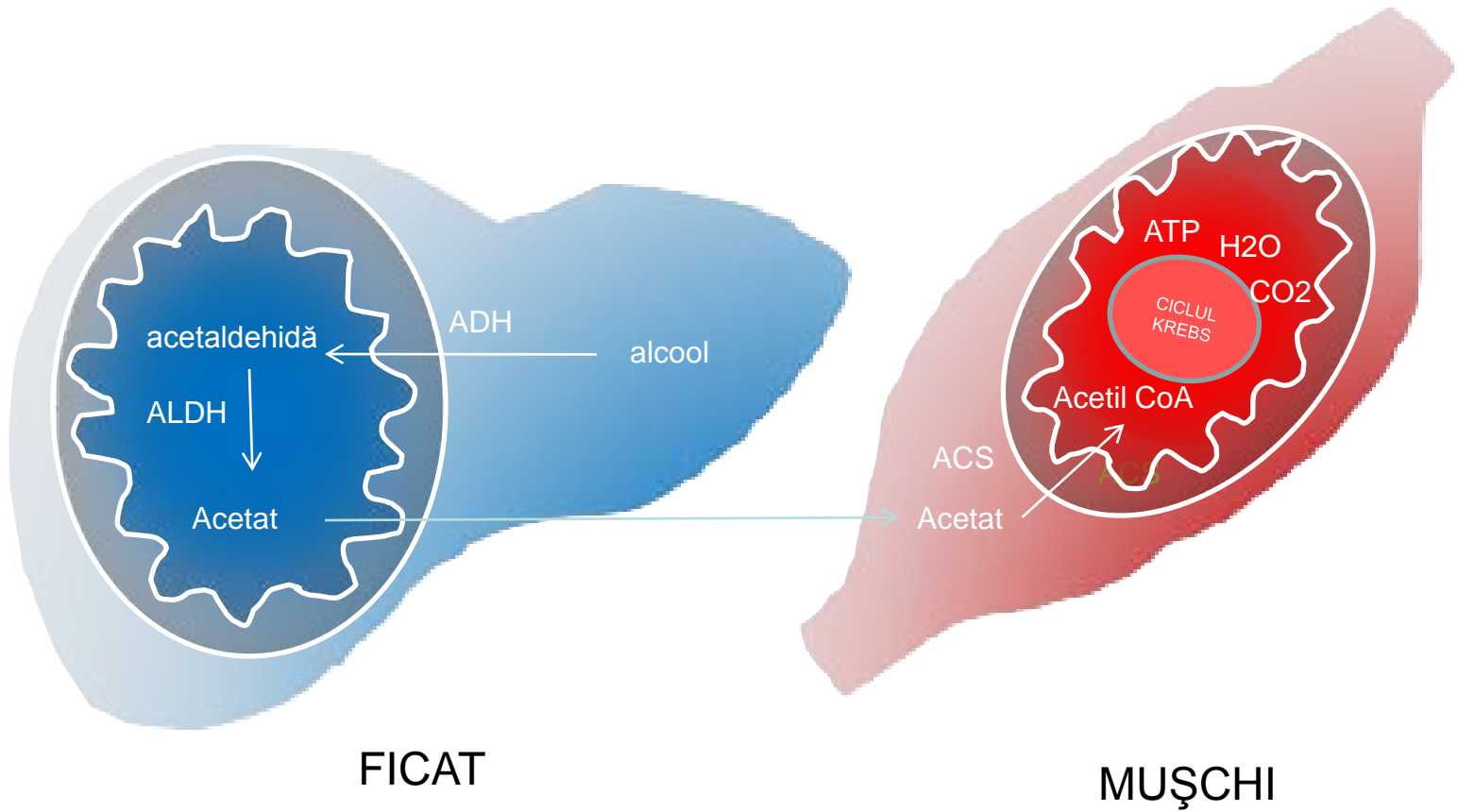
# SEVRAJUL ALCOOLIC

- GLU
- ALCOOL

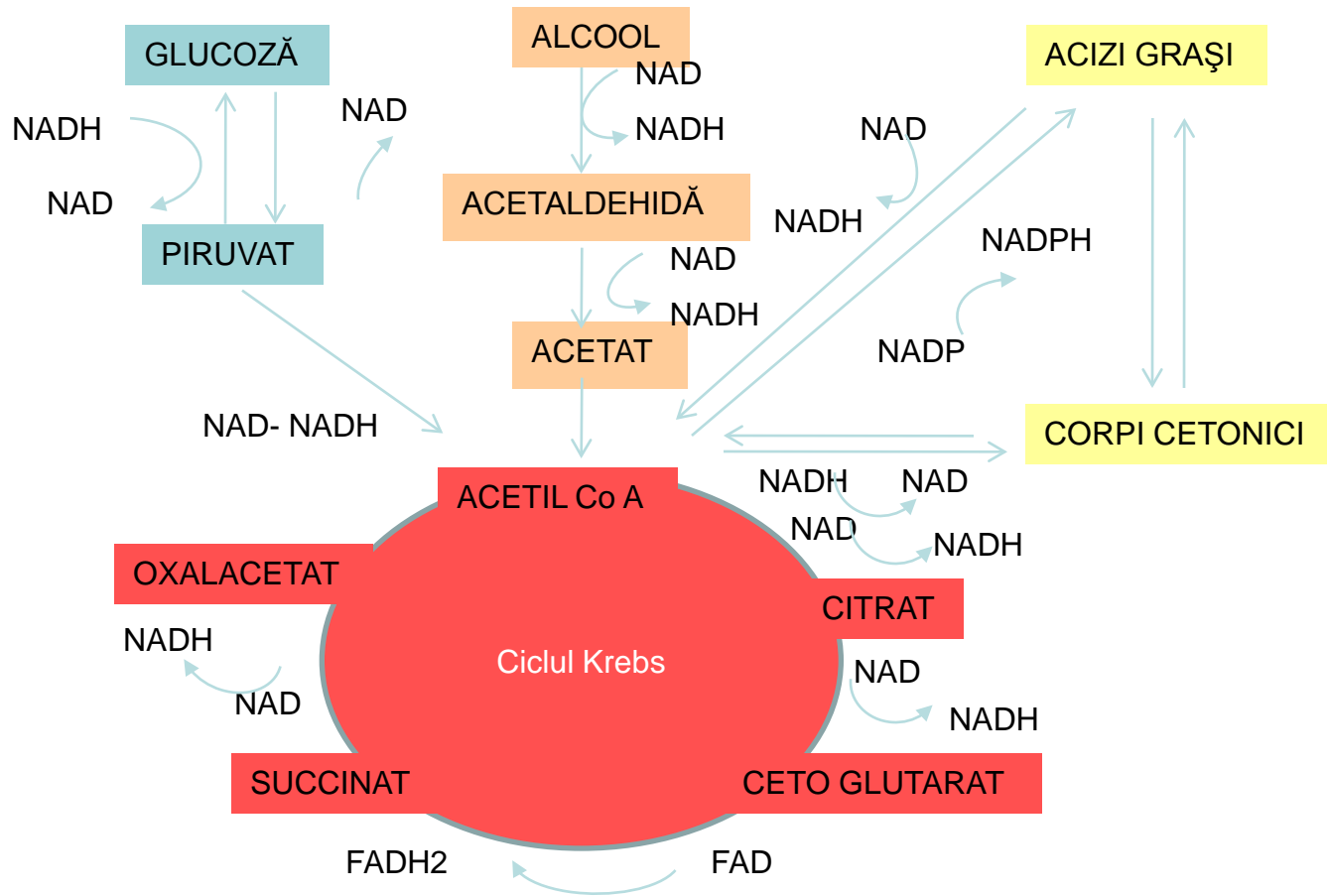


Dezinhibiția glutamatului în absența alcoolului duce la hiperactivitate glutamatergică cu stimulare neuronală

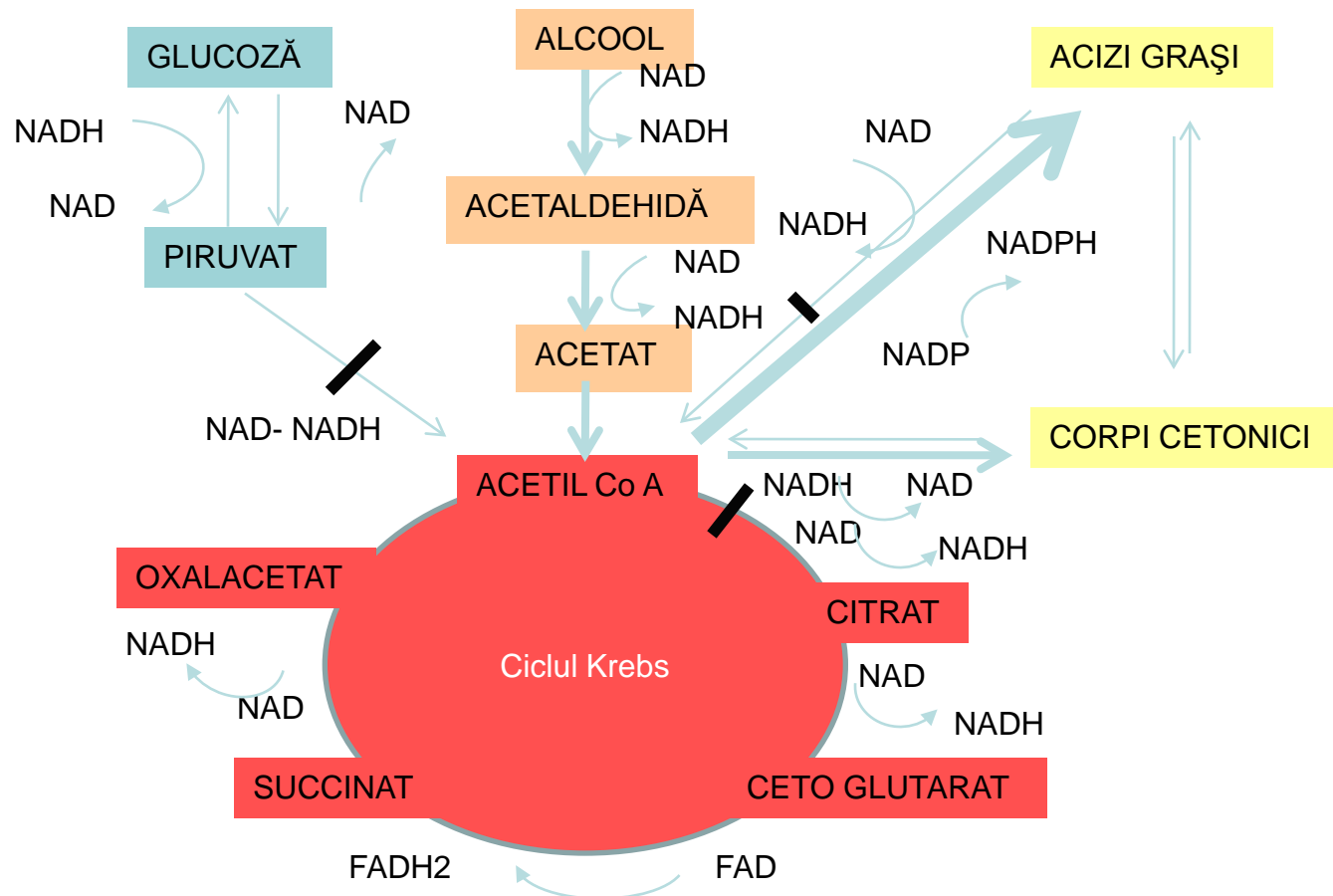
# CATABOLISMUL ALCOOLULUI



# CICLUL KREBS



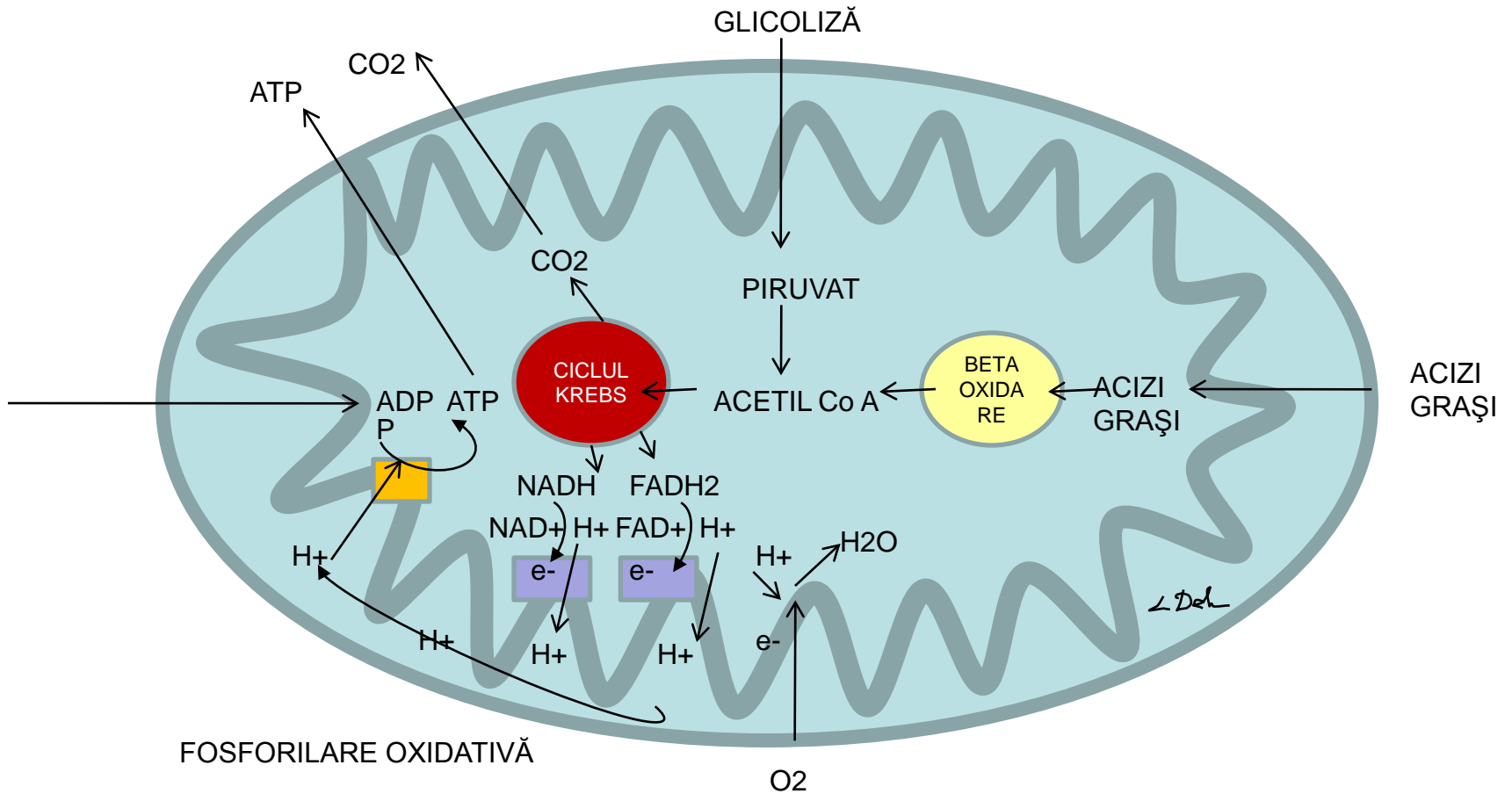
# AFECTAREA METABOLISMULUI ÎN ALCOLISMUL CRONIC



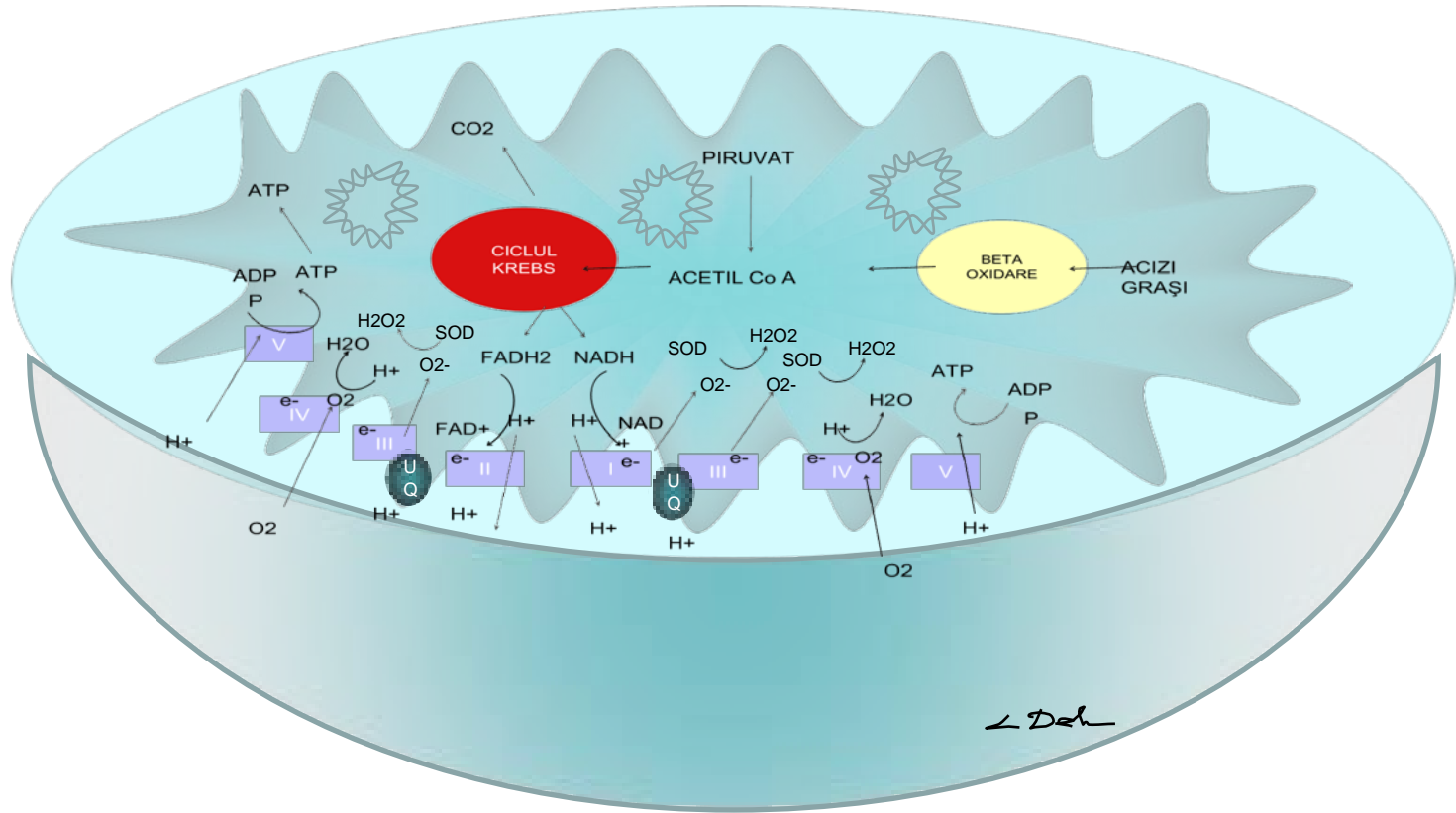
Atomii de hidrogen rezultați din dehidrogenare epuizează stocurile de NAD (raport NADH/NAD<sup>+</sup> crescut)

Prin urmare metabolismul va fi orientat spre sinteză de acizi grași, lipide și corpi cetonici care se vor acumula în hepatocit

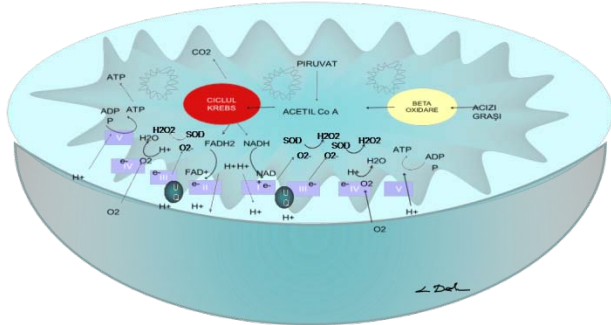
# CICLUL KREBS ȘI FOSFORILAREA OXIDATIVĂ



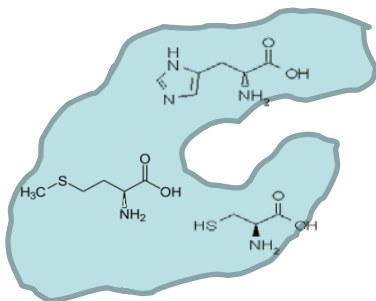
# CICLUL KREBS ȘI FOSFORILAREA OXIDATIVĂ



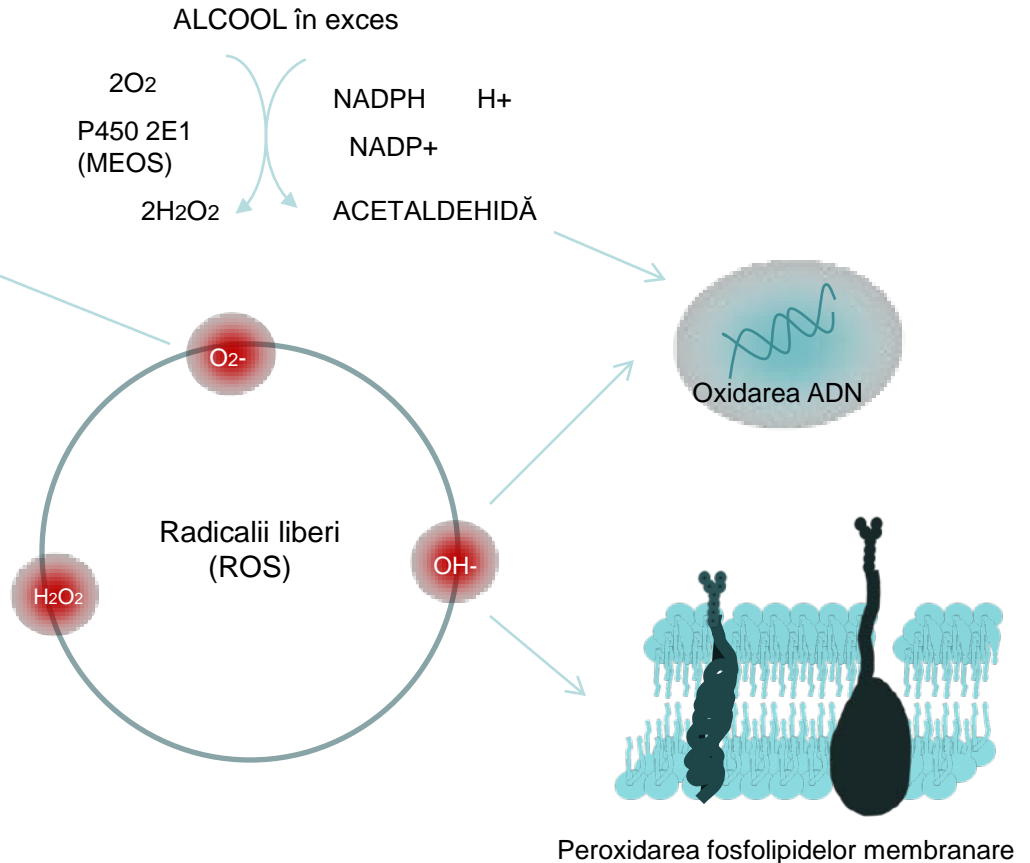
# ROS (REACTIVE OXYGEN SPECIES) SUPEROXID $O_2^-$ , PEROXID $H_2O_2$ , HIDROXIL $OH^-$



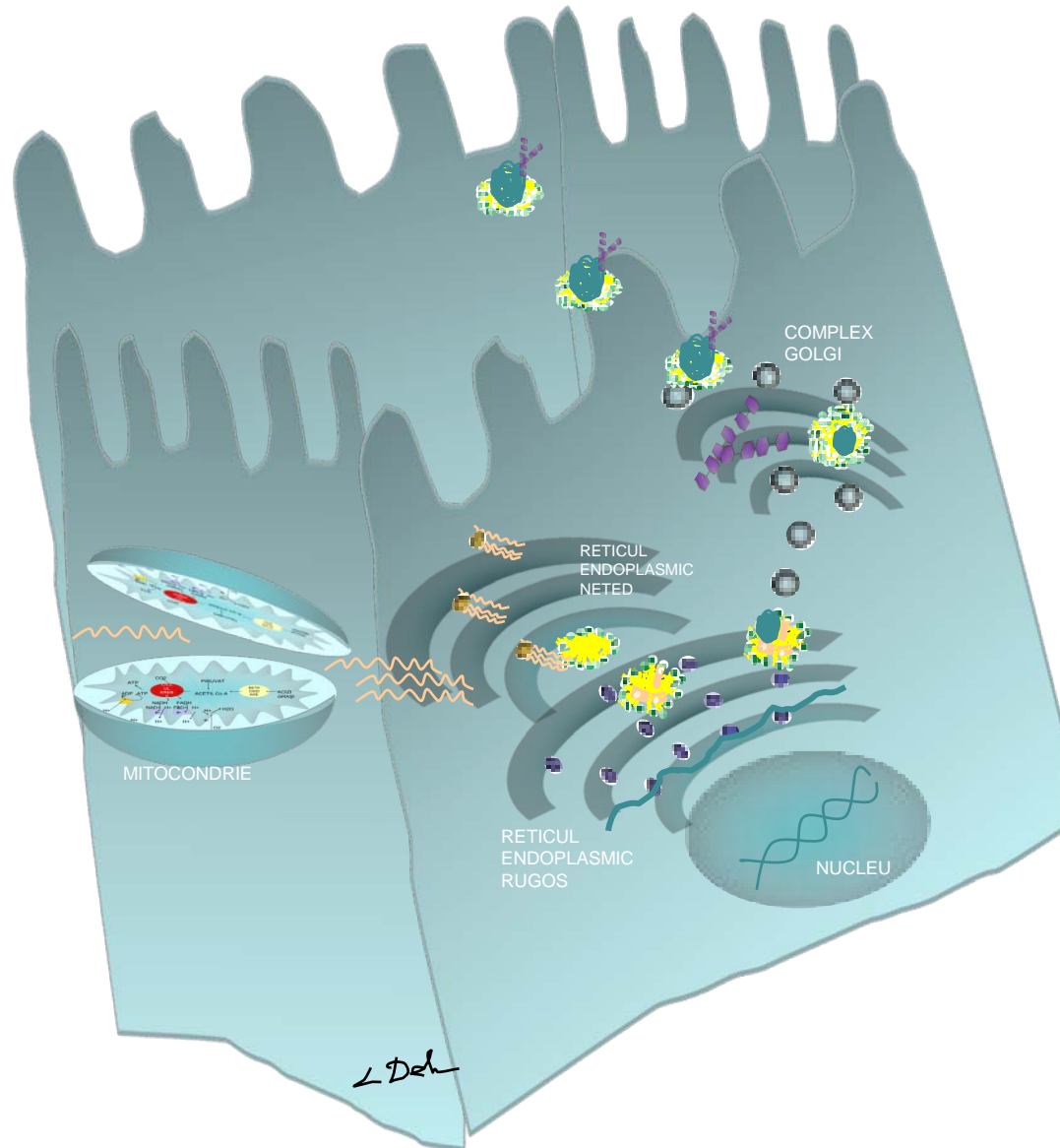
Metaloproteinele (conțin Fe și S), sunt enzime (reductaze și hidrogenaze) implicate în procesul de fosforilare oxidativă din mitocondrii (complexele I, II, III conțin Fe și S)



Inactivare enzimatică prin modificări conformaționale datorită oxidării aminoacizilor: cisteină, metionină, histidină

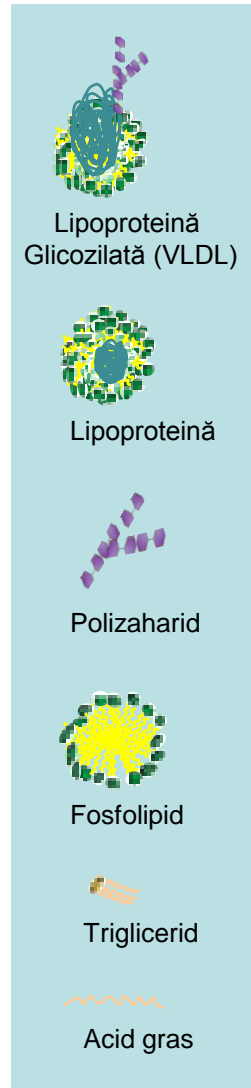


# AFECTAREA METABOLISMULUI LIPIDIC

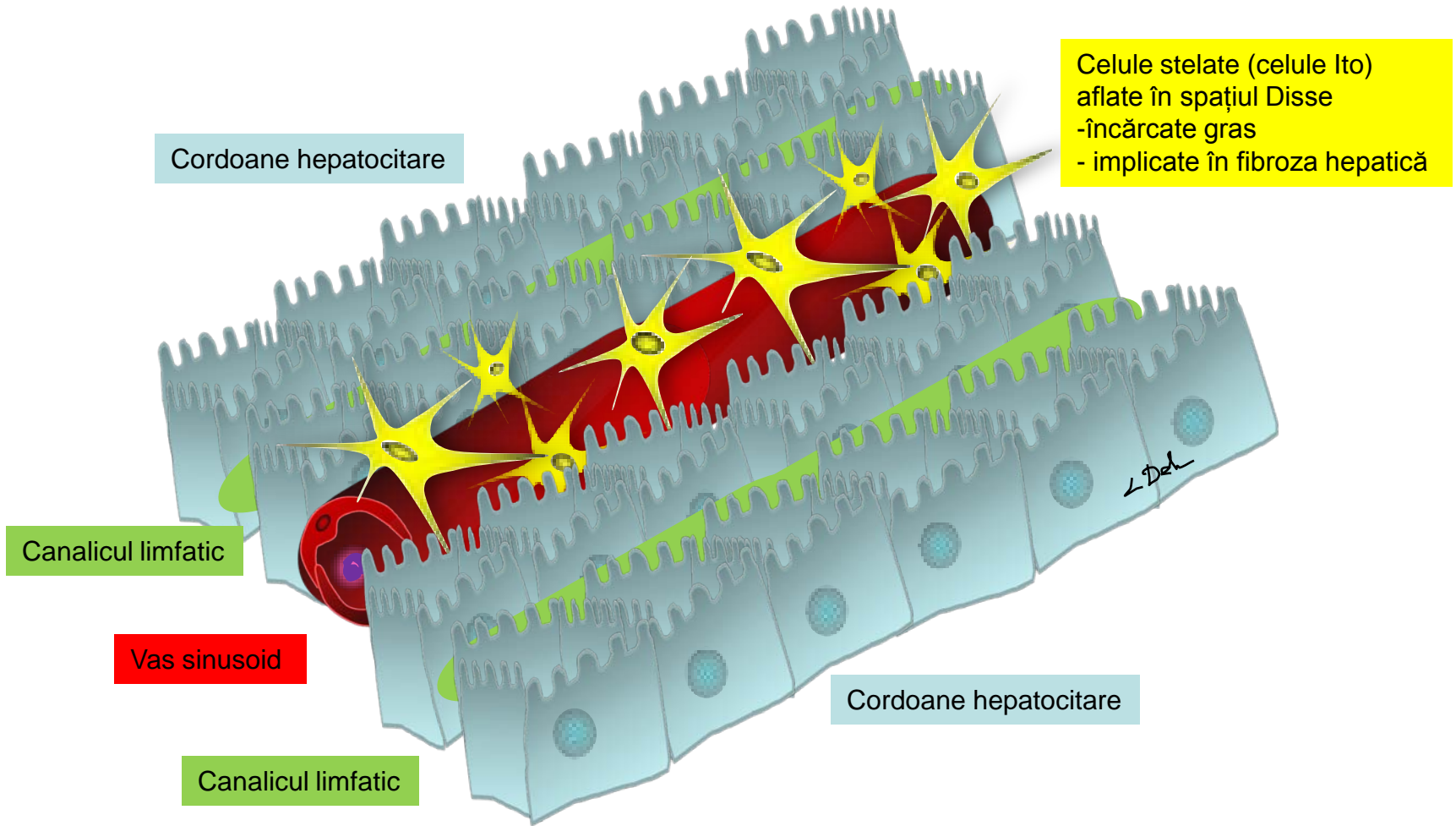


Scade oxidarea  
acizilor grași

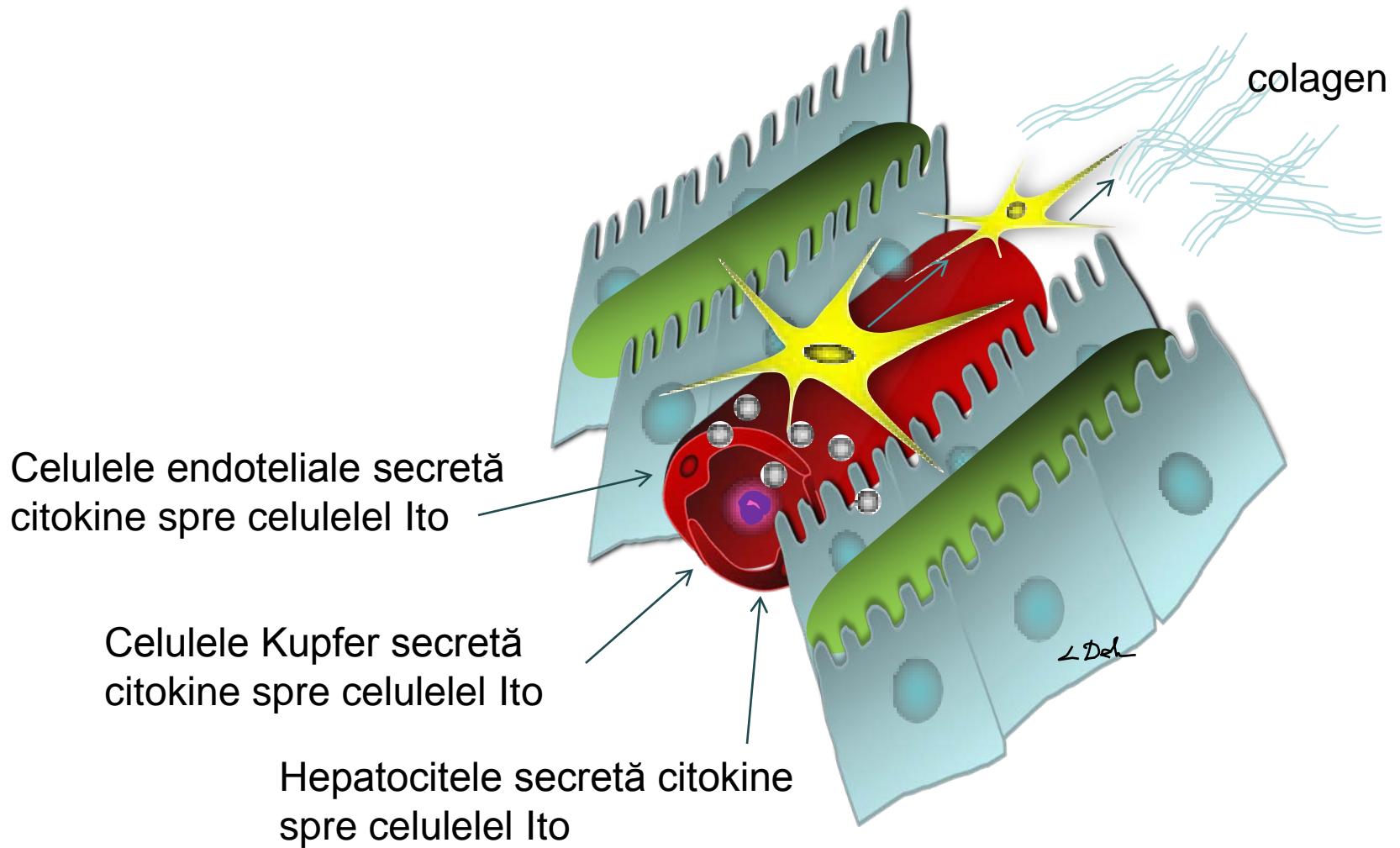
Crește sinteza de  
trigliceride



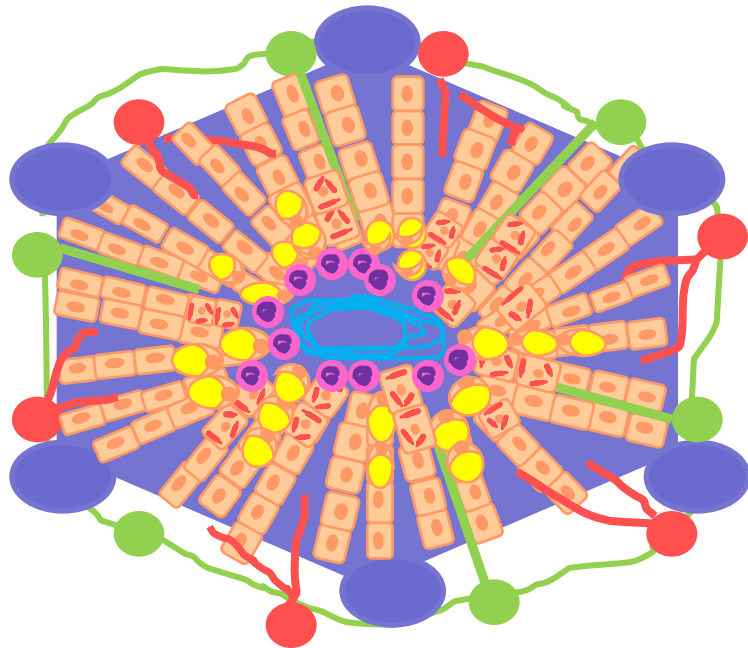
# SINUSOIDE, SPAȚIUL DISSE



# INFLAMAȚIE ȘI FIBROZĂ



# HEPATITA ALCOOLICĂ



Hepatocite încărcate gras  
(inel cu pecete)



Hepatocite cu corpi Mallory



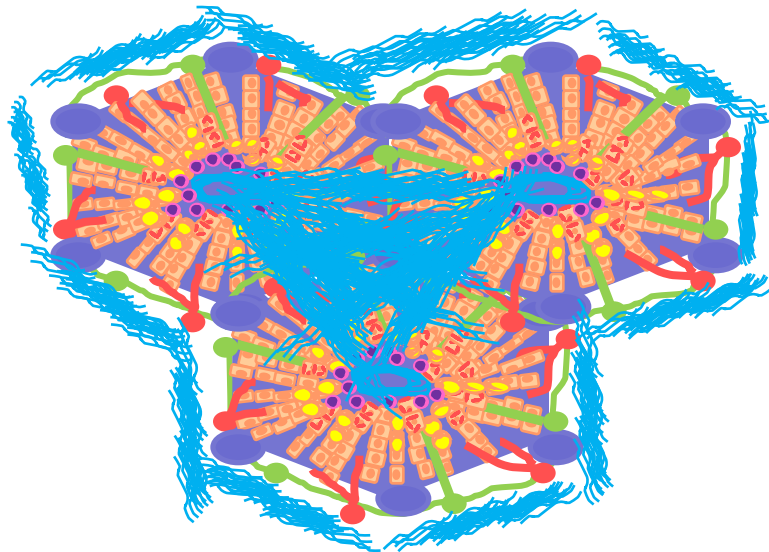
Neutrofile



Macrofage  
(celule Kupfer)



# CIROZA HEPATICĂ

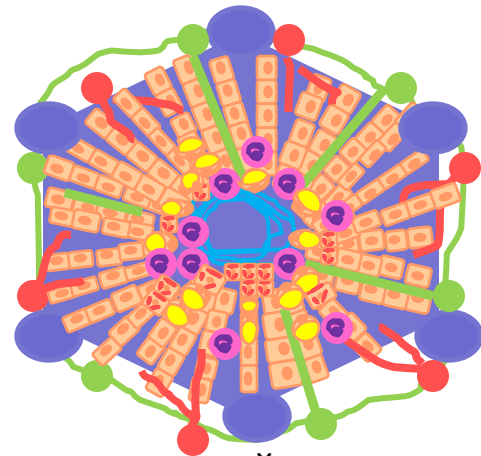
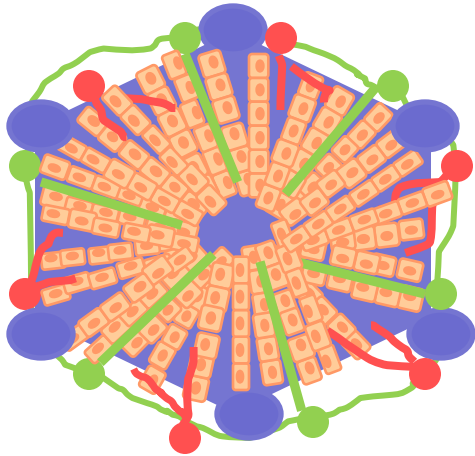


Fibroză între venele centrale:  
distrugerea arhitecturii  
lobulare

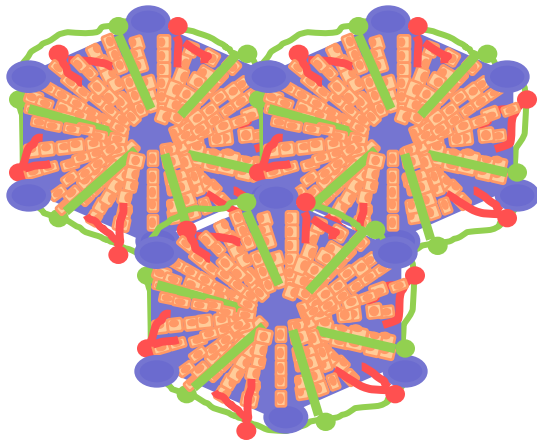
Fibroză în jurul venelor centrale:  
hipertensiune portală

Fibroză periportală

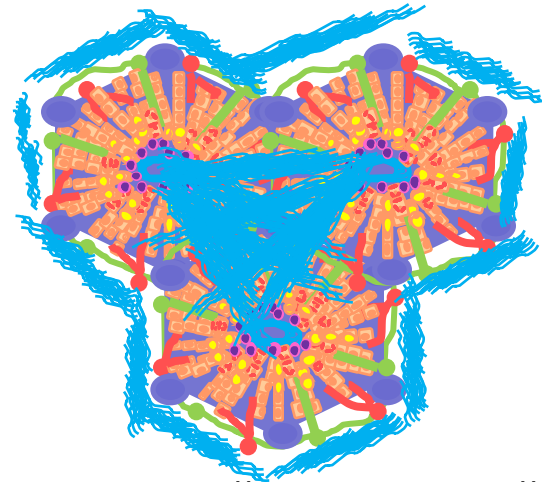
# HISTOPATOLOGIE



HEPATITĂ ALCOOLICĂ

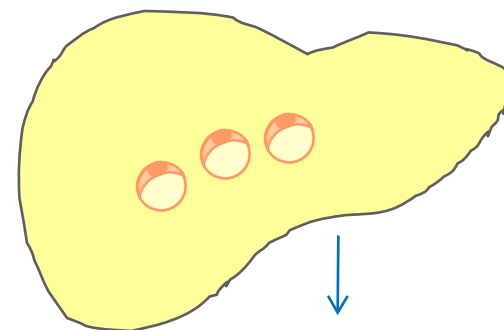
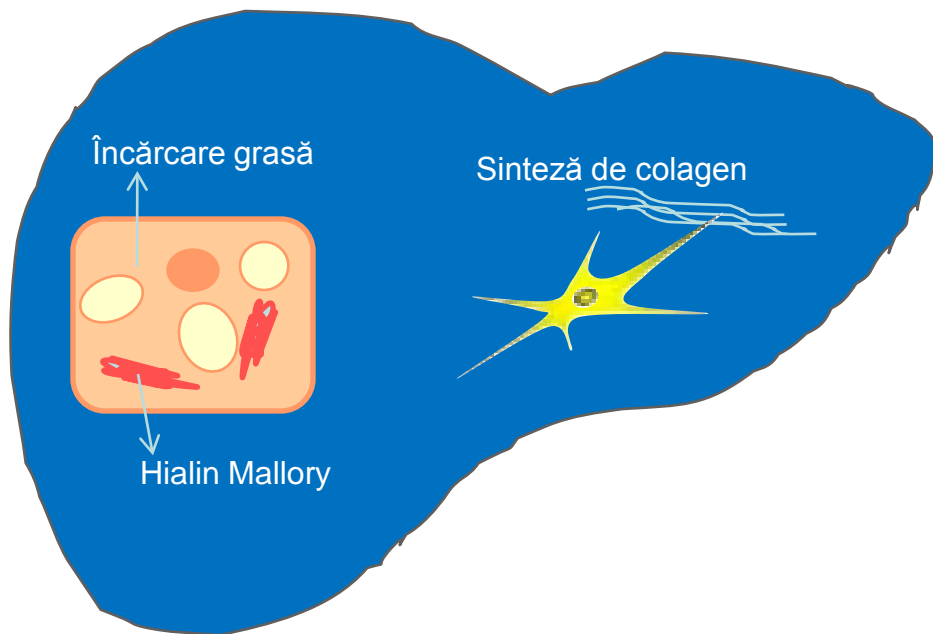


NORMAL

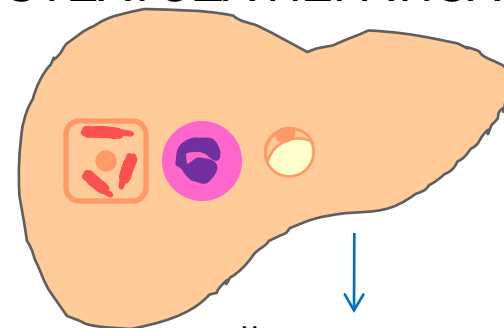


CIROZĂ ALCOOLICĂ

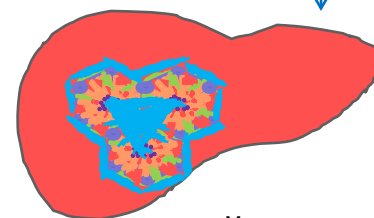
# APECTAREA HEPATICĂ



STEATOZĂ HEPATICĂ



HEPATITĂ ETANOLICĂ



CIROZĂ HEPATICĂ

# ALCOOLISMUL: ETIOPATOGENIE

Factorii genetici:

- Studii pe gemeni: rata de concordanță la gemenii monoziagoți față de cea la gemenii dizigoți
- Studii familiale: rudele de gradul I
- Efectul educației: studiile de adopție

Factorii biochimici:

- Deficitul de acetaldehid dehidrogenază: efecte secundare de tip acetaldehidic la ingestia de alcool.

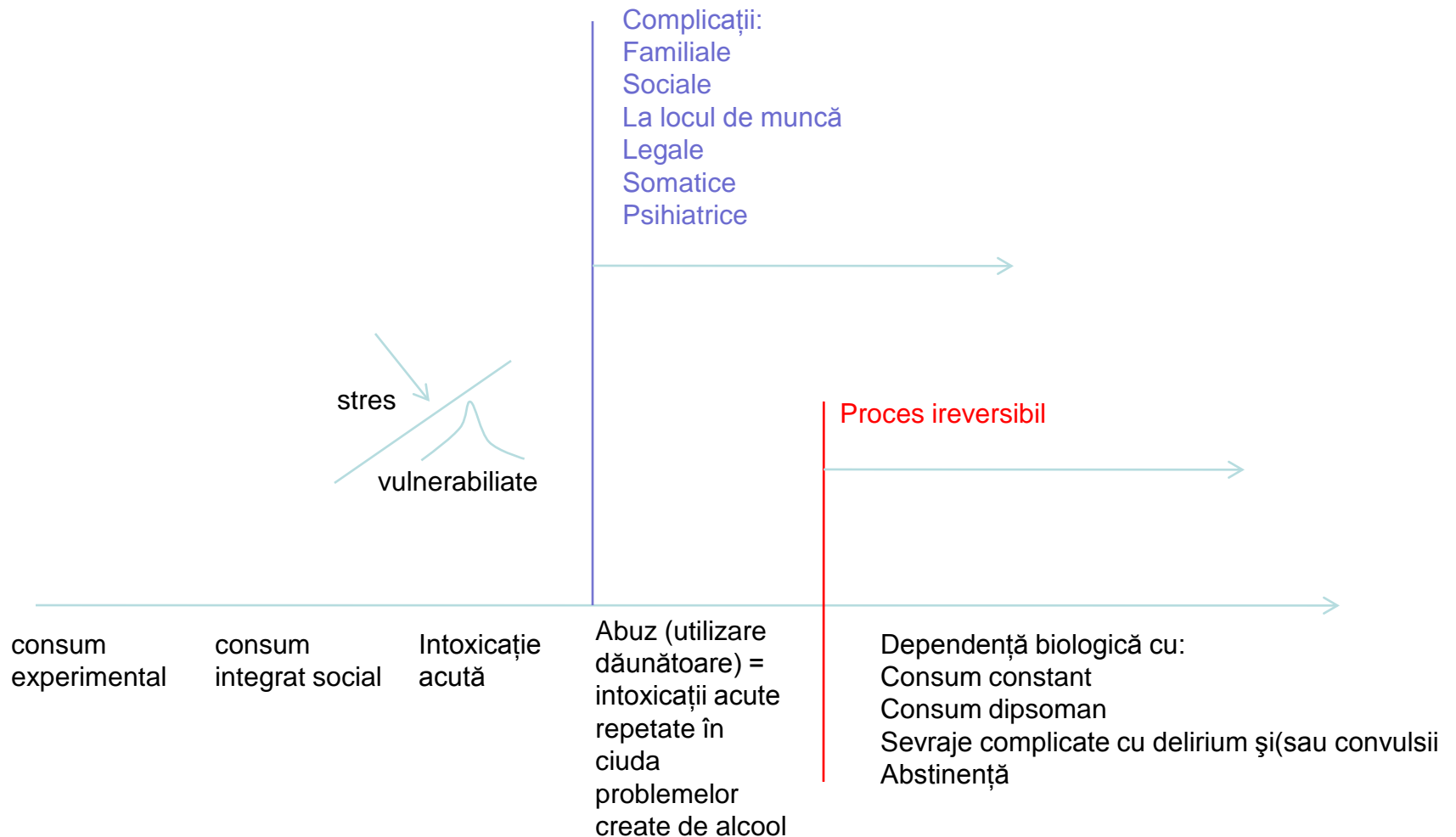
Personalități predispuse:

- Dependentă, anankastă, anxios-evitantă (factori de risc: depresia și anxietatea)
- Instabil emotivă (factor de risc: impulsivitatea)
- Antisocială (factor de risc: impulsivitatea)



Carl Wernicke

# EVOLUȚIE



# INTOXICAȚIA ALCOOLICĂ ACUTĂ






Poate apărea la:

Persoane care nu sunt consumatoare de alcool (accidental)

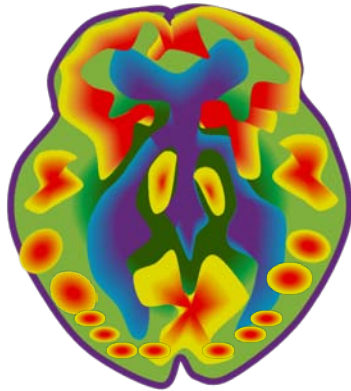
Consumatori habituali

Consumatori dependenți

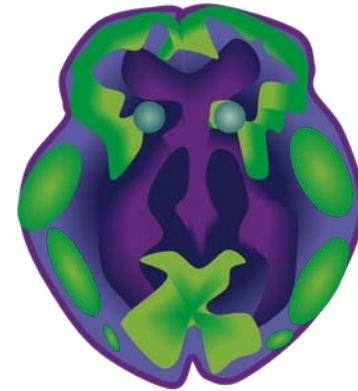
TABLOU CLINIC: simptome psihice și neurologice

	Alcoolemie 0,8‰	scăderea vederii laterale
	1,5‰	Dezinhibiție psihică, logoree, euforie,
	2‰	Percepție diminuată, orientare dificilă, confuzii de persoane, vorbire dificilă, mers ebrios, gesticulație neadecvată
	2,5‰	Confuzie extremă, astazo-abazie, somn, sopor
	3-4‰	Comă alcoolică: hipotonie, reducerea progresivă a reflexelor, bradipnee, hipoTA, hipotermie, transpirații reci, deces

# PET ÎN INTOXICAȚIA ALCOOLICĂ ACUTĂ



Subiect normal



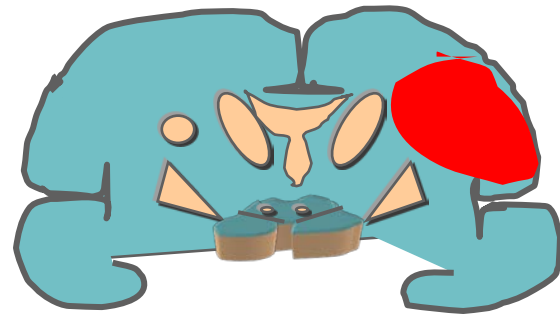
Subiect intoxicat cu alcool



Metabolism crescut

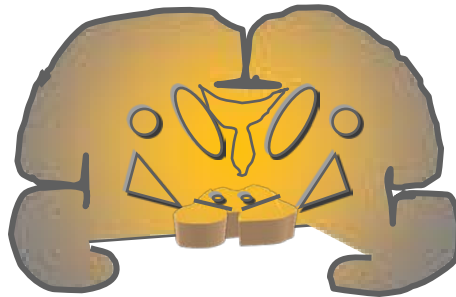
# COMPLICAȚIILE INTOXICAȚIEI ALCOOLICE ACUTE

- COMĂ
- HIPOTERMIE
- HEMATOM SUBARANHOIDIAN



# BEȚIA PATOLOGICĂ

Apare la o persoană cu microleziuni cerebrale (deseori după traumatisme craniene)



La cantități mici de alcool, se instalează o STARE CREPUSCULARĂ cu mare potențial AGRESIV și AMNEZIE LACUNARĂ a episodului

# DEPENDENȚA ETANOLICĂ

Dependența etanolică poate fi  
PRIMARĂ când nu preexistă o altă tulburare psihică  
sau  
SECUNDARĂ  
anxietății,  
depresiei, ciclotimiei,  
tulburărilor de personalitate

# DEPENDENȚA DE ALCOOL

1. Persoana consumă alcool în cantități mai mari și pe perioade mai lungi decât își propune
2. Persoana își utilizează timpul liber pentru a procura și consuma alcool
3. Persoana consumă alcool în ciuda efectelor nocive ale alcoolului asupra propriei sănătăți
4. Persoana consumă alcool în ciuda problemelor produse de alcool în cadrul familiei, la locul de muncă
5. Apare toleranța la alcool, care la început crește iar apoi după afectarea ficatului se prăbușește (toleranța: organismul se obișnuiește cu alcoolul și pentru a obține aceleași efecte individul trebuie să consume o doză mai mare
6. În cazul opririi bruște a consumului de alcool, apare reacția de sevraj
7. După o cură de dezintoxicare și de abținere, reluarea consumului de alcool reinstalează dependența biologică la alcool

Se analizează în  
cazul  
DEPENDENȚEI  
ETANOLICE

MODALITATEA CONSUMULUI: inițial consum  
intermitent (dipsomanie) cu reducerea progresivă a  
intervalului liber și consum continuu

DURATA CONSUMULUI pacientul ajunge la  
dependență biologică după mai mulți ani de consum  
zilnic

CANTITATEA: pacientul consumă zilnic câteva sute de  
grame de alcool pur

TIPUL BĂUTURII consumate:

-bere: 4 grame de alcool pur

-vin : 12 grame de alcool pur

-vodcă, țuică, whiskey: 40 grame de alcool pur

CONSUM:

-dimineața: pentru a corecta efectele sevrajului în  
timpul nopții

-singur sau în cadrul unui grup de consumatori  
cronici de alcool

# DEPENDENȚA ETANOLICĂ

Cantitatea consumată zilnic se evaluează în UNITĂȚI (DRINK-uri) constând în echivalentul unui pahar de vin, 30g de bere, 20g băuturi concentrate



1 unitate alcool (8g)

½ halbă de bere 1 măsură băutură spirtoasă 1 pahar de vin

# COMPLICAȚIILE ETILISMULUI CRONIC MALADIV

## SOMATICE

Neoplasme : oral, esofagian, hepatic

Gastro-intestinale: sindrom Mallory-Weiss, gastrită/ulcer, steatoză hepatică, hepatită alcoolică, ciroză, pancreatită acută și cronică, enterită cu malabsorbție vitaminică (B1, B6)

Cardio-vasculare: cardiomiopatie dilatativă

Sânge: anemie macrocitară

## NEUROLOGICE:

tremor, simptome cerebeloase,

encefalopatie Wernicke Sd. Amnestic Korsakov, polinevrită (deficit de B1)

crize comițiale

## PSIHATRICE:

intoxicație la doze mai mici de alcool (prin scăderea toleranței)

stare confuzională prin sevraj sau intoxicație

disfuncție sexuală

afectarea somnului REM cu tulburări de memorie

demență

depresie cu risc suicidar

anxietate

delir sistematizat de gelozie

halucinoză Wernicke (simptome asemănătoare schizofreniei)

modificarea personalității (furt, minciună, acte antisociale)

# PROBLEMELE SOCIALE ÎN ETILISMUL CRONIC

- Reducerea participării la viața socială în afara casei și serviciului. Rețeaua socială se va reduce progresiv prin pierderea locului de muncă și rejecția familială.
- Concentrarea relațiilor sociale ale individului pe partenerii de consum. Aceștia nu reprezintă însă o reală rețea de suport social
- Comportamente disociale: conflicte, agresiuni fizice, delikte, accidente de muncă sau circulație, suicid, crime
- Scăderea performanței profesionale, absenteism, retrogradare profesională, schimbarea și pierderea serviciului
- Perturbarea vieții familiale: conflicte familiale, rejecție din partea rudelor și a partenerului conjugal-divorț.
- Existență izolată, cu unul sau doi susținători, concomitent cu degradarea biologică și psihică, internări frecvente
- Pierderea locuinței, vagabondaj

# SEVRAJUL ALCOOLIC

Oprirea bruscă  
a consumului  
de alcool

48 h

72 h

PREDELIRIUM

Psihic:

- Neliniște
- Anxietate, atacuri de panică
- Insomnie
- Incapacitatea de a face ceva productiv

Somatic

- Transpirații
- Tremurături

Uneori crize  
comițiale inaugurale

DELIRIUM TREMENS (forma maximă)

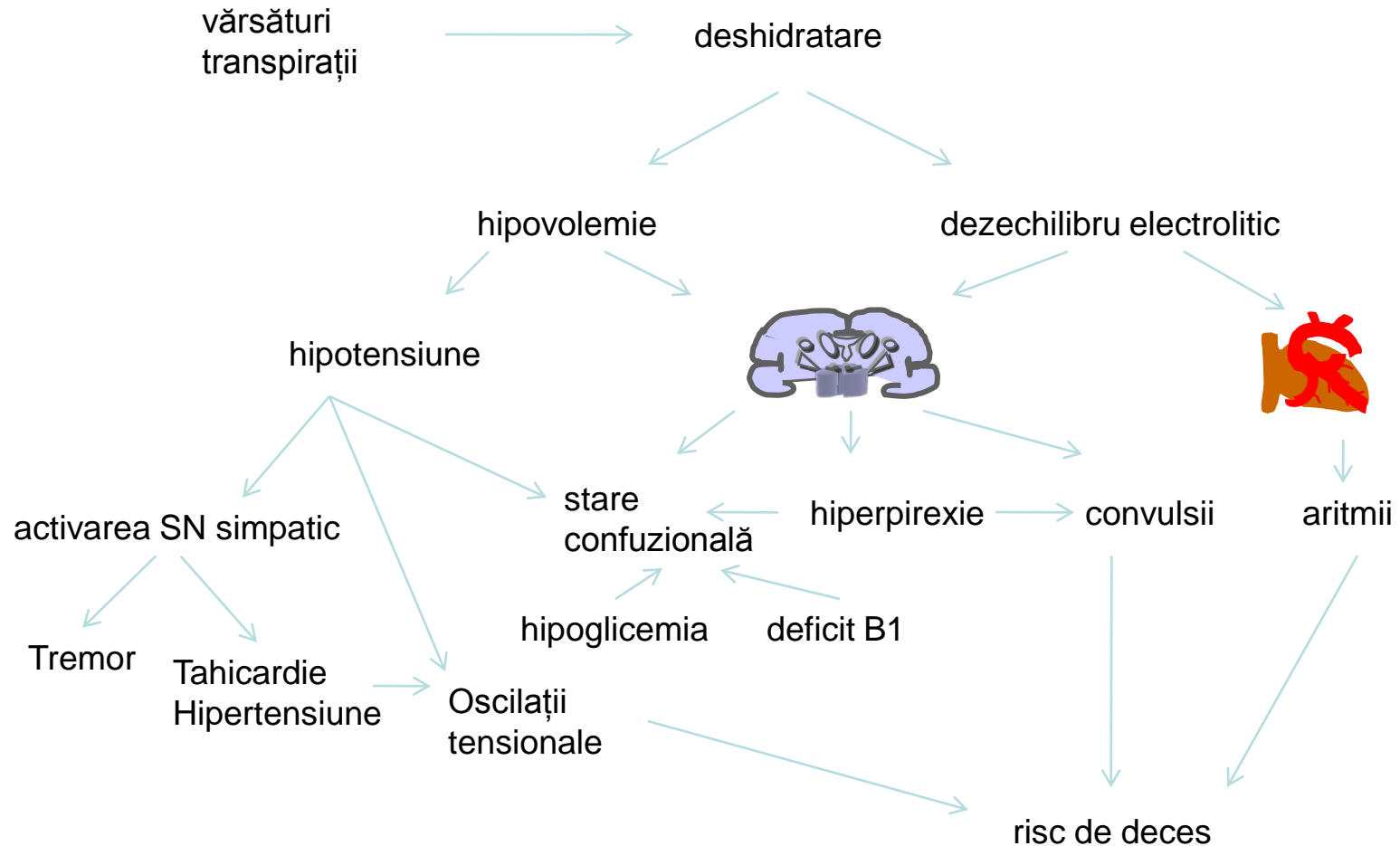
Psihic:

- Stare confuzională (reducerea vigilității + dezorientare temporo-spațială, false recunoașteri
- Gândire haotică cu vorbire incoerentă, comportament agitat și haotic
- Halucinații predominant vizuale și cutanate (animale mici ce se urcă pe corp) dar și scene panoramice (stare confuz-onirică)

Somatic:

- vărsături, transpirații, deshidratare cu oscilații tensionale, hiperpirexie, crize comițiale, aritmii, tahicardie, tremor

# SEVRAJUL ALCOOLIC



# TRATAMENTUL SEVRAJULUI ALCOOLIC

HIDRATARE per os sau în perfuzie  
(refacerea dezechilibrului hidro-  
electrolitic și caloric)

VITAMINE B1, B6

ANXIOLITICE:

Meprobamat,

Diazepam im (agitație psiho-motorie)

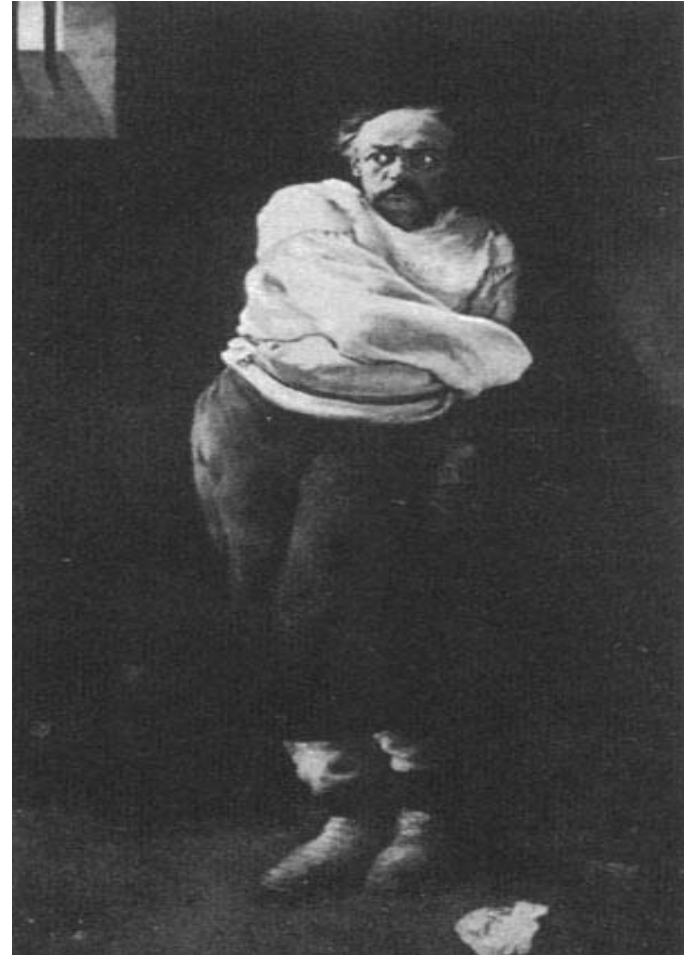
ANTIPSIHOTICE (agitație psiho-motorie  
și sau halucinații)

Haloperidol

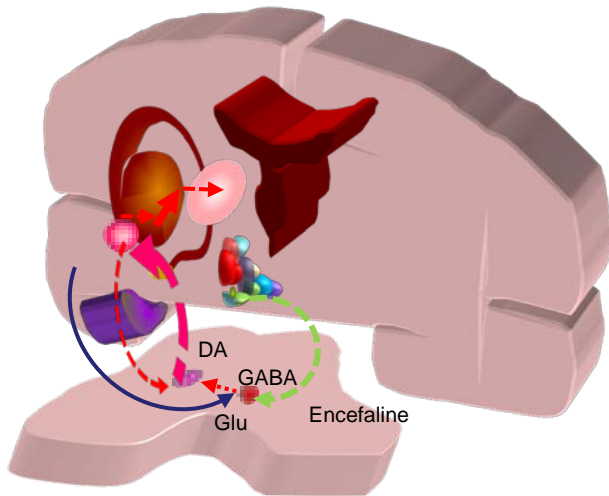
ANTICONVULSIVANTE

Carbamazepina

A SE EVITA MEDICAȚIA CU EFECT  
HIPOTENSOR DATORITĂ TENDINȚEI  
LA COLAPS



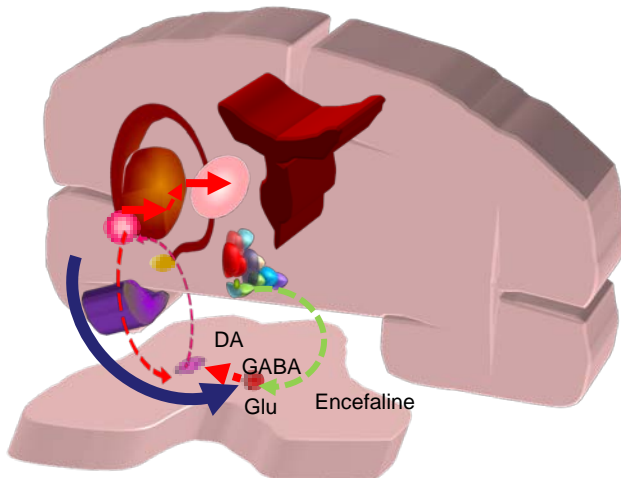
# MEDICAMENTE UTILIZATE ÎN TRATAMENTUL ALCOOLISMULUI



ÎN TIMPUL CONSUMULUI DE ALCOOL:

**ALCOOL + NALTREXONĂ:** tratament ce are ca scop blocarea efectelor euforizante ale alcoolului prin blocarea de către naltrexonă a receptorilor opioizi

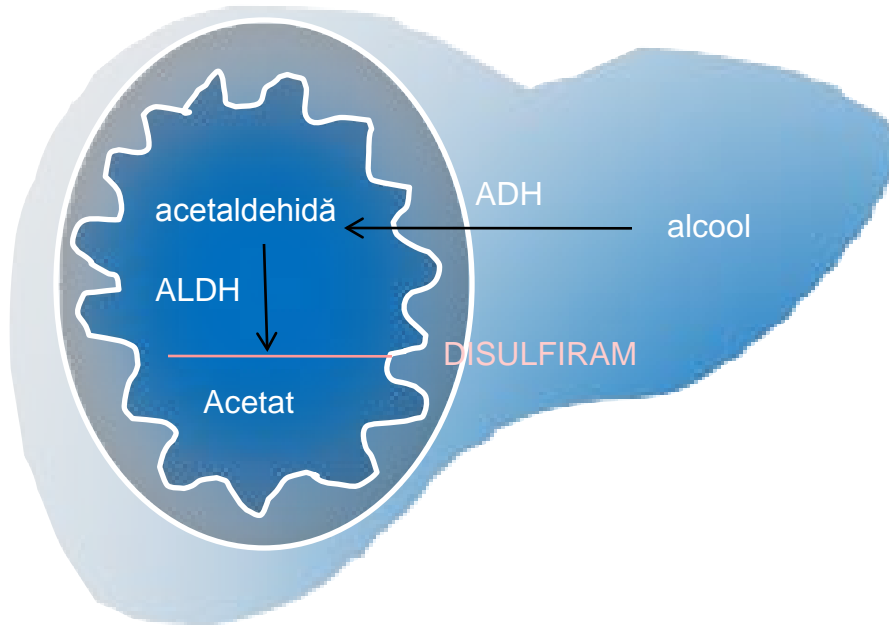
**ALCOOL + DISULFIRAM:** tratament aversiv (ce are ca scop condiționarea negativă la alcool): blocarea acetaldehid dehidrogenazei de către disulfiram va produce cefalee, vărsături, flush



ÎN TIMPUL SEVRAJULULUI ALCOOLIC:

**ACAMPROSAT** (inhibă Glu și stimulează GABA): terapie de substituție în sevrajul alcoolic

# TRATAMENTUL CU DISULFIRAM



**ALCOOL + DISULFIRAM** : tratament ce are ca scop condiționarea negativă: blocarea acetaldehid dehidrogenazei de către disulfiram va produce cefalee, vărsături, flush

RISC ↑  
BENEFICII ↓

# ALCOOLUL CA SOLUȚIE

- ALCOOLUL este o soluție PROASTĂ dar RAPIDĂ și IEFTINĂ la problemele individului
  - Comportament hedonic de obținere a plăcerii în cazul indivizilor care nu-și pot procura plăcere prin hobby-uri
  - Inducerea somnului pentru a uita de probleme (depresie, anxietate)

# INTERVENȚII TERAPEUTICE

Tratament cu vitamine din grupul B

Tratament medicamentos: medicamente ce nu afectează ficatul

Al complicațiilor psihiatrice:

Anxiolitic: meprobamat (timp limitat)

Antidepresiv: Coaxil (Tianeptinum), Ixel (Milnacipranum)

Al complicațiilor somatice, neurologice

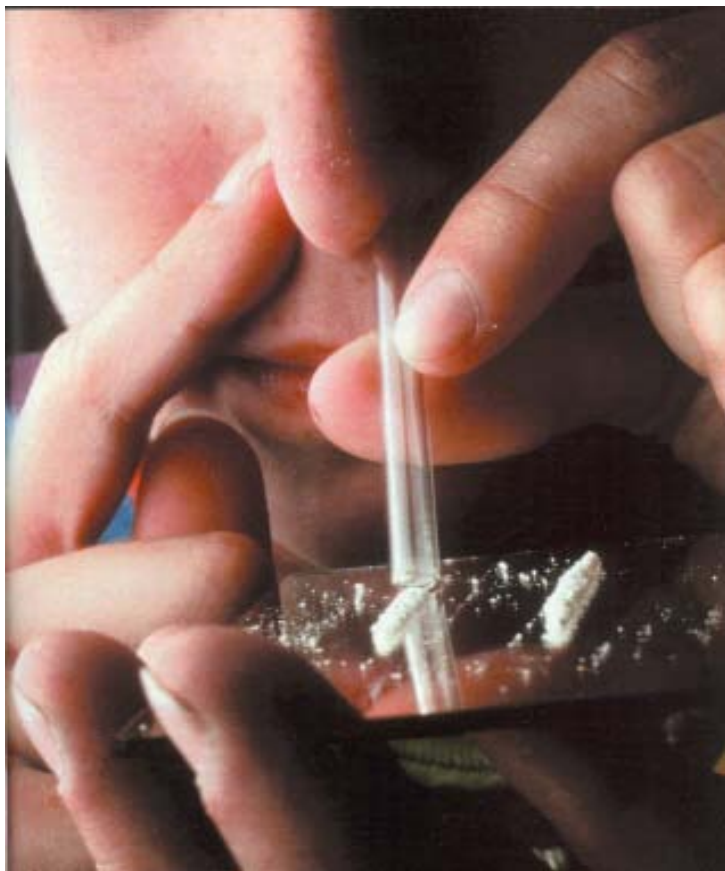
Tratament psihoterapeutic

Individual: logoterapie (găsirea unor alte soluții la probleme)

Terapie de grup: Alcoolicii Anonimi

Terapie familială: pentru o mai bună comunicare în sânul familiei, pentru identificarea secvențelor de escaladă a violenței (profilaxia abuzului fizic secundar consumului de alcool)

# ALTE TOXICOMANII



# ETIOPATOGENIE

## INDIVIDUL

### Genetică

-enzime

### Personalitate

-Impulsivitate

-Sociopatie

-Timiditate

-Abulie

### Vârstă

-începutul  
decadei a III-a  
(sociabilizare)

### Suferință psihică

### și/sau fizică

-Anxietate

-Depresie

-Manie

-Schizofrenie

-Cancer

## DROGUL

Disponibilitate



TOXICOMANIE



## SOCIETATEA

### Permisivitate/interdicție

-Religie

-Legislație

-Norme culturale:

cine când, cât, ce și cum  
consumă drogul

### FAMILIA

-familii dezorganizate

-consum în familie

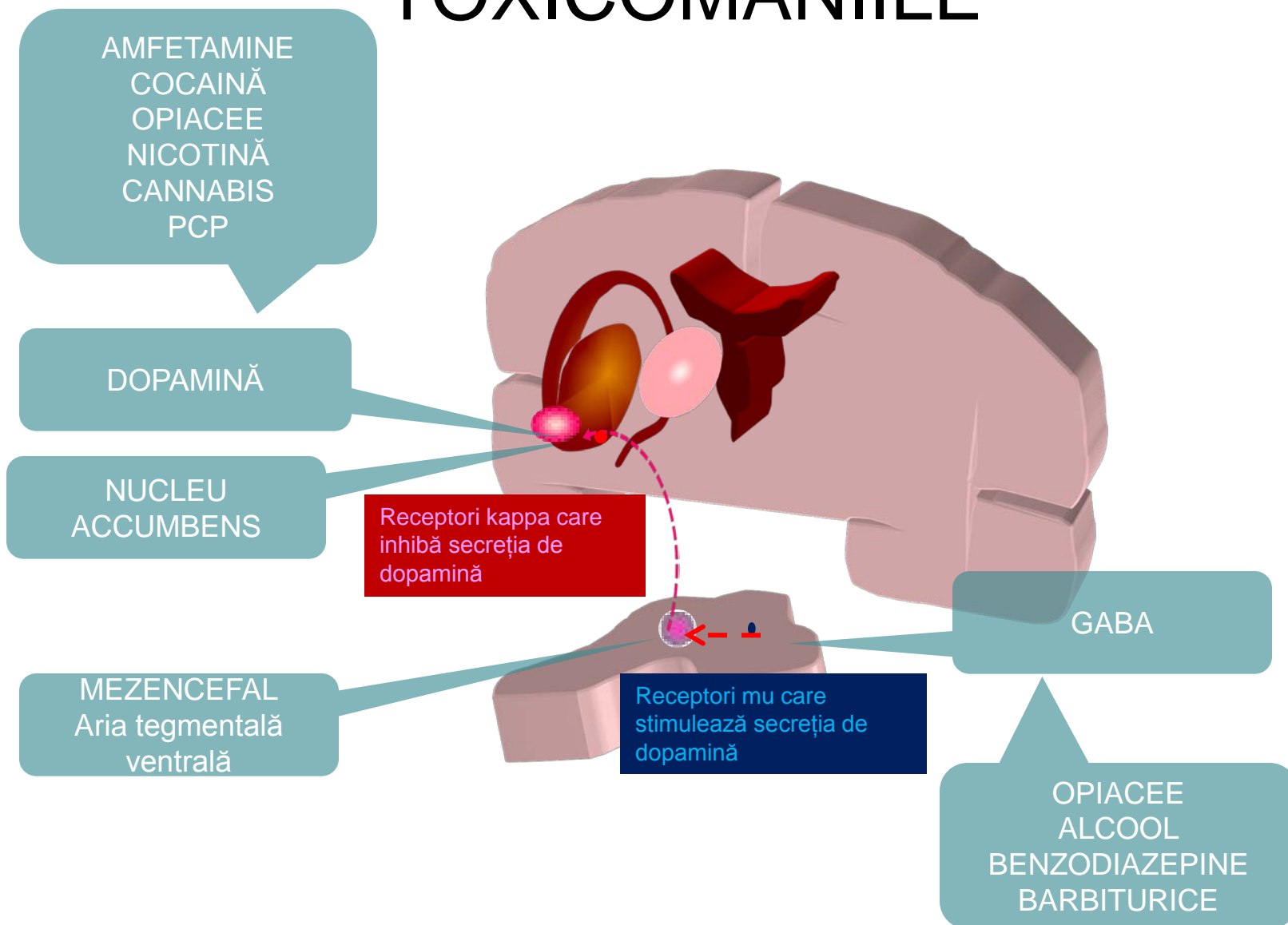
### LOCUL DE MUNCĂ

-accesibilitate

-protocol

“ Intrăm în toxicomanie pe  
poarta durerii, pe cea a  
voluptății și pe cea a tristeții”  
Ball

# NUCLEUL ACCUMBENS ȘI TOXICOMANIILE



# TOXICOMANIILE

**CORTEX PREFRONTAL MEDIAL ȘI CINGULUM**  
Controlul comportamentului emoțional

**AMIGDALA**  
Învățare prin condiționare clasică: drogul este asociat cu euforia

**CORTEX ORBITO-FRONTAL:**  
Controlul impulsurilor

**HIPOCAMP**  
Drogul este asociat cu un anumit context (factori de mediu ce pot declanșa secreția de dopamină)

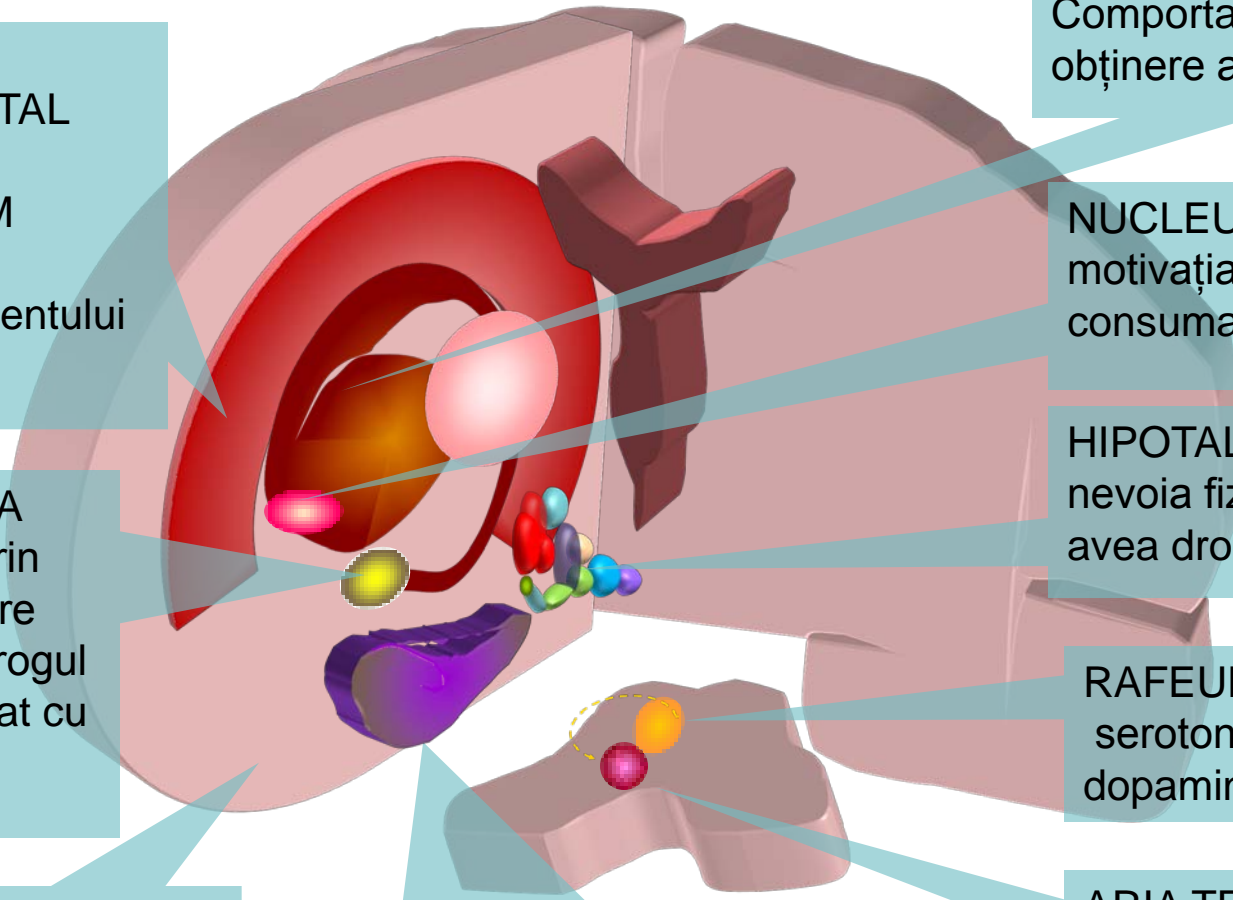
**GANGLIONII BAZALI**  
Comportamentul de obținere a plăcerii

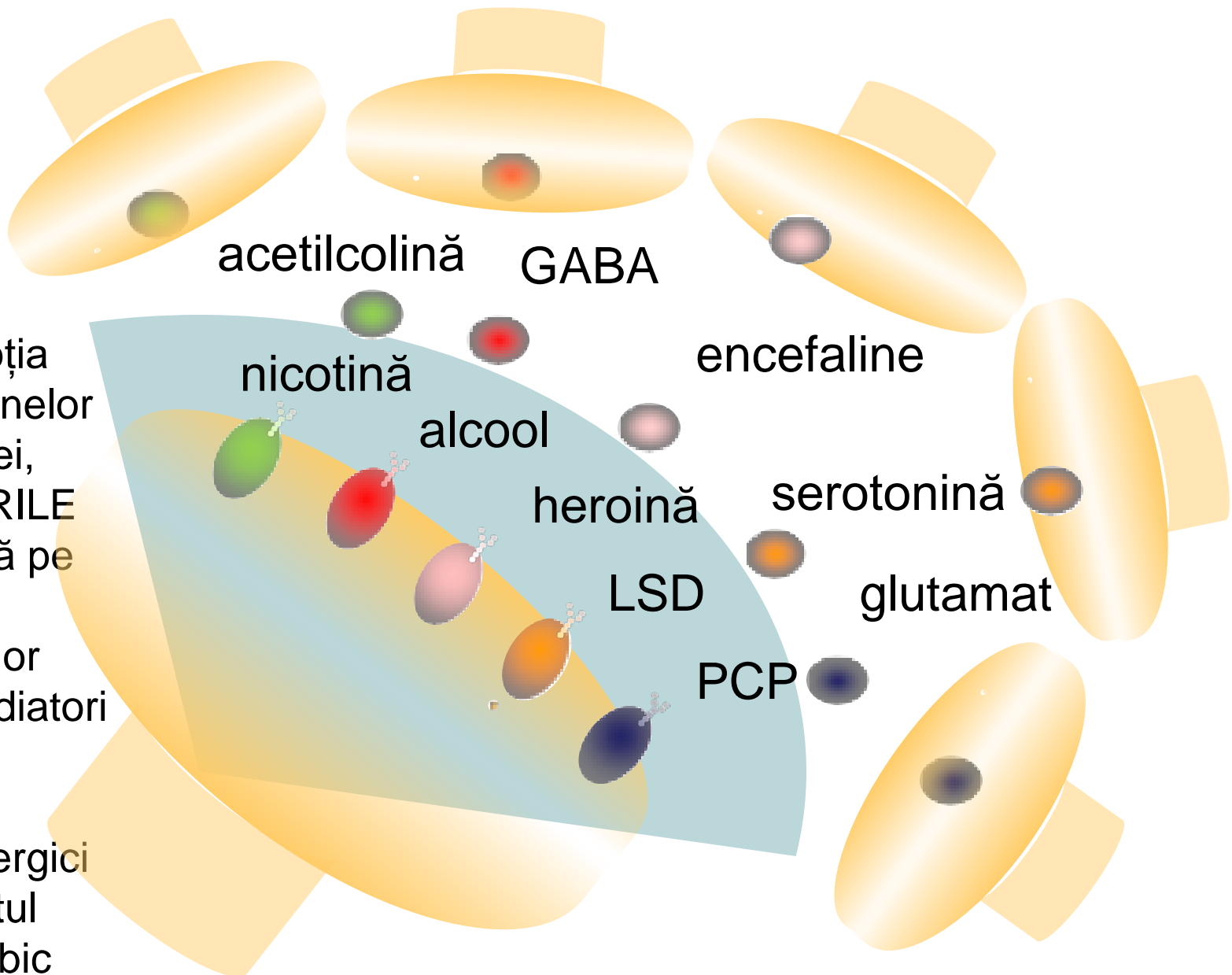
**NUCLEU ACCUMBENS**  
motivația (dorința de a consuma drogul)

**HIPOTALAMUSUL**  
nevoia fiziologică de a avea drogul

**RAFEUL MEZENCEFALIC**  
serotonina inhibă dopamina

**ARIA TEGMENTALĂ VENTRALĂ**  
sursa de dopamină





Cu excepția  
amfetaminelor  
și cocainei,  
**DROGURILE**  
se fixează pe  
receptorii  
principalilor  
neuromediatori  
situați pe  
neuroni  
dopaminergici  
din circuitul  
mezo-limbic

NEURON DOPAMINERGIC

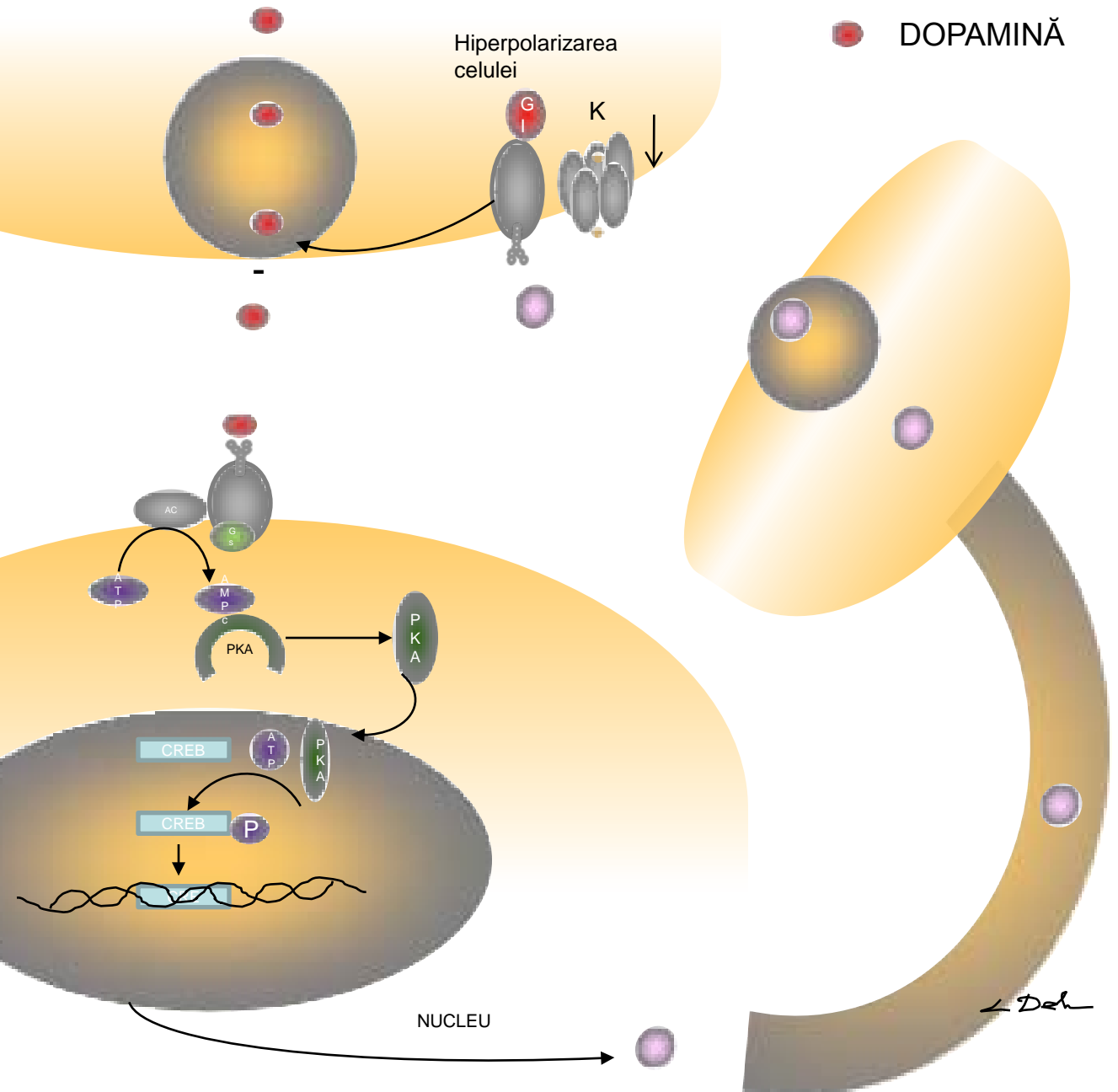
L. Del

DINORFINĂ  
DOPAMINĂ

## MECANISMUL TOLERANȚEI LA DROGURI ȘI EFECTELE PE TERMEN LUNG ASUPRA NEURONILOR:

organismul se adaptează la stimularea excesivă cu dopamină prin alterarea expresiei genelor din neuronii căilor mezo-limbică și mezo-corticală

1. AMPc activează PKA
2. PKA care intră în nucleu, unde fosforilează proteina CREB
3. Proteina CREB e fixată de un element de reglare genetică CRE.
4. Rezultă sinteza de proteine (dinorfină de exemplu) care vor inhiba eliberarea dopaminei diminuând plăcerea
5. În consecință apare necesitatea de a crește doza la o nouă administrare pentru a obține același efect
6. Pe termen lung se vor modifica durabil neuronii (neuroni mai mici în cazul opiaceelor sau contacte sinaptice numeroase în cazul drogurilor stimulante)



# DROGURILE: CLASIFICARE

DROGURI DEPRIMANTE ALE SNC:  
OPIOIZI  
CANNABIS  
ALCOOL  
BENZODIAZEPINE  
BARBITURICE  
SOLVENȚII VOLATILI

DROGURI STIMULANTE ALE SNC:  
COCAINA  
AMFETAMINELE  
NICOTINA  
CAFEINA

EUFORIE

DROGURI HALUCINOGENE  
PHENCYCLIDINA (DEPRIMANT SNC)  
MDMA (STIMULANT SNC)  
LSD, MESCALINĂ, PSILOCYBINĂ

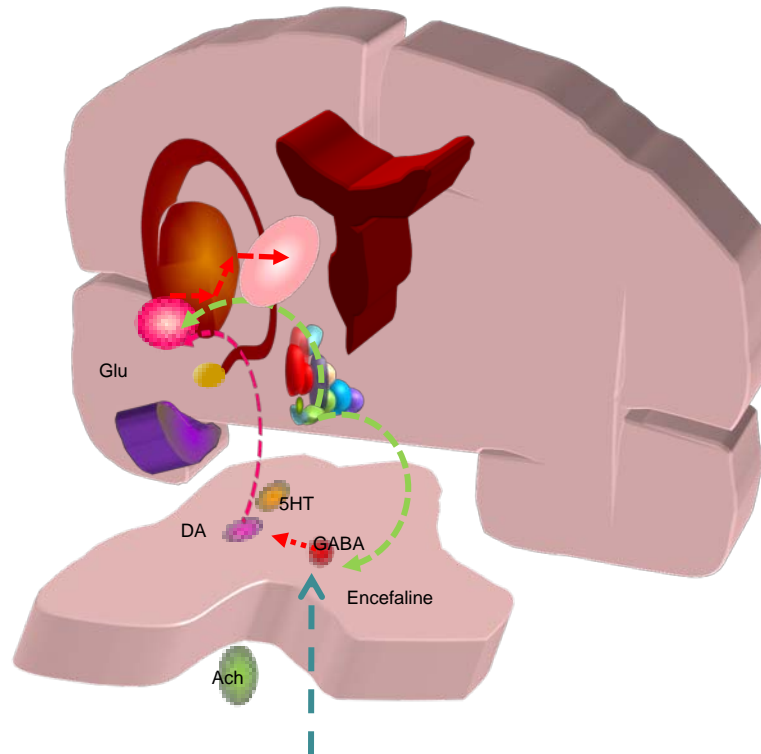
# OPIOZII



OPIUL= PAPAVER SOMNIFERUM

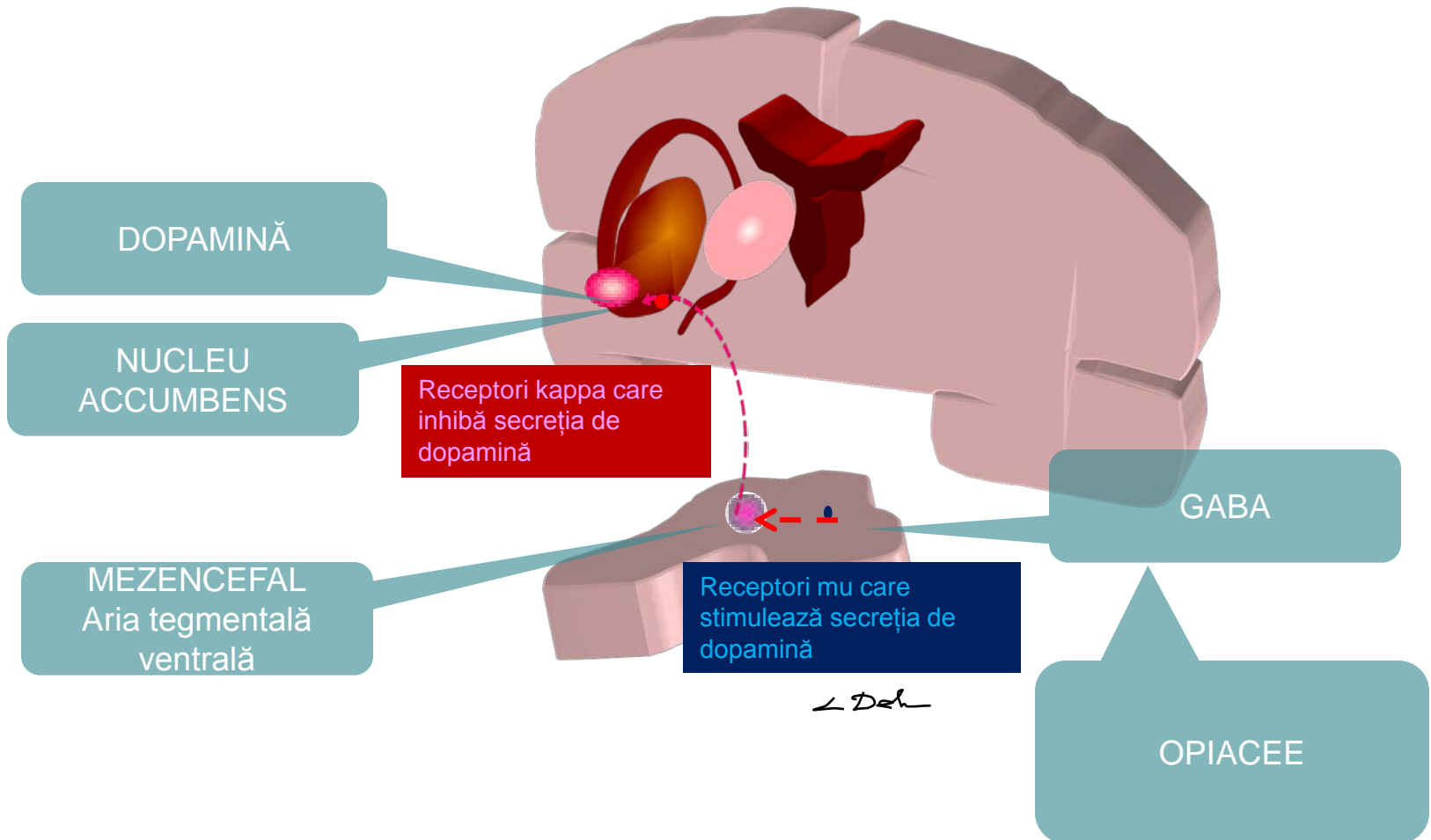


# MECANISMUL DE ACȚIUNE AL OPIACEELOR



Opiaceele inhibă neuronii GABA la nivelul arie tegmentale ventrale cu eliberare de dopamină spre nucleul accumbens

# MECANISMUL DE ACȚIUNE AL OPIACEELOR



# OPIOZII: NARCOTICE, STUPEFIANTE

ALCALOIZII DIN OPIU (42):

MORFINA

CODEINA

PAPAVERINA

PRODUȘI SEMISINTETICI/SINTETICI:

DIACETILMORFINA (HEROINA)

PENTAZOCINA (FORTRAL)

PETIDINA (MIALGIN)

METHADONA

FENTANYL

# OPIOIZII

## ADMINISTRARE

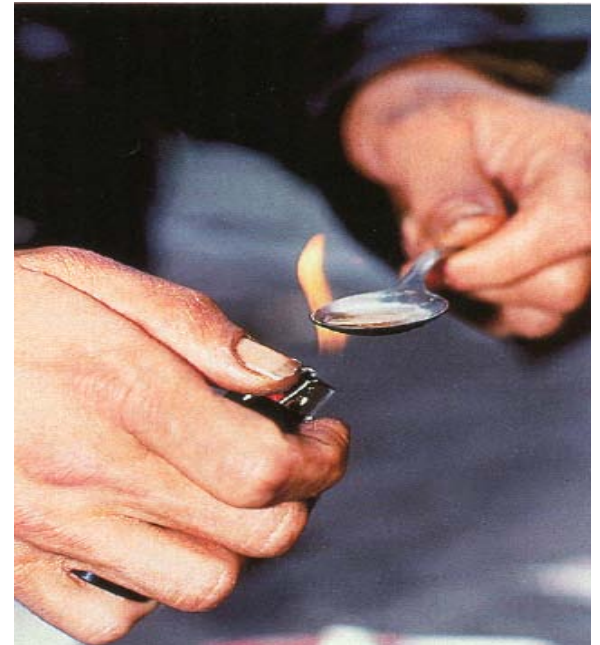
OPIUL: ingerat, fumat

MORFINA: ingerată, injectată

HEROINA: injectată ( shoot), fumată, prizată

Heroina pură e o pulbere albă cu gust amar, frecvent este amestecată (cut) 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

<p><b>INTOXICAȚIA :PSIHIC</b></p> <p>EUFORIE</p> <p>CU SEDARE (FERICIRE PASIVĂ)</p> <p>APATIE, detașare de lumea exterioară, distractibilitate</p> <p>Sentimente de pace ,uitare</p> <p>Injecția iv produce o senzație intensă de plăcere asociată cu căldură (flash), comparată adesea cu orgasmul</p>	<p><b>INTOXICAȚIA:SOMATIC</b></p> <p>ANALGEZIE</p> <p>BRADICARDIE,</p> <p>DEPRESIE RESPIRATORIE</p> <p>ȘI A REFLEXULUI DE TUSE</p> <p>CONSTIPAȚIE</p> <p>GREAȚĂ, VĂRSĂTURI</p> <p>VASODILATAȚIE PERIFERICĂ (cu senzație de căldură, furnicături, transpirație)</p> <p>MIOZĂ</p>
<p><b>INTOXICAȚIA SEVERĂ:</b></p> <p>OBNUBILARE, COMĂ</p> <p>MIOZĂ</p> <p>DEPRESIE RESPIRATORIE</p> <p>COLAPS</p> <p>EPA</p>	<p><b>TRATAMENTUL INTOXICAȚIEI</b></p> <p>Cu antagoniști:</p> <p>NALORFINA</p> <p>NALOXON</p> <p>NALTREXONA</p>

# 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

Sevrajul la heroină apare la 8-10 ore  
de la ultima priză:

CRAMPE ABDOMINALE,  
MIALGII ÎN MEMBRE

RINOREE, LACRIMAȚIE,  
DIAREE, TRANSPIRAȚII,  
GREAȚĂ, FEBRĂ

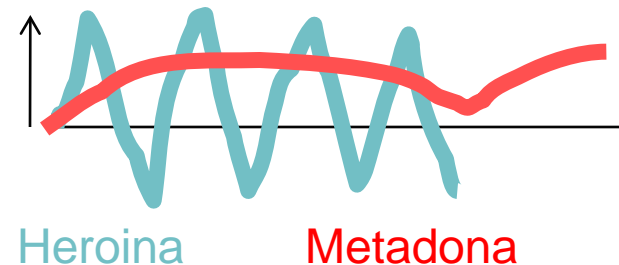
MIDRIAZĂ, PILOERECȚIE

ANXIETATE, INSOMNIE,  
AGITAȚIE, NEVOIA DE DROG

TRATAMENT

Reechilibrare hidro-electrolitică,  
Tranchilizante injectabile,  
neuroleptice, antalgice non morfinice

Substituție cu Methadonă



# OPIOIZI

## **COMPLICAȚIILE TOXICOMANIEI**

SUPRADOZĂ

ȘOC ANAFILACTIC

NEFROPATIE

TBF, ABCESE,

SEPTICEMIE, ENDOCARDITĂ

HEPATITĂ B, SIDA

SD AMENOREE GALACTOREE

# CANNABIS

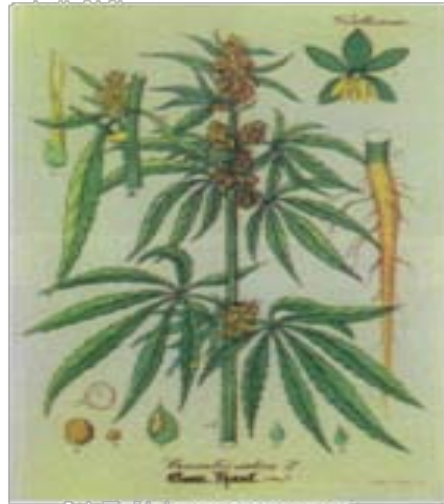


## CANNABIS INDICA

Se găsește în podișurile înalte din Hindustan, Iran, Africa de Nord, e scundă și secretă o rășină cu proprietăți fiziologice active

CANNABIS SATIVA (cânepa) se găsește în regiunile temperate, e mai înaltă și are doar valoare textilă

# CANNABIS



Cannabis Sativa



Planta de cannabis



Franza de cannabis



Marijuana

# CANNABIS

Substanța activă = DELTA 9 TETRAHIDROCANNABINOL (THC)

- Planta femelă ca atare: frunze, vârfuri înflorite are conținut mai mic de THC:
  - MARIJUANA
  - KIF
  - BHANG
- Rășina secretată are un conținut mai mare de THC
  - HAȘIȘ
- Uleiul de hașiș are conținut mare de THC

# 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

# CANNABIS

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

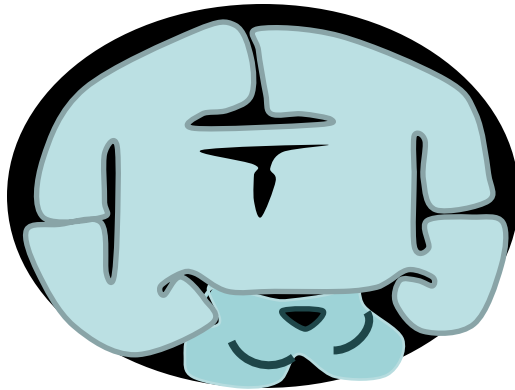
Se poate doza în urină

# CANNABIS

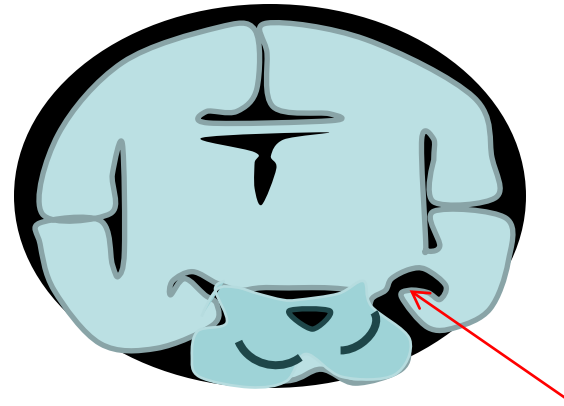
<p>INTOXICAȚIE ACUTĂ</p>	<p>SOMATIC</p> <p>Conjunctive injectate</p> <p>Tahicardie</p> <p>Foame (hipoglicemie)</p> <p>Uscăciunea gurii</p> <p>Hipotermie</p> <p>Hipotensiune</p>	<p>PSIHIC</p> <p>Beția canabică</p> <p>Delirium toxic</p> <p>Psihoză paranoidă</p> <p>Anxietate (horror trip)</p>
<p>INTOXICAȚIE CRONICĂ</p>	<p>Atrofie cerebrală</p> <p>Deprimarea spermatogenezei</p> <p>BPCO, cancer bronho- pulmonar</p>	<p>Sindrom amotivțional:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>•apatie,</li><li>•dezinteres</li></ul> <p>Încetinire intelectuală</p> <p>Afectarea memoriei</p>

# CANNABIS: EFECTE PE TERMEN LUNG

Subiect normal



Consumator cronic de cannabis



Dilatarea fisurii perihippocampice stângi secundară degenerării neuronilor din hipocampus stâng

# BEȚIA CANNABICĂ

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)

# CANNABIS

RECEPTORII CB1 sunt foarte răspândiți în:

- Cerebel
- Ganglionii bazali
- Amigdală
- Hipotalamus
- Hippocamp

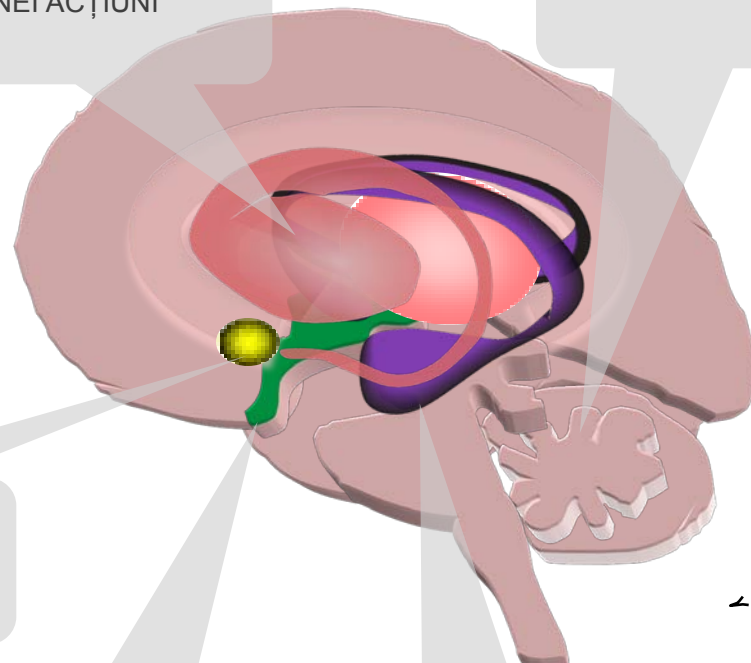
INIȚIEREA UNEI ACȚIUNI

ATAXIE

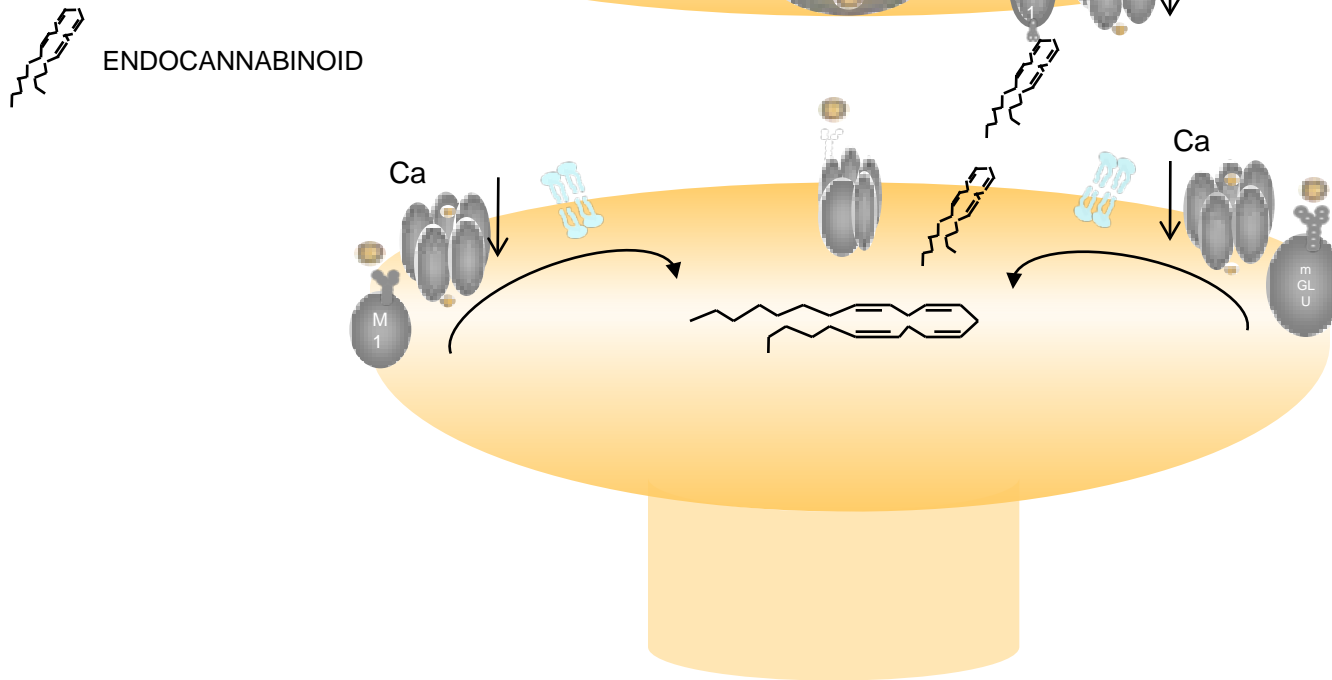
PANICĂ (BAD TRIP)

FOAME

APECTAREA MEMORIEI

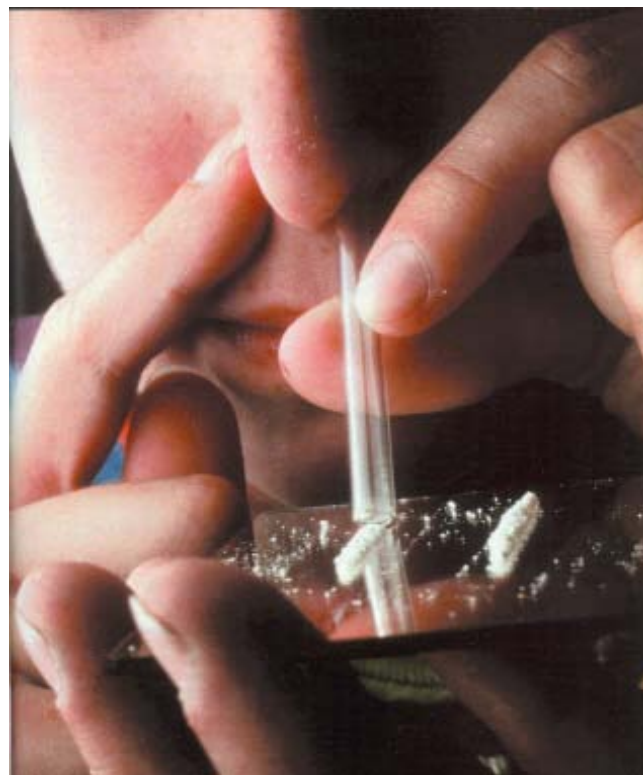


# ENDOCANNABINOIZII



L. Del

# COCAINA

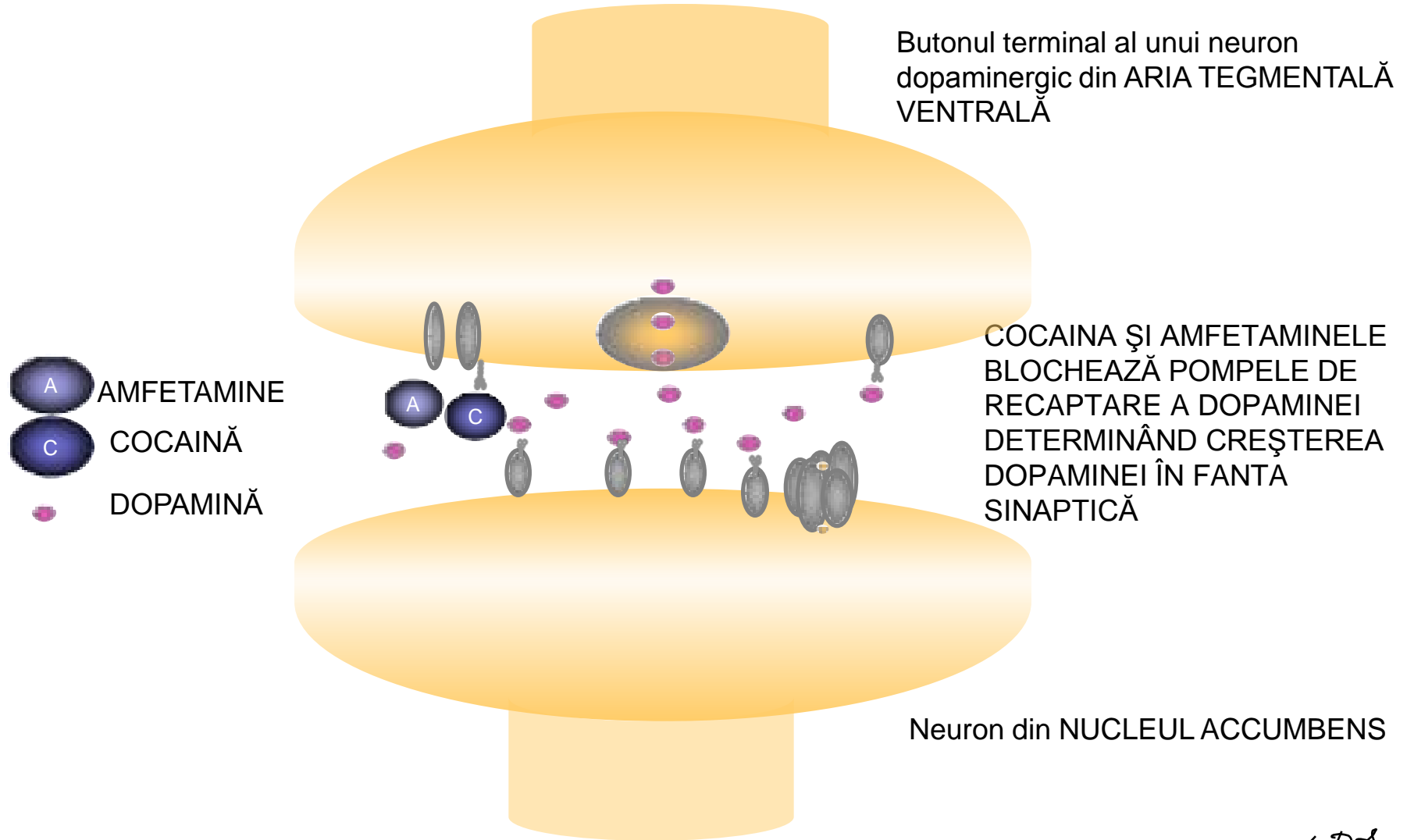


# COCAINA



ARBUSTUL DE COCA  
(ERITHROXYLON)

# DROGURILE STIMULANTE



# COCAINA - FORME DE PREZENTARE

<p>CLORHIDRAT DE COCAINĂ (COKE, ZĂPADĂ)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pudră care se prizează</li></ul> <p>Efect rapid 15-60 min</p> <p>Durata 4-6 ore</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se dizolvă și se administrează ca băutură revigorantă sau se</li><li>• Injectează iv (flash): cocaină cu heroină iv – speedball</li><li>• Pudra se poate aplica pe mucoase</li></ul>
<p>ALCALOID DE COCAIN</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• FREEBASE (cocaină clorhidrat cu alcalii și eter)</li><li>• CRACK ( cocaină clorhidrat cu bicarbonat de sodiu, amoniac și apă)</li></ul>	<p>Se fumează în pipe sau în țigarete de marijuana</p>

# COCAINA

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
<p>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)</p>		

# 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



# AMFETAMINELE -UTILIZARE

<p>UTILIZATORI:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>•Studenti înainte de examen</li><li>•Oameni de afaceri surmenați</li><li>•Sportivi înainte de competiții</li><li>•Soldați în marșurile lungi</li><li>•Șoferii de cursă lungă pentru a combate somnul</li><li>•Femei pentru a slăbi</li></ul>	<p>Căile de administrare.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>•Oral (efect după o oră și durează 6 ore)</li><li>•IV shooting</li><li>•IM</li><li>•Inhalare</li><li>•Fumat(durată ore)- ICE</li></ul>
<p>UTILIZAREA ÎN MEDICINĂ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>•Decongestionare nazală (methamfetamina)</li><li>•Narcolepsie</li><li>•Sindrom hiperkinetic</li><li>•Depresii rezistente la tratament</li></ul>	<p>Toxicomanii la amfetamine sunt denumiți speed freaks (monștrii vitezei)</p>

# AMFETAMINELE

INTOXICAȚIA ACUTĂ	PSIHIC Euforie Excitație Disparația foamei, oboseții, som nului Creșterea pragului durerii Stimă de sine crescută anxietate	SOMATIC Tahicardie Polipnee Hiper TA Hipertermie Scădere ponderală Midriază Valuri de căldură, freisoane
	PSIHOZA AMFETAMINICĂ ( 1-3 zile) Halucinații vizuale și tactile Efect PARANO Idei de urmărire, halucinații auditive	ÎN CAZURILE SEVERE: Fibrilație ventriculară Convulsii Crize HTA cu AVC Sau insuficiență cardiacă cefalee

# AMFETAMINELE

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

# 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)

# HALUCINOGENELE

## EXPERIENȚA PSIHEDELICĂ

### Faza I (2 ore)

- Relaxare
- Euforie
- Sociabilitate
- Luciditate
- Efecte somatice simpaticomimetice

### Faza II (2 ore)

- distorsiuni perceptiv: iluzii vizuale geometrice, sinestezii

### Faza III

- perceperea distorsionată a timpului
- Sentiment de dedublare, de decorporare, depersonalizare
- Sentimentul de capacități deosebite, disoluția eu-lui într-un extaz mistic,
- Perceperea organelor interne, retrăirea unor evenimente foarte îndepărtate
- Psihoză paranoidă, delirium

## BAD TRIP

Experiență asemănătoare cu atacul de panică

Uneori se asociază halucinațiile și delirul

## FREE TRIP (FLASH BACK)

Recurențe spontane și tranzitorii ale experienței psihedelice (secunde, minute) care apar mult după ce drogul a fost eliminat din organism

# BARBITURICELE

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

## FAZELE CONSUMULUI DE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE (DROGURI)

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

# 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

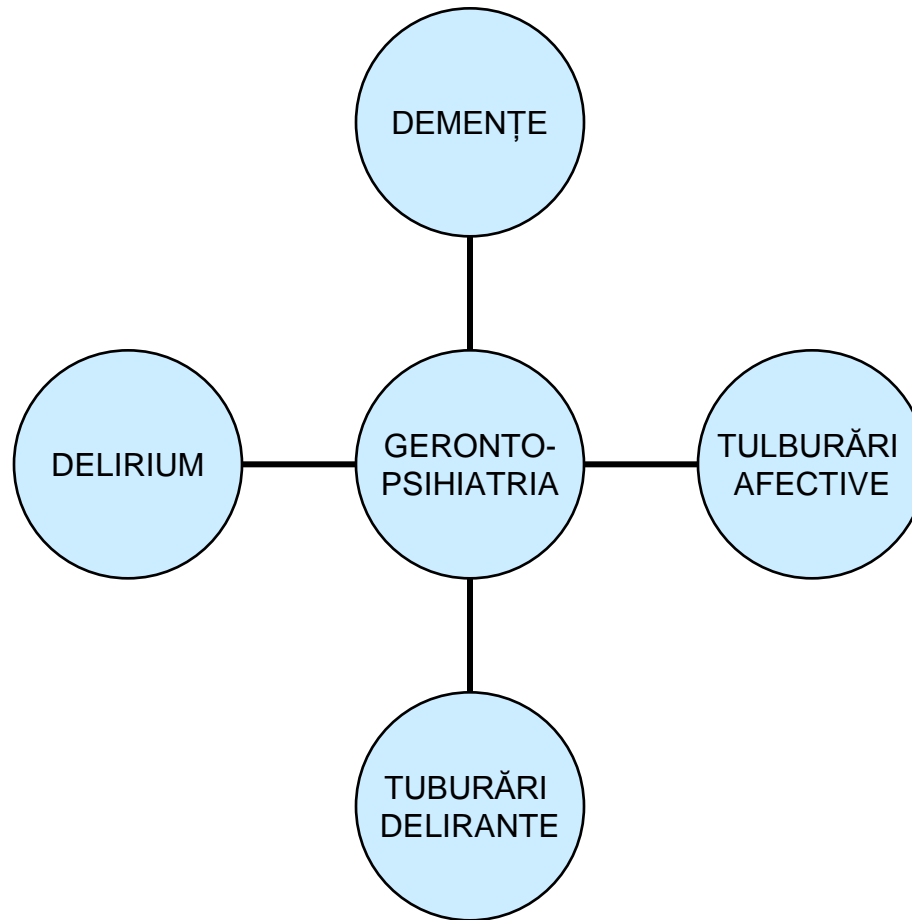
## BILANȚ:

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

Se obțin informații și de la aparținători

- Bilanț somatic

# GERONTOPSIHIATRIA

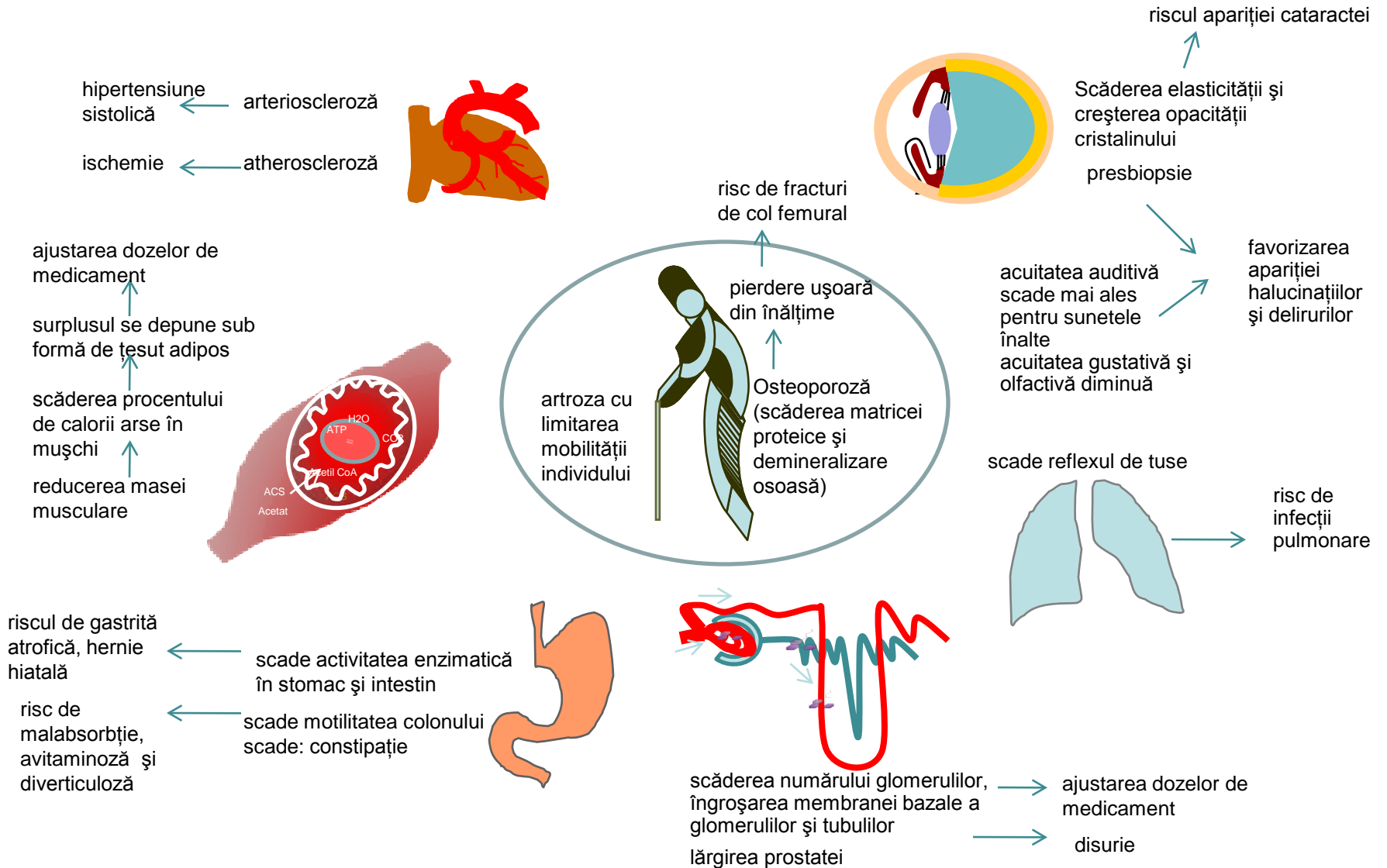


- Gerontopsihiatria este acea ramură a psihiatriei al cărei domeniu de interes îl constituie tulburările psihice care pot surveni la vârsta a treia.
- Convențional s-a stabilit că vârsta a treia debutează după 65 de ani

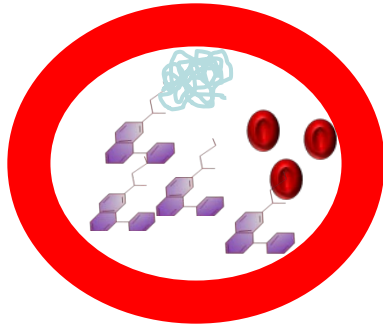
## ÎMBĂTRÂNIREA NORMALĂ

- Îmbătrânirea biologică este procesul prin care organismul pierde în decursul timpului din capacitatea sa funcțională (autoreglare, reparare) care îi permitea adaptarea la mediul înconjurător.
- Îmbătrânirea primară se bazează pe limitarea genetic programată a supraviețuirii. Pe acest fundal poate interveni îmbătrânirea secundară datorată acumulării efectelor noxelor din mediul înconjurător sau bolilor de care organismul suferă.

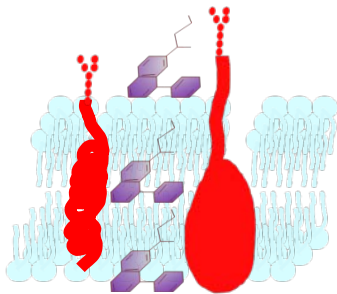
# ÎMBĂTRÂNIREA NORMALĂ ȘI PATOLOGIA ASOCIATĂ



# PARTICULARITĂȚILE FARMACOCINETICII LA VÂRSTNICI



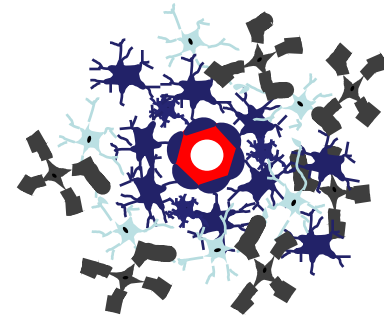
Mai puține proteine de care medicamentul să se poată lega: fracția liberă și activă mai mare



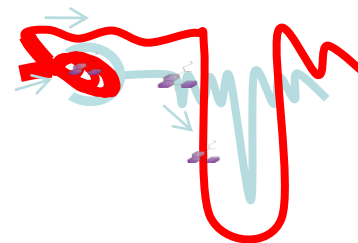
Volumul țesutului adipos crește cu vârsta



Ajustarea dozelor în sensul reducerii acestora !



Bariera hemato-encefalică este mai permeabilă

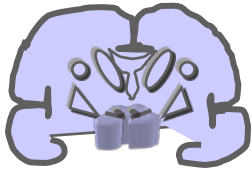


Filtrare glomerulară redusă

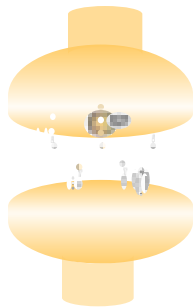
## PRINCIPALELE BOLI CRONICE CU CARE SE CONFRUNTĂ O PERSOANĂ LA VÂRSTA A TREIA SUNT:

- artroza
  - bolile cardiovasculare (inclusiv hipertensiunea),
  - hipoacuzia cu sau fără tinitus,
  - cataracta, presbiopsia,
  - osteoporoza
- 
- Bătrânețea se însoțește de o patologie cumulativă, mai puțin zgomotoasă clinic decât la tânăra, dar cronică.

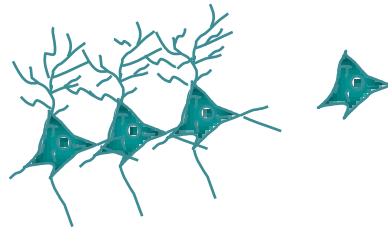
# Sistemul nervos: îmbătrânirea din perspectivă cognitivă



Creierul este structură dinamică capabilă de-a lungul vieții să achiziționeze sau să piardă din funcționalitatea sa



Scăderea activității dopaminei determină lentoarea cu care se desfășoară operațiile mentale



## REZERVA FUNCȚIONALĂ:

la adultul tânăr, declinul funcțiilor cognitive nu este încă aparent deoarece acesta dispune de o rezervă funcțională încă mare

la vârstnic declinul funcțiilor cognitive se va face dintr-o rezervă funcțională tot mai mică  
Compensarea se face prin abilitățile acumulate prin experiență

# FUNȚII COGNITIVE: MEMORIA

- declin în:
  - memoria de lucru
  - asocierea evenimentelor din trecut la contextul lor (de exemplu persoana își amintește o informație dar nu și sursa ei, persoana care i-a furnizat-o)
  - fixarea voluntară, activă (necesitând efort mental) a informațiilor noi
  - evocarea voluntară, activă (necesitând efort mental) a informațiilor din depozitele mnestice
- vor fi puțin sau deloc afectate:
  - memoria semantică (vocabularul)
  - memoria implicită
  - evocarea pasivă
  - recunoașterea informației (recunoașterea unor desene)

# MODIFICĂRILE PSIHOLOGICE

- Trecerea către vârsta a treia reprezintă unul dintre momentele cheie al ciclului existenței unei persoane, deoarece impune nu numai adaptarea la modificările biologice secundare îmbătrânirii sau la bolile ce apar pe acest fond, ci și la schimbări de rol profesional, social și familial.

## PENSIONARE

Pierdere de statut social  
Pierderea avantajelor  
Pierdere responsabilităților  
Pierderea de relații sociale  
Pierdere financiară  
Pierderea unui colectiv  
Pierderea programului  
structurat impus de locul  
de muncă

---

### compensare

Nou rol în familie: creșterea nepoților  
Participare la reuniuni  
publice, activități de club sau  
caritabile

---

### lipsa compensării

Sentiment de inutilitate  
Sentiment de abandon  
Reactivarea conflictelor conjugale

## DECLIN BIOLOGIC

Deteriorarea stării de  
sănătate  
Cheltuieli cu medicația  
Limitare funcțională  
Limitări senzoriale

Medicație  
Proteze auditive  
Ochelari  
Baston

---

Izolare socială  
Sentiment de incapacitate

## BILANȚ EXISTENȚIAL

Viitorul oferă satisfacții  
limitate, atenția va fi  
concentrată pe trecut:  
împliniri și eșecuri

Anxietate, avariție, depresie, suicid, delir hipocondriac, de prejudiciu

# DEMENȚELE

- DEMENȚA: deteriorare a psihismului
- globală
- dobândită
- progresivă
- spontan ireversibilă,
- care afectează funcțiile cognitive, viața afectivă și conduita socială, ducând în final la tulburări de deglutiție, cașexie și pierderea controlului sfincterian.

Dg diferențial:

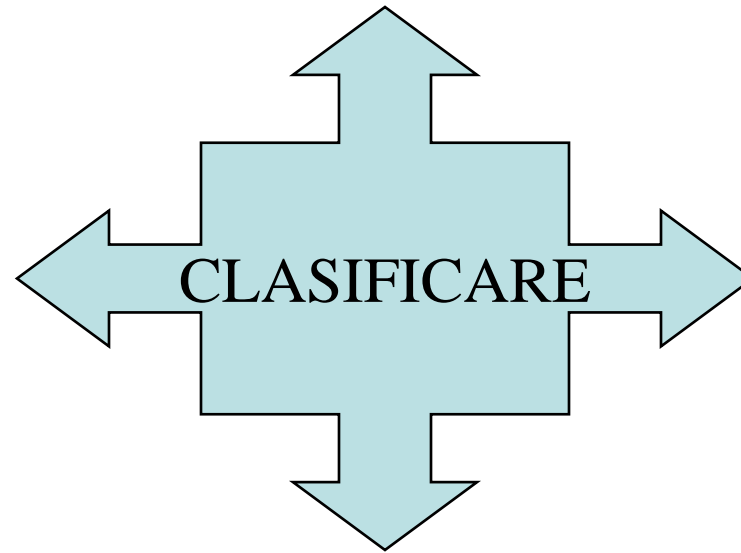
Deteriorarea cognitivă parțială (sd. amnestic vascular)

Retardul mintal: lipsă de dezvoltare globală a psihismului congenitală și anevolutivă

DEMENTE DEGENERATIVE:  
BOALA ALZHEIMER  
BOALA PICK  
BOALA PARKINSON  
COREEA HUNTINGTON  
DEMENTA CU CORPI LEWY

DEMENTE INDUSE DE  
BOLI SOMATICE  
GENERALE:

SIDA, SIFILIS, PESS,  
CREUTZFELDT-JAKOB  
HIPOTIROIDISM  
HIPERCALCEMIE  
HIPOGLICEMIE  
UREMIE  
BOLI HEPATICE  
TUMORA CEREBRALA  
HEMATOM CEREBRAL  
TRAUMATISME  
CEREBRALE  
HIDROCEFALIE CU  
PRESIUNE NORMALA



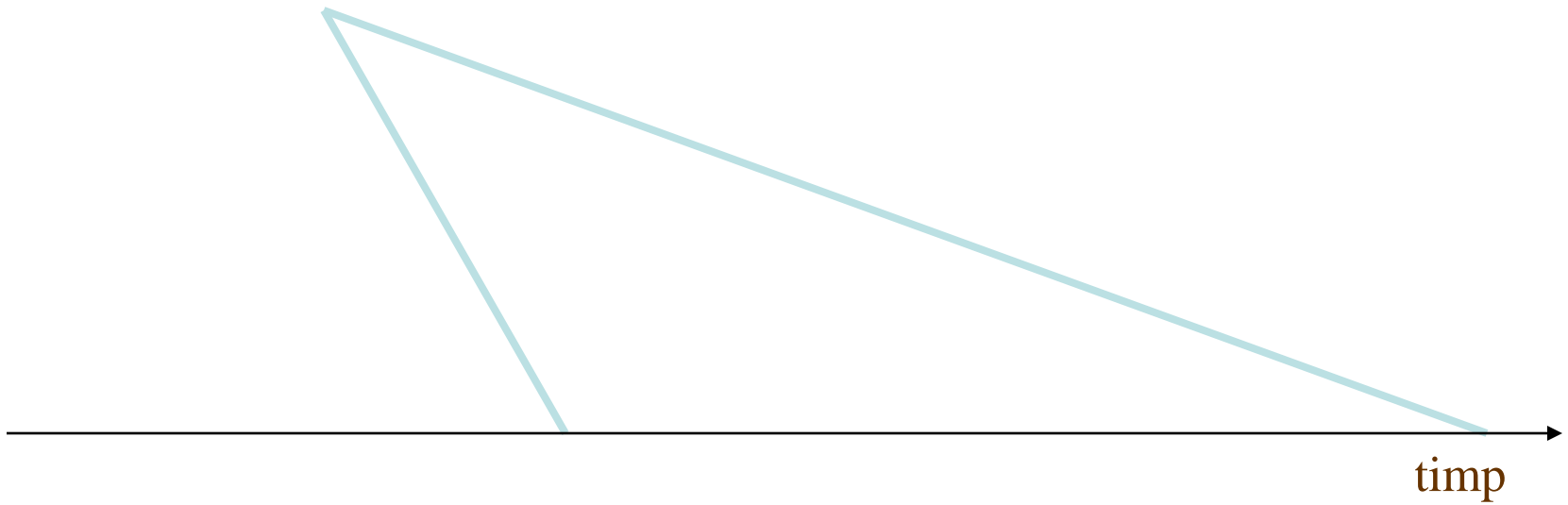
DEMENTE INDUSE  
DE CONSUMUL DE  
SUBSTANTE PSIHO-  
ACTIVE:

DEMENTA  
ALCOOLICA

DEMENTELE VASCULARE

DEMENTA MULTIINFARCT  
LACUNARISMUL CEREBRAL  
INFARCTELE STRATEGICE

# EVOLUȚIE



## RAPID PROGRESIVĂ

Encefalite (PESS)  
Boala Creutzfeld-Jakob  
Demența Alzheimer cu AHC  
Demența din SIDA

## LENT PROGRESIVĂ

Demența Alzheimer  
Demența din hidrocefalia cu  
presiune normală

# DEMENTIA ALZHEIMER



Städt. Irren-Anstalt Frankfurt a. M.

No. \_\_\_\_\_

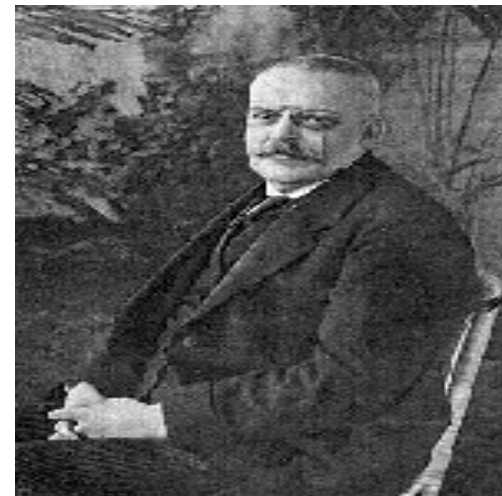
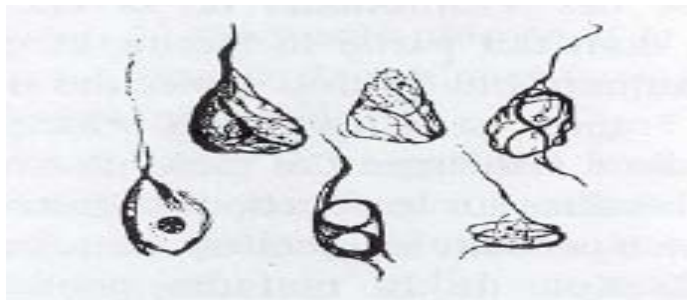
## Aerztliche Acten

über

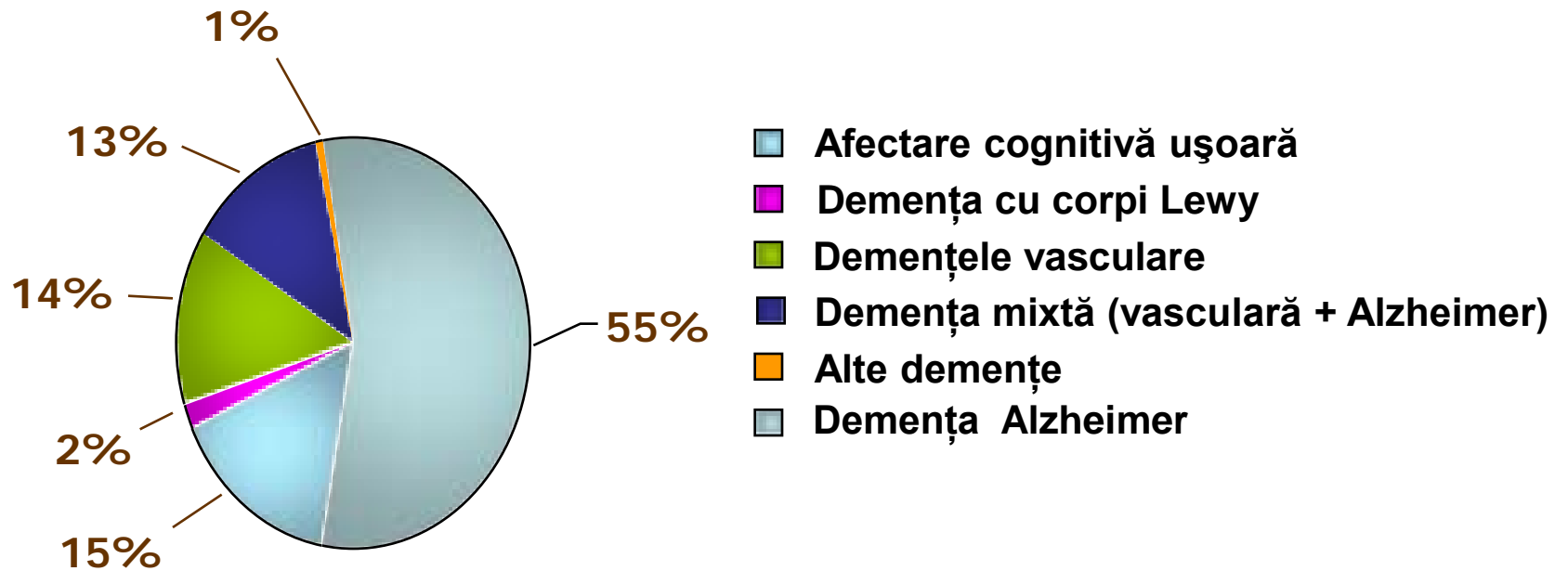
Auguste D. geb. 1848  
Alter: 57 Jahre. Religion: reformirt

Let. Nr.	Aufgenommen	Entlassen
1.	am 23. November 1901	am _____
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

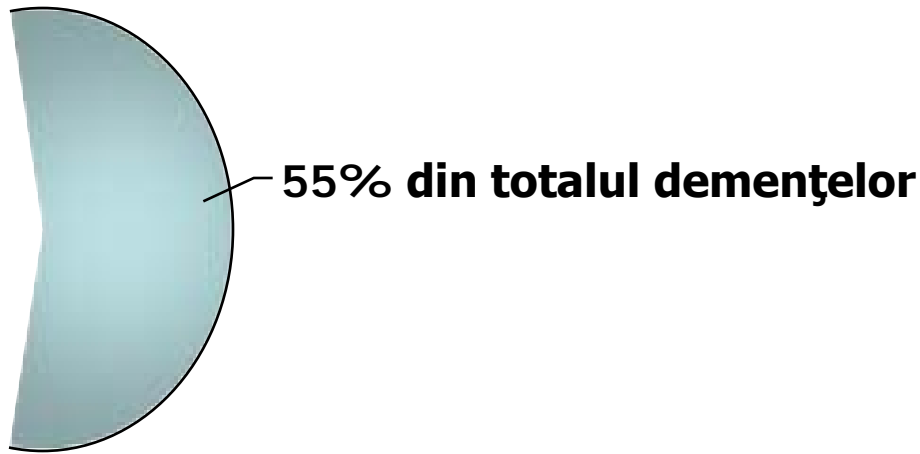
Gestorben am 8. April 1907.



# DEMENȚA ALZHEIMER



# DEMENȚA ALZHEIMER EPIDEMIOLOGIE



Mai frecventă la femei

Debut: 40-90 ani

Factori de risc:

- traumatismele cranio-cerebrale
- sindromul Down

Sub 65 ani : boală Alzheimer cu debut precoce (vechea demență Alzheimer)

Peste 65 ani: boală Alzheimer cu debut tardiv (vechea demență senilă)

# PREVALENȚA BOLII ALZHEIMER ÎN FUNCȚIE DE VÂRSTĂ

5% din persoanele de peste 65 ani  
25% din persoanele de peste 80 ani  
50% din persoanele de peste 95 ani

# DEMENTA ALZHEIMER ETIOPATOGENIE

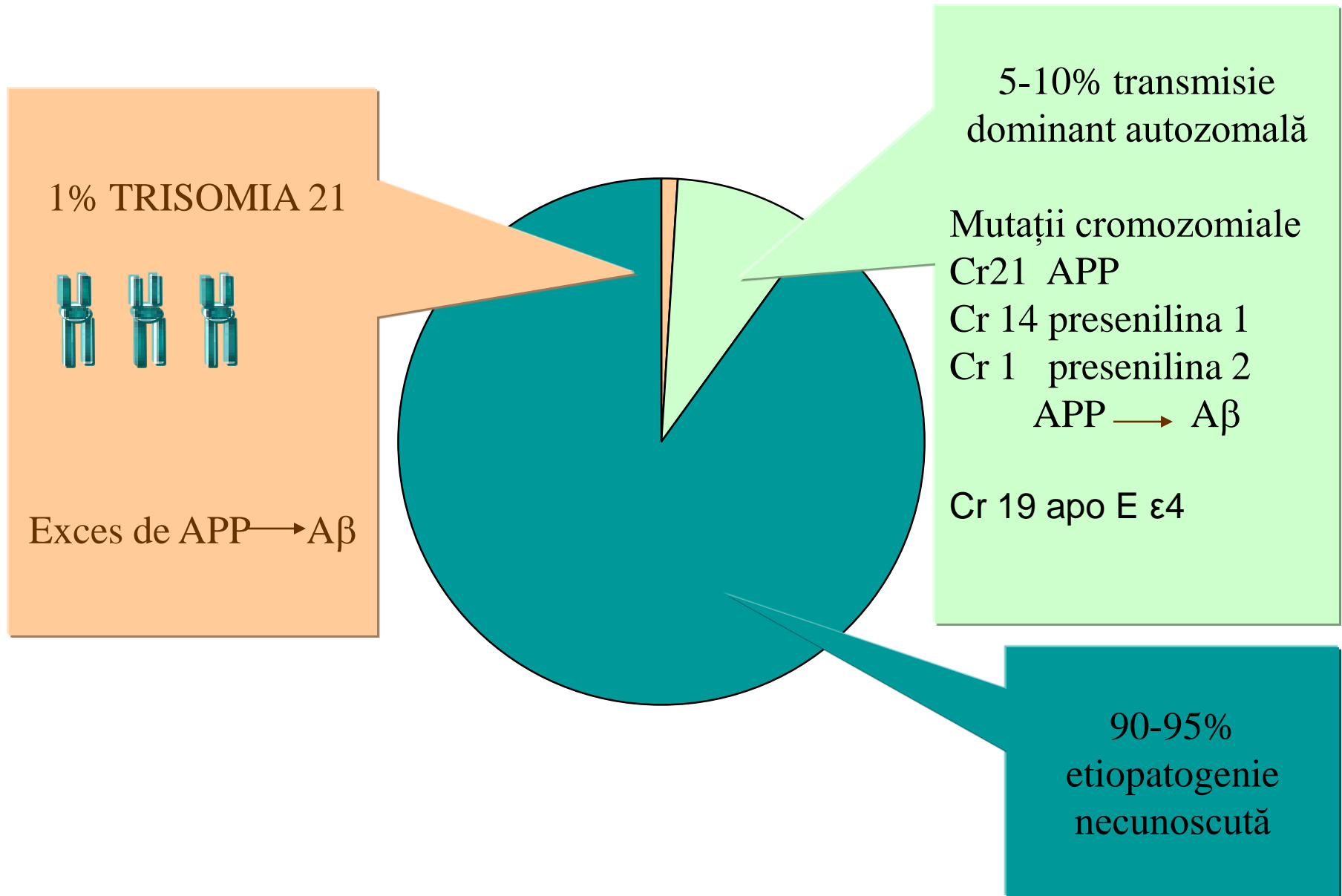
FACTORI GENETICI

FACTORI BIOCHIMICI: transmisia acetilcholinergică

ALTE IPOTEZE:

- Deficit hormonal (estrogeni)
- Exces de aluminiu
- Infecție cu virus lent
- Procese autoimune

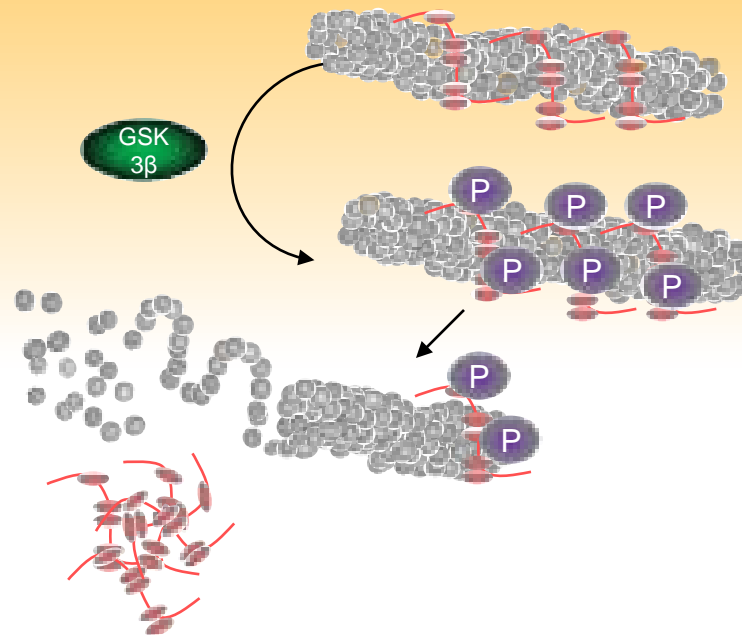
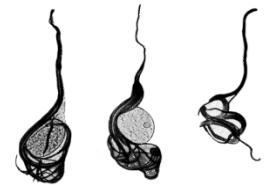
# FACTORII GENETICI ÎN BOALA ALZHEIMER



# HIPERFOSFORILAREA PROTEINEI TAU: GHEMURILE NEUROFIBRILARE

În mod normal, proteina tau este asociată microtubulilor pe care îi consolidează  
MICROTUBULII au rol în transportul intracelular de la nucleu la butonul sinaptic și  
sunt componente ale citoscheletului

Fosforilarea excesivă a proteinei tau, scade interacțiunea acesteia cu microtubulii  
În DEMENTA, ALZHEIMER proteina tau hiperfosforilată se agregă sub formă de  
ghemuri neurofibrilare ducând la degenerarea și moartea neuronilor

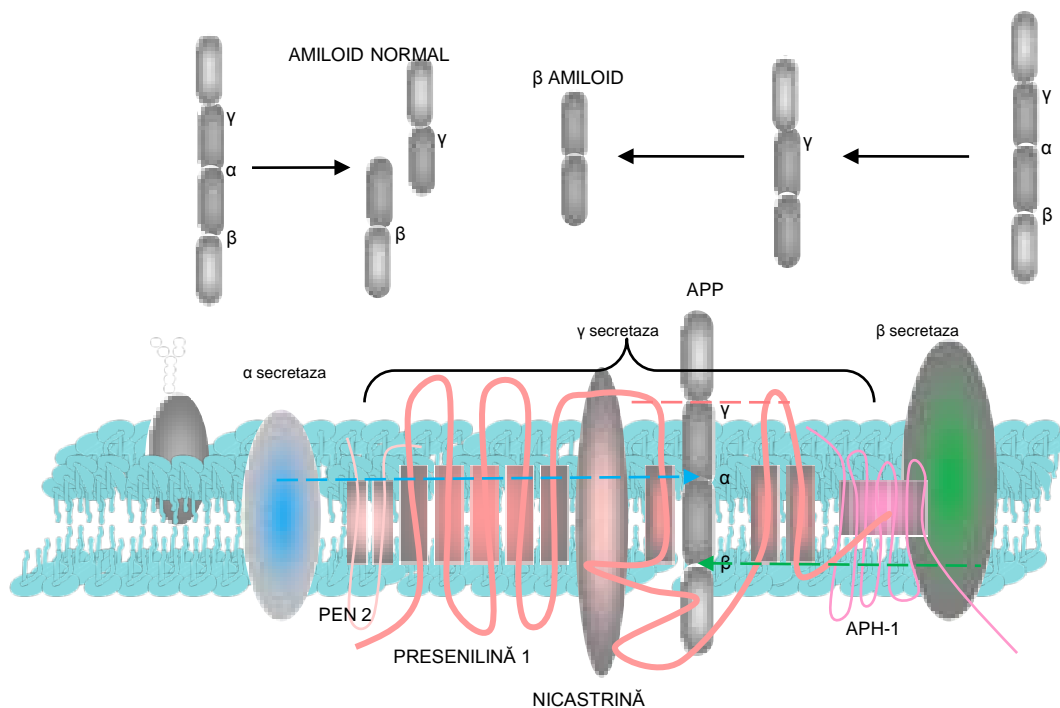
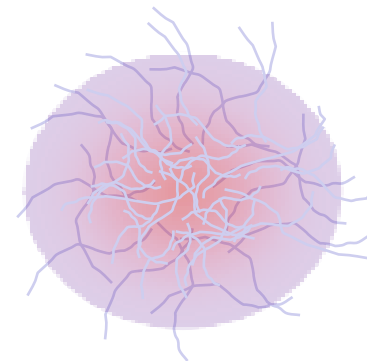


GHEMURI NEUROFIBRILARE

L. Del

# SECRETAZELE MEMBRANARE ȘI AMILOIDUL

Amiloidul  $\beta$  provine dintr-o proteină precursoră (APP) care este clivată anormal de către enzimele secretaze. Amiloidul  $\beta$  se va acumula în plăcile senile ducând la afectarea transmisiei neuronale prin efect neurotoxic direct sau indirect, stimulând microgliile să producă citokine și radicali liberi.



# APOLIPOPROTEINELE E ȘI DEMENȚA ALZHEIMER

APO E: apolipoproteina E

LRP: low-density-lipoprotein-related protein receptor

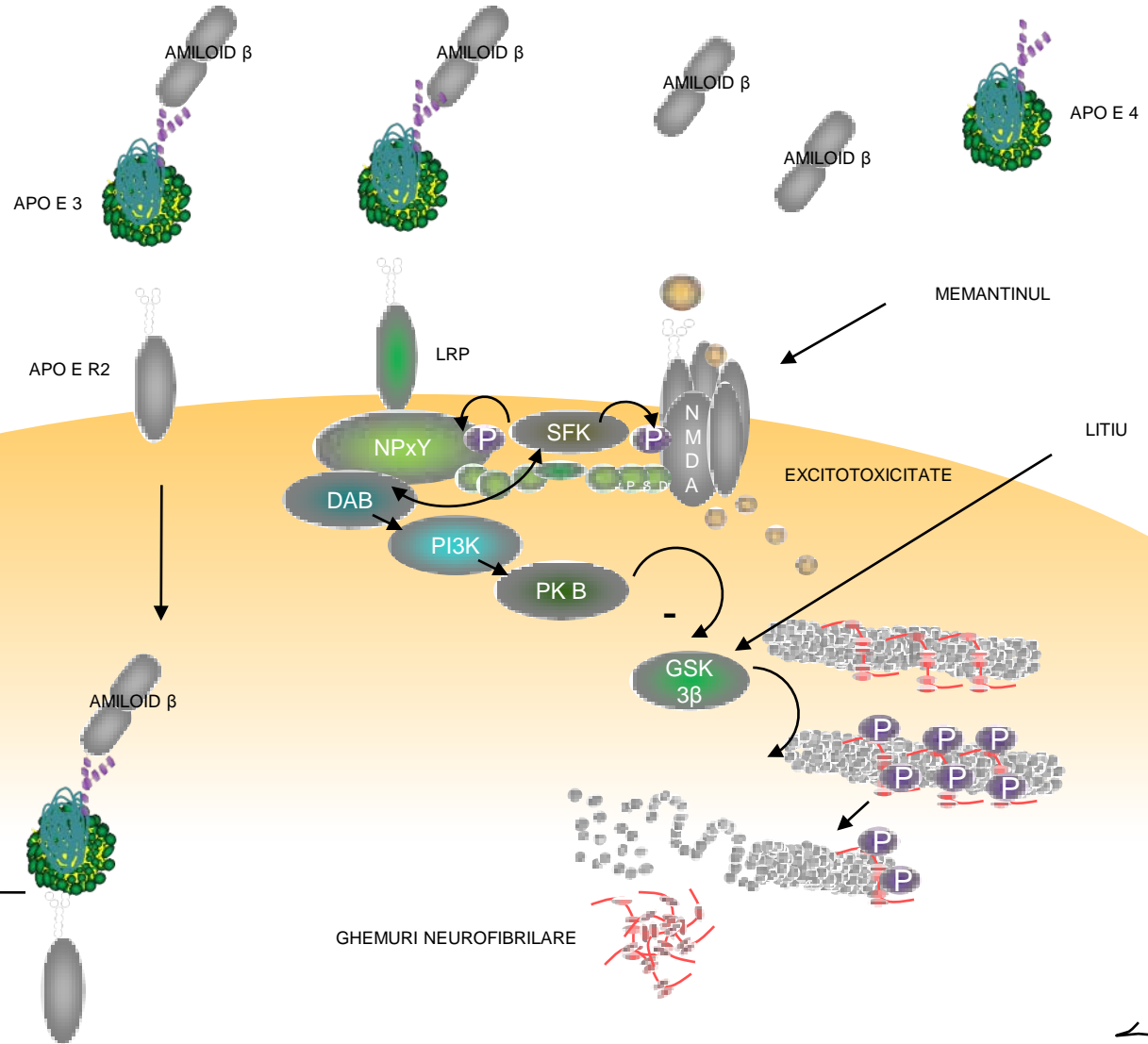
DAB: disabled

PI 3K: fosfatidil inozitol 3 kinaza

PKB: protein kinaza B

GSK 3 $\beta$ : glicogen sintaza kinaza 3 $\beta$

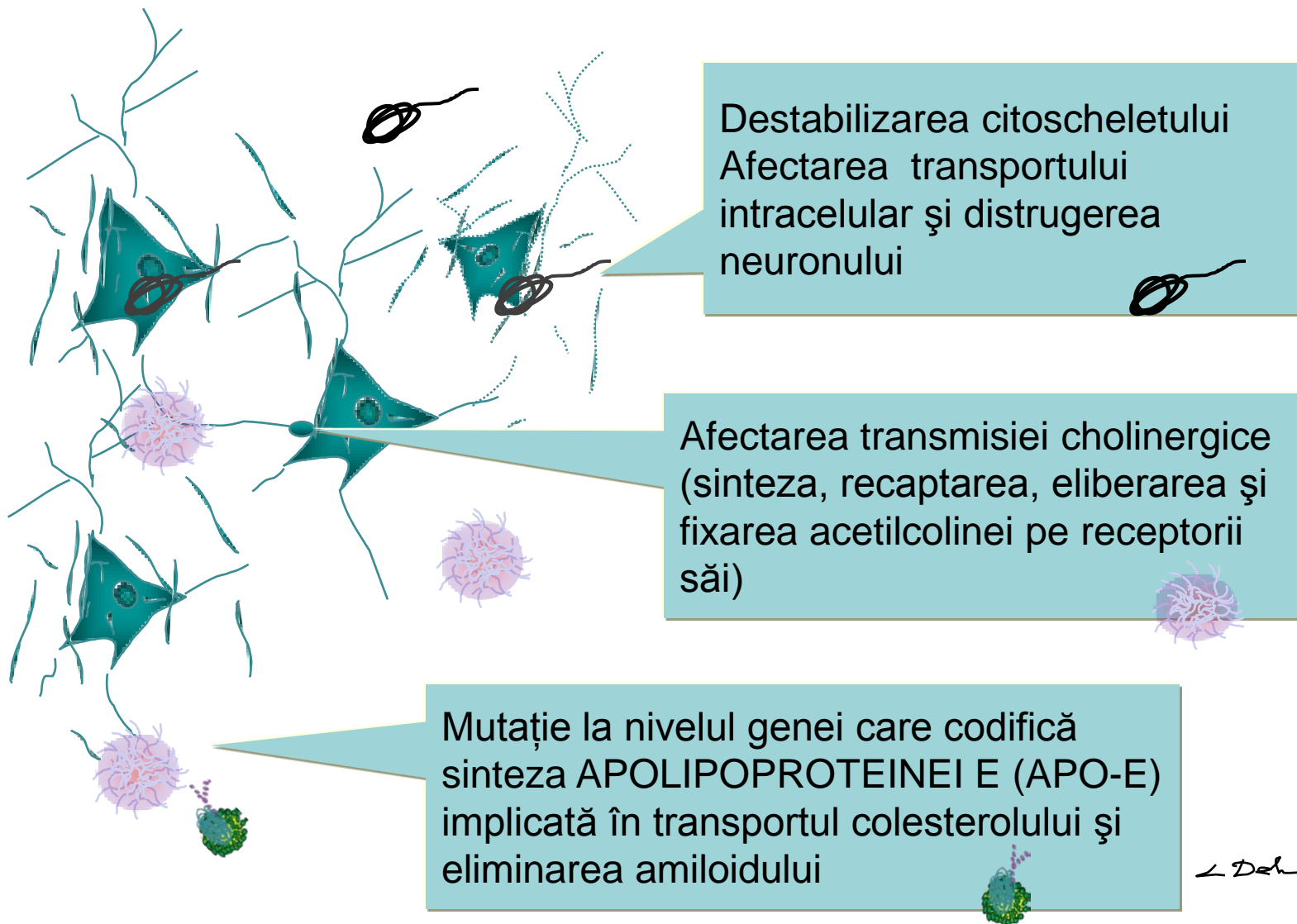
SFKs : familia SRC de tirozin kinaze care nu sunt receptori



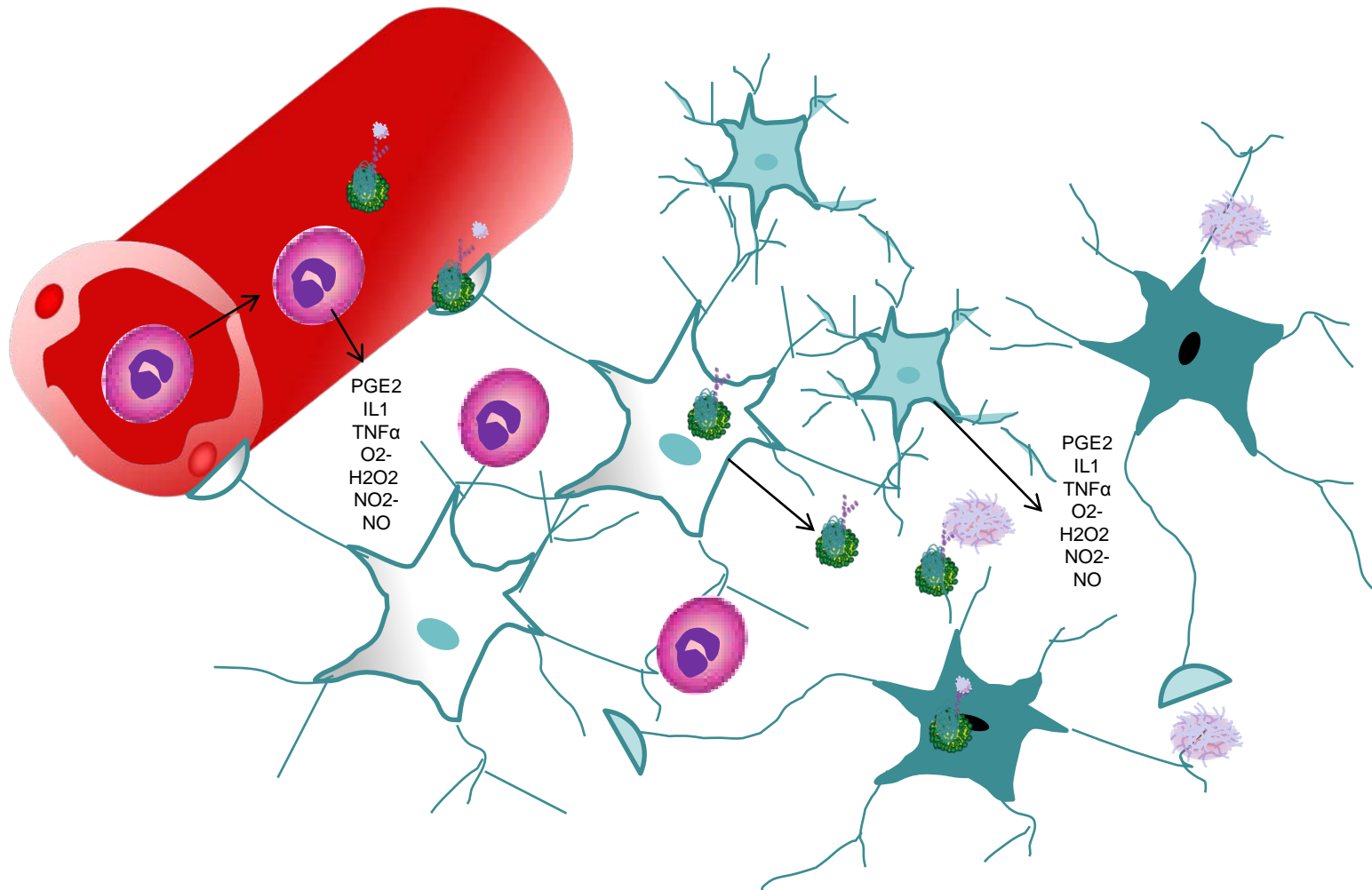
*L. Del*

# DEMENȚA ALZHEIMER

## FIZIOPATOLOGIE

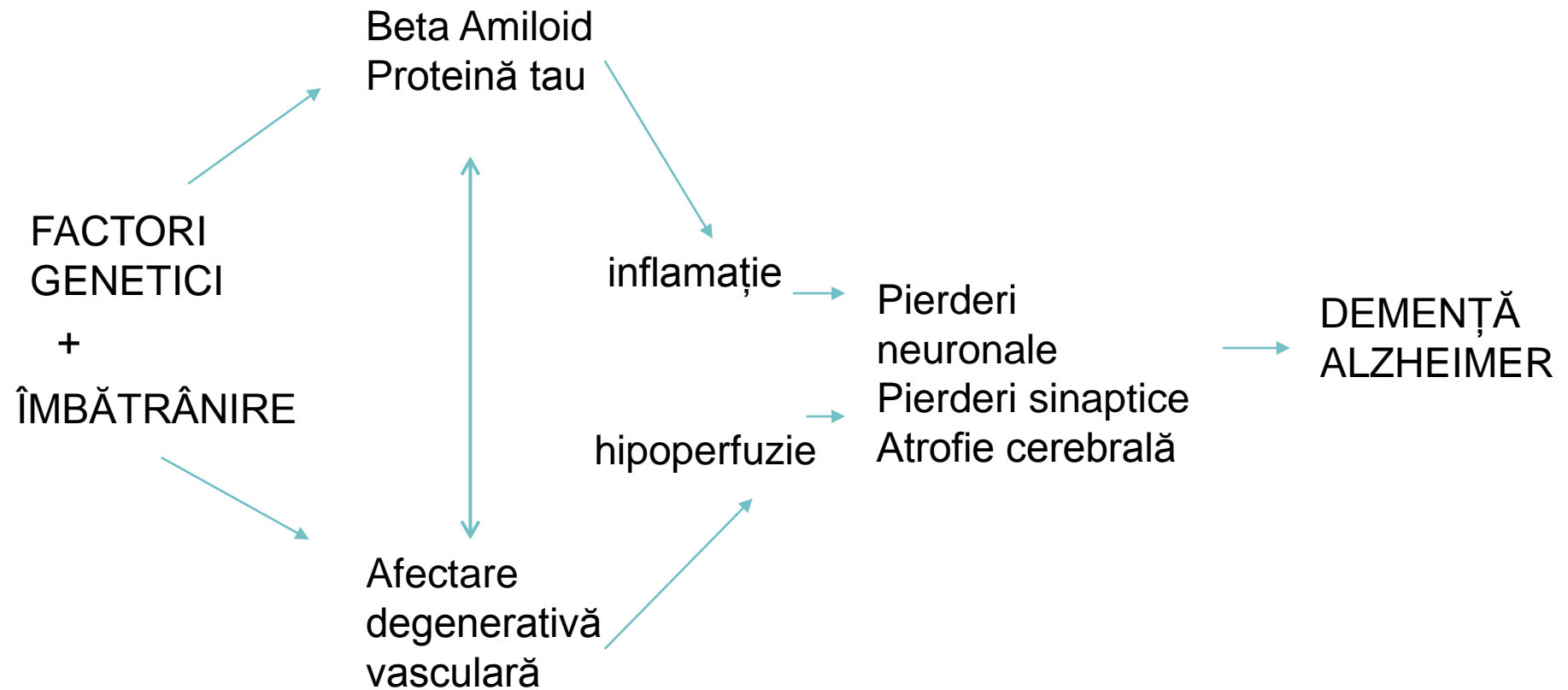


# DEMENTIA ALZHEIMER: FENOMENELE INFLAMATORII



# DEMENȚA ALZHEIMER

## IPOTEZĂ PRIVIND ROLUL CUMULATIV AL FACTORILOR ÎN PATOGENIE

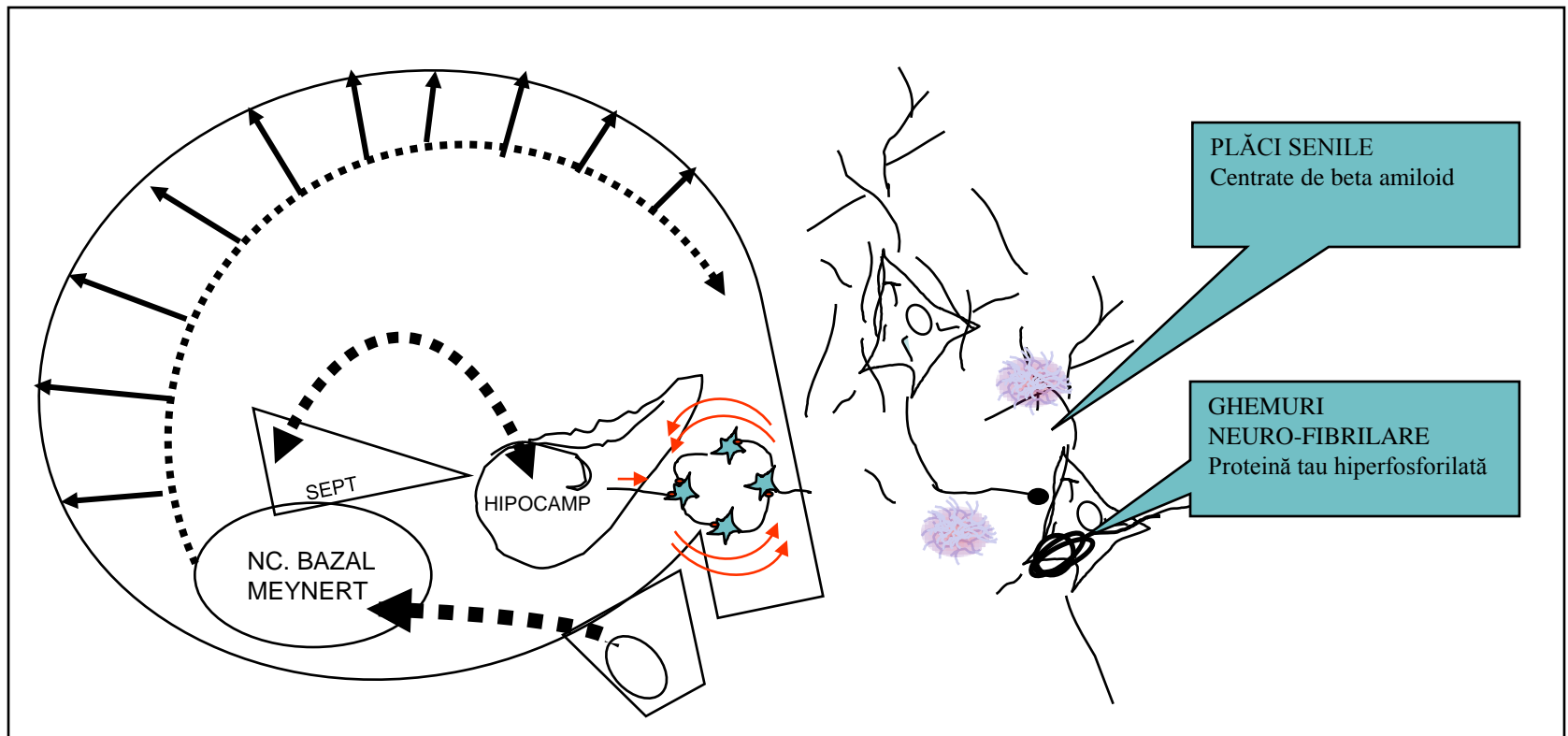


(după Emmerling, Gracon și Roher, 1999)

# DEMENȚA ALZHEIMER

## TRANSMISIA COLINERGICĂ

Pierderea sinapselor colinergice și degenerarea neuronilor colinergici din nucleul bazal al lui Meynert duce la afectarea atenției și a memoriei de scurtă durată

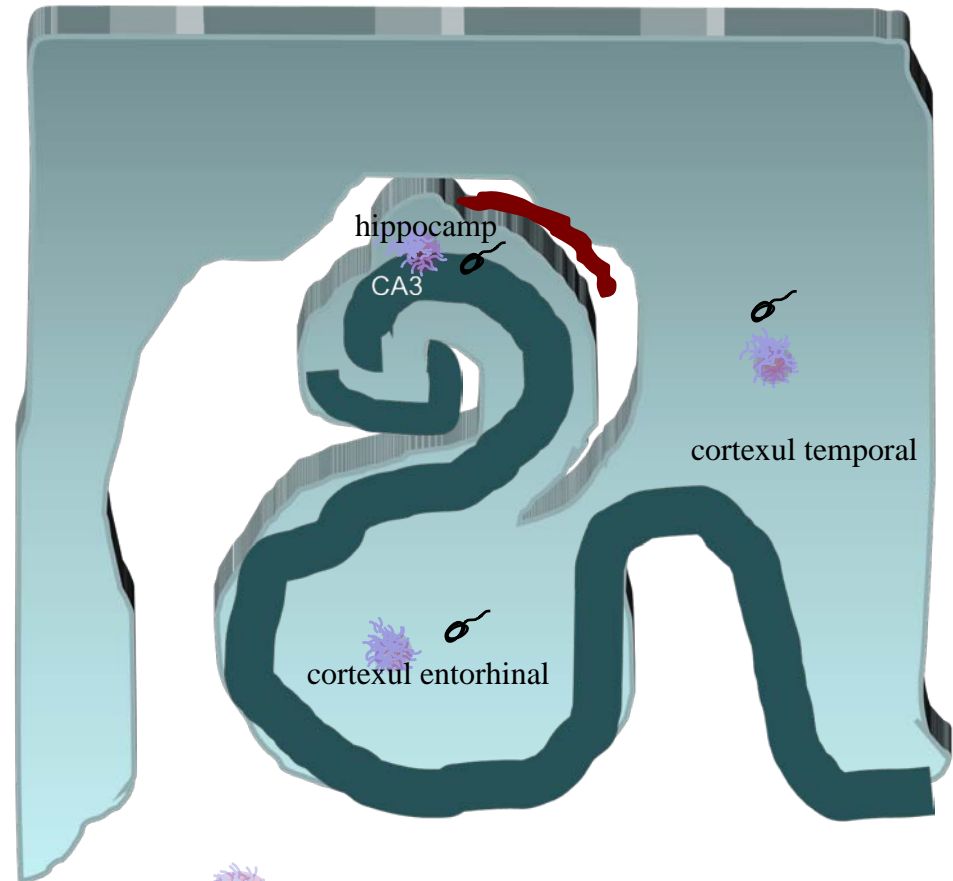


# DEMENȚA ALZHEIMER: ANOMALII LA NIVELUL HIPPOCAMPULUI


Există o corelație între numărul leziunilor histologice corticale (în special cel al leziunilor fibrilare în ariile asociative temporale) și gravitatea clinică a demenței

Există o distribuție regională și temporală a leziunilor din boala Alzheimer:

- inițial este afectat cortexul entorhinal, hipocampusul, cortexul temporal
- apoi, în evoluție, leziunile se extind la cortexul frontal și parietal

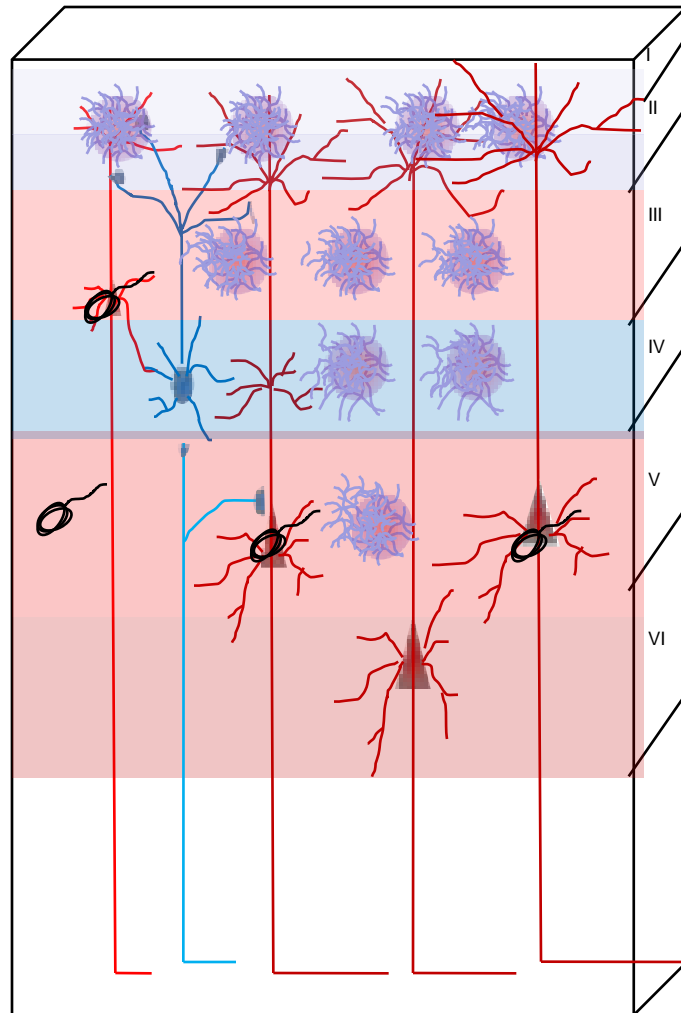



 Plăci senile (beta amiloid)


 Ghemuri neuro-fibrilare (proteina tau hiperfosforilată)

*L. Del*

# DEMENȚA ALZHEIMER: ANOMALII LA NIVELUL CORTEXULUI DE ASOCIAȚIE



 Plăci senile (beta amiloid)

 Ghemuri neuro-fibrilare (proteină tau hiperfosforilată)

Str III : neuroni ce realizează legături cortico-corticale contralaterale

Str IV : neuroni ce realizează conexiuni talamo-corticale

Str V : neuroni ce realizează conexiuni cortico-striate și cu trunchiul cerebral

Ariile primare motorii și senzitive primare sunt cruțate ! (absența semnelor neurologice de “focar”)

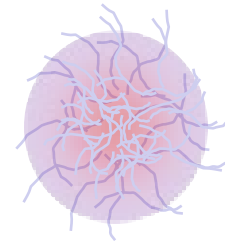
# DEMENȚA ALZHEIMER

## ASPECT HISTOPATOLOGIC

TRIADA DIAGNOSTICĂ:  
MARKERII DIAGNOSTICULUI DE  
CERTITUDINE



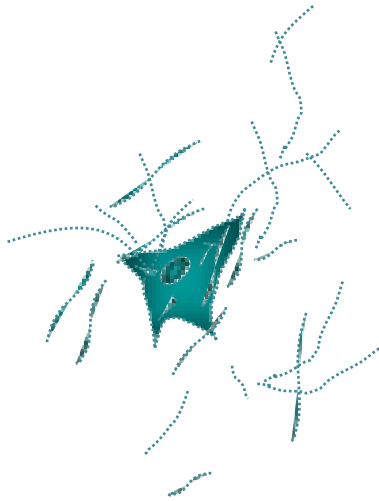
Ghemuri neurofibrilare  
(intracelular)  
în cortex și hipocamp



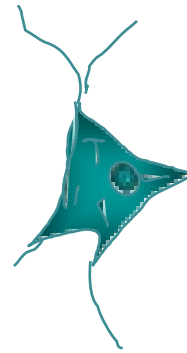
Plăci senile: coroană fibrilară  
centrată de amiloid  
(extracelular)  
în cortex și hipocamp

Degenerare granulo-vacuolară  
în hipocamp

# DEMENTA ALZHEIMER HISTOPATOLOGIE

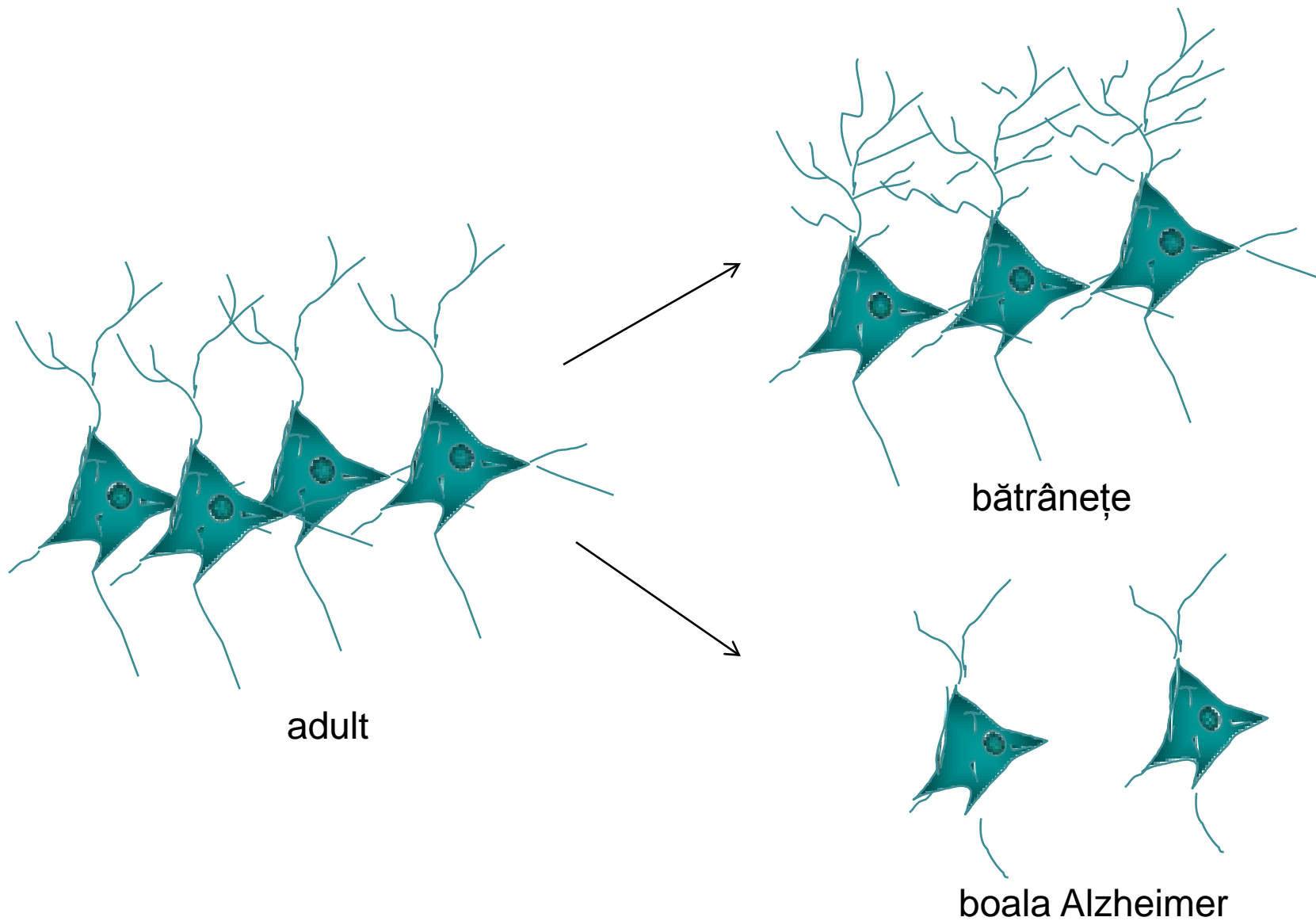


Neuron normal



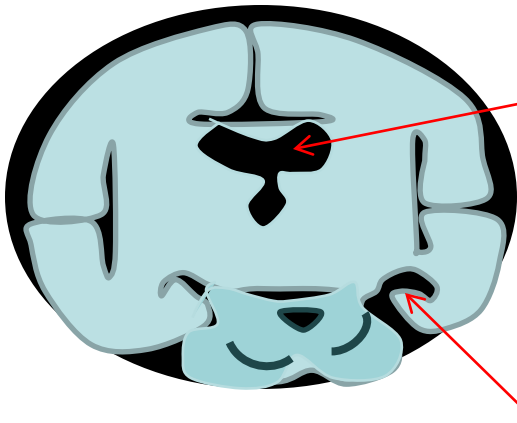
Neuron în boala Alzheimer

# NEUROPLASTICITATEA



# DIAGNOSTIC IMAGISTIC

## STADIU PRECOCE



Dilatarea fisurii perihippocampice stânga secundară degenerării neuronilor din hipocampusul stâng

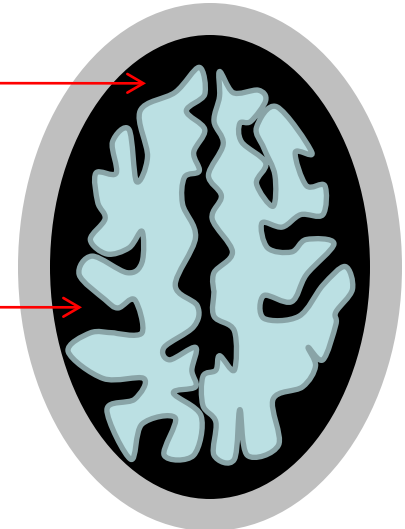
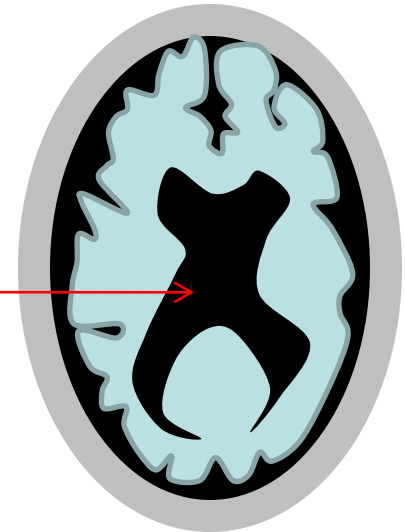
## STADIU TARDIV

Creierul are aspectul unui miez de nucă

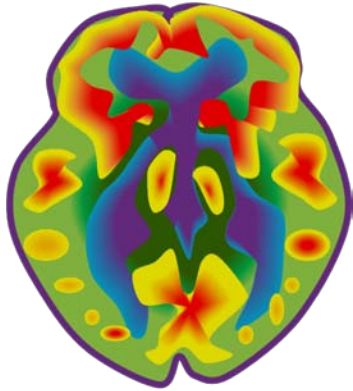
dilatare ventriculară

creșterea spațiului pericerebral

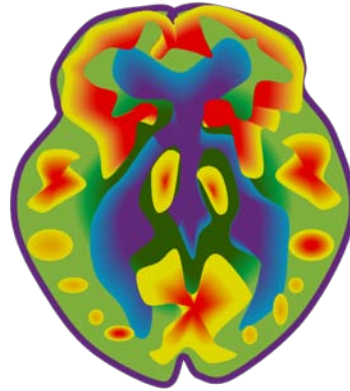
dilatarea șanțurilor cerebrale



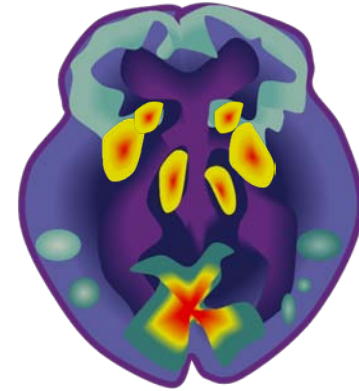
# DEMENȚA ALZHEIMER EXPLORARE FUNCȚIONALĂ (PET)



Subiect 20 ani



Subiect 80 ani

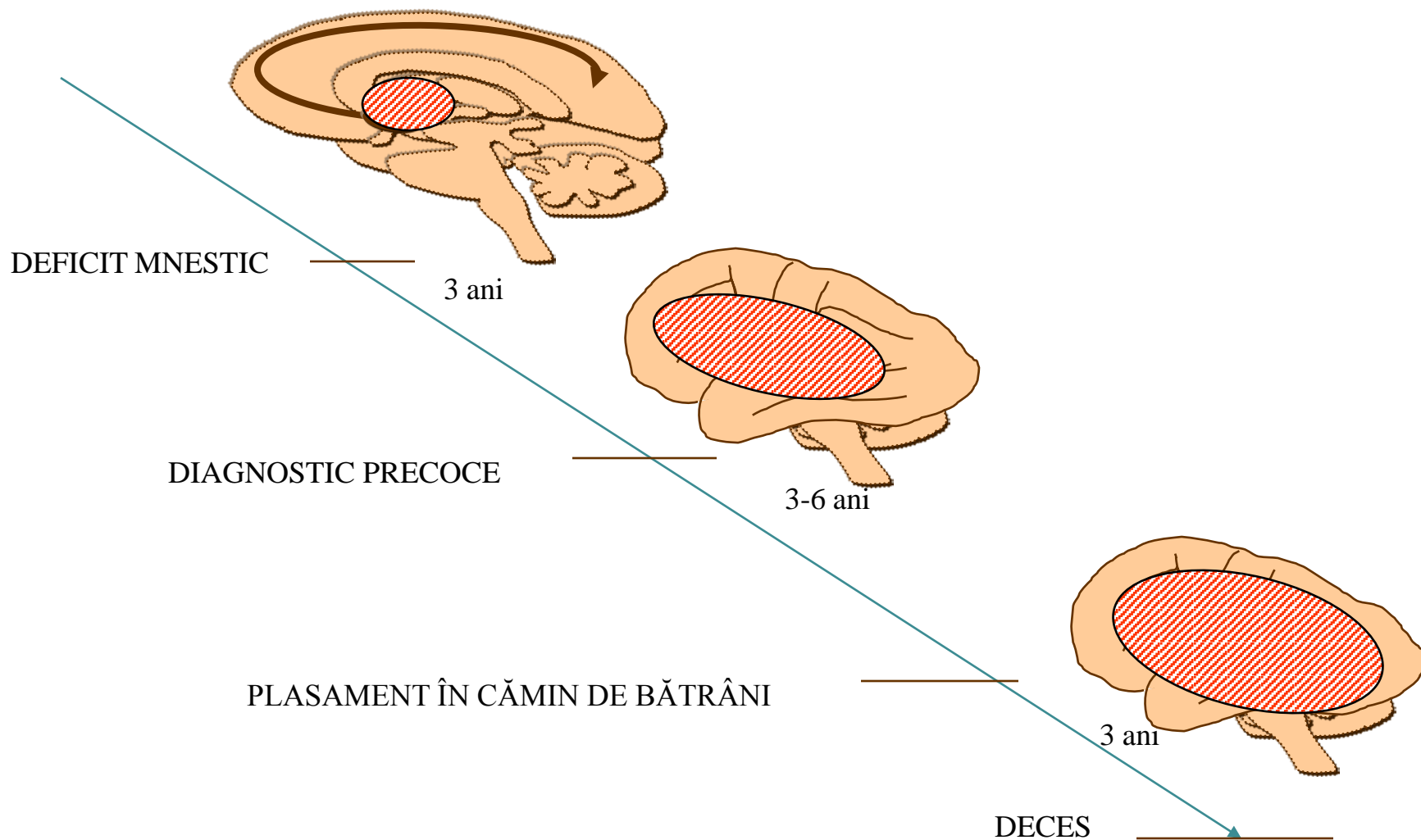


Subiect cu demență  
Alzheimer



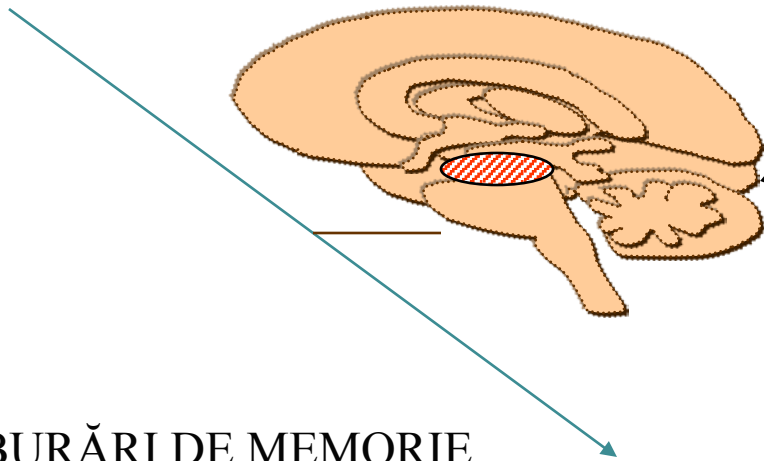
Metabolism crescut

# DEMENȚA ALZHEIMER EVOLUȚIE după Stahl S.M. (2002)



# DEMENȚA ALZHEIMER

## TABLOU CLINIC: AFECTAREA HIPPOCAMPULUI



### TULBURĂRI DE MEMORIE EPISODICĂ:

Afectarea memoriei de scurtă durată  
cu capacitate redusă de a achiziționa  
informații noi:

Uită  
nume, adrese, sarcini, figuri, cuvinte,  
locul unde a pus lucrurile  
sau  
Face greșeli, este neglijent

debutul este insidios, tulburările de  
memorie sunt subestimate: sunt  
tolerate de anturaj și puse pe seama  
vârstei

sau

pacientul, conștientizându-le  
încearcă să le compenseze prin  
liste, întrebări, repetiții sau le  
ascunde (scuze)

**DEFICITELE SUNT ADESEA  
COMPENSATE PRIN  
AUTOMATISME**

Debutul brutal apare în situații  
speciale (cu ocazia părăsirii locuinței  
- vizite la rude, internare în  
spital), pacientul decompensându-se  
prin pierderea reperelor

# DEMENȚA ALZHEIMER

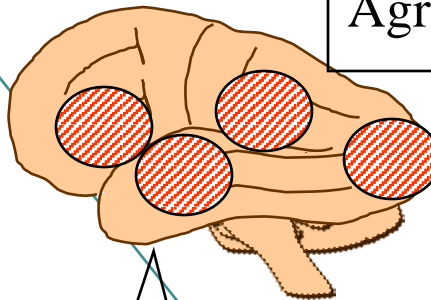
## TABLOU CLINIC: AFECTAREA LOBILOR CORTICALI

### LOBUL FRONTAL

Afectarea memoriei de lucru: dificultăți în a realiza simultan mai multe sarcini  
Amnezie retrogradă ce interesează mai ales amintirile recente  
Interesele și activitățile se restrâng treptat  
Afectarea funcțiilor executive: incapacitate de organizare, planificare, abstractizare, anosognozie, lipsa discernământului

### LOBUL PARIETAL

Agnozie (amnezie semantică)  
Apraxie construcțională, de îmbrăcare, ideo-motorie  
Acalculie  
Agrafie



### LOBUL TEMPORAL

Afazie  
Parafazie

### LOBUL OCCIPITAL

Prosopagnozie  
Afectarea aprecierii distanțelor  
Dezorientare în spațiu (se rătăcește, agitație nocturnă)  
Alexie

GÂNDIREA și vorbirea devine sărace, concrete, stereotipe (repetă amintiri vechi)

Uneori, secundar tulburărilor de memorie, apare delirul de prejudiciu (i se fură banii, actele) în care este implicat anturajul imediat (familie, vecini)

PERSONALITATEA ȘI COMPORTAMENTUL: se accentuează egocentrismul și psihorigiditatea, avariția, colecționarismul. Existența se ritualizează

În plan AFECTIV: pot apărea iritabilitate, depresie, labilitate emoțională sau tocire afectivă

# DEMENTA ALZHEIMER

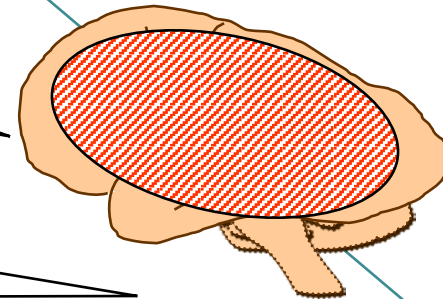
## TABLOU CLINIC: DEFICIT SEVER

INCONTINENȚĂ  
SFINCTERIANĂ  
REFLEXE PRIMITIVE  
EPILEPSIE

AMNEZIE RETROGRADĂ  
interesând amintirile  
vechi, date personale

CAȘEXIE CU  
HIPERTONIE  
EXTRAPIRAMIDALĂ  
TULBURĂRI DE  
DEGLUTIȚIE

PLASAMENT ÎN CĂMIN DE BĂTRÂNI



3 ani

DECES

# DEMENȚA ALZHEIMER

## SEVERITATEA DEFICITULUI

Deficit MIC	Deficit MODERAT	Deficit SEVER
Pacientul e capabil de autoîngrijire, îndeplinește sarcini simple	Pacientul trebuie asistat în îndeplinirea sarcinilor simple și îngrijire	Pacientul e complet dependent de îngrijitor: (e îmbrăcat, hrănit, spălat)
<p>Măsuri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Educarea familiei sau îngrijitorului</li> <li>-utilizarea de calendare</li> <li>-Testament</li> <li>-Tratament</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-de prevenire a accidentelor (căderi, incendii)</li> <li>-Punere sub tutelă</li> <li>-Tratamentul deficitului cognitiv, al depresiei, al agitației sau psihozei</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-instituționalizarea pacientului</li> <li>-Tratamentul deficitului cognitiv este ineficient</li> </ul>

**TABLOU CLINIC:** tulburări mnestice+ afazie/apraxie/agnozie + tulburări ale funcțiilor executive  
în stadii avansate: cașexie, incontinență sfincteriană, crize comițiale

**VÂRSTA** între 40-90 ani  
**ANTECEDENTE**  
**HEREDOCOLATERALE**  
**EVOLUȚIE** progresivă  
**APECTAREA** capacității de **AUTOÎNGRIJIRE** și a **COMPORTAMENTULUI**

## **DEMENȚA ALZHEIMER** **DIAGNOSTIC** PROBABIL

**ABSENȚA** DELIRIUM-ULUI  
**ABSENȚA** ORICĂREI BOLI ORGANICE CARE SĂ POATĂ EXPLICA DEFICITUL COGNITIV

**MINI MENTAL STATE EXAMINATION**  
**TESTE** PSIHOLOGICE  
LCR normal  
EEG modificări absente sau nespecifice,  
CT, RMN: atrofie cerebrală progresivă:  
lărgirea sulcilor, dilatarea ventriculilor, spațiu pericerebral lărgit

**DIAGNOSTIC DE CERTITUDINE HISTOPATOLOGIC:**  
ghemuri neurofibrilare+ plăci senile+ degenerescență granulo vacuolară

# BOALA ALZHEIMER DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

CU:

Îmbătrânirea normală

Delirium

Sd. Amnestic Korsakov

Depresie

Alte demențe:

Demențele vasculare

Pick

Demența cu corpi Lewy

Demența din b. Parkinson, Huntington

Demența din sifilis, SIDA, b. Creutzfeldt-Jakob

Mixedem

# DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL CU DELIRIUM-UL

DEMENȚĂ	DELIRIUM
Debut insidios	Debut acut
Evoluție cronică, progresivă, ireversibilă	Evoluție acută, fluctuantă, reversibilă
Durată: luni, ani	Durată: zile, săptămâni
Inițial vigilitatea și orientarea nu sunt afectate	Afectarea vigilității și orientării
Afectarea memoriei de scurtă durată și de lungă durată	Afectarea memoriei de scurtă durată datorită tulburărilor de atenție

# DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL CU DEPRESIA

DEMENȚĂ	DEPRESIE
Pacientul neagă, ascunde, rar acuză	Pacientul acuză deficit cognitiv
Afectarea memoriei de scurtă durată în măsură mai mare decât memoria de lungă durată	Afectarea în aceeași măsură a memoriei de scurtă durată și de lungă durată și selectivă pentru anumite evenimente.
Debut insidios, evoluție progresivă	Debut acut (precizabil), durata deficitului cognitiv: săptămâni, luni
Tulburările dispoziției afective sunt labile, superficiale, suprapuse	Tulburarea afectivă e importantă și precede deficitul cognitiv
Agravarea simptomatologiei, spre seară	Stare de rău matinal

# DEMENȚA ALZHEIMER: TRATAMENT

## TRATAMENTUL DEFICITULUI COGNITIV:

### ANTICOLINESTERAZICE

DONEPEZIL

RIVASTIGMINĂ

GALANTAMINA

### ANTAGONIȘTI AI NMDA

MEMANTIN

### NOOTROPE

PIRACETAM

PRAMISTAR

CEREBROLYSIN

### ANTIOXIDANȚI

SELEGILINĂ

GINGKO BILOBA

ESTROGENI

VITAMINĂ E

### VASODILATATOARE

PIRITINOL (ENCEFABOL)

PAPAVERINĂ

CINARIZINĂ

PENTOXIFILIN

NIMODIPINĂ

## TRATAMENTUL BOLII ASOCIATE:

ANTIDEPRESIVE (coaxil, trazodon, venlafaxină),

ANXIOLITICE (meprobamat, alprazolam)

Îngrijire inițial la domiciliu  
(masă, spălare haine)

Corectarea altor deficite  
(ochelari, proteze auditive)

Prevenirea accidentelor  
(traumatisme, incendii, inundații)  
sau decompensării unei boli  
somatice comorbide  
(AVC, insuficiență  
cardiacă, infecții intercurrente)

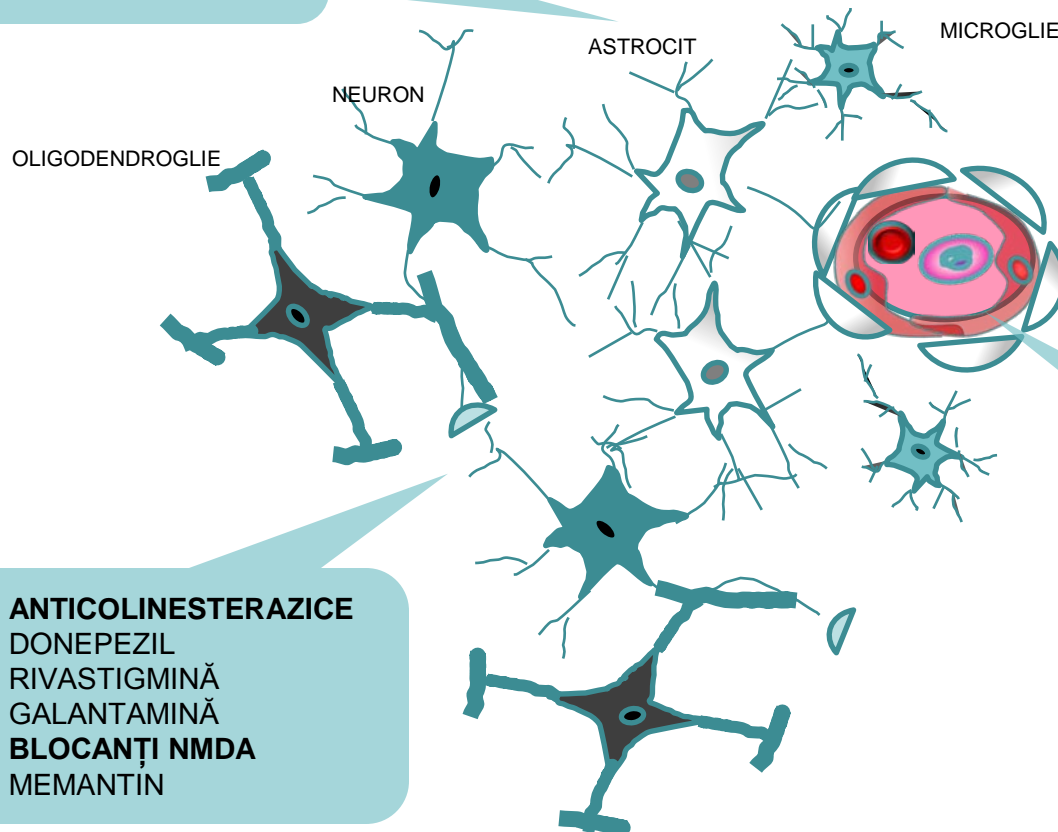
Punerea sub tutelă

Informarea, educarea și  
sprijinirea aparținătorilor

# MEDICAȚIA ÎN DEMENȚA ALZHEIMER

**NOOTROPE**  
PIRACETAM  
PRAMIRACETAM  
CEREBROLYSIN

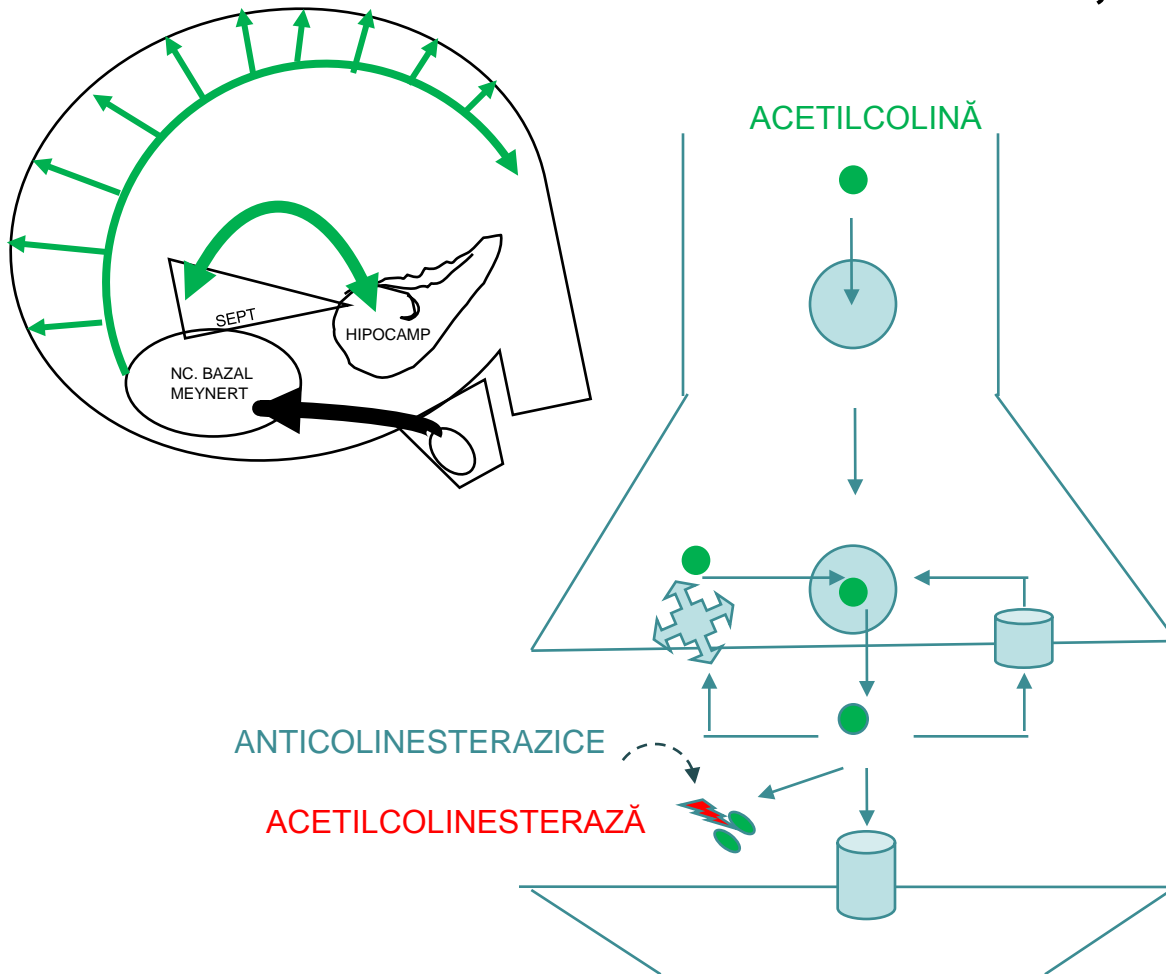
**ANTIOXIDANȚI**  
SELEGILINĂ  
GINGKO BILOBA  
ESTROGENI  
VITAMINĂ E



**ANTICOLINESTERAZICE**  
DONEPEZIL  
RIVASTIGMINĂ  
GALANTAMINĂ  
**BLOCANȚI NMDA**  
MEMANTIN

**VASODILATATOARE**  
PIRITINOL  
PAPAVERINĂ  
CINARIZINĂ  
PENTOXIFILIN  
NIMODIPINĂ

# ANTICOLINESTERAZICELE: MECANISM DE ACȚIUNE



# ANTICOLINESTERAZICELE

RIVASTIGMINĂ	DONEPEZIL	GALANTAMINĂ
Inhibitor neselectiv de acetilcolinesterază și butirilcolinesterază	Inhibitor selectiv de acetilcolinesterază	Inhibitor selectiv de acetilcolinesterază și modulator al receptorului nicotinic
Acțiune intermediară 2 prize zilnice	Acțiune lungă 1 priză zilnică (seara)	Acțiune intermediară (2 prize zilnice)
Efecte secundare sistemice	efecte secundare sistemice mai rare	Efecte secundare colinergice, accentuează astmul
Fără interacțiuni medicamentoase	Interacțiuni medicamentoase (metabolizare hepatică, citocromul P450)	Interacțiuni medicamentoase (metabolizare hepatică, citocromul P450), crește efectul anestezicelor

## EFECTE SECUNDARE DE TIP COLINERGIC:

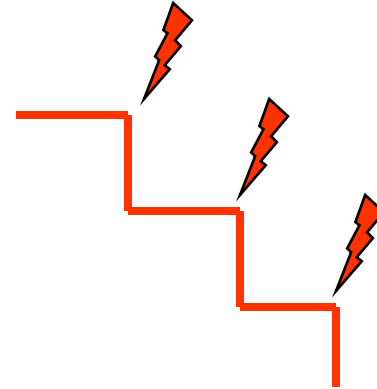
Depresie respiratorie, bradicardie, hipoTA, greață, vărsături, crampe abdominale, sialoree, transpirații, lăcrimare, convulsii

CONTRAINDICAȚII: astm bronșic, bloc sinusal sau atrio-ventricular, ulcer duodenal

# DEMENȚA VASCULARĂ

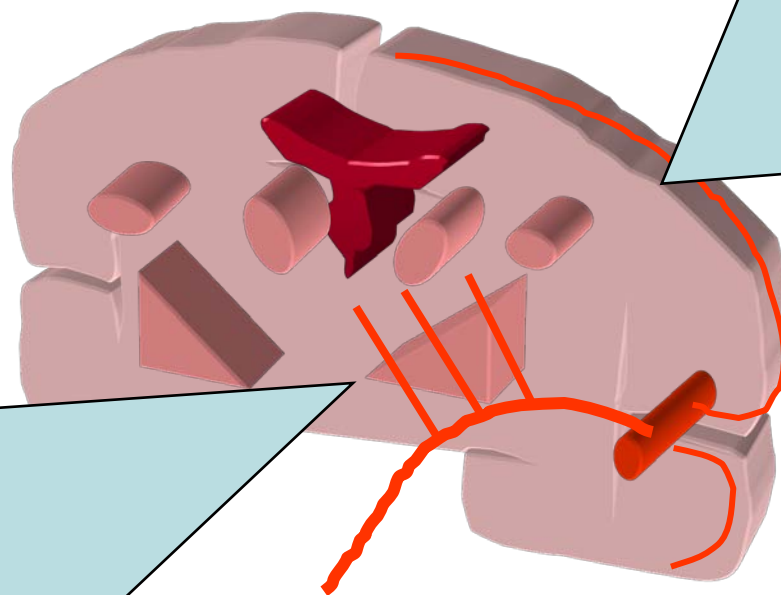
## TRĂSĂTURI CARACTERISTICE:

- debut acut (după un AVC)
- agravare în trepte
- intensitatea simptomelor e fluctuantă
- deficite cognitive în diferite sectoare
- semne neurologice de focar: sindrom piramidal, pseudobulbar, extrapiramidal
- conștientizarea deficitului uneori cu reacție catastrofică
- explorări paraclinice sugestive pentru boala vasculară cerebrală
- antecedente de AVC, HTA



# DEMENȚELE VASCULARE

**LACUNARISM  
CEREBRAL**  
Infarcte mici  
(lacune) situate în  
capsula  
internă, ganglioni  
bazali, talamus, prin  
afectarea vaselor  
perforante ale  
ACM, ACP  
Etiopatogenie:  
HTA, lipohialinoză  
pe vasele mici  
Clinic:  
Sindrom  
piramidal, extrapira  
midal, talamic  
Complicațiile  
somatice ale HTA  
Paraclinic: FO, CT



CT:  
Ischemie: imagine hipodensă  
Hemoragie: imagine hiperdensă

**DEMENȚA  
MULTIINFARCT**  
Infarcte multiple  
corticale prin  
afectarea ramurilor  
corticale ale  
ACM, ACA, ACP  
Etiopatogenie: emboli  
proveniți din plăci  
ateromatoase  
carotidiene sau din  
inimă (IMA, Fi A)  
Clinic:  
Semnele AVC  
Semne de  
ateroscleroză (sufluri)  
Semnele bolii care a  
cauzat AVC  
Paraclinic: lipide, CT

# DEMENȚA PREFRONTALĂ – BOALA PICK



Arnold Pick

debut sub 65 de ani,  
antecedente heredocolaterale prezente  
Atrofie predominant frontală  
Sunt afectate predominant:  
PERSONALITATEA ȘI CONDUITA  
SOCIALĂ

Histopatologie:

Celulele Pick: neuroni cu incluzii citoplasmatică argentafile

Rarefiere neuronală

Glioză astrocitară

# DEMENȚA PREFRONTALĂ – BOALA PICK

Afectarea funcțiilor executive:

- Organizare
- Planificare
- Judecată logică
- Discernământ
- Abstractizare

Prin atrofia cortexului prefrontal dorso-lateral

SPECT: hipoperfuzie fronto-temporală

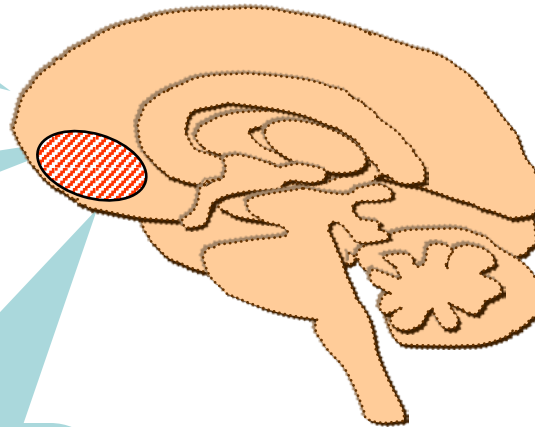
PET: hipometabolism glucidic fronto-temporal

CT, RMN: atrofie predominant fronto-temporală

Apato-abulie prin atrofia cortexului prefrontal medial

Pusee de iritabilitate, euforie nejustificată sau depresie, impulsivitate, dezinhibiție instinctuală (alimentară, sexuală) sau sub aspectul conduitei sociale (bancuri nepotrivite, acte antisociale) prin atrofia cortexului orbito-frontal

Alte semne de lob frontal:  
Reflexe primitive  
Incontinență sfincteriană  
Anosognozie

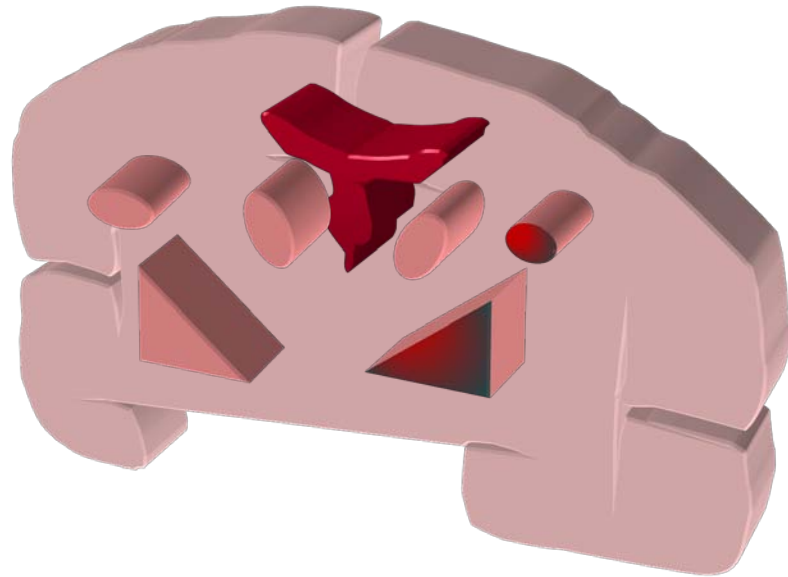


# DEMENȚA CU CORPI LEWY

## CARACTERISTICI:

- Performanțele cognitive fluctuează în timp
- Halucinații vizuale frecvente
- Delir paranoid
- Sensibilitate mare la neuroleptice
- Frecvente semne extrapiramidale parkinsoniene

Evoluție rapid progresivă



Corpuri Lewy sunt incluziuni intracitoplasmice corticale

# DELIRIUM (STAREA CONFUZIONALĂ)

- produs prin decompensarea unei boli somatice, sau indus de medicamente sedative cu timp de înjumătățire lung
- este mai frecvent la vârsta a treia decât la adult.
- se caracterizează prin:
  - denivelarea câmpului actual de conștiință cu pierderea clarității și coerenței gândirii (modificare a vigilității)
  - dezorientare temporo-spațială, pentru situație și allo-psihică (adesea cu false recunoașteri (tulburare a conștiinței în legătură cu mediul înconjurător și mai rar în legătură cu sine)
  - scăderea capacității de concentrare și persistență a atenției
  - afectarea memoriei imediate și de scurtă durată
  - gândire lentă, restrictivă, repetitivă, incoerentă
  - tulburări de percepție de tipul iluziilor macropsice sau micropsice, halucinațiilor vizuale, adesea negate după ce starea a trecut, de frica etichetării psihiatrice.
  - anxietate însoțită de neliniște psiho-motorie sau obnubilare cu inhibiție psiho-motorie
  - inversarea ritmului somn-veghe
  - simptome somatice ale cauzei care a provocat delirium-ul
- Intensitatea simptomelor psihice este fluctuantă, cu agravare vesperală

# DELIRIUM (STAREA CONFUZIONALĂ)

- Tratamentul
  - depinde de etiologia delirium-ului (tratamentul bolii de bază)
  - corectarea deficitelor vitaminice și dezechilibrului hidro-electrolitic.
  - în caz de anxietate și neliniște psihomotorie se pot administra anxiolitice cu timp de înjumătățire scurt (Alprazolam, Meprobamat)

# TULBURĂRILE DELIRANTE LA VÂRSTA A TREIA

Constau din:

- schizofrenia cu debut tardiv
- psihoza paranoidă de involuție (delir paranoid + halucinații+ anxietate sau depresie)
- parafrenia de involuție (delir cronic sistematizat cu tematică fantastică + halucinații vizuale, automatism mental)
- paranoia de involuție (delir cronic foarte bine sistematizat cu tematică de prejudiciu, persecuție sau de tip megaloman în absența halucinațiilor)
- Teren:
  - structură de personalitate de tip paranoid sau schizoid.
  - apariția halucinațiilor este favorizată de hipoacuzie.
- evoluția delirului este cronică și uneori puțin influențată de medicația antipsihotică (mai ales în cazurile de paranoia de involuție)
- tratamentul constă în administrarea de antipsihotice

# TULBURĂRILE AFECTIVE LA VÂRSTA A TREIA

- Tulburările afective la această vârstă (cu episoade de tip maniacial sau depresiv) se încadrează în două categorii:
  - cele care au debutat înainte de vârsta a treia și continuă la această vârstă
  - cele care debutează la vârsta a treia.

# DEPRESIA LA VÂRSTA A TREIA

- este frecventă dar adesea nediagnosticată:
  - fiind mascată de simptome somatice
  - tulburările de memorie ce apar în depresie sunt uneori puse pe seama scăderii memoriei ca o consecință a îmbătrânirii normale

# DEPRESIA LA VÂRSTA A TREIA: CAUZE

- deteriorarea progresivă a stării de sănătate (uneori patologii somatice cumulative)
  - interesul crescut pentru corp și preocupările hipocondriace ale vârstnicului.
  - bolile degenerative articulare sau alte limitări funcționale impuse de patologia somatică pot genera sentimente de incapacitate și handicap.
- pierderea statutului social, a relațiilor ce decurg din poziția socială cu scăderea venitului prin pensionare, corelată cu cheltuieli suplimentare pentru medicamente se poate însoți de
  - anxietate pentru ziua de mâine,
  - avariție
  - idei de prejudiciu material.
- pierderea sensului existențial (în cazul unei persoane obișnuite cu activitatea, mai ales dacă este singură sau a rămas singură prin decesul partenerului de viață).
  - sentimentul de inutilitate și de singurătate pot favoriza suicidul.
- pierderile în sfera familială (moartea partenerului de viață)
- pierderi în sfera relațiilor sociale (pierderea prietenilor, cunoștințelor) ducând la singurătate și izolare socială.
- la vârsta a treia individul își face bilanțul vieții cu reușitele și eșecurile înregistrate. Atenția este îndreptată spre trecut.

# CARACTERISTICILE DEPRESIEI LA VÂRSTA A TREIA:

- depresie însoțită de anxietate și neliniște psihomotorie
- depresie mascată de simptomele somatice
- depresie cu delir hipocondriac sau de ruină materială
- sindromul Cotard (delir de negație a lumii sau a prezenței respectiv funcționalității unor organe, delir de imortalitate și delir de enormitate)
- depresie cu risc suicidar important !
- depresie cu stupor melancholic

# DEPRESIA LA VÂRSTA A TREIA

- Prognosticul:
  - pe termen scurt e favorabil
  - pe termen lung: episoadele devin mai dese și mai lungi, cu remisiune incompletă, evoluția făcându-se în aceste cazuri spre demență
- Tratamentul: antidepresive anxiolitice (atunci când există anxietate) sau dinamizante (atunci când depresia se asociază cu inhibiție psiho-motorie) ținând cont de:
  - comorbiditatea somatică (boli cardio-vasculare, adenom de prostată)
  - funcția hepatică și renală
  - interacțiunile cu alte medicamente pentru bolile asociate